



Operasjonssykepleie ved Troms og Tromsø Sykehus
1895 – 1974

Jan-Thore Lockertsen

Mastergradsoppgave i helsefag

Avdeling for sykepleie og helsefag
Institutt for klinisk medisin
Det medisinske fakultet
Universitetet i Tromsø

Juni 2009

SAMMENDRAG

Operasjonssykepleie har en lang historie ved sykehuset i Tromsø. Men denne historia er i liten grad blitt fortalt og synliggjort. Hensikten med denne oppgaven har vært å belyse en del av operasjonssykepleierens historie i tidsrommet 1895 – 1974.

Den moderne kirurgi, bygd på aseptiske teknikker og anestesi, vokste frem i siste halvdel av det nittende århundre. For sykehuset i Tromsø skjedde omlegginga til et kirurgisk sykehus med kirurgene Frederik Ramm og Kristian Egilsrud. Dens start kan tidfestet til året 1895. Helt fra starten viser de historiske kildene at sykepleierne hadde et stort ansvar og oppgaver knyttet til den kirurgiske virksomhet.

Fra 1920-tallet ble operasjonssykepleien den første spesialgren av sykepleien. Og frem til 1975 var operasjonssykepleierutdannelsen en lærling utdanning. Fram til midten av 1960-tallet var anesthesisykepleie en del av operasjonssykepleien. Med ansettelsen av den første anestesilege begynte delinga av operasjons- og anesthesisykepleie til to sykepleiespesialiteter.

Selv om operasjonssykepleien har en så lang historie ved sykehuset i Tromsø er fagets tradisjoner og kunnskapsformer lite artikulert skriftlig. Dette har medført at det blitt stilt spørsmål ved fagets berettigelse, og om man trengte å være en sykepleier for å være en operasjonssykepleier, eller om man kunne byttes ut med personell uten formell sykepleierutdanning?

For å fortelle historia til operasjonssykepleierne i Tromsø og visere deres kunnskap, har jeg benyttet informanter som har arbeidet som operasjonssykepleiere i perioden 1954 – 1974. For perioden før det er historia fortalt etter arkivmaterialer som brev, bilder, tekniske tegninger, lærebøker i sykepleie og annet materiale som har kunne gitt innblikk i operasjonssykepleierens virke i perioden tilbake til 1895.

ABSTRACT

Theatre nursing has a long history with the hospital in Tromsø. Yet, this story are not told, or made visible for other to see. The purpose of this thesis has been to enlighten a part of the theatre nurses history in the years between 1895 and 1974.

Modern surgery was made possible by the growing knowledge of aseptic techniques and anaesthesia, in the late 19th century. The change in Tromsø in to a surgical hospital, happened with the surgeons Frederik Ramm and Kristian Igelsrud. It can be dated to the year 1895. Historic sources shows, that from the very beginning, the theatre nurses had a great responsibility and tasks assisting the surgeons.

From the 1920ties theatre nursing became the first speciality in nursing. And until 1975, fully educated nurses were apprentices to become theatre nurses. Up to the middle of the 1960ties, both theatre nursing and anaesthesia nursing, was a part of theatre nursing. But when the first anaesthesiologist was employed, theatre nursing and anaesthesia nursing started to split into two separated nursing specialities.

Even though theatre nursing has such a long history with the hospital in Tromsø, are the theatre nurses traditions and knowledge's very little articulated in writings. That has caused questions about the need for theatre nurses, for instants: "Do you have to be a fully educated nurse to be trained as a theatre nurse?"

To be able tell the history of the theatre nurses in Tromsø and show their knowledge's, I have used informants who used to work as theatre nurses in the period 1954 – 1975. For the period back from 1954 and back to 1895 I have used sources as letters, pictures, technical drawings, textbooks about nursing and other archive materials, that has enlightened the theatre nurses profession back to 1895.

1	OPERASJONSSYKEPLEIE VED TROMS OG TROMSØ SYKEHUS, 1895 - 1974.	1
2	FREMGANGSMÅTE	3
2.1	Periodisering	4
2.2	Kilder	5
2.2.1	Muntlige kilder	5
2.2.2	Trykte kilder	7
2.2.3	Arkivmateriale	7
2.2.4	Bilder	8
2.2.5	Andre levninger	8
2.3	Mitt eget ståsted og forforståelse	8
3	SYKEPLEIE OG OPERASJONSSYKEPLEIE – LIKHETER OG FORSKJELLER	10
4	DEN MODERNE KIRURGIS BEGYNNELSE	12
4.1	Lærebøker skrevet i perioden 1877 frem til 1922	13
4.1.1	Marie Joys' selvbiografi, 'Erindringer'	21
5	DEN TIDLIGE OPERASJONSSYKEPLEIE VED TROMSØ AMTSSYKEHUS, 1895 -1922	22
6	OPERASJONSSYKEPLEIE VED TROMS OG TROMSØ SYKEHUS 1922-1939	29
6.1	Hva ble dokumentert på operasjonsstua?	33
6.1.1	Noen nøkkeltall fra tilgjengelige Operasjonsprotokoller	34
6.2	Bilder fra operasjonsstuene	36
6.3	Annet arbeid på operasjonsstua	38
6.4	Skolesituasjonen frem til 1939	39
7	OPERASJONSSYKEPLEIE VED TROMS OG TROMSØ SYKEHUS, 1939 – 1954	40

7.1	Skolesituasjonen etter 1939	40
7.2	Lærebøker frem til 1954	41
7.2.1	Narkosesykepleie	43
7.2.2	Bruk av stillingsbetegnelser	43
7.3	Utdanning av operasjonssykepleiere i Norge	43
7.4	Arbeidet på operasjonsstuene i Tromsø	46
7.4.1	Blodbank	46
7.4.2	Noen nøkkeltall fra operasjonsprotokoller	48
7.5	To alvorlige hendelser med døden som følge	51
8	OPERASJONSSYKEPLEIE VED TROMS OG TROMSØ SYKEHUS 1955 – 1964	52
8.1	Den første lærebok i operasjonssykepleie av en operasjonssykepleier	52
8.1.1	Anmeldelsen av "Operasjonsstueteknikk"	53
8.1.2	Bokas aktualitet	53
8.2	"Lærebok for sykepleiere"	54
8.2.1	Narkosesykepleie	55
8.3	Opplæring av operasjonssykepleiere og arbeidet på operasjonsstua i Tromsø	55
8.3.1	Desinfeksjon og sterilisering	58
8.3.2	Hva ble operert?	60
8.3.3	Håndhygiene under operasjoner	62
8.3.4	Narkosesykepleie	63
8.3.5	Andre oppgaver	64
9	OPERASJONSSYKEPLEIE VED SENTRALSYKEHUSET I TROMSØ, 1965– 1974	65
9.1	Lærebøkene	65
9.1.1	Bruk av stillingsbenevnelser og spesialisering.	65
9.1.2	Aseptikk og sterilitet	66
9.1.3	Eleven i operasjonsstua	66
9.2	Opplæring av operasjonssykepleiere i Tromsø	67
9.2.1	Den første teoriundervisning	67

9.2.2	De første felles prosedyrer på operasjonsavdelinga.	69
9.2.3	Endringer i grunnutdanninga av sykepleiere	70
9.2.4	I praksis som spesialelev	70
9.2.5	Operasjonssykepleiefaget deles ved Sentralsykehuset i Tromsø	72
9.2.6	"Da han Jon Anton kom"	73
9.2.7	Noen nøkkeltall fra årsberetningene	75
9.3	Teknikerstriden	76
10	HVA UTTRYKKER OPERASJONSSYKEPLEIERNE OM SIN FUNKSJON?	79
10.1	Hygiene	81
10.2	Leiring	82
10.3	Instrumentering under operasjoner	83
10.4	Operasjonssykepleiernes egne prosedyrer	85
10.5	Kan operasjonssykepleie artikuleres skriftlig?	88
11	AVSLUTTENDE ORD	91
	SLUTTNOTER	92
	LITTERATURLISTE	1
	ARKIV	4
	UPUBLISERTE KILDER, IKKE TILGJENGELIG I BIBLIOTEK ELLER ARKIV	4
	INTERVJU OG SAMTALER	4
	BILLEDLISTE	4

1 OPERASJONSSYKEPLEIE VED TROMS OG TROMSØ SYKEHUS, 1895 - 1974.

Jeg er operasjonssykepleier. Den dagen jeg startet på min videreutdanning i sykepleie i september 2001, fikk jeg dette spørsmålet fra en medstudent: ”Operasjonssykepleiere, er det ikke de som gir pinsett og skalpell til legen og står og får åreknuter?” Det slo meg at hun kunne ha rett, for egentlig visste jeg ikke så mye om det yrket jeg hadde valgt å skulle bli en del av. Av en erfaren hjelpepleier fikk jeg dette spørsmålet: ”Operasjonssykepleier, trenger de sykepleiere der, kan de ikke bare bruke teknikere?”. Jeg visste ikke da at hennes spørsmål grunnet i en gammel debatt: utdanning av operasjonsteknikere som skulle utføre arbeidsoppgaver som operasjonssykepleierne hadde i operasjonsteamet, under operasjoner. Som ferdig utdannet operasjonssykepleier snappet jeg opp dette i en debatt om operasjonssykepleierens rolle: ”Dere skal huske på det, at om vi slutter i morgen vil det om få år ikke finnes spor igjen etter oss, for vi har aldri dokumentert hva vi har gjort”.

Tre bemerkninger som forteller tre forestillinger om operasjonssykepleieren. At operasjonssykepleieren er en tekniker som fungerer som håndlanger for en operatør, og som ikke dokumenterer sitt arbeid. Sammen utgjør disse forestillingene bakgrunn for mitt valg av forskningstema. Jeg vil i denne oppgaven legge et grunnlag for videre forskning i et for en stor grad ubeskrevet felt, operasjonssykepleierens historie. Mitt forskningstema er:

Kunnskap og formidling av kunnskap i operasjonssykepleien

Hva var det særegne ved å være operasjonssykepleier? Hvordan uttrykket de sin yrkesidentitet? Oppfattet de seg som teknikere i en produksjonslinje? Var de sykepleiere? Hva slags kunnskaper la de vekt på og hvordan ble den tillært og viderelært?

Jeg har i denne oppgaven sett på operasjonssykepleie ved Troms og Tromsø Sykehus i perioden 1895 - 1974. Det vil bli hevdet at den moderne kirurgis begynnelse ved Tromsø

Amtssykehus var i året 1895. I 80-års perioden frem til 1975 ble operasjonssykepleiere i Tromsø utdannet etter lærlingmetoden. Den nytilsatte fulgte erfarne operasjonssykepleiere i en mester-svenn læring frem til status som ferdig operasjonssykepleier.

Å gi pasienter narkose var i Tromsø operasjonssykepleiernes oppgave frem til siste halvdel av 1960-tallet. Opplæring i å gi narkose, operasjonssykepleiernes opplevelse av denne delen av operasjonssykepleien, og av delingen som kom til en operasjons- og en anesthesiavdeling, vil også måtte omtales i operasjonssykepleiernes historie.

Jeg bruker navnet ”operasjonsavdelinga” gjennom hele delen som omfatter tiden etter 1922. Det for å vise at jeg skriver om det som har tilknytning til operasjonssykepleier virket ved sentraloperasjonen, Kirurgisk avdelings operasjonsstue. Fra 1948 skilles øre-nese-hals og øyeadeliga ut og får sine egne operasjonsstuer. Virket på de to avdelingene er ikke behandlet her. Ved St. Elisabeths hospital var det en privatdrevet føde- og gynekologisk virksomhet med operasjonsstuer. Fra 1964 ble den medisinsk tilhørende under Sentralsykehuset i Tromsø. Operasjonssykepleierne i Tromsø var tidvis behjelpelig som operasjonssykepleiere der for at nonner ved St. Elisabeths hospital skulle få ferie. Den operative virksomhet der er heller ikke behandlet her.

I den perioden jeg behandler var sykehuset lokalisert to steder i Tromsø. Fram til 1922 var sykehuset lokalisert i Grønnegata i sentrum av Tromsø. Det nye Troms og Tromsø Sykehus stod ferdigbygd like utenfor bykjernen, i 1922. Opprinnelig ble det eid av Tromsø kommune, en liten bykommune, og Troms Fylke. Kommunen og fylket eide og drev sykehuset sammen til den store kommunesammenslåingen i 1964. Da overtok fylket hele eierskapet og driften av sykehuset. Navnet ble da forandret til Sentralsykehuset i Tromsø. Sentralsykehuset i Tromsø var lokalsykehus for Midt- og Nord-Troms. Det hadde også sentralsykehus funksjon for Troms, Finnmark og Svalbard. I 1969 vedtas det at det skal bygges et universitet med medisinsk skole i Tromsø. I 1975 ble Sentralsykehuset i Tromsø et universitetssykehus med navnet Regionsykehuset i Tromsø.

Endringa i opplæring av operasjonssykepleier i 1975, sammen med at sykehuset ble et universitetssykehus, gjør at perioden 1895 – 1974 danner en klart definert historisk

ramme med en identifiserbar begynnelse og overgang til noe nytt for operasjonssykepleierne.

2 FREMGANGSMÅTE

Jeg begynte å arbeide med denne oppgaven med en forforståelse av at operasjonssykepleierne hadde satt få gjenfinnelige spor etter seg i historia til Troms og Tromsø Sykehus. Min forforståelse bygde på at jeg aldri hadde sett en bok eller lest en artikkel skrevet av en operasjonssykepleier; ”Men dessverre, for oss som vil lære mer om fortiden, har sykepleiere stort sett til alle tider unnlatt å skrive om sitt liv og daglige arbeid”.¹

Utgangspunktet var at jeg skulle se på perioden 1945 – 1974. Jeg begynte derfor med å kartlegge muntlige kilder som jeg kunne benytte for å utforske den tidsperioden. Delvis fordi jeg i ville fortelle deres historie, og delvis fordi jeg trodde at det bare fantes muntlige kilder. De første intervjuene klargjorde for meg at jeg manglet noe. Jeg kjente slutten fordi jeg hadde gjort en periodisering. Men der intervjuene var med å sette slutten, fant jeg ingen begynnelse. Det gikk opp for meg at operasjonssykepleierne ikke kom inn i en tomhet. De kom inn i en levende tradisjon formet og opprettholdt av de som hadde gått foran.

Spørsmålet jeg hadde stilt meg forandret seg derfor underveis, slik det ofte skjer i en historisk forskningsprosess. Kildene besvarer noen spørsmål, og de reiser nye spørsmål og problemstillinger.² Jeg måtte forbi de muntlige kilder for å gjenfinne de operasjonssykepleierne som hadde gått der før. Det var ikke lenger bare hva operasjonssykepleierens virke og funksjon hadde vært; hva sa de, hva gjorde de? – Jeg ville også fortelle en historie, der metoden ikke var hermeneutisk – å forstå – men der selve fortellinga er metoden. Der en historikers metode er ”å fortelle om begivenhetsforløpet fra begynnelsen til slutt, gangen fra én tilstand til en annen”.³

Jeg vil nå redegjøre for den periodiseringa jeg har gjort av dette stoffet og hvorfor jeg har gjort denne inndelinga. Jeg vil deretter vise mine kilder.

2.1 Periodisering

Periodisering er hvordan stoffet inndeles i den historiske fremstilling. Det finnes flere måter å gjøre dette på. Politiske regimeskifter, kriger, hendinger i lokalsamfunnet. Skiller som hjelper oss til å si før og etter. I disse periodene kan vi finne trekk som har vært forholdsvis stabile over tid, og som danner meningsfylte enheter i fremstillinga.⁴

Jeg har for hele perioden valgt å benytte tittelen ”Operasjonssykepleie ved Troms og Tromsø Sykehus, 1895 – 1974”. I virkeligheten skifter sykehuset navn flere ganger. Fram til 1919, Tromsø Amtssykehus. Fra 1919 – 1922 het det Troms Fylkessykehus. Fra 1922 – 1964 bar det navnet Troms og Tromsø Sykehus. Fra 1964 het sykehuset Sentralsykehuset i Tromsø. Jeg har valgt min tittel fordi sykehuset bar navnet ”Troms og Tromsø Sykehus”, lengst, i den omtalte periode.⁵ I denne perioden utvikler operasjonssykepleien seg fra å være en del av den kirurgiske sykepleie til å bli en spesialisert del av sykepleien. Utdannelsen av operasjonssykepleierne i Tromsø skjedde etter lærlingmetoden. Dette tar slutt i 1974. Etter 1974 har utdanninga av operasjonssykepleiere vært en videreutdanning i sykepleie med landsomfattende fagplan, i en skolemodell,

1895 – 1922, er perioden da den moderne kirurgi vokser frem i Tromsø, og sykehuset forandres til et kirurgisk sykehus.

1922 – 1939, er perioden da operasjonssykepleie spesialiseres og skilles ut fra kirurgisk sykepleie. I november 1922 står også det nye Troms og Tromsø sykehus ferdig. 1922 blir da innenfor to perioder.

1939 – 1954, er den perioden der jeg ikke finner direkte kilder om operasjonssykepleie. Her må trekk rekonstrueres etter levninger. Mine kilder her er indirekte, dvs. at jeg slutter at slik må det ha vært gjennom kilder som inventarlistene fra operasjonsavdelinga og gjennom arkiverte nyhetsklipp.⁶ Helt mot slutten av perioden finner jeg muntlige kilder. Det er sykepleieelever som har praksis på operasjonsstua.

1955 – 1964, er den perioden da de muntlige kildene kommer. Her finnes det også levninger i form av fotografier og levninger som private prosedyrer og erindringer.

1965 – 1974, er en veksttid for operasjonssykepleierne i Tromsø. Den første teoriutdannelse kommer. Det vedtas at det skal opprettes et universitet i Tromsø. Den kirurgiske virksomhet begynner å spesialiseres etter organmodeller. Operasjonssykepleie begynner delinga til to spesialiteter, operasjons- og anestesisykepleie. Operasjonssykepleierne utfordres på sitt virke og sin funksjon. Lærlingtida ender.

2.2 Kilder

2.2.1 Muntlige kilder

Bruk av muntlige kilder har i sykepleieforskning vist seg å være en god metode for å få frem flere perspektiver ved sykepleien enn det som bøker kan formidle. De som har opplevde historia kan fortelle den med mest liv.⁷ Det er ikke alltid slik at det er de som opplevde historia som gjenfinnes i et sykehus årsberetninger og offisielle historier. For det er sjeldent at vi finner at vanlige mennesker forteller sin historie.⁸ Å benytte muntlige kilder er en metode for å finne denne ofte ufortalte historie.

For å få et mest mulig utfyllende bilde, ønsket jeg operasjonssykepleiere fra forskjellige grupper fra denne tiden jeg hadde muntlige kilder for. Kriteriene jeg satte for gruppene var: A) Operasjonssykepleiere som fortsatt arbeidet som operasjonssykepleiere på operasjonsavdelinga. B) Operasjonssykepleiere som var gått over i andre stillinger innen sykehusorganisasjonen. C) Operasjonssykepleiere som hadde forlatt Troms og Tromsø sykehus for å arbeide andre steder. D) Operasjonssykepleiere som var pensjonister. Min plan var å intervju dette strategiske utvalget i et eller to gruppeintervju, der det var deres historie som drev fortellinga frem. Denne metoden måtte jeg forkaste fordi tidsplaner gjorde det umulig å samle operasjonssykepleierne i grupper. Kun et intervju ble utført med to samtidig. De andre er utført ett og ett.

Jeg startet på min egen arbeidsplass for å finne operasjonssykepleiere fra tiden før 1975. Ved starten av intervjuperioden hadde jeg bare kjennskap til operasjonssykepleiere som fortsatt var ved sykehuset. Når de fortalte hvordan det var den gangen, så kom det også navn på tidligere kolleger, som jeg så kontaktet. Jeg var også gjest ved et møte i veteranforeninga, ”Vi over 50”. Der fikk jeg navn på tidligere operasjonssykepleiere som også ble kontaktet.

Informantene fordelte seg slik: To var fortsatt på operasjonsavdelinga som operasjonssykepleiere. En hadde tatt ny utdanning og fortsatt på operasjonsavdelinga som anestesisykepleier. Av pensjonistene hadde to av informantene hatt et markert skifte i arbeidsplass. En hadde forlatt Tromsø helt, den andre hadde gått over i en undervisningsstilling. En hadde forlatt Tromsø i 1960 og kommet tilbake i slutten av tiåret. Flere av informantene hadde verken arbeidet sammen, eller truffet hverandre. Kun en hadde vært ansatt så lenge at hun kjente alle de andre informantene.

Til intervjuene hadde jeg en guide. Den var tenkt som et redskap for å kontrollere at jeg fikk berørt emner som jeg mente var sentrale når operasjonssykepleiernes historie skulle fortelles. Samtalene ble tatt opp på bånd. Ønsket var at de skulle være ledig å gi rom for å la deres historie være det som drev samtalen fremover.

Dette utvalget hjalp meg til å kunne tidfeste hendelser ved at jeg visste når de begynte som spesialelever, og når de hadde sluttet på operasjonsavdelinga. Jeg kunne da sammenligne og ordne det informantene fortalte, for å lete etter fellestrekk og tendenser.

Informantene ga meg også noe mer. Jeg fikk i tillegg til deres beretninger, levninger i form av bilder, vitnemål og private prosedyrer fra deres tid på operasjonsavdelinga. Flere møtte meg med egne notater av hva de ville ta opp. En var begynt å skrive på sine erindringer. De satte meg også på sporet av andre kilder i form av operasjonsprotokoller og skrevne erindringer fra samarbeidende grupper. Men en annen viktig kilde de ga, var at når jeg spurte: ”Hvor lærte dere det?” – da svar de: ”På skolen, det var en del av grunnutdanninga”; lærebøkene brukt i sykepleierutdanninga.

Om jeg i ettertid skal gi noen kritikk av min bruk av informantene, så er det at jeg begynte i feil ende. Jeg startet ved slutten og arbeidet meg tilbake mot operasjonssykepleiens start. Nå skyldes det naturligvis at opprinnelig hadde tatt perioden 1945 – 1974. Hadde jeg begynt ved begynnelsen ville mine tema vært mer i samsvar med at jeg hadde hatt et fundament å sette deres historie på, mens jeg nå måtte bygge fundamentet og plassere deres historie på.

2.2.2 Trykte kilder

Med informantenes henvisning til sine lærebøker gikk jeg til lærebøkene brukt i perioden 1895 – 1974. Oppgaven min er ikke en gjennomgang av lærebøker. Men det var sykepleierskolens lærebøker som var teorigrunnlaget. Bøkene ble holdt sammen med beretninger og levninger fra operasjonssykepleiernes historie i Tromsø. Dette ble gjort for å se om det var mulig å etterprøve teori fra lærebøker med beretningene og levningene. Erindringsbøker og andre historiske verk som berører denne historia, er benyttet som kilder.

Tidsskriftet Sykepleien har vært en rik kilde for operasjonssykepleie, og arbeidet med en felles fagplan, frem til 1963. Fra det året ”tørker” stoffet om operasjonssykepleie inn i Tidsskriftet Sykepleien. Lokalavisene, Bladet Tromsø og Bladet Nordlys, har vært benyttet som kilder for en tragiske hendelse i 1954. Over det er det ikke søkt i lokalpressen etter relevant stoff.

2.2.3 Arkivmateriale

Troms og Tromsø sykehus har avlevert arkivmateriale til Statsarkivet i Tromsø. Det arkiverte materialet er ikke komplett. Jeg har hatt innsynsrett i klausulert materiale som operasjonsprotokoller fra 1945 og fremover. Men dette er ikke avlevert fra Universitetssykehuset Nord-Norge. Det er kvittert utlånt fra operasjonsavdelinga for overlevering til Statsarkivet i Tromsø. Avlevering har ikke funnet sted. Kun spredte operasjonsprotokoller er arkivert for perioden 1945 – 1974. Røde kors sykepleieskole for Nord-Norge har avlevert sine arkiver til Statsarkivet i Tromsø.

Arkivkatalogene ved Statsarkivet i Tromsø har vært en hjelp for å orientere seg. Men de har ikke vært tilstrekkelig for meg til å forstå hva som er hva. Ved blaing i arkivert materiale har jeg funnet elevberetninger som ikke er nevnt i andres arbeid, samt fått forståelsen for at det fantes materiale i arkivene ved Universitet i Tromsø, både ved den tidligere Høgskolen i Tromsø, avdeling for helsefag, og ved fagområdet medisin, som ennå ikke var avlevert til Statsarkivet. Dette har jeg fått hjelp av arkivarer ved Universitet i Tromsø til å finne frem. Jeg har også fått en innføring i at arkivpraksis på 70-tallet gjør

at alt materiale ikke trenger å være arkivert. Brevmottaker, eller avsender av brev, trenger ikke å ha overlevert det til arkivering. Under oppbygging av Universitet i Tromsø holdt institutter og avdelinger til i provisoriske lokaler. Deling og sammenslåing av institutter og avdelinger har gjort at det ikke finnes journaler fra perioden før 1977.⁹

Historiske opplysninger som hadde kunne belyst deler av den fortalte historie, kan derfor fortsatt finnes seg både ved Universitet i Tromsø og ved Universitetssykehuset Nord-Norge.

2.2.4 Bilder

Bilder er også benyttet som kilder. Bilder er tatt for å dokumentere, og for å fange situasjoner. Her i denne oppgaven er de fastfrosne øyeblikk fra en tid som er forbi. De viser noe om hvordan det var. Hvordan det så ut på operasjonsavdelinga. De dokumenterer hvordan de som var der var kledd. Noen ganger gir de innblikk i arbeidet som ble utført.

2.2.5 Andre levninger

Tegninger av det nye sykehuset (Troms og Tromsø Sykehus fra 1922) er et tidsbilde som kilde for arbeidsbetingelsene og hygienetenking i første halvdel av det forrige århundre. Som kilde er tegningene også en kilde for å se synet på sykehuset som samfunnsinstitusjon.¹⁰

Operasjonssykepleieres private prosedyrebøker var deres egne arbeidsverktøy. Å ha dette tilgjengelig gir verdifulle innblikk i den delen av operasjonssykepleiernes arbeid som er minst beskrevet i trykte kilder, instrumentering under operasjoner.

2.3 Mitt eget ståsted og forforståelse

Jeg har alt presentert meg som operasjonssykepleier i innledninga. Det er mitt utgangspunkt for å utforske den tradisjon jeg er en del av. Det er skrevet mye om det å forske i eget felt. Er jeg i mitt eget felt? Da jeg startet mitt arbeid var jeg i tvil om jeg var det. Den delen av operasjonssykepleiernes historie som jeg ville se på var perioden frem til da utdannelsen av operasjonssykepleiere ved sykehuset i Tromsø gikk fra å være en bedriftsintern lærlingutdanning til å bli en skoleutdanning, altså frem til 1975.

Sykehuset befant seg på den tid et annet sted i Tromsø, og brukes ikke lenger som sykehus. Jeg hadde aldri vært på operasjonsavdelinga der, og trodde da at det ga en avstand til stoffet som ville bidra til å se det utenfra.

I dette arbeidet har noen av mine informanter vært kolleger, tidligere veiledere og lærer fra grunnutdanninga i sykeplei. Jeg kunne ikke fri meg fra at jeg er operasjonssykepleier. Men som det er jeg ekspert i mitt yrke og kunne lese tekster med den forståelsen, og i dem se gjenstander og praksis som jeg gjenkjenner fra min egen praksis.¹¹ Deler av dette mener jeg at man må ha en bakgrunn som operasjonssykepleier for å se. Og det var min bakgrunn som operasjonssykepleier som gjorde meg nysgjerrig på å forske på den tradisjon jeg selv er en del av. Denne forutsetningen har jeg tatt med meg inn i materialet av fortellinger, bilder, tegninger, glimt fra elevfortellinger og andres sykepleiehistoriske verk, i mine spørsmålsstillinger.

Det gjelder å bli sin egen forutinntatthet bevisst, slik at teksten kommer til syne i sin annerledeshet. Bare slik blir teksten i stand til å spille sin saksmessige [sachliche] sannhet ut mot fortolkerens formening.¹²

Det er min bakgrunn, mine fordommer, som setter meg i stand til å stille mine spørsmål ved at materialet prøves mot min bakgrunn, slik at min forståelse justeres, eller beholdes. Dette ligger tilbake i tid. Avstand i tid blir av Gadamer sett på som en produktiv avstand fordi hendelser har fått en sikker målestokk gjennom tidsavstanden. Erttertid har alt gitt mange svar på om praksis var forsvarlig eller ikke.¹³

Foruten det materialet jeg har produsert ved å intervju informanter, er ikke materialet som er benyttet, et nytt materiale. Jeg har i redegjørelsen for mine kilder fortalt at dette befinner seg i arkiver, i lærebøker og i andres historieverk. Men det er jeg som bruker det, og som tolker det.¹⁴ Jeg bruker det for å belyse en del av operasjonssykepleiernes historie. Det er i bruken av det, at det kan benyttes til å besvare mitt forskningsspørsmål, og tema. Denne fordelen som kunnskaper om feltet er, kan også være min svakhet. Jo nærmere jeg kom min egen tid og skulle kommentere stoff og funn, jo mer ser jeg at jeg kommenterer en kunnskapstradisjon som jeg er en del av. På den ene siden forteller det at tradisjon er levende og har ligget fast over tid. Men det forteller også jeg får en nærhet til

funn som kan gjøre meg hjemmeblind for det som en annen vil kunne se i de data som jeg har samlet.

At deler av dette har vært benyttet av andre for å belyse andre sider av historia, fortell at det er flere sider av en sak og at ting kan sees i sammenheng med hverandre.¹⁵ Dette perspektivet er valgt av meg, men mitt arbeid kan også benyttes av andre til å belyse deres forskningsspørsmål og ta frem funn som jeg ikke ser fordi jeg har en nærhet til det som jeg ikke selv kan se.

3 SYKEPLEIE OG OPERASJONSSYKEPLEIE – LIKHETER OG FORSKJELLER

Sykepleie – pleie av syke – har vært utført så langt tilbake som vi har skrevne kilder. Vi kan vel knapt tenke oss et menneskelig samfunn der det ikke vil være behov for pleie av syke. Sykepleieren følger menneskene gjennom mange av de store skiller i livet. Inngangen til livet og avslutningen på livet, skjer i mange tilfeller med en sykepleier tilstede. Når livet av en eller annen gang har stoppet litt opp, er sykepleieren der for å gi pleie til pasienten selv er i stand til å ivareta sine behov. Noen ganger vil det være behov for pleie livet ut. Sykepleie dreier seg ikke først og fremst om behandling. Den handler om å gi faglig hjelp til å understøtte funksjoner som vi tar for gitt. Få i oss mat, daglig hygiene, få på oss rene og hele klær.¹⁶ På det viset vil sykepleien være tilstede også der all behandling er avsluttet, eller ikke mulig. Der pasienten ikke har noen diagnose, eller der all behandling er avsluttet, har sykepleien et mål. Sykepleieren har et ansvar for å lindre lidelse og bidra til en naturlig og verdig dødsprosess og død, der ingen behandling lenger er mulig.¹⁷

Mest av alt møter vi sykepleieren som pasient på et sykehus. Sykepleieren står for den kontinuerlige omsorgen for en pasient. Kjennskapet til pasienten overføres fra sykepleier til sykepleier gjennom rapportering ved vaktskiftene. Har pasienten sovet? Har han spist? Kommer han seg på toalettet? Hva slags hjelp og tilrettelegging trengs for daglig hygiene? Gjennom spørsmål som dette danner sykepleieren seg et bilde av hva slags

behov en pasient har for sykepleie.¹⁸ Observasjoner føres nøye. Noen brukes i behandlingsøyemed. Andre brukes til å planlegge behovet for pleie. Ved vaktens slutt rapporterer sykepleieren pasients tilstand og hva som er gjort. Slik overlates ansvaret videre fra sykepleier til sykepleier gjennom døgnet. Sykdom er en del av menneskenes liv, og noen til å ivareta den syke vil det alltid være behov for. Aldring og svekkelse av kroppen fører også til behov for omsorg og pleie.

Jeg nevnte ovenfor at gjennom rapportering av observasjoner og handling overførte sykepleiere sykepleiefaglig ansvar for pasienten fra vaktskift til vaktskift. Når en pasient kommer til operasjonsavdelinga overføres på lignende vis sykepleiefaglig ansvar fra pleier til pleier gjennom rapportering. Slik er operasjonssykepleieren knyttet til den kontinuerlige omsorgen for pasienten. Men her kommer det en forskjell. Det er kirurgenes behov for assistanse som er med på å lede vei for utviklinga av operasjonssykepleie som fag. Operasjonssykepleie i sykehuset er en del av behandlinga.

Operasjonssykepleieren har også et språk som er uvant for sykepleiere flest. Det arbeides så direkte med instrumenter. Handverkspreget vises så godt i en operasjonsavdeling. Der handteres kniver, sakser, tenger, sag, drill, og det snakkes uanstrengt om gjengetapper og forsinking av skruer: et språk vi venter å finne i en verkstedhall. Utenfra ser det teknisk ut, for operasjonssykepleieren er det redskaper som benyttes for å avhjelpe en annens behov for sykepleie.

Operasjonssykepleien skiller seg også fra annen sykepleie ved at den foregår i et ”lukket rom”. Den er atskilt fra den tradisjonelle sykepleien på en sengepost. Livet på en sengepost er styrt av klokkeid og rutiner. Rapporten er alt nevnt. Den er knyttet til vaktskiftene og overføring av pleieansvaret. Sykepleien handler om daglige funksjoner: Mat og klær og daglig hygiene. Tiden for servering av måltid foregår i hovedsak etter klokka. Slik danner små og store deler av den daglige rutinen en gjenkjennelig syklisk gang for pasienten. Pasienten har sin egen seng, nattbord og klesskap. Det innbyr ikke til privatliv å kun ha forheng rundt sin seng, likevel er det et personlig rom som er pasienten sitt. Når pasienten kommer til operasjonsavdelinga brytes den daglige rutinen på en sengepost. Pasienten mister sitt personlige rom. Han må forlate sin seng og tre over på et operasjonsbord – en smal benk, for å føres inn i et (ofte) ukjent rom. Her er

sykepleietjenesten organisert på et annet vis. Organisasjonen arbeider innenfor fysiske rammer som setter andre regler for klesdrakt og hodeplagg enn sengeposten bruker¹⁹. Utformingen og hensikten, er med på å skille sykepleie fra operasjonssykepleie.

Pasienten må for kortere eller lenger tid gi opp ansvaret for egen kropp. Under anestesen, når hele eller deler av kroppen er bedøvd. Å gi opp sin egen bevissthet handler, uansett om det er nødvendig eller ikke, om å gi opp sitt herredømme over egen kropp. Men her, akkurat som på en sengepost, har operasjonssykepleieren sykepleieroppgaver som forebygger sengeleiets komplikasjoner. Pasienten kan ikke selv velge sin liggestilling eller snu seg. Operasjonssykepleieren må ta hensyn til det og forebygge trykksår. Pasienten kan ikke selv forebygge varmetap ved å trekke dyna tettere rundt seg. Operasjonssykepleieren må ta hensyn til det og pakke inn kroppen så langt det er mulig under operasjonen for å unngå hypotermi. Har pasienten fått en spinalbedøvelse kan han ikke selv styre sin eliminasjon. Operasjonssykepleieren må måle urinblæra og kateterisere om det trenges. Dette er noen av de sykepleiehandlinger som operasjonssykepleieren ivaretar når pasienten ikke kan gjøre det selv. Når kroppens integritet brytes ved at det skjæres i den, er dens immunforsvar brutt. Hygiene er i den moderne sykepleie brukt som standard for kvaliteten på sykepleien²⁰. Under en operasjon kreves utvidete hygienetiltak i forhold til på en sengepost. Det er ikke bare omgivelser som skal være rene. Instrumenter som skal benyttes skal være sterile. Pasientens hud skal desinfiseres. Operasjonsteamet som skal delta under operasjonen skal benytte hette og munnbind og være kledd med sterile frakker og hansker. Alt dette er operasjonssykepleierens funksjonsområde i pasientomsorgen.

4 DEN MODERNE KIRURGIS BEGYNNELSE

To historiske oppdagelser åpner for den moderne kirurgi. Det ene var oppdagelsen av aseptikk²¹. Forståelsen av at bakterier medførte infeksjoner gjorde at det kunne iverksettes mer spesifikke tiltak for å unngå infeksjoner. Joseph Lister bygde på Louis Pasteurs oppdagelse av mikroorganismer, og forstod at sårinfeksjoner skyldtes bakterier. For å hindre infeksjoner benyttet han karbolsyre som desinfiseringsmetode. Instrumenter, bandasjer og hender som kom i berøring med pasienten ble vasket med

karbolsyre. Etter publisering av hans arbeid i 1867 ble det kjent at Listers metode førte til nedgang i infeksjoner og mortalitet hos operasjonspasienter. I årene etter fulgte epokegjørende oppfinnelser og oppdagelser til at infeksjoner og mortalitet gikk ytterligere ned. I 1883 ble den første dampsterilisator konstruert. Kappe og lue til bruk under operasjoner kom. Kirurgisk håndvask av hender ble demonstrert. Da Caroline Hampton, operasjonssykepleier ved John Hopkins Hospital i Baltimore, USA, fikk sublimatseksem i 1889, bestilte hun gummihansker fra Goodyear Rubber Company.²² Denne tilfeldigheten førte til ytterligere nedgang i infeksjoner. Den andre store oppdagelsen som innledet den moderne kirurgi, var anestesi. Eter, kloroform, lystgass og kokain ble alle tatt i bruk som anestesimidler mellom 1840 og 1885.²³ Med innføring av aseptisk teknikk, og medikamenter som gjorde operasjoner smertefri, var grunnlaget for den moderne kirurgi lagt.

Den første kjente utdanning i operasjonssykepleie startet så tidlig som i 1876 i USA, ved Massachusetts General Hospital,²⁴ fire år etter at den første utdanning av sykepleiere startet i USA. I Norge startet den første utdanning av sykepleiere i 1868. Som jeg skal vise skjedde den teoretiske innføring i operasjonssykepleie gjennom grunnutdanninga. Denne dannet grunnlaget for den senere lærlingtid på operasjonsstua. I 1877 ble den første norske lærebok i sykepleie utgitt. Det var Rikke Nissens ”Lærebog i sygepleie for Diakonisser”. I over 20 år var boka den eneste lærebok for sykepleiere, også for assistanse under operasjoner.

4.1 Lærebøker skrevet i perioden 1877 frem til 1922

Lærebøker gir et innblikk i hva man anså som grunnleggende kunnskaper om sykepleie. Skal det sies noe om operasjonssykepleien må lærebøkers innhold drøftes opp mot det andre kilder forteller om operasjonssykepleien som ble utført. Samtidig vet vi at noen lærebøker var så lenge i bruk at de ikke kunne ha fanget opp alle endringene som fant sted. Det samlede kunnskapsnivå trenger ikke å gjenspeiles i lærematerialet. Jeg skal vise eksempler på at kunnskaper var etablert i praksis her i Tromsø før det var skrevet om det i lærebøker for sykepleiere.

Rikke Nissens ”Lærebok i Sygepleie” hadde ett eget kapittel om ”Bistand ved Operationer”. Hennes bok beskriver en sykepleiers oppgaver både ved forberedelse til

operasjoner og ved assisteringen av operatør i operasjonsfeltet. Oppgaver under forberedelse, som beskrives er: Hvordan man skal klargjøre et leie – operasjonsbordet. Hvordan man assisterer ved instrumentering og definerer seg som en del av et kirurgisk team. Ikke bare er arbeidet med hemostase, å holde operasjonsfeltet tørt ved å tørke opp blod og trykke på åpne blodkar tatt opp, Nissen skriver også:

Operatøren forlanger [instrumentene] i en kort, kommanderende Tone, og man maa ikke lade ham vente længe paa dem, ja han ser gjerne at den assisterende Dkn. kan forekomme hans Ønske og allerede holde i Haanden, hva han tiltrænger .²⁵

Å kunne vite hva operatøren trenger forutsetter at sykepleieren kjenner operasjonens gang og den anatomi som det opereres i, slik at hun kan være forut for operatørens behov for instrumenter og assistanse. Hun må også kjenne til de forskjellige instrumenter og bruken av dem for å kunne vite hva som skal benyttes hvor og når. Nissens bok underviser også i en korrekt instrumentering under operasjoner. Det skal instrumenteres slik at operatøren ikke trenger å se på instrumentet, eller skifte grep før det brukes. En kniv skal holdes i pinsettgrep med kniven skjult i hånden med eggen nedover, og skaftet mot operatøren. Dette pinsettgrepet hos Nissen er den dag i dag standard operasjonssykepleierkunnskap. Kniven skal alltid holdes slik at ingen skader seg på den. I tillegg sier hun at det skal gis instrumenter med en hånd og tas mot med andre. Å være klar med et instrument før operatør trenger det, og være klar til å ta i mot det brukt, forteller noe om det vide oppmerksomhetsfelt den som assisterte måtte ha: på pasienten, på instrumenter, på operasjonens gang. Nissens ord om at man ikke må la operatøren vente må sees i lys av at en operasjon var farefull. Ikke bare var faren for forurensning av operasjonssår høy – Listers metode med bruk av karbolsyre til å dusje rundt operasjonsfeltet under operasjoner, og til desinfisering av instrumenter og bandasjer, var helt ny på Nissens tid. På Rikshospitalet hadde hans metode vært i bruk fra rundt 1870.²⁶ Karbolsyre som desinfeksjonsmiddel var godt kjent av Nissen.²⁷ Nissen bruker ikke ordet antiseptisk, og det fremgår ikke av hennes bok om det ble dusjet med karbololje under operasjonene. Til forbindinger sier hun at det ofte benyttes karbololje.²⁸ Selv om antiseptikken var kjent blant diakonissene før Nissen skrev læreboka, fremgår det ikke om den var fullt gjennomført. Hun bruker heller ikke ordet antiseptikk. På hennes tid var

det fortsatt diskusjon om hva som forårsaket smitte. Først etter 1880 ble det slått fast at smitte ikke skyldes utdusting fra jord og luft, men mikroorganismer.²⁹ Så selv om antiseptikk med karbololje hadde fått ned antallet på postoperative sår infeksjoner, så var faren fortsatt stor. Å kunne anatomien og å kunne instrumentene var en forutsetning for å kunne gi den nødvendige assistanse.

Tiden i narkose var også kritisk. Narkosedødsfall var en påregnet risiko.³⁰ En rask operasjon økte sjansen for å overleve. En diakonisse som var forberedt bidro aktivt for pasientens overlevelse. Nissen skrev at diakonissene bare unntaksvis skulle gi anestesi. Det var legens arbeid. På denne tiden var det klorform som ble benyttet. Hun underviser likevel i hvordan det gjøres og hva som skal være tilstede av utstyr. Klorform hadde i tillegg til sin bedøvende virkning en kjent depressiv virkning på hjertet.³¹ Diakonisser som utførte anestesi måtte ha en beredskap om dette skjedde. Sykepleieobservasjoner var viktige. Det skulle observeres for tegn som viste at sirkulasjon og respirasjon var fallende; blålig ansiktsfarge, dalende puls, eller uregelmessig puls, måtte observeres. Blodet i såret måtte observeres. For ble det mørkt, slik det gjør om det ikke er mettet med oksygen, var det fare på ferde. Tiltak som skulle iverksettes etter leges ordre, om dette inntraff, var salmiakk til å lukte på, vann i ansiktet, fremtrekking av tunga og utvendig hjertekompresjon.³²

Pasientens sinnstilstand tas opp. Enhver operasjon vil føre til engstelse hos pasienten. En diakonisse vil aldri skjule sannheten om at en operasjon var farlig. Diakonissen, skrev Nissen, hentet sitt håp fra Jesus [Haab paa Klippen]. Dette håpet ville hun også holde frem for operasjonspasienten. Med det håp trengte heller ikke pasienten å frykte utfallet av operasjonen.³³ Denne omsorg, å vise til Jesus som håp, gjenspeiler at diakonissene bygde sin sykepleie på et kristent livssyn.

Rikke Nissens "Lærebok for diakonisser" fra 1877, er den eneste lærebok i den perioden jeg behandler, som gjør alle sykepleiers oppgaver og ansvar under operasjoner, til et undervisningspunkt. Klargjøring av pasienten, og hans følelser for inngrepet. Klargjøring av operasjonsbord og instrumenter. Observasjoner under narkose og beredskap om kloroform død inntreffer. Og ikke minst, den gjør samarbeidet mellom operasjonssykepleier og operatør under inngrepet tydelig og definert.

Alt i 1884 ble Nissens bok hevdet å være foreldet med tanke på utviklinga innen kirurgi og anestesi. Det ble foreslått å revidere den. Det skjedde ikke, og den var i bruk helt fram til 1901.³⁴

Det kom ingen ny bok før Hans Riddervold Waages bok, ”Lærebok i sykepleie”, kom i 1901.³⁵ Den ble utgitt i 5 utgaver frem til 1917. Jeg benytter utgaven fra 1905 i denne oppgaven. Waage var selv lege. Når man sammenligner hans kapittel om ”Assistance ved Operationer”, ”Narkose” og ”Pleien av Operationspatienter før og efter Operationen” med Nissens ”Bistand ved Operationer”, finner vi ikke at Waage drøfter uro og bekymringer for utfallet av et operativt inngrep hos pasienten. Ingenting om hans eventuelle engstelse og tanker rundt det forestående inngrep og forslag til tiltak for å berolige en urolig pasient. Waages lærebok går kun på det praktiske og på operatørens behov for assistanse.

Hos Waage heter det kirurgisk sykepleie. Den er ikke begrenset til kun operasjonene. Sykepleieren pleier pasienten også før og etter et operativt inngrep. Sykepleierne hadde tjenesten på operasjonsstua som en av sine oppgaver som kirurgiske sykepleier. Pasienten skal både faste og tømmes før inngrep i bukhula, laparatomier. Som en del av den preoperative forberedelse skal pasienten bades kvelden før og ligge med et antiseptisk omslag over underlivet om natten.

Den praktiske delen av assistansen læres gjennom å samarbeide med operatøren, helst i lengre tid, for det er med kirurger som med andre leger, ”hver vil ha det på sin måte”. Instrumentene måtte vedlikeholdes og kjennes av navn og utseende, så kirurgen kunne få det han ba om. Nissens undervisning i hvordan instrumentere på en sikker måte med oppmerksomhet på pasient, instrumenter og operasjonenes gang under en operasjon er helt borte fra boka. Å assistere i såret kunne også være aktuelt. Da skulle sårkanter holdes fra hverandre og blod skal tørres med kompresser. Antall kompresser som tas med til en operasjon må stemme med antallet etter operasjonen.³⁶ Antiseptikken må forstås.³⁷ⁱ

ⁱ Antiseptikk er ikke aseptikk. Antiseptikk tar sikte på å redusere antall bakterier, desinfeksjon. Aseptikk betyr bakteriefritt.

Ved århundreskiftet er narkose ved bruk av kloroform i ferd med å bli erstattet av eter. Til lokalbedøvelse benyttes ofte kokain. Å gi narkose regnes som en kunst som overlates til erfarne sykepleiere. Finnes ingen, kan enhver sykepleier gjøre det under leges assistanse. I Norge brukes det fortsatt levende lys mange steder. Kloroform og eter er begge brannfarlige. Eter har størst brannfare, og er også den dyreste på den tiden da Waages bok utgis.³⁸ Waage gir ingen oppskrift over hvordan man skal gi kloroform narkose, men det gis innføring i hvordan man skal unngå komplikasjoner. Kloroform øker slimproduksjon, og for å unngå at slim aspireres til lungene må pasienten leires med hodet lavt. Dette skal sikre at slim renner ut av munnen, og ikke trekkes ned i lungene ved respirasjon.³⁹

Om Waages bok var noen nyvinning innen sykepleie er et åpent spørsmål. Boka skulle bl.a. dekke behovet for en lærebok som var oppdatert i kirurgi. Og den har noe nytt, sykdommens årsaker.⁴⁰ Diakonissen Rikke Nissen la i sin bok grunnlag for den sykepleiepraksis som vi kjenner i dag. Det er legen som forordner pleien etter en operasjon, men diakonissen må alltid iaktta og observere og iverksette tiltak. Som oppdatert lærebok i kirurgi, mangler den Nissens undervisning og tydeliggjøring av sykepleiers rolle i det kirurgiske team. Nissen understreket at det var lege som hadde ansvar for narkose med kloroform, likevel er hun klar på de sykepleiefaglige observasjoner. Waage har heller ikke dette i sin bok. Den er et sykepleiefaglig tilbakeskritt som lærebok for sykepleiere målt mot Rikke Nissens nesten 30 år eldre bok.ⁱⁱ

I 1920 utkommer ”Narkose og pleie av operationspatienter” av Nils Backer-Grøndahl. Det er blitt hevdet at den er Norges første rene lærebok i operasjonssykepleie.⁴¹ Boka, eller heftet på 21 sider, tar for seg anestesi og pre- og postoperativ sykepleie. Den har ikke med noe om sykepleierens assistanse av kirurgen, instrumentkunnskap, hygiene og desinfeksjon av hud og slimhinner. Backer-Grøndahls lærebok fra er skrevet for å gi sykepleiere en innføring i det praktiske arbeidet med å gi narkose. Når den omtales som Norges første lærebok i operasjonssykepleie må det forstås i lys av at anestesisykepleie

ⁱⁱ Jeg benytter andre utgaven av Waages bok. Den er fra 1905, og Nissens bok fra 1877, derfor nesten 30 år.

på den tiden var en del av operasjonssykepleien. Narkose er en del av sykepleien.⁴²
Narkosen skal dokumenteres:

Notér alltid narkosetidens og operationstidens længde, den forbrukte mængde narkosemiddel og patientens tilstand ved enhver narkoses slut.⁴³

Dette er første gang noe av operasjonssykepleierens arbeid i en lærebok for sykepleiere, blir sagt å skulle dokumenters skriftlig. Om postoperativ pleie kan det nevnes at den beskriver immobilisering i seng i minst 4 uker for å unngå blodpropp. Det var kjent at stillestående blod kunne klumpe seg. Formålet med sengeleiet, var at de var redd for at bråe bevegelser skulle få en emboli til å løsne og danne tromber.⁴⁴ Boka ble utgitt i flere utgaver frem til 1937. I siste utgave var dens sidetall øket til 40 og det var dens kapittel om anestesi som var utvidet.

Om Backer-Grøndahls bok har vært brukt ved Troms- og Tromsø Sykehus vites ikke. Den ble utgitt i skriftserie for Røde Kors' Oslo Krets Sykepleierskeskolen. Røde Kors startet ikke sin utdanning av sykepleiere ved Troms og Tromsø Sykehus før 1940. Røde Kors hadde i perioden 1922-1932 et samarbeid med Stokmarknes sykehus.⁴⁵ Her vet vi at Backer-Grøndahls bøker har vært i privat eie av operasjonssykepleiere.⁴⁶

I Tromsø var "Haandbok i sykepleien" fra 1921 av Kr. Grøn og Sofus Widerøe i bruk. Boka kom i tre utgaver til fram til 1937. Da under navnet "Lærebok i sykepleien". Overlege Johannes Wisløff ved Troms og Tromsø sykehus, var engasjert i utdannelsen av sykepleierne. "Haandbok i sykepleien" ble i teoritimene gjennomgått punktvis av Wisløff.⁴⁷ Fra søster Guri Mathissens håndskrevne håndbok datert 15 februar 1923, finner vi at "Haandbok i sykepleien" er sitert direkte i undervisningstimen med Wisløff: "Ved kirurgiske sykdommer forstås i almindelighet sykdomme som krever operative indgrep. Operationer kan nu företages på hjerne lunger og hjertet".⁴⁸ I Mathisens notatbok kan vi også lese: "Lister la det første karbolomslaget 1. Mars 1865".

Det var Sofus Widerøe som skrev kapitlet om kirurgisk sykepleie. Under leiring til operative inngrep beskrev Widerøe operasjonssykepleierens oppgaver som todelte. Det ene var forebygging av et av sengeleiets komplikasjoner, trykksår. Puter skulle benyttes for å verne trykkutsatte plasser. Det andre var at pasienten måtte leires i forhold til

inngrep. Tilgang for operatør er like viktig som å forebygge komplikasjoner. Widerøe skiller mellom å ”assistere i såret” (legeoppgave) og å ”assistere ved operasjonsbordet” (sykepleieroppgave).

I likhet med hos Waage vektlegges det at operasjonssykepleieren må ha god kjennskap til instrumentene. Men behandling av instrumentene under operasjonen og hva sykepleieren som assisterer i såret gjør, utover observasjoner og være klar med instrumenter før operatøren trenger dem, Widerøe skrev:

Denne sykepleierske bør ikke alene kjende alle instrumenter og disses anvendelse ved de enkelte operationer, men ogsaa følge operationens gang, saaledes at operatøren aldrig behøver at vente paa eller savne et instrument som han i øyeblikket har bruk for. En vel utdannet og omtænksom operationssøster bør kunne gjette operatørens ikke uttalte ønsker.⁴⁹

Skal operasjonssykepleieren være usteril må assistansen skje ved at instrumenter overrekkes operatøren med sterile tenner. Vi finner denne arbeidsmåten omtalt som å ’assistere med tenner’. Operasjonens gang berører han ikke. Det er den praktiske utdannelsen som vektlegges. En mester-svenn lære der den erfarne lærer den uerfarne

Eleven bør derfor alltid søke gjennom selvøvelse og gjennom praktisk arbeide under ældre sykepleierskers ledelse at skaffe sig en sikker og korrekt teknisk færdighet.⁵⁰

Denne forskjellen mellom Waages og Grøn og Widerøes, og Nissens bok, er verdt å merke seg. Assistansen ved instrumentbordet beskrives ikke utover at det legges vekt på å kjenne instrumentene og deres bruk. Regler kan ikke utformes. Kirurgi er håndverk og den enkelte operatør velger sin fremgangsmåte. Implisitt ligger det at man må kunne anatomien, kjenne operasjonens gang og være en del av det kirurgiske team.

Alt her sees at sykepleierne gjennom lærebøkene læres opp i den tradisjon at grunnleggende kunnskaper er nødvendige, at utførelsen av assistansen ved instrumentbordet må innlæres ved deltakelse og at den vanskelig kan skrives ned og gjøres tilgjengelig for andre enn de som er tilstede under utførelsen. Men hvordan kan man kjenne operasjonens gang så godt at man skal være klar med instrumenter før operatør trenger dem? Eller hva om det skjer noe uventet? Ligger det ikke i dette at flere

ting må være mulig å artikulere skriftlig slik Rikke Nissen gjorde det i 1877? Er det ikke regler her selv om læreboka sier at de vanskelig kan utledes?

Preoperative forberedelser med faste 8 – 10 timer før operasjon og bad kvelden før, er beskrevet. 'Haandbok i sykepleie' vier stor oppmerksomhet til hygiene. Tannhygiene og desinfeksjon av hud med jodtinktur er beskrevet. For å unngå infeksjoner må utstyr som benyttes være sterile. Steriliseringsmetoder, behandling og lagring av sterilt gods vies stor oppmerksomhet. Aseptikk er alt nevnt som en av de to nyvinninger som legger grunn for den moderne kirurgi. Det er nærliggende å påpeke at operasjonssykepleiernes hadde et stor ansvar for hygiene.

Operasjonssykepleiere har oppgaven som narkotiserⁱⁱⁱ ved narkoser. Til forskjell fra oppgavene under assistansen ved instrumentbordet, som måtte læres gjennom deltakelse, er narkotiserens arbeid beskrevet trinn for trinn. Det som skulle bringes med av utstyr for å gi narkose er i læreboka satt opp punkt for punkt. Starttidspunkt, pulsrate, og hvor mye av narkosemidlet som var benyttet skulle være notert ned. Etter narkosens opphør skulle forbruket av narkotikum, narkosens lengde og operasjonens lengde føres skriftlig⁵¹.

Strømskag hevder at det var liten interesse for anestesi blant leger. At læreboka vier så vidt stor plass til narkose og narkotiseren, kan ha sammenheng med det Strømskag skriver. Han sier at det var de erfarne sykepleierne på operasjonsstua som hadde denne oppgaven. Ikke alltid av interesse, noen ganger ved pålegg. Først nærmere den andre verdenskrig begynner medisinere å interessere seg for anestesi.⁵² En annen forklaring kan være at det var for få leger. Den første norske anestesilege kom i 1947. En operatør kunne ikke både utføre kirurgi og gi anestesi samtidig. At leger kom først rundt 1940 kan og ha en sammenheng med at mer avansert kirurgi krevde nye former for anestesi. Arbeidsdelinga mellom operatører og operasjonssykepleiere ble da slik at operatøren utførte operasjon og operasjonssykepleierne ivaretok pasientens sirkulasjon og respirasjon under det kirurgiske inngrepet.

ⁱⁱⁱ Widerøe benytter betegnelsen narkotiser på sykepleieren som gir narkose., 1921:158.

Læreboka sa også noe om hvordan en operasjonsstue bør være og om atferd på stua. Operasjonsstua bør plasseres atskilt fra andre avdelinger. For å sikre optimale arbeidsforhold bør den være romslig og lys. Overlys angis som det beste lyset. Operasjonsstua må være utformet så den er lett å gjøre ren. Utstyr som kan samle støv bør ikke forekomme. Operasjonsstua skal ha et forværelse og et steriliseringsrom. Der det er to operasjonsstuer, var steriliseringsrom plassert i midten. Operasjonsavdelinga skal være atskilt fra andre av sykehusets avdelinger. Kun de som har noe å gjøre på operasjonsstua skal være der. Der og kun for de som assisterer beskrives det bruk av ren, eller steril frakk, og noe som dekker håret. Bruk av munnbind beskrives ikke for noen, heller ikke for operatør og operasjonssykepleier.⁵³

4.1.1 Marie Joys' selvbiografi, 'Erindringer'

Marie Joys bok er ikke en lærebok. Joys var operasjonssykepleier. Hennes bok er en tidlig erindring fra et yrkesliv som operasjonssykepleier. Mellom 1892 og 1897 opphold hun seg i Berlin. Der utdannet hun seg til sykepleier. I 1895 begynte som søster på operasjonssalen ved Friedrichshaines sykehus i Berlin. Etter kort tid ved det sykehuset takket hun ja til en stilling som oversøster ved operasjonssalen med to års bindingstid. Etter de fem årene i Berlin kom Joys tilbake til Norge til stillingen som oversykepleier ved kirurgisk avdeling ved Bergen Sykehus. I hennes bok fra 1948, finner vi egentlig lite om hennes arbeid på operasjonsstua, eller hvordan det var å være operasjonssykepleier. Dette skyldes nok ikke at Joys hadde lite å si om det å være operasjonssykepleier. Hennes bok utgitt i 1948 avbrytes med året 1923. Lenger er hun ikke kommet ved sin bortgang. I et etterskrift forfattet av Nils Backer-Grøndahl (alt nevnt som lærebokforfatter) beskrives Marie Joys som en dyktig sykepleier som alltid fremhevet andres innsats. Det bærer hennes bok preg av. Hun forteller om dyktige kirurger og stødige og pålitelige operasjonssykepleiere som var dyktig med masken ved narkosegiving. Hennes egen innsats nedtones.

Det var Marie Joys tante og onkel som under et besøk i Berlin ordnet Joys elevplass ved Victoriahaus i Berlin.⁵⁴ Joys kusine, Helen, var gift med Kristian Egilsrud^{iv}, en kirurg som var overlege i Tromsø i mange år, og som jeg snart skal skrive mer om. Egilsrud hadde flere studieopphold i utlandet før han kom til Tromsø i 1893.⁵⁵ Kanskje var et av hans studieopphold årsaken til at hans svigerfar, pastor Storjohan, kunne ordne Marie Joys elevplass i Tyskland?

I min lesning av Joys merker jeg hvordan selve operasjonssykepleien er fraværende opp mot hennes beskriving av dyktige kirurger og søstre som var flink med narkosen. Dette trenger ikke å ha noen sammenheng med at lærebøker gjør operasjonssykepleie ved instrumentbordet til en personlig kunnskap. Boka ble aldri fullført. Men omsorgen for pasienten, gleden ved vellykkete operasjoner, det understreker Joys, og det forteller oss hvordan en av de tidlige operasjonssykepleierne i Norge, så på det å være en operasjonssykepleier. Nemlig at operasjonssykepleieren var en sykepleier.

5 DEN TIDLIGE OPERASJONSSYKEPLEIE VED TROMSØ AMTSSYKEHUS, 1895 -1922

Som tidligere nevnt var Listers metode med bruk av karbolsyre som desinfiserende metode tatt i bruk i Norge fra rundt 1870. Trolig var Listers metode ikke i alminnelig bruk før rundt 1880.⁵⁶ Sammen med anestesi og nye metoder for å sterilisere instrumenter, dannet dette grunnlaget for den moderne kirurgi.⁵⁷ De første sykehusene i Nord-Norge la om til kirurgisk drift etter disse moderne metodene i 1890-årene.⁵⁸

Omlegging til kirurgisk drift beskrives som brå i Tromsø. Den startet opp i et gammelt sykehus. Bygd i 1854 var det etter 40 år nedslitt og forsømt. Sykehuset fikk først egen lege i 1855. Legen hadde sin egen privatpraksis og hadde tilsyn med sykehuset en gang for dagen og noen ganger sjeldnere.⁵⁹ Det var pleie som var formålet med sykehuset. Det var ikke et behandlende sted.⁶⁰ Fra 1878 fikk sykehuset utdannede sykepleiere,

^{iv} Egilsrud skifter i 1909 navn til Igelsrud. Jeg velger skrivemåten Egilsrud fordi det er det som er hans navn det meste av tiden han bor i Tromsø og fordi Nils Ytreberg konsekvent benytter Egilsrud i Tromsø Bys Historie.

diakonisser. Forskjellen med faglærte sykepleiere og ufaglærte ble kommentert av Amtslege Johannes Holmboe. I 1879 skrev han til Amtstinget for å få beholde to diakonisser ved Tromsø Amtssykehus:

Fordelen ved at have Diakonisser her ved Sygehuset fremfor almindelige Gangkoner er saa iøinespringende for Enhver [...] Renlighed, Orden og Ro har siden deres Ankomst været raadende paa Sygerstuerne, saa Patienternes Velvære derved er bleven befordret i høi Grad, og deres Ophold paa Sygehuset for en Del ogsaa – som en Følge deraf er bleven afkortet.⁶¹

Renslighet og kortere liggetid var målbare størrelser. Holmboe kunne også trekke frem at denne bedringen i sykepleien hadde medført en økonomisk innsparing med mindre slitasje av utstyr og at kortere liggetid var en besparelse for medisinalfondet som bar utgiftene ved sykehusopphold.

I 1894 var det ingen operasjonsstuer ved sykehuset. Før århundret var omme var der to. Det skjedde ikke uten kamp. Frederik Ramm kom til Tromsø Amtssykehus som overlege i 1894. Byhistoriker for Tromsø, Nils Ytreberg, siterer fra Ramms erindringer at han ”klaget og krevet” at sykehuset måtte utbedres.⁶² Ramm var overbevist om at fremtiden ville bli dominert av kirurgisk virksomhet. I et brev til formannskapet i Tromsø Amt skrev han i 1894: ”En væsentlig Del af Arbeidet ved Amts sygehuset i Tromsø er og vil for Fremtiden sandsynligvis i endnu større Grad blive kirurgisk”.⁶³ For å kunne utføre kirurgi måtte operasjonsstuen utstyres slik at den lett kunne gjøres ren. Formann i sykehusets styre, amtslege Johannes Holmboe, hadde alt bedt om at operasjonsstuen måtte utstyres med linoleum for å møte behovet for renhet som operasjoner krevde.⁶⁴ Ramm viser til dette, og sier selv at hele sykehuset må innredes med tanke for dette: ”Dette maa forsøges opnaaet ved en skrupuløs Renlighed, der kun kan gennemføres, naar Værelserne er udstyret med dette for Øie”.⁶⁵ Hans budsjett for ny anskaffelser innbefattet operasjonsbord, mikroskop og utstyr for sterilisering. I budsjettet inngikk også 12 lerretsskjorter til diakonissene til bruk under operasjoner og pasientstell. Disse skulle skiftes hver dag.⁶⁶ Med budsjett fra 1894, for året 1895, kan vi sette 1895 som årstall for starten på operasjonssykepleie etter aseptiske metoder ved sykehuset i Tromsø.

Ingunn Elstad skriver at smittefrakker kom i bruk rundt 1920-tallet. Da som et beskyttelsestiltak mot tuberkulose og spanskesyke.⁶⁷ Birgit Evensen skriver at bruk av frakk under stell, ikke ble beskrevet i sykepleielitteratur før 1920-tallet.⁶⁸ I Tromsø var det altså i bruk fra 1895. Ramm hadde før han kom til Tromsø i 1894, praktisert i USA og ved Rikshospitalet. Han skrev selv legevitenskapelige artikler både før og under sin tjeneste i Tromsø.⁶⁹ Denne orienteringen utover, som Ramm tydeligvis hadde, var nok en medvirkende årsak til at Tromsø, geografisk plassert i utkanten av Europa, ikke var en utkant i de kirurgiske nyvinninger. I 1896 ble Kristian Egilsrud ansatt som lege ved sykehuset i tillegg til Ramm. Ramm selv forlater Tromsø i 1898.

Egilsrud gjorde i 1901 den første kjente vellykkede åpne hjertekompresjon på en pasient.⁷⁰ En 43 år gammel kvinne som ble operert for svulst på livmoren tålt ikke klorformnarkosen hun fikk. Da hjertet stanset fjernet Egilsrud deler av tredje og fjerde ribben, åpnet hjerteposen og utførte hjertekompresjon.⁷¹ Den kvinnelige pasienten ble utskrevet fem uker senere.⁷² At dette var en medisinsk bragd utført i et slitt gammel sykehus som først i 1901-02 fikk innlagt strøm er det ingen tvil om. Egilsrud var eneste lege ved sykehuset på dette tidspunktet. Under operasjonene var han ikke alene. Ytreberg skriver:

I et brev til stiftsamtmannen av 11. juni framholdt han at dette var uforsvarlig og ikke kunne fortsette lenger. Det daglige belegg var ca. 60 pasienter, og sykehuslegen var så opptatt at han måtte betro diakonissene arbeid som ellers bare ble overlatt leger. Under operasjoner måtte han ha alle diakonissene i operasjonsstuen, og sykesalene lå imens i 3-4 timer uten kyndig betjening.⁷³

Til alle operasjoner måtte han ha med seg sykehusets diakonisser. De må ha vært tilstedet under den åpne hjertekompresjon også. Ingen av diakonissene navngis av Ytreberg, men han skriver at ”...man lesset mye arbeid på sykepleierskene...”.⁷⁴ Et av de navn som kjennes er oversøster Marie. I et brev hjem til Diakonissehuset i Oslo, skrev hun:

...her opereres daglig ofte flere om dagen saa min min tid er meget optagen paa Operationsstuen.⁷⁵

Egilsrud hadde bak seg flere utenlandsopphold i Tyskland, Østerrike og USA. Han var derfor fullt på høyde med det som skjedde innen kirurgi. Han var en av de første i Norge som gjorde systematiske studier av bruk av spinalbedøvelse. Dette skjedde under hans år i Tromsø^v.⁷⁶

Det er rimelig å anta at diakonissene gjennom samarbeidet med Egilsrud både tilegnet seg og utførte en operasjonssykepleie som var av god kvalitet. På sett og vis var den vel større enn det man kunne forvente av en sykepleier. Forholdene var kummerlige og som Egilsrud bemerket, de gjorde legers arbeid samtidig som de hadde ansvaret for sykesalene.⁷⁷

Omleggingen til kirurgisk drift betød et markant vendepunkt for sykehuset og sykehusets anseelse. Innsatsen til Ramm og Egilsrud var årsaken til at det i 1897 for første gang ble utført flere operasjoner ved sykehuset enn utenfor sykehuset. Infeksjonsfaren ved sykehusene hadde vært så stor at det tryggeste for de fleste pasientene hadde vært å bli operert i sitt eget hjem. Med den omleggingen i drift som skjedde ved sykehuset i Tromsø, var de fleste sykehuspasienter i hovedsaken kirurgiske pasienter som kom til sykehuset for å bli behandlet kirurgisk.⁷⁸

Ramms og Egilsruds fremgang med sitt arbeid, må sees i sammenheng med at sykehuset hadde en profesjonell stab av sykepleiere⁷⁹ og diakonisser som kunne ivareta grunnlaget for den moderne kirurgi. Aseptikken, hygienen, var pleiernes oppgave. Men som Evensen påpekte var det ingen lærebok i sykepleie som beskrev bruk og daglig skift av stellefrakker før 1920. I Tromsø var det i bruk alt fra 1895. Egen klesdrakt under operasjoner og kirurgisk håndvask er beskrevet i medisinske tidsskrift før 1890.⁸⁰ Også når vi kommer til andre hygienetiltak, speiler lærebøkene ikke den praksis vi ser i Tromsø.

^v Her viser Strømskag at hans egen opplysning om at det var liten interesse for anestesi blant leger før andre verdenskrig ikke er en fullgod forklaring på hvorfor det var operasjonssykepleierne som utførte dette arbeidet (Strømskag, 1999:135).

Da den moderne kirurgi startet i Tromsø i 1895, var Rikke Nissens bok fra 1877 den eneste lærebok for sykepleiere på sykehus. Da var antiseptiske metoder med bruk av karbolsyre for desinfisering ti år gammel. Antiseptikk ble ikke alminnelig innført i Norge før etter 1881.⁸¹ Dette, og endringene som kom fra rundt 1885 med overgang fra antiseptisk kirurgi til aseptisk kirurgi, var følgelig ikke beskrevet av Nissen. Men de er heller ikke beskrevet av Waage i hans lærebok fra 1901. Waages lærebok var skrevet med sykehus for øyet:

Da en Saadan Uddannelse neppe kan erhverves paa anden Maade end ved at arbejde i tilstrækkelig lang Tid under kyndig Veiledning paa et Sygehus, er Bogen nærmest skreven med Sygehusforhold for Øie.⁸²

Forordet fra første utgave benyttes også i andre utgaven som jeg benytter. I forord til andre utgaven fremgår det at kapitlet fra første utgaven om ”Klorformering” var utvidet med et tillegg om eternarkose og fått navnet ”Narkose”.⁸³ Waage tar ellers opp behovet for å ha en operasjonsstue til urene inngrep (infeksjon) og en til rene inngrep (uten infeksjon). Martinsen skriver at Waage skilte mellom antiseptisk og aseptisk sårbehandling.⁸⁴ Men for operasjoner skiller han ikke mellom aseptisk, bakteriefritt, og antiseptisk, reduksjon av bakterier:

Men af enhver Sygepleierske forlanges det, at hun har fuld Forstaaelse af Antiseptikken. Derved at Lægen kan stole paa, at hun samvittighedsfuldt iagttager de nødvendige Forsigtighedsregler for at undgaa Infektion, vil hun kunne være ham til stor Nytte saavel under selve Operationen som ved Forberedelsen til det samme⁸⁵

Ved Amtssykehuset i Tromsø var det kjøpt inn utstyr for sterilisering, noe som var en forutsetning for aseptisk kirurgi, alt i 1895.⁸⁶ Ramm og Egilsrud har trolig selv lært opp sykepleiere i samsvar med deres behov for assistanse. I denne opplæring har nok hygienekrav som de selv hadde tilegnet seg gjennom sine studier i utlandet og lesing av fagtidsskrifter (de skrev begge vitenskapelige artikler), inngått. Detaljene med hygienekrav vedrørende egen påkledning under operasjoner og stell og innkjøp av utstyr for sterilisering av instrumenter, er eksempler på at ny kunnskap i hygiene var etablert, og innført før det beskrives i lærebøker for sykepleiere. Jeg skal vise nok et eksempel fra amtssykehuset som viser det samme bildet senere i dette kapitlet.

Waages bok beskrev ikke operasjonssykepleie som en spesialisering av sykepleien. Den ble beskrevet som en del av den kirurgiske sykepleie. Egilsruds brev til stiftsamtmann forteller at det samme var tilfellet i Tromsø. Arbeidet på operasjonsstua gjorde at sykesalene var uten kyndige pleiere mens operasjonene pågikk.⁸⁷ Det nevnte brevet fortalte at med en ekstra lege ville det være mulig å unnvære minst to diakonisser under operasjoner. Folketellingen fra år 1900 forteller at det var fem diakonisser og en sykepleier ansatt ved sykehuset. Med en lege til kunne nok to frigis, men fortsatt var det behov for sykepleiere der. Om vi igjen går til Waages bok var sykepleiernes oppgave todelt, assistanse ved instrumentbordet og narkose. ”Assistanse i såret” var en leges oppgave og aktuelt om det manglet lege. Trolig måtte denne oppgaven fylles av en sykepleier. Ut fra disse bemanningsforholdene kan en konkludere at spesialisering av sykepleien til operasjonssykepleie trolig ikke skjedde før det gamle amtssykehuset ble erstattet av det nye Troms og Tromsø sykehus i 1922. I 1915 flyttet Egilsrud, som nå hadde tatt navnet Igelsrud, til USA. Ytreberg skriver at han ”ga opp”⁸⁸, men han sier ikke hvorfor. Var det de kummerlige forhold som fikk han til å gi opp?

Tromsø Amtssykehus var bygd i 1854. I 1894 var det foreldet i forhold til de kirurgiske nyvinninger som da var kommet. I tillegg var sykehuset overfylt. Medisinalfond dekte fiskeres sykehusopphold under sesongfiskeriene. Men finansiering av sykehusopphold var for en stor del dekt av den enkelte pasient. Den moderne kirurgi førte pasienter som selv kunne betale for sitt opphold inn i offentlige sykehus som Tromsø Amtssykehus. Dette var med å gjøre sykehuset overfylt.⁸⁹ Behovet for et sykehus som var stort nok og som kunne, oppfylle kravene til moderne kirurgi var stort. Veien frem mot et nytt sykehus innbød til lokaliseringkamp. Lenger sør i amtet var en ny by begynte å vokse fram, Harstad. Der hadde det vært sykehus siden 1900. Ved starten av første verdenskrig var det under planlegging et sentralsykehus med plass til 120 – 130 pasienter i Tromsø, og et mindre sykehus i Harstad med plass til 30 pasienter. Sterke krefter ønsket sentralsykehuset til Harstad. Egilsruds etterfølger, Johannes Wisløff, stilte i et åpent brev av 3. februar 1917 sin stilling til disposisjon dersom sykehussaken ikke var avgjort innen 12. februar samme år. Krav om bygging av et sentralsykehus i Tromsø ble vedtatt av amtstinget. Tegninger og planer for det nye sykehuset ble utarbeidet i perioden 1916 – 1917. Ytreberg skriver at med bakgrunn i lokaliseringkampen for det nye sykehuset

måtte Tromsø by dele kostnadene med amtet. Det var prisen for å få en nytt og moderne sentralsykehus til Tromsø. Derav navnet Troms og Tromsø sykehus.⁹⁰ Før jeg går over til virksomheten på operasjonsstua ved det nye sykehuset, vil jeg vise til nok et eksempel på at kunnskaper var innarbeidet i praksis før den kom i lærebøker.

Alder	Sygdom	Forløp	Operation	Varighet	Narkose			Lokal- anæsthesi
					.Ether	Cloro- form	Varighet	
10	Appendicitis chron.		Appendec- tomi	25	50 kl. 25.	40		
38	Epididymitis Hæ. Sin.		Orkialis Sin.	60				Nov.
9	Thæ. pedis		Incisio et Excisio	30	kl. 30.	50		

I dette utsnittet fra Operasjonsprotokollen fra 1917,⁹¹ ser vi at hvilken form for narkose som ble benyttet sammen med mengde og varighet, ble dokumentert. Dette ble først beskrevet i lærebøker i sykepleie i 1920. I medisinske tidsskrifter var det foreslått alt i 1894.⁹² Operasjonsprotokollen ble trykt hos Peder Norbye A/S, i Tromsø.

6 OPERASJONSSYKEPLEIE VED TROMS OG TROMSØ SYKEHUS

1922-1939

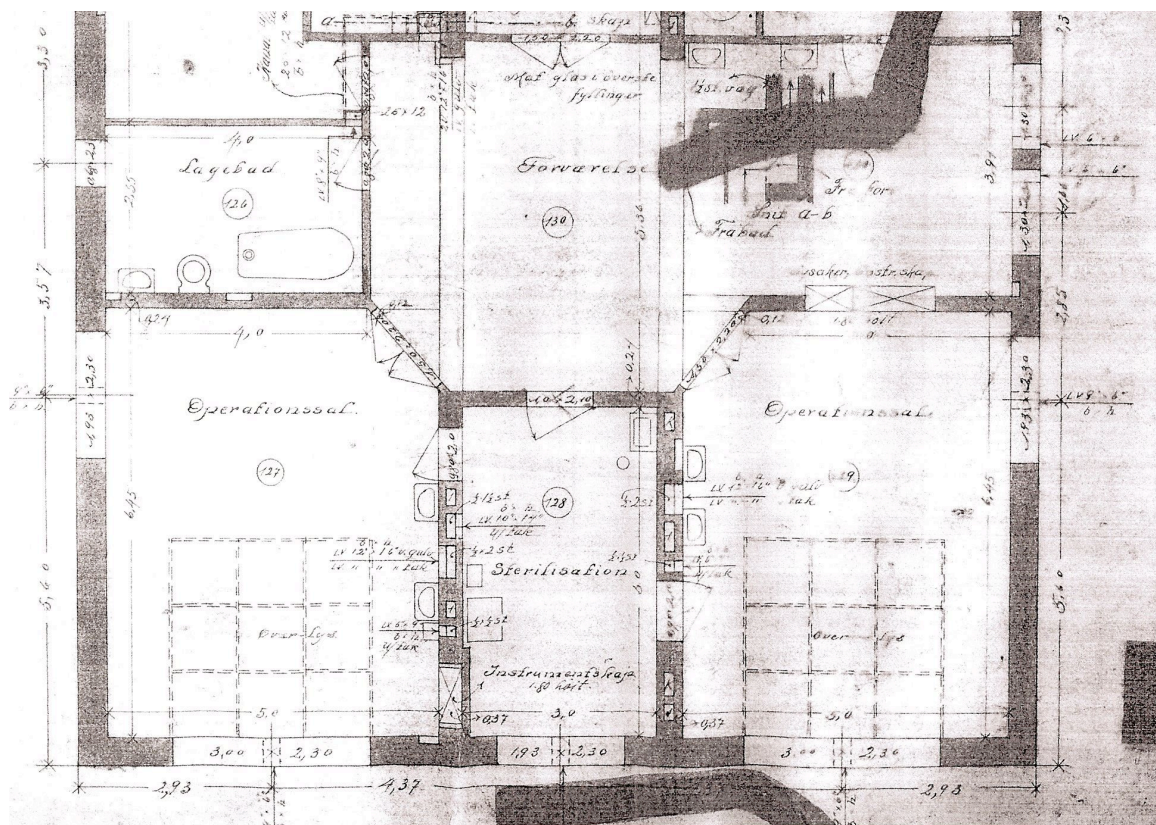
På knappe 20 år (1895 – 1916) hadde sykehuset endret karakter fra å være et sted der det i hovedsak ble tilbydd pleie, til å bli et sted som tilbød behandling etter den moderne kirurgis prinsipper.

Det nye sykehuset som ble åpnet 1. november 1922 var kronen på verket i en lang institusjonsbyggingsprosess. Hovedbygningen var blant de aller flotteste og største i Tromsø, ja, i hele Nord-Norge, og gjenspeile både den betydning et offentlige helsevesen var i ferd med å innta og den rolle sykehuset spilte i helsevesenet. Det er ingen tvil om at bygningen også bidro til å gi prestisje til de som arbeidet der – og til å innpode respekt hos pasienter og pårørende⁹³.

Det var arkitekten Lars Solberg fra Trondheim som fikk oppdraget med å tegne det nye sykehuset. Solberg var sykehusarkitekt, men det var nok flere grunner til at akkurat han ble valgt til det bygget som Andresen beskriver som et prestisjeprojekt. Et byggs utforming og lokalisering er med på å kommunisere noe om hvordan organisasjon innenfor arkitekturen ønsker å bli sett.⁹⁴ For Tromsø by var dette et prestisjeprojekt.⁹⁵ Det skulle være et monument over framskritt, vitenskap og nasjonal velferd.⁹⁶

En organisasjon fungerer ikke uavhengig av de omgivelser den er plassert i. Roms utforming og roms plassering legger rammer for virket inne i dem.⁹⁷ Da det gamle amtssykehuset ble bygd i 1854 var ikke den moderne kirurgi et tilbud. Kirurgi var en virksomhet som innebar stor fare. Infeksjoner var en alvorlig trussel. Forståelsen av aseptikkens betydning for kirurgisk virksomhet, hadde gitt behovet for arbeidsrom som gjenspeilte denne viten. Arkitekt Solbergs plan hadde ikke bare et vakkert ytre. Det hadde også gitt operasjonsavdelinga en funksjonell utforming for kirurgisk virksomhet. Rommet var formet for en helt definert virksomhet. Denne virksomheten fordret bestemte handlinger av den organisasjon som tok form der. Jeg skal vise eksempel på det.

Operasjonsstuene i Tromsø ble gitt en utforming som var i samsvar med datidens krav og kunnskaper til utforming av sykehus. Det var to stuer på 5m x 6,45m. Begge hadde store vinduer i to himmelretninger. Gjengitt tegning er kopiert fra Solbergs orginaltegninger.⁹⁸



Stuene hadde to håndvasker inntegnet og de hadde overlys. Mellom stuene var steriliseringsrommet plassert. Foran stuene var det et felles forværelse med tilgang til bad og toalett, lagerrom og en skiftestue. Fram til sykehuset fikk egen røntgenavdeling i 1941 var det også et eget røntgenrom i hovedkorridoren rett ved operasjonsfløya. Dette er i overensstemmelse med hvordan en operasjonsstue ble beskrevet i læreboka til Grøn og Widerøe i 1921.⁹⁹

Vi vet også hvordan operasjonsstuene var utstyrt gjennom inventarlistene fra årsoppgjøret arkivert i Statsarkivet. I 1924 var der tre operasjonsbord mens det var to narkosebord og et catgutbord. Catgut¹⁰⁰ var en tråd [suture] av fåretarm som ble benyttet til å sy innvendig under operasjoner. Bordet endret senere navn til suturbord. Med kun to narkosebord kan det bare ha vært utført inngrep på pasienter i full narkose to steder, på de to operasjonsstuene. Det siste operasjonsbordet har da tydeligvis vært benyttet på skiftestua

og forrommet til inngrep som kun har krevd lokalanestesi. I 1935 anskaffes et nytt operasjonsbord. I 1945 var det kun to bord igjen.¹⁰¹

Har antall stuer og antall bord noen opplysningsverdi i forhold til operasjonssykepleiernes virke? Ja, for det forteller oss noe om hvor mange operasjonssykepleiere en normal drift krevde. En hadde ansvaret for narkosen. En hadde ansvaret for det som Widerøe benevner som den som assisterte ved instrumentbordet. Denne kan ha assistert med tenger slik Widerøe beskrev, i så tilfelle kan hun ha hatt oppgaven med å ”gå løs” på stua og lete frem utstyr som trengtes i tillegg. Minimum antall operasjonssykepleier pr bord vil da være to stykker der det var full narkose og en ved lokalanestesi. For en dagvakt med full drift på de to operasjonsstuene vil fire være et minimum. Som vi snart skal se hadde operasjonssykepleierne flere oppgaver enn den direkte pasientkontakten, så flere enn fire må det ha vært.

Det finnes ingen arkiverte papirer som forteller oss antall ansatte på operasjonsstua. 5-årsberetningen for Troms og Tromsø Sykehus for 1939 – 1944 sier at det var 13 Avdelings- og spesialsøstre i 1939. Hvor mange av disse som var tilknyttet operasjonsstua kan ikke leses av årsberetningen. Dette er også det samlede antall sykepleiere ved sykehuset. I 5-årsberetningen sies det at 8-timers dagen for sykepleierne ikke var innført innen 1 juli 1939 slik den etter loven skulle vært.¹⁰² Diakonissene hadde lange dager. Skiftene var todelt. Det krevdes derfor færre av dem enn nåtidens tredelte vaktordninger fordrer. Til å hjelpe seg hadde de en gruppe til. Denne gruppen var sykepleierelevne.

Marie Lysnes¹⁰³ var sammen med Alfhild Fuglevaag¹⁰⁴ sykepleierelever i Tromsø fra 1930 – 1933. Begge har skrevet om sin elevtid og forteller om praksis på operasjonsstua. Det var diakonissen Sara Budal fra Hadsel¹⁰⁵ som var operasjonsoversøster i deres elevtid. Sara Budal er avbildet i flere sammenhenger og på flere kullbilder av sykepleiere utdannet i Tromsø. Et av de kjent er for kullet fra 1925 - 1927. Bruken av tittelen

operasjonsoversøster på Sara Budal, kan trolig tas til inntekt for at operasjonssykepleie er blitt en spesialisert gren ved sykehuset i Tromsø senest fra 1920-tallet.^{vi} Lysnes forteller:

Operasjonsstuen ble sett på som sykehusets allerhelligste hvor skoene bokstavelig talt skulle taes av ved inngangen. Det var derfor med frykt og beven – og frydefull spenning – vi gikk til vår læretid der. Og vi møtte søster Sara, alvorlig, men med glimt i øyet og smilet på lur. Hun var trygg som fjell, noe en skjelvende stakkar kunne trenge.¹⁰⁶

Denne religiøse metaforen henspiller på både Salomos tempel i Jerusalem med det allerhelligste og Moses som måtte ta av seg skoene ved den brennende tornebusken. På den ene siden forteller det oss noe om hvordan operasjonsavdelinga ble sett på. Den har fått en status, en prestisje, og blir sett på som en atskilt del fra resten av sykehuset. På den andre siden forteller det oss noe om den hygiene som ble praktisert ved at man måtte skifte sko for å komme inn der søster Sara regjerte. Alt i 1895 var det kjøpt inn forklær til bruk over andre klær under operasjoner. Nå skal også sko skiftes. At hygiene var (og er) viktig for sykepleierne trenger jeg ikke å begrunne. Nå er det gått videre. Det er et skille mellom de som er innenfor og de som er utenfor. Det kreves en egen oppførsel for å være på operasjonsavdelinga. Lysnes skrev ”med frykt og beven”. Vi påvirkes av det rom vi er i og virker innenfor.¹⁰⁷

Praksis på operasjonsavdelinga på den tid var tre måneder.¹⁰⁸ Under denne praksis måtte sykepleierelevne lære seg autoklaving og desinfisering. Instrumentlæren måtte de kunne godt. De skulle også ha assistert ved instrumentbordet. Av narkoser måtte de som elever ha utført minst 20 stykker.¹⁰⁹ Antallet har trolig vært loggført, og vært en del av den skriftlige rapport som ble gitt etter hver praksisperiode.¹¹⁰

Deres opplevelse som elever på operasjonsstua forteller mer enn at det var en lang praksis. Vi finner lærdom og kunnskap fra læreboka anvendt i praksis. Aspektet med aseptikk og sykepleierens oppgave med å bevare hygienen i forbindelse med operasjoner er med.

^{vi} På Lysnes og Fulgevaags kullbilde (1930 – 1933) er også operasjonssøster Ally Brit Hansen.

Gjennomført aseptikk paa operationstuen er en absolut nødvendighet. En liten feil – et brud på aseptikkens love – kan ha de sørgeligste følger for patienten. En saarinfektion eller en bukhindebetændelse kan utvikles paa grund herav, og patientens liv kan bringes i den største fare. Sykepleiersken har alltid en ansvarfull gjerning, men det er neppe nogen sykepleierske der har større ansvar end en operationssøster.¹¹¹

At Lysnes bemerker at desinfeksjon og sterilisering måtte læres nøye forteller oss at denne lærdom ble praktisert og overbrakt til elevene som hadde praksis på operasjonsstua. Vi ser også at bruk av instrumenter og behandling av disse er nevnt sammen med gjennomgang av sterilisasjonsmetoder for instrumenter. Dette kan være en tilfeldighet, men siden læreboka tar opp vask av instrumenter og kontroll av deres funksjon sammen, kan dette tyde på at operasjonssykepleierne har benyttet tiden under vask av instrumenter som en anledning til undervisning.

I de to elevens praksisfortelling er det ikke knyttet noen kommentarer til assistanse ved instrumentbordet, hvordan den ble utført og hva de tenkte om denne delen av sykepleien. Den manglende utdypingen av denne delen av arbeidet gir et forsterket bilde av det som alt er vist fra lærebøkene. Assistansen ved instrumentbordet blir fritatt fra regler.¹¹² Narkosen skal utføres slik (regler). Sterilisasjon skal utføres slik (regler). Påkledningen skal være slik (regler). Men for assistansen ved instrumentbordet er det ingen oppskrift. Det vektlegges at den enkelte operatør har sin måte å gjøre dette på. Operasjonssykepleieren kunne kun lære dette ved å delta. Samtidig måtte hun ha så gode kunnskaper i anatomi og i operasjonens forløp at hun skulle kunne ha klar instrumentene før operatøren trengte dem. Operasjonssykepleierens kunnskaper på dette området er personlig og unntas fra skriftlig artikulasjon. Det som artikuleres i lærebøkene er kunnskaper og ferdigheter som kan telles, måles og utredes regler for.

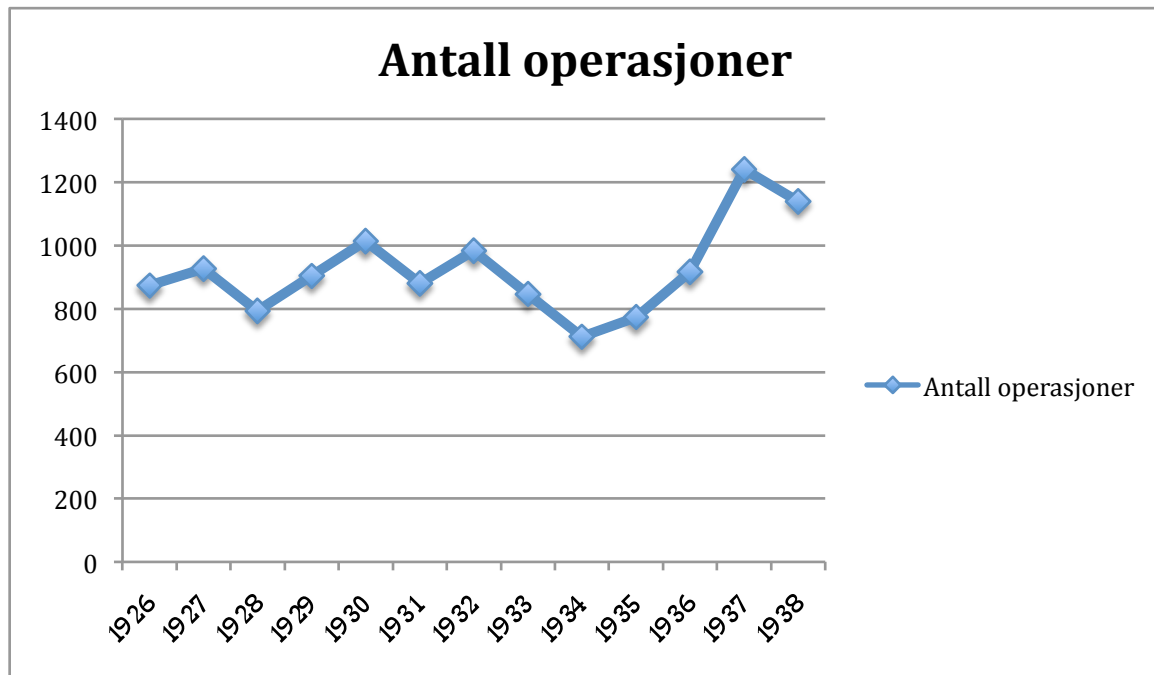
6.1 Hva ble dokumentert på operasjonsstua?

En gjennomgang av de tilgjengelige Operasjonsprotokollene fra sykehuset, viser at opplysninger om pasientens navn, pasientnummer, diagnose og inngrepets art er skrevet ned. Operatør er også med. Som regel benevnt med ”Overlegen”, ”Reservelegen” og noen ganger med navn. Ingen av operasjonssykepleierne er nevnt ved navn. Som det ble påpekt ble sykepleiers rolle som narkotisør vektlagt og viet stor plass i lærebøkene. Dette var den oppgaven som skulle dokumenteres. Det er også den eneste dokumentasjon av

operasjonssykepleie som finnes dokumentert i det arkiverte materialet på Statsarkivet i Tromsø. Operasjonsprotokollene hadde som vist i eksempelet fra 1917, en egen rubrikk for hvilket anestesimiddel som var benyttet – ”Chloroform”, ”Ether”, ”Rus”, ”Lokalanæstei” – i tillegg til lengden på inngrepet og narkosens varighet.

6.1.1 Noen nøkkeltall fra tilgjengelige Operasjonsprotokoller

For å vise den kirurgiske aktivitet har jeg gått gjennom noen av Operasjonsprotokollene. Når 1926 er valgt som første år er det fordi materialet som er oversendt Statsarkivet har et hull mellom 1921 og 1925. 1926 er første hele året for aktiviteten. Fra 1927 er det gjort notater i ettertid som viser at antall operasjoner er blitt telt til statistisk formål.



Etter en nedgang i antall utførte operasjoner fra 1931 – 1934, økte antallet igjen i 1935. Direktør og kirurgisk overlege, Atle Berg (i perioden 1939 – 1947) skriver i 5-årsberetningen til Troms og Tromsø sykehus for 1939 – 44, at sykehuset hadde vært gjennom en økonomisk depresjon og omfattende sparing som hadde hindret nyinvesteringer i medisinsk utstyr. Dette hadde ført til at mye var nedslitt da krigen kom.¹¹³

Hans forgjenger som kirurgisk overlege, Johannes Wisløff, skrev i 1932 et brev til Diakonissehuset i Oslo: ”Personlig vil jeg være meget bedrøvet, om jeg skulde miste diakonissenes hjelp. Da blir vel også det beste, at jeg slutter her. Det er forfærdelige tider...”.¹¹⁴ Sykehuset hadde gjeld til Diakonissehuset. De kunne ikke betale for diakonissene. Sykehuset fikk ikke inn penger. Det var innsparing på alle plan. Berg nevnte manglende nyinvesteringer. Færre elver var også en konsekvens av økonomiske nedgangstider. Kommunegarantier ble i sjelden grad godtatt, for i kommunene var det heller ikke midler til å dekke skyld. Få pasienter ble behandlet, og da nesten bare øyeblikkelig hjelp.¹¹⁵

I 1935 endret situasjonen seg. I et nytt brev til Diakonissehuset skriver Wisløff:

Førstkommende tirsdag – 3dje påskedag – vil hele beløpet til og med hva sykehuseet skylder pr 1/4 1935 bli innbetalt. De kan tro, at jeg føler det som en tung sten faller fra mitt bryst. Den eneste trøst jeg har hat er at sykehusets forpliktelser til mig og diakonissehuset spander over omtrent samme tidsrum. Og nu får også jeg mine penge...¹¹⁶

Det var ikke bare Diakonissehuset og Wisløff som gikk en bedre tid i møte. Operasjonssøster Sara og avdelingssøster Signy skulle på en forsinket påskeferie til diakonissenes hytte for å ”...komme tilbake med friske krefter til sitt ofte anstrengende, trøttende og ansvarsfulle arbeid”.¹¹⁷

Situasjonen for fiskere bedret seg også ved at de ble en del av den offentlige trygdeordningen, og fikk en bedre tilgang på helsehjelp¹¹⁸. For sykehuset medførte det en tilstrømming av fiskere som fikk utført kirurgiske inngrep. ”Spesielt hernier, brokk, ble det operert mange av, husker tidligere forstanderinnen, Henny Johansen”.¹¹⁹ I 5-årsberetningen, gitt ut etter krigen¹²⁰, skriver direktør Atle Berg at årsberetningene fra før 1939 ikke er detaljerte nok til å gi en full sammenligning av arbeidsmengden før og etter 1939. Jeg har derfor kun sett over diagnoser og antall utførte operasjoner. Blant annet finner vi at glaucom, dupytrens, appendicitt, tonsillektomi, og ventrikkel-reseksjoner blant de mange diagnoser i tillegg til brudd i hofter, bein og armer.

Når jeg finner grunn til å ta frem akkurat disse diagnosene er det for å illustrere i hvor forskjellige deler av kroppen det ble operert i. Operasjonssykepleierne har hatt en vid

praksis og kunnskaper om operasjoners gang som ikke uttrykkes gjennom annet enn at lærebøker beskriver at dette er kunnskaper som den enkelte selv måtte erverve seg ved deltakelse i operasjoner.

6.2 Bilder fra operasjonsstuene

Det er tatt bilder av operasjonsstuene under klargjøring, under operasjoner og under undervisning i perioden 1922 – 1945.

Bilder tatt under undervisning på operasjonsstua viser at ingen av elevene er kledd om for å være inne på operasjonsstua. Klesdrakten er lik den som benyttes ellers under arbeid på sykehuset. Bruk av klær kun ment for operasjonsstua er ikke beskrevet i noen lærebok. Elevene har ikke tildekket hår. Kvinnen i midten av bildet er diakonissen Sara Budal som Lysnes og Fuglevaag skrev så varmt om.



Neste bilde er fra en operasjon. Vi ser at narkotisør og operatør med assistent, er kledd i egne klær ment for operasjoner. De har alle tre hette som dekker alt hår og munnbind. Operasjonssykepleieren som assisterer ved instrumentbordet kan vi bare se ermene til. Ved siden av operasjonsbordet står en mann, trolig lege. Personen har ikke hette og

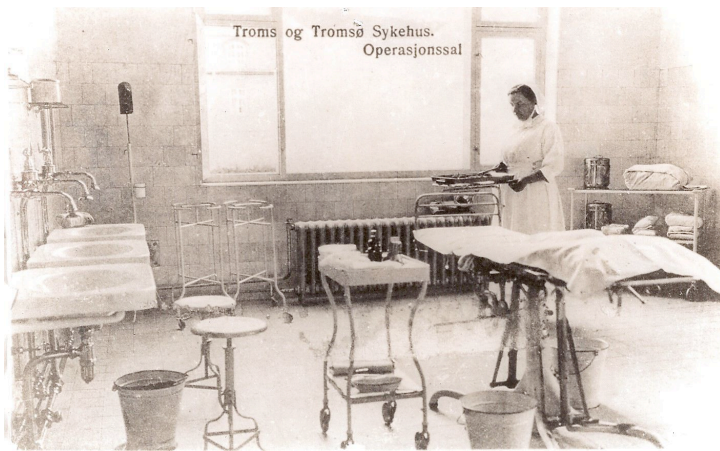
heller ikke munnbind der han står og bøyer seg over pasienten med en ekstra lampe i hånden. Ingen lærebøker beskriver bruk av hette og munnbind for andre enn de som assisterer direkte under operasjonen.



Det neste bildet har vært benyttet som et postkort fra Troms og Tromsø sykehus. Trolig er bildet fra tiden rundt sykehusets åpning. Operasjonsstuene var utstyrt med tre vasker. Foran vaskene kan vi se krakker til å sitte på. Unni Heitmann begynte på Operasjonsavdelinga i 1956. Hun forteller at man skulle sitte og utføre kirurgisk håndvask. I sittende stilling ville armene bli holdt i en vinkel under vasking med fingrene opp og albue rett ut fra kroppen. På den måten ville vannet hele tiden renne bort fra fingrene og nedover mot albue ved kirurgisk håndvask.

Det er også andre detaljer som kan observeres og kommenteres fra et operasjonssykepleier ståsted. Stuas orden. Bordflater er av metall. De er lett å holde rene og støvfrie. På bordet kan vi se noe pakket inn i lakener. Brettingen forteller at dette er sterile lakener og frakker pakket for bruk under operasjoner. For en operasjonssykepleiers blick, forteller brettingen hvordan pakken kan brettes ut slik at innholdet bevares sterilt mot en sterilt kledd operasjonssykepleier.

Det er hvite fliser på veggene. Fliser på veggene ble på den tiden ansett for å være hygienisk og lett å holde ren.



6.3 Annet arbeid på operasjonsstua

Arbeidet på operasjonsstua tar ikke slutt når pasienten kjøres ut. Det begynner heller ikke når han kjøres inn. For å kunne motta en pasient må logistikken være i orden. Instrumenters vedlikehold er alt sett på. Instrumenter var bare en del av det som operasjonssykepleierne måtte etterse før kirurgi kunne foregå.

Operasjoner forutsetter asepsis. Alt som brukes skal være sterilt. Engangsutstyr var ennå ikke kommet. Inventarlistene for sykehuset fra 1924 viser en beholdning på 115 doktorfrakker, 54 søsterfrakker, 106 riftlaken, 236 alminnelige laken og 550 håndklær.

I en av Operasjonsprotokollene på Statsarkivet lå det gjenglemt en leveringsnota fra A/S Norsk Medicinsk Varehus datert 22.11.1935. Følgende varer var levert: 120 par operasjonshansker 7 ½, 12 par operasjonshansker 7, 6 komplette saltvannskolber, 3 isposer, 1 aborttang og 2 meter silke. Det blir også opplyst at bestilte blodtransfusjonskanyler er satt i arbeid og vil bli ettersendt.

I likhet med utstyr av tøy til bruk under operasjoner ble hansker brukt flere ganger. Laken ble brettet og klargjort til forskjellige operasjoner før de ble autoklavert pakket slik bildet over viste. Hansker ble etter bruk vasket og kontrollert for hull. Var det hull i dem ble de lappet før de igjen ble sterilisert.¹²¹

Rikke Nissen skrev alt i 1877 i sin bok "Lærebok i sygepleie" om hypotermi. Pasienter har under narkose et varmetap. Varmeflasker anbefales brukt i senga etter et operativt

inngrep.¹²² Kan leveransen av ”Eskimotepper” vise oss at operasjonssykepleierne forebygget hypotermi ved å pakke pasientene ekstra inn under operasjoner? Eller har teppene vært benyttet for å varme opp pasienten når han kom over i sin egen seng igjen?

Fra senere tidsperioder vet vi at operasjonssykepleierne produserte og steriliserte alt av infusjonsvæske til bruk på sykehuset. Tapping av blod til blodbank og blodtransfusjoner var også en oppgave operasjonssykepleierne hadde. Leveransen av komplette saltvannskolber og kommentaren om ettersending av blodtransfusjonskanyler kan tolkes til at dette ble gjort før krigen. De kilder jeg har funnet har ingen opplysninger om dette. De få tilgjengelige inventarlistene forteller heller ikke at operasjonsstua eier et destillasjonsapparat. Produksjon av infusjonsvæske og blodbanktjeneste blir derfor tatt med i en senere tidsepoke.

6.4 Skolesituasjonen frem til 1939

Utdanningen av sykepleiere i Tromsø ble treårig på et tidlig tidspunkt. I 1917 utformet NSF et reglement for opptak til en treårig utdanning. Det tok lang tid før prinsippet om treårig utdanning for sykepleiere var fullt gjennomført. Først i 1934 sluttet legeföreningen seg til kravet om en treårig utdanning. Dette skjer etter at kirurgene året før tok initiativ til dette. Begrunnelsen var deres behov for kvalifisert assistanse.¹²³ Da var alt skolen ved Troms og Tromsø sykehus treårig. Fra 1929 fikk nyutdannet sykepleier fra Troms og Tromsø sykehus sykepleierskole medlemskap i NSF. Medlemskap ble i hovedsak gitt de sykepleiere som hadde utdanning fra en skole der utdanningsprogrammet var godkjent av NSF.¹²⁴ Men den kunne også bli gitt til sykepleiere etter søknad. Sykepleierskolen ved Troms og Tromsø sykehus ble trolig aldri godkjent av NSF. Trolig ble sykepleierne fra Troms og Tromsø sykehus som søkte om opptak i NSF godkjent enkeltvis.

Det var sykepleierskolen med dens teori og praksis som dannet det teoretiske fundamentet for lærlingutdanningen på operasjonsstua. Fram til 1939 var sykepleierskolen drevet av Troms- og Tromsø Sykehus. Diakonissene stod for den praktiske opplæringen i sykepleie. Fuglevaag fremholdt kirurgen J. Wisløff og hans stab, sammen med diakonissene, som dyktige lærer:

Nå i ettertid ser jeg for en usedvanlig god sykepleieutdanning vi fikk i Tromsø. Senere – både her hjemme og i utlandet – kom vi aldri til kort, for både teoretisk og praktisk stod vi aldri fast.¹²⁵

Kirurgene var lærere på sykepleierskolen. Lysens fortalte at undervisninga var bygd opp rundt det som kirurgene trengte av assistanse. For egen del var hennes eksamensoppgave å legge frem instrumenter til en benamputasjon¹²⁶. Fuglevaag og Lysnes var ikke operasjonssykepleiere. Som sykepleieelever i praksis, gir de innblikk i hvordan operasjonsstua var, gjennom minnene fra deres tid som elever der. Bilder og tegninger viser en operasjonsavdeling formet etter datidens krav. Operasjonsprotokollene viser en virksomhet med variert kirurgi. Alt i alt gir dette grunn til å hevde at operasjonssykepleien i Tromsø var av en god standard.

7 OPERASJONSSYKEPLEIE VED TROMS OG TROMSØ SYKEHUS, 1939 – 1954

7.1 Skolesituasjonen etter 1939

I 1940 forlater diakonissene sykehuset. Fra 1940 overtar Røde Kors Sykepleierskole sykepleierskolen og utdanningen av sykepleiere i Tromsø. Røde Kors drev også andre sykepleierskoler. Deres opplegg avvok fra måten utdannelsen hadde vært drevet i Tromsø til nå. Vi kjenner ikke den læreplan som var benyttet før Røde Kors overtok. I et brev fra NSF til forstanderinnen Eugenie Jensen Helle ved Troms og Tromsø sykehus, datert 27 august 1940, oversendes planen for treårig sykepleieutdanning.¹²⁷ Det fortelles også at Ullevål sykehus er bedt om å oversende deres plan. I denne plan er det satt opp to måneder med praksis ved Operasjonsstuer. Når Røde Kors setter opp sin egen plan i Tromsø er imidlertid dette forandret til tre måneder praksis ved operasjonsstue og fire måneder ved poliklinikk. Denne praktiske tjenesten er lagt til tredje halvår.

I og med at Røde kors overtok skolen, kan vi med sikkerhet si at utdanningen og lærebøker er de samme som ved andre Røde Kors skoler i landet.¹²⁸ Røde kors drev sykepleierskolen i hele den gjestående tiden som denne oppgaven omhandler.

7.2 Lærebøker frem til 1954

I 1940 utkom Anton Jervells ”Lærebok for sykepleiersker”. Atle Berg, overlege i kirurgi og direktør ved Troms og Tromsø Sykehus, 1939 - 47, var med i oppstartsfasen av bokprosjektet, men måtte trekke seg fra arbeidet. Han er derfor kun nevnt i forordet og ikke som bidragsyter.¹²⁹

Jeg gir en gjennomgang av utvidelser i forhold til Grøn og Widerøes ”Haandbok i sykepleie”.

Operasjonsavdelinga bør ligge atskilt fra andre avdelinger. Nå er man blitt ytterligere bevisstgjort om smitteveier. En generell regel er at det skal være en operasjonsstue for rene inngrep og en operasjonsstue for infiserte inngrep. Skoskift ved inntreden i avdelinga fremmes. Lysnes ord om at man måtte ta av seg skoene før man trådte inn på operasjonsstua tyder på at dette var praktisert av operasjonssykepleiere lenge før det beskrives i lærebøker. Avdelingsbundet skotøy blir også fremhevet for de med sitt daglige virke der:

Sykepleierskene bør ha eget fottøy, helst ikke gummisko, men ordentlige lærsko, og gjerne med innleggssåle. På operasjonsstuen må sykepleierskene stå i mange timer, det er viktig for arbeidsevnen at de ikke får dårlige føtter.¹³⁰

Arbeidet på operasjonsstua kan være tungt og ofte i statisk stilling. At det tas opp i en lærebok er nok en konsekvens av at operasjonssykepleiere har måtte forlate yrket med dårlige føtter. Bruk av hetter og munnbind beskrives fortsatt kun for lege og operasjonssykepleier som deltar i operasjonen.

Nødvendigheten av å bruke sterilt materiale fremheves ved at sykepleieren må ha en nøyaktig kunnskap om sterilisering. Slurv og unøyaktighet kan få alvorlige følger for pasienten. Nøyaktighet virker å være stikkordet for arbeid på operasjonsstua. Alt må ha sin faste plass. Dette kunne sikkert vært sagt for alle deler av sykepleien, men i læreboka er dette tatt med om operasjonssykepleie. Alle kompresser må telles før og etter operasjonen. Ingen kompresser må fjernes fra operasjonsstua før operasjonssykepleieren har kontrollert at antallet stemmer.

I denne boka er ikke lenger elevens deltakelse like fremhevet som av Widerøe i Haandbok i sykepleien. Elevene skal observere. Samarbeidet mellom operasjonssøster ved instrumentbordet og den usterile assistentsøster må observeres. Det er denne rollen eleven kan bli tildelt - foruten narkosearbeid. ”Endelig bør eleven få adgang til å følge narkosens forløp, og selv utføre enkelte narkoser”.¹³¹

Hos Nissen, Waage og Widerøe var det samarbeidet mellom operatør og operasjonssykepleieren som ble tatt frem. Nå blir også samarbeidet mellom den som assisterer ved instrumentbordet og sykepleieren som ”går til hånd” viet oppmerksomhet. Assistenten må også kunne operasjonene så godt at utstyr som operasjonssykepleier med instrumentene trenger, skal kunne letes frem uten at operasjonssykepleieren trenger å be om det. I ”Lærebok for sykepleiersker” foreligger en fortegnelse over instrumenter til forskjellige inngrep. Hvordan inngrepene utføres blir ikke sagt.

Når det sees på punkter som: A) Vedlikehold og rens av instrumenter. B) Kunnskap om hva som skal benyttes til hvilket inngrep. C) Kunnskap om hvordan de skal benyttes. D) Kunnskap om operasjonens gang, så er det vedlikehold og rens og hva som skal benyttes som er skriftlig artikulert. Kunnskapen om hvordan instrumenter skal benyttes og om operasjonens gang, gjøres ikke til gjenstand for skriftlig artikulering.

Der Nissen, Waage og Widerøe uttrykker at samarbeidet med operatøren er noe som det ikke kan gis regler for og som må læres i praksis, så er dette ikke nevnt som et punkt i den nye læreboka. Opplæringa ved instrumentbordet og samarbeidet mellom operasjonssykepleier og operatør, kommenteres ikke skriftlig på noe vis. Inngrepets art blir navngitt. Instrumentene til denne operasjonen blir navngitt. Hva som skjer mellom bestillingen og det ferdige resultat er operasjonssykepleierens egen kunnskap. En kunnskap som tilhører den som utfører den. Den er ikke skriftlig. Helt uten dokumentasjon er den dog ikke. Operasjonssykepleieren skal gi beskjed om den operasjon som er utført.¹³² Inngrepets art kan fordre spesielle observasjoner av sykepleieren som overtar pleieansvaret. Operasjonssykepleierens arbeid bedømmes ut fra forarbeidet og dens resultat. Handlingene som ligger mellom er ikke kommentert, heller ikke som noe operasjonssykepleieren lærer sammen med operatøren.

7.2.1 Narkosesykepleie

I "Lærebok for sykepleiersker" er det eter dryppet på maske som er hovedform for narkose. Fremgangsmåten og dryppetakt blir beskrevet. Kontroll av hvor dypt pasienten sover gjøres med å kontrollere øyets berøringsrefleks. Erfarne sykepleiere ser på pupillen. Overvåkningsutstyret til narkotisøren er berøring, telling av puls og observasjon av ansiktsfarge. Med til narkosen skal det bringes blokk og blyant. Dette er arbeid som skal dokumenteres skriftlig.¹³³

Jervells bokserie kom i 1951 ut i en revidert utgave. Kapitlet om narkose er skrevet av Otto Marius Mollestad. Mollestad ble 17.10.47 i statsråd beskikket til Norges første overlege i anestesi og narkose. Han arbeidet tidlig for at både leger og narkosesøstre skulle få den nødvendige undervisning i anestesi.¹³⁴ Nå, i Jervells reviderte utgave fra 1951, gis en grundig innføring i narkosearbeidet. Verken på norsk eller andre skandinaviske språk finnes det oppdatert litteratur. Kapitlet om narkose er ment som et oppslagsverk for ferdige sykepleiere som har oppgaven som narkotisør. Elever i grunnutdanning trenger ikke å lære annet enn hovedtrekkene.

Denne delen av operasjonssykepleierens arbeid har nå fått en oppskriftsbok. Lærebokmaterialet som benyttes på landsbasis beskriver arbeidet og narkosens stadier trinn for trinn. Arbeidet skal dokumenteres.¹³⁵

7.2.2 Bruk av stillingsbetegnelser

I lærebøkene har det nå satt seg ulike betegnelser på operasjonssykepleierens arbeidsoppgaver. "Operasjonssykepleieren" viser i lærebøkene til den som assisterer ved instrumentbordet. "Narkotisør" brukes som betegnelse på den som gir narkose. "Gå til hånd" er kommet som betegnelse på den som assisterer på stua.

7.3 Utdanning av operasjonssykepleiere i Norge

Hva var da en operasjonssykepleier? Før lov om offentlig godkjenning av sykepleiere av 10-12-1948 kom, var praksis at en sykepleier som arbeidet ett til to år i en bestemt gren av sykepleiertjenesten ble ansett for å være spesialutdannet. I 1953 ble det sagt av Norsk Sykepleierforbund at denne praksis ble forutsatt videreført.¹³⁶ Operasjonssykepleier ble man på bakgrunn av tjeneste i en operasjonsavdeling. Dette ble betegnet som en

spesialutdanning selv om det ikke forelå noen enhetlig utdanning på landsbasis. Teoriundervisninga før man begynte på en operasjonsavdeling ville være lik. Lov om offentlig godkjenning av sykepleiere medførte at det var en felles enhetsutdanning.¹³⁷ For den videre lærlingutdannelsen forholdt det seg annerledes. Spesialiseringa foregikk på det enkelte sykehus. Hva en spesialelev lærte ville avhenge av hva slags kirurgi det enkelte sykehus kunne tilby.

På landsbasis arbeidet operasjonssykepleierne selv med hva en utdanning av operasjonssykepleiere burde innebære. I 1950 ble en operasjonssøsterforening dannet i Oslo. Formålet var å drøfte spørsmål av faglig interesse. Et av disse spørsmål var hva en felles enhetsutdanning av operasjonssykepleiere skulle innholde. Alle operasjonssykepleiere i landet var velkommen til å delta.¹³⁸

Senere samme år møtes operasjonssykepleierne fra de nordiske land, foruten Island, til kongress i Göteborg for å drøfte utdanningen av operasjonssykepleiere i grunnutdanning og i spesialavdeling. Trolig er dette første gang vi finner noe trykt på norsk om hva en operasjonssykepleier bør kunne, fra en operasjonssykepleier.

Sterilisasjon av instrumenter og utstyr er øverst på listen over hva en operasjonssykepleier bør kunne. Klargjøring av operasjonsstue og pasient følger så sammen med føring av anestesiskjema. Så følger behandling av instrumenter. Operasjonssykepleierne var også opptatt av hva som kreves av personlige egenskaper av den som skal bli operasjonssykepleier. Ikke uventet er ordenssans og evnen til å handle om det oppstod noe uventet under operasjonen, eller om operatøren valgte å benytte en annen operasjonsmetode enn det som var forventet, tatt med.¹³⁹

Det som ble satt opp på papir som læringsmål var det rutinepregede. Det som lærebøkene skrev ble videreført. Hygiene/aseptikk var et viktig punkt. Narkosearbeidet skulle skriftlig dokumenteres. Instrumentlæren var sentralt. Bruk og navn på instrumentene var blant operasjonssykepleierens kjernekunnskap.

Operasjonssykepleierne avvek fra lærebøkene på et punkt. På kongressen i 1950 ble forholdet til pasienten opp. Operasjonene som ble utførte kunne være interessante og teknikkene som benyttet kunne være innviklet. Da måtte man huske at pasienten ikke var

en ting, men et menneske. Diagnosenavn burde unngås. Det var ikke en blindtarm som kom og som skulle gjennom systemet. Operasjonssykepleieren var der for pasienten. Tiden med pasienten var kort. Kontaktskapingen skjer på en så mye kortere tid enn for andre grener av sykepleietjenesten. Og personlig kontakt med pasienten måtte man få for ikke å gi pasienten et inntrykk av at han var en diagnose som ble ekspedert hurtig videre.

I 1953 skrev Tidsskriftet Sykepleien at NSF's utdanningskomité hadde hatt et møte med representanter fra spesialgrenene innen sykepleie. Det var ønsket om enhetsutdannelsen av spesialsykepleiere som var hovedspørsmålet. Blant diskusjonstemaene på møtet med NSF var om utdanninga skulle være skolebasert, eller om den skulle følge lærlingsystemet som den til nå hadde gjort. Tiden som spesialelev på en operasjonsavdeling ble omtalt som læretid. På møtet med NSF tar operasjonssykepleierne opp spørsmålet om lønn under læretiden. For å sikre rekrutteringa til yrket mente operasjonssykepleierne at det var nødvendig at elevene hadde lønn som sykepleiere i lærlingtida. Men noe vedtak om en formalisering av en felles utdanning for spesialsykepleiere ble ikke gjort.

Dette er blant de ting som de norske operasjonssykepleierne tar med seg til en ny kongress i 1954. Programmet på kongressene var hvordan de skandinaviske land og Finland hadde valgt å organisere sin operasjonssykepleierutdanning. Noen av landene hadde begynt å utdanne operasjonssykepleiere i tredje året av sykepleierskolen. Den norske praksis med ett til to års spesialutdanning etter sykepleierskolen ble sett på som mest gunstig for Norge. På de store sykehusene i Norge ble det sett at elevtiden under grunnutdanningen var lite effektiv som læretid – og som en introduksjon til operasjonssykepleierarbeidet. Spørsmålet om en egen instruksjonssøster etter modell fra sykepleierskolen reiste seg. Dette kan ses i lys av drøftinga med NSF om utdanninga skal være lærlingbasert eller skolebasert. Operasjonssykepleieryrket var nå på de store sykehus i ferd med å bli delt i to spesialiteter, operasjonssykepleie og narkosesykepleie.¹⁴⁰

I samme nummer som utdanningsspørsmålet og kongressen drøftes, finner vi en artikkel om utveksling av operasjonssykepleiere. Det var operasjonsoversøster Ingeborg Pløen ved Ullevål sykehus som skrev om dette. Ønsket var å øke fellesskapet og få et faglig

utbytte. Det var ikke ment å være et observasjonsopphold. Det var tenkt som en direkte utveksling av arbeidstakere. Med en direkte utveksling av arbeidstakere ville behovet for å leie inn vikarer på de respektive sykehus ikke være tilstede. Pløen skrev så: ”En må la operasjonssøstrene utover landet bli kjent med saken ved å skrive om dette i tidsskriftet”¹⁴¹. Pløens ord tyder på at dette ble lest av NSF's medlemmer. Tidsskriftet Sykepleien var stedet for både fag, hilsener, oppskrifter og stillingsannonser. Denne utvekslingen var heller ikke noe hun hadde tenkt skulle være for operasjonssykepleiere fra de store sykehusene, det skulle gjøres kjent for operasjonssykepleierne utover landet.

7.4 Arbeidet på operasjonsstuene i Tromsø

I Tromsø begynte en spesialisering av operasjonssykepleien i Tromsø. I 1948 opprettes det en spesialavdeling for øre-nese-hals og en for øyekirurgi. Fra da av var operasjonssykepleien i Tromsø fordelt på forskjellige miljø og under forskjellig faglig ledelse.

Operasjonssykepleiernes arbeid omfattet som nevnt flere ting enn arbeidet knyttet til operasjoner av pasientene. Alt av intravenøs væske ble fremstilt av operasjonssykepleierne. Sykehuset hadde til dette formål et destillasjonsapparat, et ”Fehnvalsanlegg”.¹⁴² Destillert vann ble fylt på glasskolber og tilsatt rett mengde NaCl, eller glukose. Salt og sukker ble levert i poser fra apoteket til dette formål. Glasskolbene, kalt fehnvalskolber, ble så satt inn i en autoklave for sterilisering. Operasjonssykepleierne forteller at de hadde litt respekt for denne steriliseringen av infusjonsvæsker. Autoklavene hadde ikke automatiske program for sterilisering av infusjonsvæsker. Trykket i autoklaven måtte skrues gradvis ned for ikke å forstyrre prosessen.

7.4.1 Blodbank

Operasjonssykepleierne var de som sørget for at blodbanken hele tiden hadde et lager av blod som kunne benyttes. Dette var ikke alltid problemfritt. Det kunne være vanskelig å få tappet blodgiver, så vel som å få blodgivere. I siste halvdel av 1954 føres det i Nordlys og Bladet Tromsø en polemikk mellom overrettssakfører Sigurd Falck og overlege ved kirurgisk avdeling, Morten Gjessing. Falck har vært pasient og har fått injeksjoner med

sprøyter med sløv spiss. Han omtaler sprøytespissene som ”torturinstrumenter”. Økonomi trekkes inn, og det spørres om hvorfor det ikke kan kjøpes inn nye spisser fremfor å ha en mann som satt med sandpapir som slipte nålene.¹⁴³

Gjessing skrev i sitt svar at ryktet om ”mannen med sandpapir” ikke var rett. Sprøytespissene ble erstattet når de var slitte. Det var ingen problemer med verken anskaffelse av sprøytespisser eller annet rekvisita. Gjessing var mer uroet over hva et sensasjonsbetonet innlegg som Falcks ville ha å si for rekrutteringen av kvalifisert personale.¹⁴⁴

I kjølvannet av denne debatten skrev en blodgiver inn og henviste til det som var skrevet om ”sykehuset, nålene og blodgiverne”. Selv hadde blodgiveren som undertegner med Ei, opplevd at operasjonssykepleieren som stod for tappingen hadde hatt problemer med å treffe venen. Om dette skyldes at tapperen var uøvd eller om det skyldes dårlige nåler visste ikke skribenten. Armen var nå øm i flere dager etterpå. Han avsluttet bare med å si at han håper at hans ”utgydelse ikke fører til at sykehuset mister blodgivere”.¹⁴⁵ Nåler til tapping av blod var ikke engangsutstyr. De ble benyttet flere ganger. Det var vanlig at man benyttet en tupfer som man strøk nålen langs etter vask for å se om det var ”heklekrok” på den. Ryktet om sandpapir var ikke grepet ut av løse luften. Sandpapir ble benyttet for å slipe bort små uregelmessigheter, mens nåler som var slitt ble sendt til sliping. Hva oppslag som dette har hatt å si for rekruttering av blodgivere er uvisst, men sprøyteskrek er ikke et ukjent fenomen.

Selve tappinga av blod foregikk i et åpent system. Før tapping av en blodgiver hadde operasjonssykepleierne citrat (glykose-citratopløsning) i kolben før de lot blodet renne. Under tappingen rørte de i kolben med en steril glasspinne for at blodet skulle blande seg med citratet og ikke koagulere. Den fulle kolben ble merket med dato og blodtype. Toppen ble dekt med et filterpapir før den ble satt i blodbanken, et kjøleskap på operasjonsoversykepleiers kontor. Blod som ble tappet hadde en holdbarhet på en uke i kjøleskap ved en temperatur på +4 grader celsius.¹⁴⁶ I et oppslag i Nordlys ble det fortalt at det i perioden 1950 – 1953 ble utført 3.174 blodoverføringer. Det var registrerte ca 300 faste blodgivere. Disse kunne tappes en gang hver tredje måned og det var behov for flere.¹⁴⁷

Med så kort holdbarhet på blodet kunne det bli behov for store mengder blod fort. Når slike situasjoner oppstod pleide operasjonssykepleierne å ringe til en stasjon marinen den gang hadde på Sydspissen av Tromsøya. Marinegastene sa aldri nei.¹⁴⁸

Blodtransfusjon foregikk også i et åpent system. En kolbe tilkoblet en slange med dråpeteller ble bundet fast i et stativ. I bunnen av kolben ble en tupfer lagt. Over denne ble det lagt en kompress eller filterpapir. Dette fungerte som en sil. Blod ble så helt opp i kolben for infusjon til pasienten. Skjedde transfusjon utenom en operasjon ble forgangen på operasjonsstua benyttet som rom for transfusjon. Ingen av operasjonssykepleierne kan huske noen alvorlig reaksjon hos pasientene den tiden åpent system var i bruk.

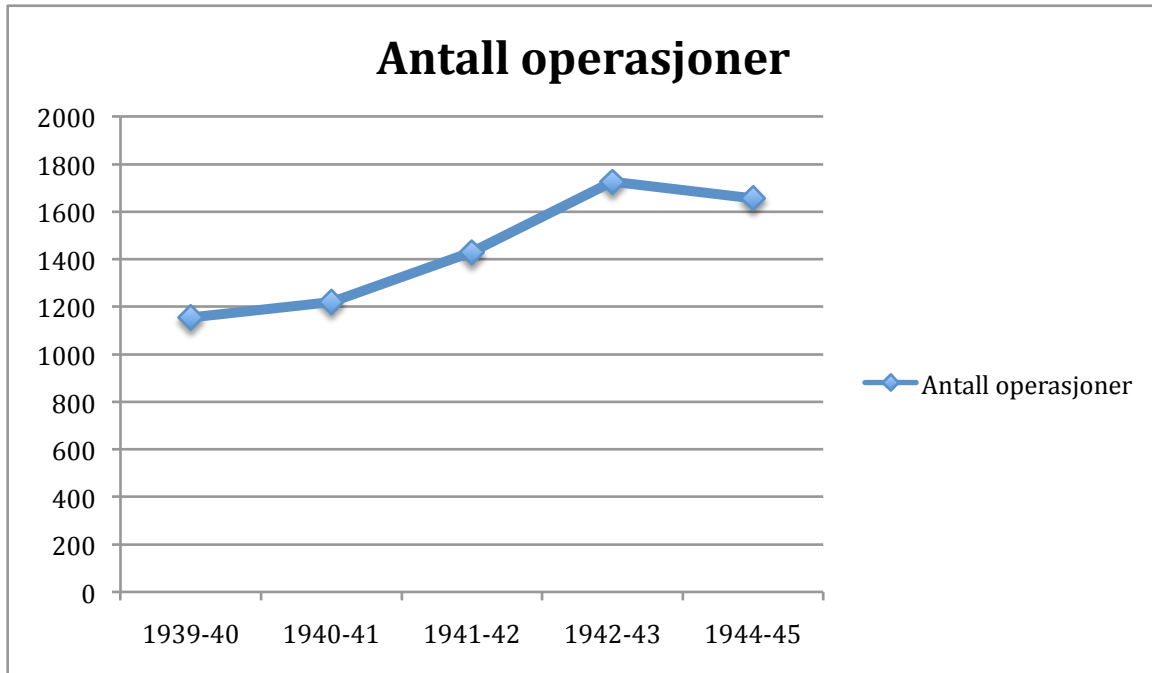
7.4.2 Noen nøkkeltall fra operasjonsprotokoller

Det finnes ikke tilgjengelige tall som viser hva som ble operert i perioden 1945 – 1964. Operasjonsavdelingas protokoller er utlånt. De er ikke blitt avlevert til Statsarkivet.

For årene 1939 – 1944 finner vi trykte opplysninger i 5-årsberetningen, 1939 -1944. Tallene følger ikke kalenderåret. De er gitt fra 1. juli til 1. juli. I Operasjonsprotokollen som inkluderer 1939 er det telt opp 479 operasjoner til og med 30. juni. Disse 479 er ikke tatt med i min oversikt

Det var i årene 1939 – 1944 behandlet 240 tilfeller av magesår, ulcus –gastro-dudenale. Av dette var 192 lokalisert til ventrikkelen og 48 til duodenum. På 58 av disse var det utført ventrikkel-reseksjoner. Disse tallene må ha overrasket kirurgene i Tromsø. Røntgenavdelinga (opprettet i 1941) fant ved å sammenligne sine tall med sykehusene i Drammen og i Bergen, at forholdstallet mellom ventrikkelsår og duodenalsår var 1:1,5 og 1:1,2. Ved Troms og Tromsø Sykehus var tallene 2,3:1. En stor overvekt av sår i ventrikkelen sammenlignet med Drammen og Bergen. Når kirurgene etter å ha fått disse tallene gikk inn og studerte operasjonsmaterialet med 10 års perioden før krigen, fant de at tallet var høyere enn det som røntgenavdelinga hadde funnet. Forholdstallet mellom ventrikkelsår og duodenalsår, ble sammenlignet for to perioder. 1930 – 1938 og 1939 - 1944. For begge gruppene viste det seg å være 4,6:1. Dette kunne ikke skyldes kostholdet. Befolkninga var for en stor del bønder og fiskere, ofte i kombinasjon.

Kostholdet hadde derfor vært likt før og etter krigen. Denne geografiske forskjellen mente de, var et interessant fenomen som fortjente nærmere undersøkelser.¹⁴⁹



Fra juni 1940 til august 1942 anføres det at noen operasjoner er utført av den tyske kirurgiske lasarettavdeling som hadde beslaglagt deler av sykehuset. Jeg kan ikke lese av tallene om de oppgitte 265 (40-41), 391 (41-42) og 31 (42-43) er en del av det samlede tallmateriale, eller om det skal trekkes fra. Fra røntgenavdelingens årsberetning sies det at flyktningstrømmen fra Finnmark først ble merkbar i 1944. Dette kan også gjelde virksomheten på operasjonsstuene. Men det er en merkbar stigning i antall inngrep alt fra 1941-42. 5-årsberetningen forteller at det var knapphet på ekstrapstyr og forsyninger og for lite personale. For operasjonsstua del, økte virksomheten.

Det statistiske materialet viser at tuberkulose ble behandlet kirurgisk i Tromsø. Lungetuberkulose, urogenetaltuberkulose og ben- og leddtuberkulose ble operert her. Forekomsten av tuberkulose var høy sammenlignet med andres sykehus av lignende art, sies det. 407 tilfeller i perioden. Av dette var 67 i lungene. Det var disse som hadde bydd

på størst utfordringer. Det var utført thoracoplastikker etter nye teknikker. Resultatet mente de var bra. Det som ble ønsket var videre forskning og bedre siling av pasienter til operasjoner: ”Da vil det gå opp for læger og pasienter et utført på riktig indikasjon [...] er det den beste behandlingsmetode vi kan tilby en pasient”.¹⁵⁰ Narkosen var de ikke fornøyd med. De hadde eksperimentert med forskjellige former for ledningsanestesi og blandingsnarkoser. Problemet var at sistnevnte satte ned hostrefleksen, noe som ikke var heldig for en lungeoperert. De hadde derfor gått over til epiduralanestesi selv om den teknisk sett var uhyre vanskelig å anlegg før en lungeoperasjon. Denne eksperimenteringen forteller oss at legene i Tromsø var opptatt av anestesispørsmålet i større grad enn Strømskag hevder¹⁵¹. Trolig er forklaringen på at leger sent begynner med anestesi todelt. De var for få og at det først var med nye kirurgiske teknikker at det ble behov for mer avanserte anestesiformer enn det som en operasjonssykepleier med praktisk erfaring kunne utføre.¹⁵² Fra 1947 ble operasjoner som dette utført ved Statenes tuberkulosepsykehus i Mo i Rana. Kirurgene i Tromsø fikk aldri videreført sitt forskningsarbeid.

Ingen tilgjengelig kilder forteller om hvilke forholdsregler som ble tatt for å unngå smitte under inngrepene på lungetuberkulose. Operasjonssykepleierne kunnskaper om denne form for kirurgisk virksomhet og dens hygiene tiltak ved Troms og Tromsø Sykehus, er trolig tapt.

Ingen krigskirurgi foregikk ved sykehuset, heller ikke ved senkinga av det tyske panserskipet, Tirpitz 12 november 1944. Dette skyldes at den tyske okkupasjonsmakt hadde rekvirert St. Elisabeth hospital. Her foregikk krigskirurgien.¹⁵³

I 5-årsberetningen er Kari Taugbøl oppført oversøster på operasjonsavdelinga fra 1943. Taugbøl var utdannet sykepleier i Danmark. Hun reiste fra Tromsø i 1947. Først tilbake til Danmark, så Trondheim før hun fra midten av 50-tallet begynte ved Sophies Minde i Oslo. Der var hun forstanderinne til hun gikk av med pensjon.¹⁵⁴

7.5 To alvorlige hendelser med døden som følge

I august 1954 døde to unge mennesker under lokalanestesi ved sykehuset. Fredag 14 mai var 19 år gamle Jan Larsen utsatt for en arbeidsulykke ved Skipsverftet. Under arbeid kom hånden hans borti en smergelskive med den følge at tre fingre ble kuttet av. Da han senere samme kveld skulle opereres ved kirurgisk operasjonsavdeling døde han under injiseringen av lokalbedøvelse. Tirsdag 18 mai døde 18 år gamle Asveig Hansen på øre-nese-hals operasjonsavdeling da hun fikk injisert lokalbedøvelse likt det som var benyttet da Jan Larsen døde. Selv om lokalpressen slo opp Larsens dødsfall alt dagen etter var det ikke kjent på ØNH hva slags lokalbedøvelse som var benyttet.¹⁵⁵

Saken vakte stor oppmerksomhet både nasjonalt og i lokalpressen. For Jan Larsens vedkommende var den første teorien at han var overfølsom for lokalbedøvelsen som ble benytte. Men da Asveig Hansen døde mistenke overlege Christoffersen ved ØNH at det var noe galt med midlet som var benyttet¹⁵⁶. Sykehuset tok midlet ut av bruk i påvente av svar fra farmakologisk undersøkelse ved Rikshospitalet.

Før noen offisiell rapport var klar, var årsaken til dødsfallene kjent i byen. 11 juni skrives det i Bladet Tromsø at ryktet sa at apoteket hadde levert ut feilaktige preparater. Dette viste seg å stemme. Dagen etter skriver Tromsø at sykehuset hadde fått tetrakain i stedet for novokain. Tetrakain er ti ganger sterkere enn novokain.^{157vii} Den rettslige høring året etter, klarla at kirurgisk operasjonsavdeling hadde fått lokalbedøvelsen i pulverform. Operasjonssykepleieren som hadde blandet ut lokalbedøvelsen hadde på leges ordre blandet den sterkere enn det som var anbefalt uten at dette ble sett på som noe klanderverdig. Det ble også påpekt at tetrakain og novokain hadde vært kjent under flere navn. Ingen ble holdt ansvarlig for forbytingen av medisiner som hadde skjedd på Svaneapoteket i Tromsø.¹⁵⁸ For kirurgisk operasjonsavdelings del forteller Astrid Saltnessand at denne hendelsen førte til at lokalbedøvelse etter dette kom ferdig utblandet fra apoteket. Det ble snakket om denne hendelsen i lang tid etter. Unni Heitmann forteller at da hun begynte, nesten to år etter, ble det snakket om denne episoden. Operasjonssykepleierne trodde lenge at det var de som hadde gjort feil.

^{vii} Novokain hadde vært i salg under navnet parokain. Tetrakain hadde vært i salg under navnet pantokain.

Tragedien ble ikke mindre av at feilen hadde skjedd et annet sted, men det var en lettelse for operasjonssykepleierne at feilen ikke hadde skjedd på operasjonsstua.¹⁵⁹

8 OPERASJONSSYKEPLEIE VED TROMS OG TROMSØ SYKEHUS 1955 – 1964

8.1 Den første lærebok i operasjonssykepleie av en operasjonssykepleier

I 1955 ble Borghild Hillestads ”Operasjonsstueteknikk”, utgitt. Boka var den første lærebok på norsk i operasjonssykepleie, slik vi forstår ordet operasjonssykepleie fra lærebøkene, nemlig som assistanse ved instrumentbordet. Den er også den eneste. I 1978 kom den i en revidert utgave under navnet ”Håndbok i operasjonssykepleie”. Restopplaget til andre utgave ble makulert i 1984.¹⁶⁰

Hillestads egne notater var grunnlaget for hennes bok. Det var savnet av instruksjonssøstre og teoretisk undervisning som fikk henne til å utarbeide boka. Den bygde på hennes egne nedskrevne prosedyrer. Boka følger en oppbygging der utforming av en operasjonsavdeling omtales før den tar opp steriliseringsmetoder. Alt utstyr har sin faste plass og er plassert med en hensikt. Autoklaving er den foretrukne steriliseringsmetode. For gjenstander som ikke tåler det høye damptrykket benyttes elektrisk tørrsterilisator, formalin og koking.¹⁶¹

Boka hadde bilder av de kirurgiske instrumenter og instrumentlister til operasjonene. Den kirurgiske fremgangsmåte ble beskrevet for å lære operasjonssykepleieren operasjonene trinn for trinn. Ved hvert trinn av operasjonens gang ble det beskrevet hva assistenten ved instrumentbordet skulle ha klar. Hillestad klargjorde at dette var måten det ble utført ved avd. III, Ullevål sykehus. Valg av instrumenter og suturmaterialer ville varierer fra kirurg til kirurg. Boka var ikke ment som en oppskriftsbok og ”den enkelte leser kan selv føye til det som passer”.¹⁶²

Hillestad beskrev kirurgien som i stadig utvikling. For å følge med i denne utviklingen måtte en operasjonssykepleier søke etter stadig større kunnskaper, bedre metoder og mer tekniske ferdigheter. Hun utdypet ikke hva det måtte søkes etter kunnskaper innenfor,

men lot det heller stå som en innledning til en uthevelse av at pasienten var midtpunktet i arbeidet på operasjonsstua

La oss sette oss selv i pasientens sted og handle derefter. Det betyr så meget både for pasient og pårørende å bli møtt med et oppmuntrende smil i en engstelig verden.¹⁶³

Empati ville vi brukt som ord i dag. Evnen til å leve seg inn i pasientens situasjon og handle til beste for pasienten. Men her er en gruppe til tatt med – de pårørende. De har også brukt for omsorg i forbindelse med operasjonen selv om det ikke er de som skal opereres. I de gjennomgåtte lærebøker er det første gang pårørendes behov nevnes.

Narkosen er fortsatt viet oppmerksomhet. Til arbeidet med narkosen er anestesiskjema like selvfølgelig som narkosemaske. Noen dokumentasjon av operasjonssykepleierens arbeid ved assistansebordet omtales ikke.

8.1.1 Anmeldelsen av ”Operasjonsstueteknikk”

Anmeldelsen den får i Sykepleien forteller at dette var et pionerarbeid. Den som anmeldte den var Ingeborg Pløen. Hun tok opp mangelen på litteratur i operasjonssykepleierfaget. En mangel som har vanskeliggjort undervisningen. Pløen tar opp hvordan bruk av bilder av instrumentene kan benyttes til å lære instrumentene å kjenne før man skal begynne å assistere. Ingen kirurg ønsket de samme instrumenter, eller brukte nøyaktig den samme teknikk, men om operasjonssykepleieren kjente en teknikk til bunns, ville innlæringen av andre teknikker lett følge. Boka, ble det sagt, kunne med fordel leses av andre grupper som skal arbeide på ei operasjonsavdelinger og som mangler operasjonssykepleierens kunnskaper om sterilitet og operasjonsstueetikette.¹⁶⁴

8.1.2 Bokas aktualitet

Fem år senere skriver Hillestad en artikkel om sykehusinfeksjoner i Tidsskriftet Sykepleien. I denne fortelles det at koking som før var en anerkjent steriliseringsmetode nå ikke er å regne for annet enn en desinfeksjonsmetode. Bruk av formalin som middel til sterilisering av utstyr har man forlatt i USA og Sverige. I Norge er det fortsatt i bruk instrumenter som ikke tåler varmen i en autoklave og som derfor må steriliseres i formalingass. Usikkerheten rundt denne metoden gjør at hun retter en anmodning mot å

innskrenke bruken av denne metoden. Kunnskapen om sterilitet – nettopp det som Pløen sa var det operasjonssykepleieren kunne – var på dette punktet alt foreldet.¹⁶⁵

I 1961 annonseres det av NSF i Sykepleien at det skal arrangeres et kurs for operasjonssykepleiere i 1962 ved Norges Høyere sykepleierskole. Kurset var annonsert som et kurs over et år med tre måneders praksis¹⁶⁶. Det endte som et kurs over 12 uker.¹⁶⁷

Omtalen av dette kurset i 1963 fortalte at det ble undervist i et vidt spekter av tema. Kurset hadde ingen pensumlitteratur. Kursdeltakerne ”anskaffet seg ’Menneskeorganismen’ av Schreiner”.¹⁶⁸ Foruten den fikk de en del stensiler av foredragsholderne.¹⁶⁹ Det er påtakelig at et teorikurs for operasjonssykepleiere helt manglet litteratur om faget. ”Operasjonsstueteknikk” var ikke benyttet. Som Hillestad, selv skrev:

Boken er først og fremst skrevet for spesialelever og unge operasjonssøstre som føler seg usikre og står spørrende i mange situasjoner, men også fordi jeg mener at i vårt ansvarsfulle arbeide er mer teoretisk kunnskap absolutt nødvendig.¹⁷⁰

Hennes bok var først og fremst ment for spesialelever. Og på punkter var den foreldet. I Tromsø kjenner vi ikke til at Hillestads bok har vært benyttet før etter 1965. Da som oppslagsverk fordi det hadde bilder og instrumentlister. Men som vi senere skal se var det ikke helt uten problemer.

8.2 ”Lærebok for sykepleiere”

I 1962 kommer tredje utgave ’Lærebok for sykepleiere’. Fortsatt var Anton Jervell hovedredaktør. Sykepleiere som ble utdannet da denne bokserien ble benyttet, sier fortsatt at de hadde ”de gule bøkene” etter fargen på permen. Sammen med utgavene fra 1940 og 1951, var det denne serien som dannet det teoretiske grunnlaget for opplæring og arbeid på operasjonsstua fram til da.

I denne utgaven er alt som skrives om arbeid på operasjonsavdelinga forkortet i forhold til andre utgaven av boka. Under sterilisering er nå koking tatt helt bort som steriliseringsmetode. Formalin skal bare brukes i begrenset omfang. Autoklaving er nå steriliseringsmetoden som skal benyttes.

På operasjonsstua er det nå kommet at alle skal ha håret dekket og benytte munnbind under operasjoner. Kirurgisk håndvask anbefales til å være tre minutter under rennende vann etterfulgt av spritvask. Under operasjoner kreves det minimum to operasjonssykepleiere. En som er sterilt påkledd og en som går til hånde. I tillegg kommer en operasjonssykepleier som gir narkosen, så en operasjon krever tre operasjonssykepleiere. Eleven skal bare supplere gå til hånde, altså usteril, operasjonssykepleier. Det er ingen observasjon av samarbeidet mellom operasjonssykepleierne. Aseptikk og forståelse av hva som er steilt og behandling av sterilt gods er det som skal innøves.¹⁷¹ Innføring i operasjonssykepleierens arbeid med assistanse ved instrumentbordet var heller ikke tilstedet i denne utgaven. Med denne endringa ble elevens oppmerksomhet i teorien tatt bort fra det som de brukte lærebøker etter hvert definerte som operasjonssykepleie, assistansen ved instrumentbordet.

8.2.1 Narkosesykepleie

Narkose gis på norske sykehus av sykepleiere med praktisk erfaring i dette arbeidet. Det er disse som er målgruppe for dette kapitlet i læreboka. Eleven skal bare lære hovedpunktene, mens den utøvende skal kunne bruke den utførlige beskrivelsen i sitt arbeid. Noe å skrive på og med, helst anestesi-journalark, er en selvfølge.

Novokain kan en lage selv av pulver som oppløses i sterilt vann. Men så legges det til: ”Langt tryggere og bedre er det å få oppløsningen ferdig steril fra apoteket. Dette er for øvrig nå påbudt”.¹⁷² De to tragiske dødsfallene i Tromsø i 1954 er en av årsakene til at apotekene selv skal blande ut lokalanestesi.

8.3 Opplæring av operasjonssykepleiere og arbeidet på operasjonsstua i Tromsø

Spesialelevne i operasjon hadde alle vært på operasjonsstua som elever under grunnutdanningen. Det var ikke ukjent grunn de kom til. Det var fortsatt bare to operasjonsstuer på sykehuset. De ble derfor omtalt som høyrestua og venstrestua. Venstrestua var forbeholdt rene inngrep som ortopedi. Høyrestua ble benyttet til inngrep i mer bakteriefylte områder og til inngrep der det ble forventet puss.

Som elever hadde de fått ta del i rutineoppgaver som vask av hansker. Lapping av hansker og pakking før sterilisering. Hansker som var hele kunne gjenbrukes til operasjoner. Hansker som var hull i kunne lappes og benyttes til inngrep på skiftestua. Dersom det var hull på peke- og langfinger på høyre hånd kunne de ikke brukes på skiftestua. Lappene kunne mistolkes som svulster ved undersøkelser i underlivet. Hansker med lapper på peke- og langfinger på høyre hånd ble derfor merket for bruk på sengepostene.

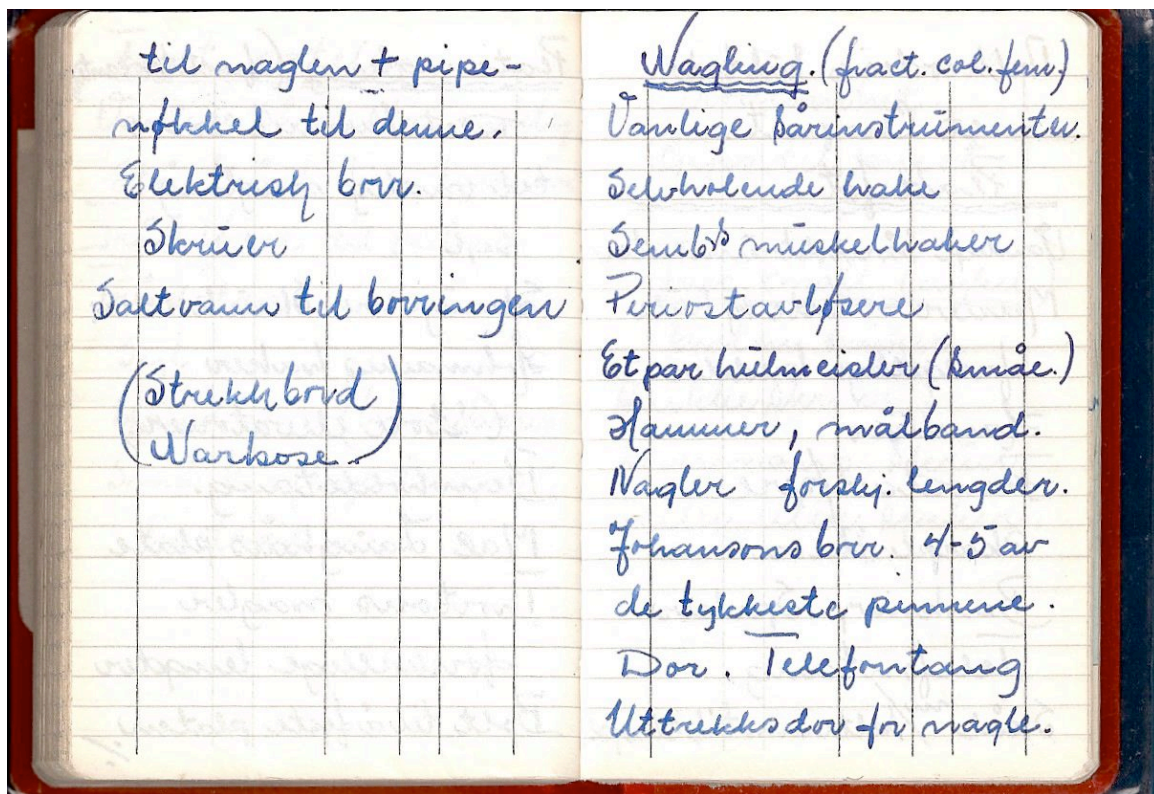
Det var gjennom deltakelse i de daglige gjøremål at opplæring som operasjonssykepleier ble gitt. Oversykepleieren hadde et overordnet ansvar for fordeling av oppgaver til spesialelevene under deres utdanning. Ragnhild Strand som var oversykepleier i perioden 1955 – 1965. Hun blir beskrevet som dyktig og svært nøyaktig i sitt arbeid.¹⁷³ Strand hadde tjenestegjort ved Det Norske Feltsykehus i Korea.¹⁷⁴ Det ble aldri snakket om hennes opplevelser der. Men hun imponerte stort med sin praktiske dyktighet i assistanse med tenger. Hun kunne hjelpe spesialelevene ved å benytte sterile fettetenger som hun brukte til å gi kirurgen det han trengte og for å rette på oppdekkingen av instrumenter på assistansebordet. Som operasjonssykepleier i Korea hadde hun tidvis vært nødt til å assistere under to operasjoner samtidig. Da stod hun mellom kirurgene og måtte bruke tenger for å ha rekkevidde nok til å kunne gi instrumenter til begge. Usteril assistanse med tenger var også beskrevet hos Widerøe alt i 1920, men var nå nærmest slutt på grunn av faren for partikkelslipp over sterile instrumenter.

Det var vanlig at man begynte å assistere ved små inngrep. Appendisitt, eller et hernie, var slike inngrep. Selv om de var regnet som små kunne arbeidete være stressende nok for en uøvd hånd. Tråden som skulle benyttes til å sy med ble trukket opp fra glasskrukker og tredd i nåla. Det var ikke alltid var like lett med hansker på. En spesialelev forteller at det ble sett på som synd og skam om tråden løsnet fra nåla, for da måtte operatøren vente. Under hennes første assistanse skjedde dette. Hun forteller at hun ble så forfjamset at hun stakk en finger i munnen og bet til. Det gjorde det ikke noe bedre, for da brøt hun hygien, og narkotisøren sa at nå måtte hun ikke ta i noe med den usterile hansken. Så da ble hun stående der med en hånd rett ut til noen hadde gitt henne

en ny hanske. Slike opplevelser satt i, og hun kan ikke huske at dette skjedde henne senere.¹⁷⁵

Trådene som var i bruk var laget av flere materialer. Den vanligste var catgut. Men også metall, silke og hestetagl var i bruk. Trådene stod på et eget bord i krukker fylte med sprit. Lokkene ble sterilisert daglig. For å bevare tråden steril ble den klippet så langt ned mot lokket som det gikk an når man var ferdig med bruken av den.

Assistansen måtte læres gjennom deltakelse og forskjellige operatører hadde sine foretrukne instrumenter. Noen felles skrevne prosedyrer for assistanse ved instrumentbordet fantes ikke i Tromsø på denne tiden. Prosedyrene som ble laget var personlige for den enkelte. Nærmest en huskeliste over hva som skulle benyttes av instrumenter og suturer (tråder) under operasjonene. Alt plassert i en liten bok som kunne bringes med i lomma. En prosedyre kunne var ofte skrevet som denne prosedyren fra Randi Elviks prosedyrebok:



Som jeg har vist ble det i de lærebøkene som ble benyttet fortalt at det ikke kunne gis regler for assistanse i feltet. Denne kunnskapen var personlig for den enkelte operasjonssykepleier. Det som måtte læres var instrumentene og deres bruk. Alt annet måtte fylles inn gjennom egen erfaring.

Men også leiet pasienten skulle ligge i måtte tas hensyn til. Strekkbord som skulle benyttes her, medførte at foten skulle spennes fast og trekkes ut for å sette bruddet rett. Slik ville pasienten bli holdt i ei stilling mens hele operasjonen foregikk. Han hadde ingen mulighet til å røre seg. Operasjonssykepleierne måtte planlegge dette med tanke på at trykkutsatte steder ble foret for å unngå trykksår og at nerver ble skadet. Det ble brukt puter og vatt som ble surret rundt for å fore ut steder som det var fare at det kunne bli trykksår på. Eller på steder der nerver kunne komme i klem under operasjon.

8.3.1 Desinfeksjon og sterilisering

Hygiene og sterilisering var pensum på grunnutdanninga. Når sykepleieren begynte som spesialelev på operasjon, var det forventet at dette ble behersket.

Alt utstyr som ble benyttet på operasjonsavdelinga var flergangsutstyr. Sykehuset hadde ikke noen instrumentvaskemaskin. Man fulgte læreboka og skylte alle instrumenter i kaldt vann etter bruk. Etter å ha blitt vasket i lunket såpevann ble instrumentene kokt og sterilisert. Det var to store instrumentkokere på avdelinga. Noen instrumenter fantes det bare ett av. Ble et slikt instrument mistet i gulvet under en operasjon var det å vente til det hadde vært kokt i 20 minutter før det ble løftet opp med sterile fatteetenger og tatt i bruk igjen.

Da det ble vanlig å lage instrumentbrikker som hadde grunnleggende instrumenter til enkelte inngrep, ble disse pakket i tøybleier før de ble autoklavert. Autoklaven, som steriliserer ved hjelp av vanndamp, var ofte i ustand. Det hendte at tørkesystemet sviktet. Når autoklaveringen var ferdig og døren ble åpnet var alt vått. Da var det å begynne på nytt igjen. Et lite populært arbeid i en tid uten overtidsgodtgjørelse og muligheter for avspasering.¹⁷⁶

Ikke alle instrumenter og utstyr tålte koking. Formalintabletter ble etter det Astrid Saltnessand sier brukt i ”kilosvis”. Tablettene ble plukket for hånd og lagt i glasskrin.

Over dette ble det lagt filterpapir som de hadde klippet hull i med hullemaskin. Dette ble gjort lagvis, papir og instrumenter, så gassen fra formalin skulle kunne stige opp. ”Tenk på hva vi pustet inn av gasser”, forteller Saltnessand, ”det hadde ikke gått i dag”.¹⁷⁷ Mer enn en gang skjedde feil som at gummi ble lagt i elektriske tørrsterilisatorer og ble svidd. En gang ble det også lagt formalintabletter i en slik. Da ble det slik gassutvikling at brannvesenet måtte komme.¹⁷⁸

På denne tiden ble alt av tøy til operasjoner ble pakket i bokser og gjort klar til operasjoner. Tidligere var det benyttet lakener (se bilde fra operasjonsstua 1922-1939). Assistansebordet for instrumenter ble dekket med steriliserte tøylaken og tøybleier, i likhet med pasienten som skulle opereres. Før dekking ble pasientens hud vasket med Iodosan. Allergiske reaksjoner på grunn av jod har gjort at det i dag er borte fra daglig bruk som desinfeksjonsmiddel. Men det er ingen som kan huske at noen pasienter fikk store allergiske reaksjoner. Noen ganger litt rødme, men det var også alt.

For å bevare en sterilbarriere mellom området det skulle opereres i og resten av kroppen ble tøybleiene benyttet. Tøybleiene ble limt rundt med en limstift som het Mastix. Dette holdt ikke helt. Tøyklyper, tenger med to spisser som klemmes mot hverandre, ble brukt i kantene for å holde bleien på plass. Men når pasienten sov var det vanlig praksis og ta et jafs ned i hud og underhud for å forankre bleiene. De skarpe tøyklypene kunne lage merker og småsår i pasienters hud. Operasjonssykepleierne likte ikke denne praksisen. Det var likevel lite de kunne gjøre med det før tøybleiene ble erstattet av papir med limekanter.

Underveis i operasjonene ble kompressene talt opp for å forsikre seg om at antallet som var tatt med inn til operasjonen hele tiden stemte. Etter bruk ble de skylt i kaldt vann før de ble brakt til sykehusets vaskeri for vask. Ferdig vasket ble de brakt opp til operasjonsstua og kokt i instrumentvaskeren. Så ble kompressene hengt opp til tørk om ettermiddagene. Da ble alle mulige steder benyttet, også operasjonsstuene. Kom det et øyeblikkelig hjelp tilfelles, var det å skynde seg å plukke ned alle kompressene og bringe dem ut før klargjøring for operasjon. Det var alltid to som telte sammen kompresser før de ble autoklavert. Fem og fem skulle det være. Etter 1956 ble det sydd på en liten

metallring slik at kompresser ville vises ved røntgenfotografering om en var savnet etter en operasjon.

Astrid Saltnessand forteller at under et abdominalinngrep forsvant en kompress. Etter opptelling var den borte. Det ble lett overalt og Morten Gjessing, overlege mellom 1947 – 1967, ba da om at pasienten ble røntgenfotografert. Kompressen ble ikke funnet. Gjessing bestemte seg etter fotografering og leting, at såret skulle lukkes. Utpå kvelden fikk Saltnessand en telefon, det var en mannlig sykepleierelev som hadde praksis på operasjonsstua: ”Vet du, søster Astrid, da jeg kom hjem hadde jeg en kompress i lomma”. Slike menneskelige svikt kunne forekomme, de gav alltid en støkk i operasjonssykepleieren som assisterte ved instrumentbordet og som hadde ansvaret for kompressene som ble benyttet.

8.3.2 Hva ble operert?

Operasjonssykepleierne skrev ikke ned noe av det de gjorde. Ved tilbakeblikk er det ventrikkelseksjoner som står frem som noe som ofte ble operert. Med det statistiske materialet som viste en rate på 4,6:1 for ventrikkelsår i forhold til duodenalsår for perioden 1930 – 1944, er nok det reelt. Fjerning av deler av magesekken ved magesår ble gjort etter Theodor Billroths metode. Det var langvarige operasjoner og de kom i bølger. Vår og høst var det typiske. Etter vinterfisket og etter høstona, da kom fiskerbonden. Uten statistikk kan det ikke gis nøyaktige tall for hvem som ble operert i denne perioden. Det som husker er at det var mange menn som ble operert for magesår, og det var nå helst de som slet på veiarbeid og i sesongfiskeriene. Men også kreft ble operert, ”det var jo cancer den gang også”.¹⁷⁹ Magekreft og brystkreft opplevdes som diagnoser som kom ofte.

Det kunne bli lange dager å stå på operasjonene. Man skiftet ikke operasjonssykepleier underveis i en operasjon. Overlege Gjessing pleide å si at det kunne bli en tragedie for pasienten om det ble gjort. Da ville steriliteten brytes og det kunne medføre infeksjoner.¹⁸⁰

Ved store abdominalblødninger var det ikke alltid tilgang på blod fra blodbank som kunne benyttes til pasienten. Det ble da benyttet autotransfusjon av blod. Blod ble øset

opp fra bukholder med ei vanlig kjøkkenøse før det ble silt over i en byrette¹⁸¹ og transfundert tilbake til pasienten. Under operasjoner med store blødninger ble denne metoden sett på som en fordel, for da trengte de ikke å vente til det var tatt forlik.^{182viii}



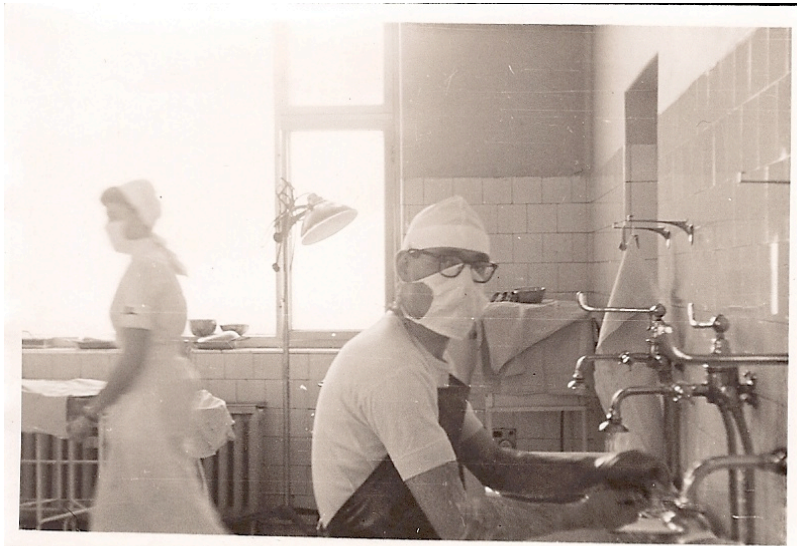
Bildet viser oversykepleier Ragnhild Strand som fører inn operasjoner i en operasjonsprotokoll. Bak henne sees kjøleskapet som var i bruk som blodbank.

Ortopedisk kirurgi ble utført på venstrestua. Den var den rene stua. Til ventrikkelseksjoner ble laget instrumentpakker med alt av instrumenter som trengtes, men det ble ikke laget slike til ortopediske operasjoner i denne perioden. Dette kan sees i sammenheng med det ble utført mange ventrikkelseksjoner, og at operasjonsteknikken som ble benyttet var så utprøvd, at man visste hva som skulle benyttes. For ortopedi var det ikke slik. Der ble det benyttet pakker med det som ble omtalt som vanlige sårinstrumenter. Instrumenter som kniv og pinsett og haker av forskjellig lengde. Operasjonssykepleierne måtte selv plukke instrumenter fra et glasskap og autoklavere dem før bruk. Da gjaldt det å kjenne operasjonsteknikken og operatøren. Hadde man ikke selv skrevet ned hva som skulle benyttes spurte man sine kolleger. Det var alltid en som kunne – og kunne de ikke, så hadde de jo ”ho Ragnhild” som de kunne spørre om alt, forteller Unni Heitmann.

^{viii} Et forlik er en forlikelighetstest for å se om eget blod kan forlikes med blod fra blodbank.

8.3.3 Håndhygiene under operasjoner

”Jeg tror ikke dere hadde tatt oss på håndhygiene, den hadde holdt den dag i dag”, forteller Astrid Saltnessand.¹⁸³ Hendene ble kirurgisk vasket før operasjonene. En kirurgisk håndvaske er en prosedyre som tar en viss tid. På bildet^{ix} under, utlånt av Unni Heitmann, sitter Dr. Noer og vasker sine hender kirurgisk.



Han er vanskelig å glemme, forteller Astrid Saltnessand. ”Han pleide å sitte og synge ’Davy, Davy Crockett, av full hals, mens han vasket seg. Men sangleden var større enn talentet.” Ved å synge ’Davy Crockett’ kunne Noer ta tiden på hele prosedyren for kirurgisk håndvask.

Man stolte ikke helt på hanskene. Flergangshanskene ble etter operasjoner sjekket for hull, og lappet om det trengtes. At det gikk hull på hansker var velkjent. Under operasjonene hadde operatør og operasjonssykepleier stående to vaskefat ved siden av seg. Det ene hadde en vannblanding med sublimat, det andre var fylt med sterilt vann. Når hanskene var blitt tilsmusset, desinfiserte operatør og operasjonssykepleier hanskene

^{ix} Kvinnen på bildet er trolig en sykepleierelev i praksis på operasjonsstua.

i sublimat før de vasket dem i sterilt vann. Sublimat inneholder kvikksølv og er ikke i bruk til handvask i dag

8.3.4 Narkosesykepleie

Oppgaven som narkotiser gikk på skift blant operasjonssykepleierne. Det var mest eternarkose med drypp på maske som ble gitt. Etter at spesialelevne hadde fått erfaring som operasjonssykepleiere ble de opplært som narkotiserer i sitt andre elevår. For noen gikk innlæringen lett, mens andre syntes at denne oppgaven var tung å lære. Den nøyaktige opptellingen av dråper og det å følge med stadiene som pasienten gikk gjennom i narkosen, likte ikke alle. På dagtid ble det etter hvert til at noen var mer på ”narkosen” enn på ”assistansen”, men alle måtte kunne gi narkose for å kunne utføre det når de var på vakt.

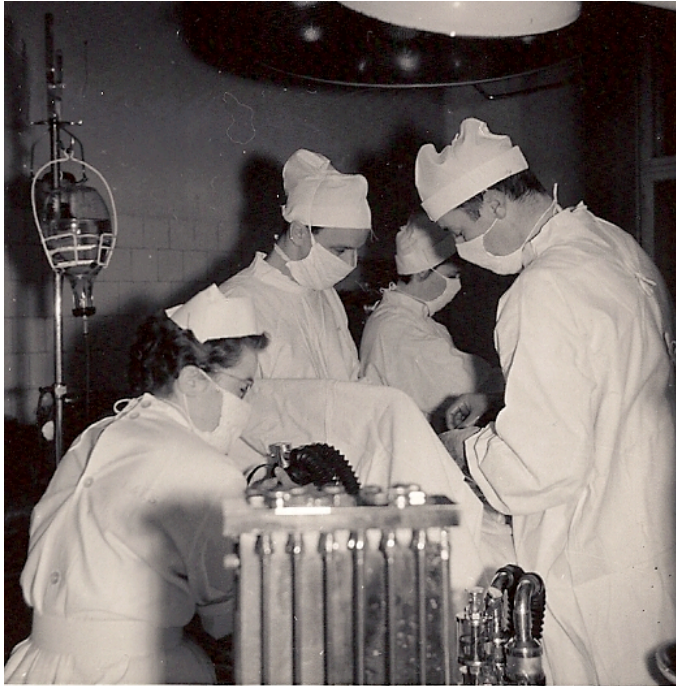
Vi ble opplært å gi narkose av vår allsidige og flinke søster Ragnhild. Det var ganske krevende å gi narkose uten intubasjon til en pasient med blødende magesår som kastet opp blod. Vi brukte bare eternarkose, innledningen var lang og ofte vanskelig, da særlig til hemateamesepasienter. Da måtte vi senke hodeenden på operasjonsbordet maksimalt for at pasienten ikke skulle aspirere. Ofte kom disse pasientene om natten og da var vi alene med anestesiansvaret.¹⁸⁴

Under narkosen holdt narkotiseren et kjevetak på pasienten for å holde luftveiene åpne. Kjevetaket het ”Heibergs kjevetak” etter den norske legen, Jacob Heiberg.¹⁸⁵ Ved ventrikkel-reseksjoner, som kunne vare i opptil fem timer, var dette en krevende oppgave.

I tillegg til den opplæring som Ragnhild Strand gav fikk noen et tremåneders narkotiserkurs. Rikshospitalet og Ullevål sykehus hadde siden 1948 arrangert narkotiserkurs for operasjonssykepleiere.¹⁸⁶ Det var en lettelse når de etter å ha deltatt på kurset kunne intubere pasienten under narkosen. Gass-eter på narkoseapparat ble brukt. I perioder frem til 1965 var det bare Ragnhild Strand og Astrid Saltnessand som kunne benyttet dette apparatet. Med bare to måtte de to overlapse hverandre med lange bakvakter for å dekke behovet om eterdrypp på maske ikke kunne benyttes.

Pasientens tilstand ble loggført på et eget skjema under narkosen. Temperatur, puls, blodtrykk, bruk av anestesimiddel og narkosens lengde ble notert ned. Det er litt usikkert

om denne dokumentasjon ble oppbevart etter operasjonene, eller om dette var kun til internt bruk og makulert i ettertid.¹⁸⁷



Her sees Unni Heitmann som gir gass-eter narkose (lystgass og eter) ved hjelp av et narkoseapparat. Pasientene var ikke intubert. Narkotisøren satt med kjevetak for å holde luftveiene åpne under hele operasjonen. Det var på denne tiden ikke vanlig at den som hadde oppgave som narkotisor brukte hette under operasjonene. Bruk av hette for alle som var tilstedet under operasjonene var beskrevet i lærebøkene. Bak Heitmann sees en fehnvalskolbe av den typen som operasjonssykepleierne brukte når de produserte sterile infusjonsvæsker.

8.3.5 Andre oppgaver

I tillegg til operasjonene utførte operasjonssykepleierne poliklinikk etter at dagens operasjonsprogrammet var avviklet. Da ble nye pasienter mottatt og undersøkt før operasjon. Operasjonssykepleierne fant selv frem til hvilke undersøkelser som skulle gjøres og klargjorde pasienten og eventuelt utstyr, før legen kom inn.

En gang i uka ble alle preparater som skulle undersøkes av patolog pakket og sendt til Montebello i Oslo. Ute i forgangen på operasjonsavdelinga, der alle hadde adgang, der ble de lagret med fullt navn i et skap med skyvedør, uten lås. Dette le omtalt som lørdagsarbeid siden det ble gjort på lørdager. Spenningen kunne være stor når svarene kom, var alle merkinger utført rett, eller kom det svar der man ikke visste hvem prøven var fra?

9 OPERASJONSSYKEPLEIE VED SENTRALSYKEHUSET I TROMSØ, 1965– 1974

9.1 Lærebøkene

Som en følge av endring i undervisningsprogrammet for sykepleierskolene med en økning av det teoretiske pensum, ble det behov for mer omfattende lærebøker¹⁸⁸. Den nye serien, ”Lærebok for sykepleierskoler”, kom i 1967 med nye opplag og enkelte revideringer frem til 1975. I denne fremstilling er 3. opplag fra 1975 benyttet.

Kapitlet om operasjonssykepleie var skrevet av Borghild Hillestad. Tittelen er den samme som hennes bok fra 1955, ’Operasjonsstueteknikk’. Det er likevel ikke noen gjengivelse av boka.

9.1.1 Bruk av stillingsbenevnelse og spesialisering.

Utviklinga i Norge har gått frem mot en deling av operasjonssykepleierfaget. I denne læreboka blir sykepleierne i det kirurgiske team benevnt som en sterilt vasket operasjonssykepleier som assisterer kirurgen, en operasjonssykepleier som går til hånd. Det kan enten være en anestesilege eller en anesthesisykepleier med i teamet. Nå har narkotisøren skiftet navn til anesthesisykepleier. Ikke bare var operasjonssykepleierfaget delt i to spesialiteter, selve operasjonssykepleierfaget har begynt å bli spesialisert. I organiseringen av operasjonsavdelinga skrives det at man kan finne ”ledende operasjonssykepleiere, som har ansvaret for sin bestemte gren, thoraxkirurgi, nevrokirurgi, urologi o.a”¹⁸⁹.

Spesialiseringa følger etter den spesialisering som finner sted i blant legene innenfor anestesi og det kirurgiske felt. Operasjonssykepleieren inngår i et team der alle har sin bestemte oppgave. Ved sykehuset i Tromsø var ØNH- og øyekirurgi skilt ut fra operasjonsavdelinga i 1948. Operasjonssykepleierne der var spesialister i ØNH- og øyekirurgi. Nå er flere felt innenfor kirurgi i ferd med å spesialiseres. Kirurgenes spesialisering krever at operasjonssykepleierne spesialiserer seg for å kunne gi assistanse.

9.1.2 Aseptikk og sterilitet

Skillet mellom utenfor operasjonsstua og innenfor operasjonsstua blir mer tydelig. Faren for infeksjoner har medført at det skilles mellom tøy som benyttes innenfor og tøy som benyttes utenfor. Operasjonstøyet skal bare benyttes innenfor operasjonsstua, aldri utenfor, og det skal skiftes hver dag. Å opprettholde hygiene er grunnlaget for å kunne bedrive kirurgi. Hillestad sier at den enkelte må føle et personlig ansvar for å opprettholde den nødvendige standard

Aseptisk teknikk kan bare læres ved lang og samvittighetsfull praksis. En såkalt aseptisk samvittighet må utvikles, det vi si at en føler ansvaret, øyeblikkelig korrigerer ethvert feilgrep og ikke tar noen sjanser.¹⁹⁰

En operasjonssykepleier skal føle et personlig ansvar. Kunnskap om bakterier, virus, sporer og smitt er kjent. Ved en daglig anvendelse av denne praksis lærer en seg å se bakterier med sitt indre blikk slik at en handler i samsvar med kunnskap om smitt og smitteveier.

I 1955 ble koking regnet for å være en sterilisasjonsmetode.¹⁹¹ I Sykepleien i 1963 skriver Hillestad at koking ikke lenger var regnet som en god sterilisasjonsmetode. I den nye boka er koking av instrumenter og utstyr en desinfeksjonsmetode.¹⁹²

9.1.3 Eleven i operasjonsstua

Grunnskolenes elever følger en ny fagplan etter 1965. Skoledagen til elevene ble nå 6 timer i praksis og 2 timer med undervisning/lesing hver dag. Tida på operasjonsstua ble nå kortere. Hva eleven skal lære endres nå fra tidligere utgaver.

Hensikten er ikke at eleven skal bli operasjonssykepleier. Hensikten er at eleven skal bli en bedre sykepleier ved at man gjennom oppholdet på operasjonsstua får innblikk i pasientens gang og hvilken plass operasjonsstua har i behandlingen av pasienten. Det er pasienten som er sentrum. Operasjonssykepleieren kjenner bare pasienten som et navn og en diagnose. Erfaringer viser at pasienter er engstelige for inngrepet og utfallet av dette. Omgivelsene er ukjente og pasienten føler seg hjelpeløse

'Vil jeg klare denne operasjonen', vil jeg bli helt frisk hvis jeg klarer den, eller vil jeg bli invalid?'. Ja, dette er noen av de spørsmål man ofte får. I denne situasjon har pasienten et voldsomt behov for kontakt, omsorg og trygghet.¹⁹³

Dette perspektivet er ikke nytt i læreboksammenheng. Vi finner det hos Rikke Nissen, det er trukket frem i Sykepleien av operasjonssykepleiere, men det har ikke vært vektlagt i lærebøker med lege som redaktør. Elevens praksistid, sier læreboka, må benyttes til å observere og sette seg inn i aseptikk. Deretter arbeid før og etter operasjon og kjennskap til instrumenter med vedlikehold og sterilisering. Tekniske ferdigheter og kunnskaper må innlæres, men omsorgsperspektivet må ikke forglemmes. Pasientens behov for kontakt, omsorg og trygghet må være der.

9.2 Opplæring av operasjonssykepleiere i Tromsø

Det var fortsatt ikke kommet noen enhetlig plan for utdanning av operasjonssykepleiere på landsbasis. Fortsatt var utdanningen basert på lærlingmodellen. Ved deltakelse i den daglige drift ble spesialelevne opplært i faget. I NSF's utdanningskomite drøftes det om de som tas opp som spesialelever bør ha praksis som sykepleiere før opptak.¹⁹⁴ Noe svar er ikke blitt gitt, så fortsatt kan det tas opp spesialelever direkte etter avsluttende grunnutdanning. Det er grunnutdanningens teori som danner grunnlaget for operasjonssykepleierens teoretiske kunnskaper, men fra 1966 ble dette utvidet i Tromsø.

9.2.1 Den første teoriundervisning

Astrid Saltnessand ble oversykepleier etter at Ragnhild Strand flyttet fra Tromsø. Kalenderåret 1964 var Saltnessand elev ved Norges Høyere Sykepleierskole. Tilbake i Tromsø fungerte hun ett år som oversykepleier fordi stillinga mangler søkere, før hun

selv søkte stillinga. Saltnessand var oversykepleier frem til 1977. Da sluttet hun ved operasjonsavdelinga og begynte som lærer for hjelpepleiere.

Det var etter året på Norges høyere (som den ble kalt), at hun begynte å organisere en teoriundervisning for spesialelevne. Savnet av teori hadde hun selv følt helt fra hun begynte som spesialelev i 1955.

Annelise Kileng og Solbjørg Melbye begynte etter endt grunnutdanning som spesialelever i 1966. De var det første kullet som hadde en plan for teoretisk undervisning i tilknytning til spesialutdannelsen. Teoridelen av undervisninga var på 64 timer. Av fagene er det kun 8-timers teori ved sykepleier, sterilisasjonsteknik og blodbankservise. De øvrige 56-timene er alle gitt ved lege. Her fra Annelise Kilengs vitnemål:

Ved kurset er gitt teoretisk undervisning i følgende fag :

Anatomi og kirurgi ved	<u>lege</u>	<u>20</u>	timer
Kir.behandling v/Ö.N.H.syk.d.ved	<u>lege</u>	<u>4</u>	"
Kir.behandling v/Öyesyk.d. ved	<u>lege</u>	<u>4</u>	"
Anestesiologi ved	<u>lege</u>	<u>10</u>	"
Farmakologi ved	<u>lege</u>	<u>10</u>	"
Mikrobiologi ved	<u>lege</u>	<u>6</u>	"
Sterilisasjonsteknik ved	<u>sykepleier</u>	<u>4</u>	"
Transfusjonstjeneste ved	<u>lege</u>	<u>2</u>	"
Blodbankservise ved	<u>sykepleier</u>	<u>4</u>	"

Den praktiske opplæring har foregått ved følgende avdelinger :

Kirurgisk avdelings operasj.avd.	<u>86</u>	uker
Ö.N.H. avdelings operasj.avd.	<u>2</u>	"
Öyeavdelingens operasj. avd.	<u>2</u>	"
Gynekologisk avdelings operasj.avd.	<u>1</u>	"

Tromsø, den 1.10.1968

Det hendte at timer gikk ut, men det ble alltid organisert slik at de ble tatt opp igjen. Bøkene som ble benyttet som grunnlag for den teoretiske undervisning var bøkene brukt under grunnutdanninga. Leverandører av utstyr lagde noe materiell som kunne benyttes.

En bok om suturer der du gjennom å bla i boka kunne avdekke kroppens lag og se hva slags suturer som kunne benyttes blir husket som veldig anvendelig og nyttig.

Da Edel Hansen begynte som elev i 1970 var antall timer teori minket til 54 timer. Praksistiden var utvidet fra 91 uker til 93 uker. Hansens vitnemål forteller også om den begynnende spesialiseringen blant kirurger på kirurgisk operasjonsavdeling.

gjennomgått et kurs i spesialutdanning som operasjonssykepleier.

Ved kurset er gitt teoretisk undervisning i følgende fag:

Anatomi og kirurgi ved lege	20 timer
Kir. behandling v/Ø.N.H. sykd. ved lege	4 "
Kir. behandling v/Øye-sykd. ved lege	6 "
Anestesiologi ved lege	6 "
Mikrobiologi/Farmabiologi ved lege	10 "
Sterilisasjonsteknikk v/sykepleier	4 "
Blodbankarbeide v/sykepleier	4 "

Ved kirurg. avd. operasjonsavd. utføres:

Abdominale inngrep, urologiske inngrep, thoraksoperasjoner, ortopediske operasjoner, craniotomier og karoperasjoner.

Den praktiske opplæring har foregått ved følgende avdelinger:

Kirurgisk avdelings operasjonsavdeling	88 uker
Ø.N.H. avdelings operasjonsavdeling	2 "
Øyenavd. operasjonsavdeling	2 "
Gynekologisk operasjonsavdeling	1 "

Tromsø, den 9/2-72.

Jon Anton Johnson

Overlege

Asfrid Saltnessand

Oversykepleier

Herborg Halvik
Forstanderinne

9.2.2 De første felles prosedyrer på operasjonsavdelinga.

En annen ny ting som kom etter Saltnessands utdannelse ved Norges høyere var de første skrevne prosedyrer på avdelinga. Det ble laget arkivbokser til hver operasjonsstue. Kartotek kort ble utfylt med navn på operasjonene, hvilke suturer som skulle benyttes og

hvilke instrumenter som ble benyttet. Annelise Kileng forteller at med tiden ble kortene utvidet ved at man skrev litt om operasjonene og hvordan de ble utført.¹⁹⁵

9.2.3 Endringer i grunnutdanninga av sykepleiere

Som nevnt ble det fra 1965 benyttet en ny fagplan for sykepleierskolene. Denne hadde mer teori og mindre praksis i forhold til tidligere undervisning.¹⁹⁶ Praksistida på operasjonsstua ble kortere. ”Vi ble mye brukt som vaskehjelp da vi var elever”, forteller Solbjørg Melbye. Det var andre forefallende oppgaver. Lapping av hansker var et typisk elevarbeid. Likeså rengjøring og ryddig av operasjonsstuene. Annelise Kileng forteller at hun fikk gjøre andre ting også, som å gi narkose til en liten gutt med et hernie (brokk). Dryppet vinydan¹⁹⁷ på maske. Deres historie bekreftes av Astrid Saltnessand: ”Vi brukte dem mye som ryddepiker og til vasking”. Om dette gav noen lyst til å komme tilbake til operasjonsstua som spesialelever er vel heller tvilsomt. Avdelinga hadde daglig renhold med gulvvaske fra sykehusets rengjøringspersonale, men hygien i en operasjonsavdeling krevde et mer omfattende renhold med vask og spritvask av utstyr mellom operasjonene.¹⁹⁸

Med den kortere praksistiden ble det behov for en ny gruppe på operasjonsavdelinga, assistentene. Assistentene fikk delegert renholdsoppgaver fra operasjonssykepleierne slik at frigjort tid kunne benyttes til pasientretter virksomhet som assistanse ved instrumentbordet og å gi anestesi. Blant de første assistentene var det noen som tok hjelpepleierutdannelse og kunne gå inn i ytterligere delegerte oppgaver, blant annet cystoskopier. Men inntreden av denne nye faggruppa kunne ikke dekke over mangelen på personell.

9.2.4 I praksis som spesialelev

Praksisandelen i lærlingtida økte fra 91 til 93 uker mellom 1966 og 1970. Veldig tidlig ble det forventet at spesialelevne skulle gå inn i vaktplanen. Etter tre uker skulle du være klar for å ta småoperasjoner som brokk og blindtarmer. Med deg hadde du operasjonssykepleieren som lærte deg opp. Kom det mer avanserte ting var oversykepleier bakvakt. Tidlig selvstendighet blant spesialelevne har trolig ingen

sammenheng med at de ble ansett for å kunne fylle rollen til en operasjonssykepleier etter tre uker. I perioden fra 1965 og fremover inntreffer en rekke begivenheter som samlet fører til en omfattende mangel på operasjonssykepleiere i Tromsø. Trolig er det denne mangelen som fører til at spesialeleven på et tidlig tidspunkt må gå inn i vaktplanen til operasjonssykepleierne

Ingen kan huske noen episoder der det ikke gikk bra, men flere forteller om episoder der de bare måtte gjøre det beste av det. Edel Hansen forteller om et tilfelle der en ung kvinne kom inn med en blå fot. Hun hadde vært operert for varicier (åreknuter). Operatørene ville gå inn i lysken for å se på arteria femoralis. Den var kuttet og knyttet med den følge at blodsirkulasjon var begrenset. Uvant som hun var med karoperasjoner hadde hun lagt alle instrumenter på rekke og rad på bordet. Da det ble bedt om en ”bulldog” ante hun ikke hva det var. Operatøren som visste at dette var nytt for henne, snudde seg mot henne og sa: ”Men du vet vel ikke hva en bulldog er?”. En bulldog er en åreklemme. Operatøren måtte hjelpe seg selv. Slik gikk det bra med operasjonen, men følelsen av å stå uten å vite og ikke kunne forlate var sterk.¹⁹⁹



Dette bildet utlånt av Edel Hansen viser en undervisningstime med operasjonssykepleierne. Det er Peder Mangersnes som underviser i bruk av et nytt fiksasjonsutstyr ved benbrudd. Når nytt utstyr ble kjøpt inn til sykehuset, eller det ble tatt i

bruk nye operasjonsteknikker, var det kirurgene selv som måtte undervise i bruken av utstyret.

Det var i perioden frem mot 1974 at overgangen til engangsutstyr startet. For noe presset det seg raskt fram. De blodfylte kompressene ble etter operasjoner lagt i kaldt vann før de ble brakt til vaskeriet for å vaskes. Foran en lang helg var de blitt stående i bøtter med vann på vaskeriet. Da lagret til operasjon begynte å gå tom måtte de ned på vaskeriet for å hente vaskede kompresser. Da var kompressene full av fluelarver.²⁰⁰ Denne hendelsen førte til at engangskompresser erstattet de gamle flergangskompressene.

Grønt tøy ble bare brukt under operasjoner. Helt frem til 1978 gikk operasjonssykepleierne i hvite arbeidsklær. Det var også vanlig at man kunne gå fra hvilende vakt på søsterhjemmet like ved i arbeidsklær. Det eneste som ble skriftet ved entre til operasjonsstua var sko.

9.2.5 Operasjonssykepleiefaget deles ved Sentralsykehuset i Tromsø

Utviklinga i Norge hadde gått mer og mer mot en spesialisering av narkotiseroppgaven til operasjonssykepleierne til en egen spesialutdanning som anesthesisykepleier. I juni 1964 hadde overlege Bjørn Lind en artikkel i Tidsskriften Sykepleien. Nye metoder innenfor anesthesiologien krevde en lenger utdanning enn de tremåneders kursene som narkosesøstrene hadde fått. Mangelen på leger som spesialiserte seg innenfor anestesi hadde medførte at anesthesisykepleierne ble stående med et større ansvar enn de var kvalifisert for. En plan for utdanning av anesthesisykepleiere var tenkt å være en 16 måneders utdanning. Lind trekker så frem:

I Sverige, hvor sykepleiermangelen vel er enno større enn i Norge, går man en annen vei. Der kan man tenke seg operasjonssøstrene erstattet med teknikere, mens man av narkosesøstrene fortsatt vil forlange full sykepleierutdanning.²⁰¹

Det var sykepleiermangel. En tanke om at operasjonssykepleiere kan erstattes av faggrupper som ikke var utdannede sykepleiere hadde tydeligvis bredt seg. Et spørsmål vi i ettertid kunne ha stilt Lind, er om hva som ligger til grunne for at man skulle kunne erstatte faglærte operasjonssykepleiere med en gruppe som ikke var utdannede

sykepleiere? Tanken om å løse personellmangel ved å utdanne hjelpemannskaper bredte seg senere, også i Tromsø.

I 1966 ansettes Knut Leseth som den første anestesilege ved Sentralsykehuset i Tromsø. Med dette var grunnlaget for en egen anesthesiavdeling lagt i Tromsø. Leseth har i ettertid beskrevet avdelinga som gammeldags og med enkle teknikker.²⁰² Hans observasjon var nok høyst korrekt. I fraværet av en legespesialist til å motivere til fagutvikling, kunne man nesten ikke forvente at operasjonssykepleierne skulle lede an i utviklinga innenfor denne legespesialiteten. Alt i 1962 ønsket sykehuset i Tromsø å knyttet til seg en anestesilege, men etterspørselen etter anestesileger var større enn antall utdannede.

Med ansettelsen av Leseth begynte en utvikling for å heve anestesivirkosomheten til den standard som utviklinga innenfor kirurgi krevde. For operasjonssykepleierne betød dette at de måtte velge hvilken spesialitet de ville tilhøre. Noen vanntette skott mellom hvem som var operasjons- og hvem som var anesthesisykepleiere, var det ikke i årene frem til 1974. Fortsatt dryppet operasjonssykepleierne eternarkose på maske på vakter.

Noen av operasjonssykepleierne valgte å blir anesthesisykepleiere. Operasjonsstua ble veldig sårbar. Å få fylt vaktplanen ble et problem. Mangelen på operasjonssykepleiere var ved noen tilfeller så stor at det stod en operasjonssykepleier på hver operasjonsstue (etter hvert var det fire), mens Saltnessand måtte gå rundt på alle fire stuene for å gå til hånde og for å stikke en sjokoladedit i munnen på den som stod sterilt når operasjonene ble lange.

9.2.6 "Da han Jon Anton kom"

I 1967 gikk Morten Gjessing, overlege siden 1947, av. Ny overlege ved kirurgisk avdeling ble Jon Anton Johnson. Johnson kom til et sykehus med store utfordringer foran seg. I "Generalplan for utbygging av Sentralsykehus i Tromsø til undervisningssykehus"²⁰³ blir det fortalt at planen for å bygge ut sykehuset til et undervisningssykehus hadde vært jevnlig drøftet siden 1961/62. Da kirke- og undervisningsministeren i januar 1967 uttalte at det var regjeringens syn at landets tredje medisinske fakultet burde bli lagt til Tromsø, ble dette innarbeidet i den plan som arkitekt Ole Bull hadde ferdig til juli 1967. Vedtaket om et universitet med medisinsk skole i

Tromsø ble gjort i mars 1968. I 1975 skulle Sentralsykehuset være klart til å ta i mot medisinerstudenter til klinisk undervisning.²⁰⁴

Johnson kom til en operasjonsavdeling som bestod av de to gamle stuene, høyre- og venstrestua og en ny mindre operasjonsstue. En egen ortopedisk avdeling var akkurat opprettet. Etter hvert som den faglige stab ble styrket fortsatte seksjoneringen av kirurgiske spesialiteter til en urologisk avdeling med todelt virksomhet, urologi og endokrinologi, plastikk- og handkirurgi og barnekirurgi.²⁰⁵

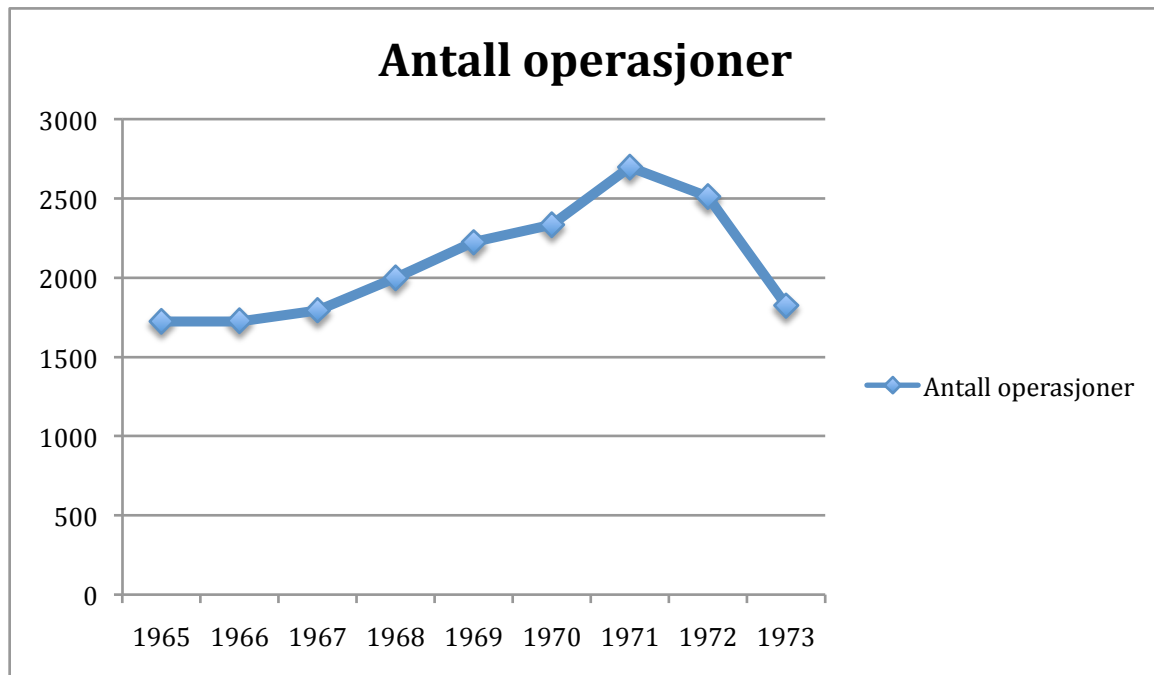
Mye ny kirurgi og kirurgiske teknikker kom med ansettelsen av Jon Anton Johnson. ”Da han Jon Anton kom”, svarer operasjonssykepleiere for å tidfeste hva som for dem ble et tidsskille mellom gammel og ny tid.²⁰⁶ Det var ikke alltid problemfritt. Han kom fra et sykehus, Ullevål, som hadde et annet utstyr enn det som Sentralsykehuset hadde. Johnson kunne glemme det og be om instrumenter som ikke fantes i Tromsø. Det ble ikke alltid like godt mottatt av Johnson at de ikke fantes i Tromsø. Borghild Hillestads bok var heller ikke god nok. Den var foreldet både i forhold til instrumenter som ble brukt og operasjonsteknikk, forteller Solbjørg Melbye.²⁰⁷

Astrid Saltnessand forteller at det kunne komme kirurger som trengte instrumenter som operasjonsavdelinga ikke hadde. Kontakten med hovedleverandøren av kirurgisk utstyr Gallus Plesener, i Oslo var god. Var budsjettet for innkjøp brukt for det året kunne det føres som forbruksvarer. Det skjedde ikke ofte, men det skjedde, og gjorde at instrumenter som var nødvendige kunne anskaffes.²⁰⁸

Det var ikke bare Johnson og Leseth som kom til Tromsø i denne overgangstiden frem mot et undervisningssykehus. Men som den første professor ved sykehuset og sentral i oppbygginga av en universitetsklinikk ble Johnson for operasjonssykepleierne et symbol på den nye tida.

Med flere operatører, økning av antall operasjoner og spesialisering innenfor kirurgi, måtte det medføre en begynnende spesialisering blant operasjonssykepleierne i Tromsø. Ingen blir god på alt. Men noen full spesialisering av operasjonssykepleierne kunne det ikke bli. Til det var alt for nytt, og de var for få til å kunne dele seg inn i seksjoner slik operatørene var i ferd med å gjøre.

9.2.7 Noen nøkkeltall fra årsberetningene



I 1965 ble det utført 1.724 operasjoner ved kirurgisk operasjonsstue. Til disse operasjonene ble det gitt eternarkose til 435 pasienter og 324 pasienter fikk gass-eternarkose. Dette ble administrert av operasjonssykepleierne. Spinalanestesi^x ble gitt til 349 pasienter og 669 fikk lokalanestehesi, men dette ble administrert av operatørene selv. I tillegg ble det utført 881 blodtransfusjoner. I tillegg ble det utført 841 andre prosedyrer, skopier og gipsinger og lignende.²⁰⁹

De offisielle tallene ga ikke et fullt innblikk i arbeidsmengden til operasjonsavdelinga. Stuene skulle rengjøres mellom hver operasjon. Instrumenter måtte vaskes, vedlikeholdes og steriliseres i autoklave for å være klar til nye operasjoner.

Nedgangen i antall operasjoner fra 1972 til 1973 skyldes flere forhold. Operasjonsavdelinga var blitt ombygd. Svangerskapsavbrytelser var blitt overført til kvinneklinikken som var lokalisert ved St. Elisabeths hospital. Svangerskapsavbrytelsene

^x Årsberetningen for 1965 skriver anestehesi og ikke anestesi. Jeg har valgt skrivemåten til Årsberetning for 1965 når den er gjengitt.

var korte inngrep, og nemnda for abort hadde en liberal holdning (Johnson, 1990). Dette gav rom for operative inngrep på tyngre kirurgiske tilfeller, som var færre i antall enn det som ble overført til kvinneklinikken på St. Elisabeths hospital. Og, det var personellmangel på både operasjons- og anestesivdelinga.²¹⁰

9.3 Teknikerstriden

Mangelen på operasjonssykepleiere var prekær ved Sentralsykehuset i Tromsø. Noen løsning fantes ikke umiddelbart. Operasjonssykepleiere som opplevde denne tiden sier: ”Det var en vond tid”.²¹¹ Nå var det ikke bare i Tromsø at dette ble opplevd som vondt. Jeg har alt sitert Lind som stilte spørsmål ved om man trengte sykepleierutdanning for å bli operasjonssykepleier. Liva Eide som var aktiv operasjonssykepleier i Bergen på 60-tallet og deltaker på den første videreutdanning i operasjonssykepleie, sier at dette hadde de alt opplevd i Bergen. ”Vi manglet så ord for det vi gjorde”, forteller Eide, ”men når vi skulle kunne operasjonene bedre enn operatørene, hva var det vi kunne da? Vi klarte ikke å beskrive den genuine operasjonssykepleien”.²¹² I Tromsø opplevdes også dette: ”Vi mente jo at det var mer enn å stå og rekke instrumenter til operatørene”.²¹³

I ettertid lastet Jon Anton Johnson operasjonssykepleierne og sykepleierforbundet for at det ikke ble noen teknikerutdanning.

Sykepleierforbundet taklet vanskelighetene ved å nekte å ta imot tilgjengelig kvalifisert hjelp utenfra, gå inn for å innskrenke hjelpepleiernes arbeidsområde og utvide sin egen utdannelsesetid.²¹⁴

Om operasjonssykepleierne heter det: ”Norske sykehus er holdt for narr i 26 år p.g.a. mangel på operasjonssykepleiere. Det er så hårreisende at man vegrer seg for å legge ord på det”.²¹⁵ Den offisielle arkiverte brevvekslingen som fulgte tegner et litt annet bilde:

I et brev av 17. august 1973 til Fagutvalg for medisin skrev Astrid Saltnessand og Jon Anton Johnson at de var av ”den oppfatning at arbeidet på operasjonsavdelingen ikke krever full sykepleierutdanning”.²¹⁶ Deres forslag for å løse mangelen var å opprette en utdanning på 1-1,5 år som en videreutdanning for hjelpepleiere. Brevet fra Johnson og Saltnessand ble behandlet av Universitetets utdanningsråd den 4. februar 1974. Et utvalg som ble nedsatt av Fagområdet medisin oversendte sin innstilling vedrørende utdanning

av operasjonsteknikere, den 10. mai 1974. I denne redegjøres det for bemanningen ved kirurgisk operasjonsavdeling. Budsjetterte bemanning var en oversykepleier, tre avdelingssykepleiere, 13 operasjonssykepleiere og fire spesialelever. Av dette var bare oversykepleier- og avdelingssykepleierstillingene fullt besatt. På operasjonssykepleiersiden var det fire på heltid og tre på deltid. Til sammen 5,5 årsverk som skulle dekke 13 stillinger. I tillegg var det to spesialelever og fire hjelpepleiere.²¹⁷

Saltnessand hadde selv sittet i NSF's utvalg for å utarbeide en egen utdanning for operasjonssykepleiere.²¹⁸ I Tromsø hadde hun også gått foran i å innføre teoretisk undervisning til spesialelevne under deres lærlingtid. Hvorfor hun nå var villig til å gå ned på kravet til utdanning forteller hun selv: Det var personellmangelen. Astrid Saltnessand sier i ettertid at hun vet at hun : ”...ble nå veldig uglesett”, for sitt ønske om å lære opp hjelpepleiere til å ta mindre oppgaver på operasjonsstua, ”men jeg gjorde det i min nød”.²¹⁹

Johnson og Saltnessands linje hadde som sagt ingen støtte hos de få operasjonssykepleierne som var i Tromsø. Johnson mente at dette var en profesjonskamp fra operasjonssykepleierne side:

De største problemer ligger som man har sett i sykepleierne markering av sine profesjonelle interesser. Urimelige utdanningskrav. Uvilje mot å integrere hjelpepleiere, avvisning av kvalifisert personell fra utlandet. De har gående en personellmangel som har skapt store vanskeligheter for de kirurgiske avdelinger og enorme kostnader.²²⁰

Operasjonssykepleierne hadde andre grunner enn Johnsons påståtte profesjonskamp. En dissens, som ble levert sammen med innstillingen om utdanning av operasjonsteknikere, fra Berit Skjærgård, utdypet operasjonssykepleierne synspunkt:

Jeg tror ikke samfunnet vil være tjent med at nivået på spesialutdannet personell skal være synkende – når det i alle andre yrkesgrupper heves. Hver gruppe har sin funksjon for at det hele skal fungere, slik at til slutt får pasienten den service som han da har krav på.²²¹

Lærlingutdannelsen bygde på en treåring sykepleieskole som i løpet av 60-tallet hadde økt sitt teoretiske kunnskapsgrunnlag for å imøtekomme økte kunnskapskrav i

samfunnet.²²² Ifølge Skjærgård ville ikke pasientene være tjent med at de formelle kravene til kompetansen til sykepleiere på en spesialavdeling, ble senket.

Utdannelsesrådet behandlet aldri innstillingen fra komiteen ledet av Jon Anton Johnson. Utdannelsesrådet for helsepersonell var et rådgivende organ. Innstillinga ble oversendt til Det Kongelige Sosialdepartementet for vurdering: ”Rådet vedtok ikke å realitetsbehandle saken, men oversende innstillingen til Sosialdepartementet med anmodning om en vurdering...”.²²³

Den ble heller ikke behandlet av Sosialdepartementet. Departementet arbeidet selv med en egen stortingsmelding om det fremtidige utdanningsmønster for sosial- og helsepersonell. Svaret fra Sosialdepartementet sa også:

”For øvrig gjør man oppmerksom på at det enkelte sykehus står fritt med hensyn til å gi intern opplæring til sitt personell i den utstrekning dette er ønskelig”.²²⁴

Med dette ble innstillingen returnert ubehandlet fra Sosialdepartementet.

Var dette et direkte avslag? 30. oktober 1974 sendte Utdanningsrådet for helsepersonell et nytt brev til Sosialdepartementet. I dette heter det at personellmangelen i Tromsø var prekær, noe måtte gjøres. Det kunne likevel ikke være en løsning at det enkelte sykehus utdannet sitt eget personale. Forslaget fra Tromsø var at det be opprettet en utdannelsesstilbud som ville gi erfaringer i utdanning av personell uten formell sykepleierutdanning til operasjonsavdelinger.²²⁵

I et internt brev til Utdanningsrådet for helsepersonell, ble saken oppsummert av Kjell A. Grøttum. Det var tre alternativer: 1) Utsettelse av saken inntil det var utsiktet til at saken kunne bli godkjent på sentralt hold. 2) Opprette en teknikerutdanning som en prøveordning. 3) At man rett og slett opprettet en utdanning lokalt. Ønsket fra utvalget var å opprette en utdanning som en prøveordning. Men uten en sentral godkjenning ville rådet utsettes saken.²²⁶

Det ble på dette tidspunktet ikke innført noen utdanning for operasjonsteknikere i Tromsø. Om dette skyldtes at svaret fra Sosialdepartementet ble oppfattet som en manglende godkjenning, eller om det ikke ble sett som noe som i lengden ville komme

pasienten til god, vites ikke. En stadig utvikling av kirurgiens muligheter og den spesialisering som skjedde krevde vel heller mer formell kompetanse hos helsepersonell enn mindre? Og det var det som skjedde. Fra 1974 ble det tilbydd en ettårig spesialutdanning i operasjonssykepleie ved Universitetssykehuset i Tromsø. En skoleutdannelse med egen lærer som overtok for lærlingutdanningen av operasjonssykepleiere. En ny fase er innledet

10 Hva uttrykker operasjonssykepleierne om sin funksjon?

Hva uttrykker operasjonssykepleierne om sitt virke og sin funksjon gjennom de kilder jeg har hatt tilgjengelig? Jeg vil i denne delen gå gjennom noen funn og vise hva de sier om hva operasjonssykepleie er, og hva den bygde på. Jeg har alt vist at betegnelsen operasjonssykepleie i lærebøker tidlig fikk en snever betydning: assistanse ved instrumentbordet under operasjoner. Operasjonssykepleierne har neppe forstått det slik, for når de selv forteller, eller skriver i Tidsskriftet Sykepleien, om hva en operasjonssykepleier gjør, handler det om en hel rekke kunnskapsbaserte oppgaver som sammen utgjorde operasjonssykepleiernes gjøremål.

Operasjonssykepleierne ble på 1960-tallet utfordret på sitt virke og sin funksjon. Dette skjedde på nasjonalt plan, så vel som i Tromsø. Mangelen på sykepleiere og operasjonssykepleiere medførte at det ble reist spørsmål om hvorvidt en operasjonssykepleier måtte ha en bakgrunn som sykepleier.

Å være sykepleier var grunnlaget for å utdanne seg til operasjonssykepleier. Spesialopplæring ble gitt sykepleiere for tjeneste i avdelinger som krevde kunnskaper utover sykepleieskole.²²⁷ To syn kan fremmes om utdanning til profesjoner. Ifølge Jens-Christan Smeby mener Randall Collins, at yrkesopplæring er noe som skjer i yrkeslivet. Den formelle kunnskapen er da å regne som en ”sertifisering og inngangsbillett til bestemte privilegerte posisjoner i yrkeslivet.”²²⁸ Det andre synet er at formelle kunnskaper er nødvendige for å utføre yrket, og kan overføres fra utdanning og til yrkespraksis. Her bygges den på gjennom utførelse og veiledning fra kolleger.²²⁹

Operasjonssykepleie er et praktisk fag. Operasjonssykepleierne uttrykte handlinger og gjøremål når de fortalte om sitt virke. Det kan bare læres ved å utføre den. Er da operasjonssykepleien oppstått på operasjonsstua? Eller er den videreutviklet fra sykepleierskolens teori- og praksisopplæring? Trengtes sykepleienes kunnskapsbase for å være en operasjonssykepleier? Jeg vil kort redegjøre for min forståelse av deler av sykepleiens kunnskapsbase og hva som syntetiserer den, før jeg drøfter mine funn.

Sykepleie har i seg selv en heterogen kunnskapsbase. Den er sammensatt av mange vitenskapelige disipliner både innenfor samfunnsvitenskap og naturvitenskap. Til forskjell fra en heterogen kunnskapsbase, består en homogen kunnskapsbase av elementer fra samme vitenskapelige disiplin. Sykepleiefaget kan ikke peke på en vitenskapelig tradisjon og si at den er grunnlaget for profesjon slik en matematiker kan. Et fags kunnskapsbase kan være knyttet sammen med teoretiske bånd. Naturvitenskapene er et slik eksempel. Der har fag som fysikk, kjemi og biologi klare teoretiske sammenbindinger. Det heterogene sykepleiefaget har ikke den samme klare teoretiske sammenbindingen.

Et eksempel på hvor heterogen en sykepleiers kunnskapsbase kan ytre seg i en sykepleiers hverdag, kan være administrering av medikamenter. Sykepleieren må kunne noe om kjemi for å vite hvordan en tablett omsettes i kroppen. Kunnskap om juss kommer til anvendelse ved at sykepleieren har kunnskaper om hva lovverket sier, og hvordan administrasjon av medikamenter skal dokumenteres. Kunnskap om kommunikasjon og pasientundervisning kan komme til uttrykk ved at sykepleieren underviser om hvordan et medikament virker og hvorfor det er forordnet av lege. Det er ikke opplagt hva som binder kjemi, juss og kommunikasjon/pedagogikk, sammen teoretisk.²³⁰ I dette eksemplet syntetiseres elementene i kunnskapsbasen gjennom sykepleiepraksis.

Sykepleierutdanninga gir teoretiske og praktiske kunnskaper innenfor en rekke felt: Hygiene og mikrobiologi for forebygging av smitte. Sykepleierutdanninga gir naturvitenskapelige kunnskaper om sengeleiets komplikasjoner. Sammen med praktisk kunnskap kan en sykepleier identifisere faren for trykksår, og forebygge det. Sykdomslære og anatomi gir grunnleggende kunnskaper om sykdommer og kroppens

forandringer gjennom livet. I det daglige arbeidet anvendes dette av sykepleieren, slik at denne kan utføre sin pleie i samsvar med pasientens behov for sykepleie. Det kan være tilrettelegging og mobilisering av en revmatisk pasient så vel som en slagrammet pasient osv. Dette er naturligvis ikke utfyllende for alt det som sykepleiernes kunnskapsbase består i. Jeg har nevnt disse punktene for å vise hvordan operasjonssykepleiernes kunnskapsbase bygde på sykepleiens kunnskapsbase. Jeg vil nå se på tre sider av operasjonssykepleien, hygiene, leiring og instrumentering under operasjoner, for å vise hvordan dette bygger på sykepleiens kunnskapsbase.

10.1 Hygiene

Den faglærte sykepleie i Norge startet med Cathinka Guldberg. Fra 1868 og i nesten 30 år fremover var det diakonissehuset som forsynte norske sykehus med faglærte sykepleiere.²³¹ Rikke Nissens "Lærebog i Sygepleie" var diakonissens lærebok fra den kom i 1877 og frem til 1901. Renslighet og hygiene har til alle tider vært et fundament for sykepleien. Med henvisning til "Miss Nightingale" gis innføring i viktigheten av en omhyggelig renslighet i et pasientrom, "...og Erfaring har lært os at sande hendes ord".²³² Håndvask før rene prosedyrer var like selvfølgelig som håndvask etter urene prosedyrer.

Fra midten av det nittende århundre skjedde en vitenskapelig revolusjon. Det var oppdagelsen av mikroorganismer og hvordan overføring av smitte skjer. Med kjente smittestoffer og forståelsen av smitteveier, vokste kirurgien frem som en behandlende disiplin av medisin. Kirurgien krevde en utvidet hygiene. Ikke uventet er det oppgaven med å opprettholde et aseptisk miljø under operasjoner som lettest lar seg identifisere i kildene som gir innblikk i operasjonssykepleien ved Troms og Tromsø sykehus. Sykehuset i Tromsø forandret totalt karakter ved overgangen til kirurgisk drift. Kirurgenes innsats må ikke sees bort fra, men hadde det vært mulig å etablere en kirurgisk drift uten faglærte sykepleieres som kunne ivareta hygienekravene?

Hensikten med hygienekravene var å hindre at pasienten fikk infeksjoner. Jeg skal ta frem et sitat fra 'Haandbok i sykepleien', og en kommentar fra et intervju. Læreboka sa: "Enhver operation er forbundet med nogen fare for patienten; sykepleiersken maa kjende disse farer. Først maa *infektionsfaren* nævnes".²³³ Enhver operasjon medførte (og medfører i dag) en fare for infeksjon hos pasienten. Dette var operasjonssykepleierne

bevisste på. Ikke bare ved at de var nøye med hygienen og steriliteten på instrumenter som skulle benyttes. Også under operasjoner ble det planlagt slik at risikoen for infeksjoner ble minimalisert. Trafikk ut og inn av stua kunne føre til at smittestoffer kom til. Kun de som var nødvendig for operasjonen skulle være tilstede under inngrepet. Dagene kunne bli lange, men faren for infeksjoner gjorde at teamet helst ikke ville bli avløst.

Tiltakene knyttet ikke opp mot å utføre tekniske detaljer rundt sterile prosedyrer. Operasjonssykepleierne så sine oppgaver knyttet til pasienten og dennes behov for et trygt og bakteriefritt miljø. Å skifte et team underveis i en operasjon økte faren for infeksjoner. Hensynet til pasienten gjorde derfor at man ble stående til operasjonen var ferdig. Edel Hansen forteller at store hoftoperasjoner kunne være en prøvelse: ”Det var litt av en kommers i gamle dager”.²³⁴ Operasjoner i hoftene tok tid. Noe lukket ventilasjonssystem som skiftet ut lufta på stua fantes ikke. Vinduene kunne naturlig nok ikke åpnes under en operasjon. Det var eternarkose som ble brukt. Etter operasjoner på 6-7 timer var alle mer eller mindre i svime av etergassen som fylte rommet. Men de ble stående på operasjonsstua tida ut for å minske faren for infeksjoner.

10.2 Leiring

Et annen del av sykepleierens kunnskapsbase var forebygging av trykksår. En pasient som ikke kan røre seg fordi han er i narkose, eller har arm eller bein bedøvet, har en forhøyet risiko for å få trykksår. Å ha et snuregime for en pasient på en sengepost, er velkjent i sykepleien. På operasjon var, og er, det, annerledes. Alle inngrep ble ikke foretatt med pasienten i ryggleie. Noen ganger ville det være behov for at pasienter lå i et sideleie, eller i sittende stilling for at operatøren skulle få tilgang til stedet som skulle opereres. Operasjonssykepleierne gjorde vurderinger før operasjonene og brukte puter og vatt til å støtte opp og fore rundt områder som var trykkutsatte. Men også andre faktorer telte med ved leiring. Noen pasienter har nedsatt bevegelighet. Stive armer og bein skal det også finnes støtte for. Alle sykepleiernes kunnskap i anatomi, fysiologi og sykdomslære, trengtes her for å leire pasienter med forskjellige diagnoser og eventuelle grunnsykdommer. Operasjonssykepleierne hadde i nesten hele perioden frem til 1974 ansvaret for anestesen. Leiringa måtte også ta hensyn til om det var fare for at en pasient

kunne aspirere oppkast til lungene. Hodeenden måtte være senket slik at oppkast kunne gli ut av munnen.²³⁵ Å sørge for frie luftveier var også en av sykepleiers kunnskaper.

10.3 Instrumentering under operasjoner

Gjennomgangen av lærebøker fra sykepleierskolen viser at betegnelsen operasjonssykepleie i lærebøkene ble brukt i en snever betydning: Assistanse ved instrumentbordet. Assistanse ved instrumentbordet er det trekk ved operasjonssykepleierens arbeid som nok de fleste forbinder med å være en operasjonssykepleier. Formålet med en operasjonsavdeling er at en pasient skal gjennomgå et kirurgisk inngrep eller undersøkelse. Instrumentering under operasjoner kan derfor sies å være den delen av operasjonssykepleierens praksis som binder sammen operasjonssykepleierens kunnskapsbase.

Sykepleierne ble nærmest oppdratt av lærebøkene til at operasjonssykepleie ikke kunne artikuleres skriftlig fullt ut. Kan man utvikle et språk for noe som blir sagt å være en personlig kunnskap?

Det kan ikke ligge kun instrumentlære – å vite hva er, i dette. Instrumenter er redskaper. I dagliglivet benyttes bilde ”å kalle en spade for en spade” for å snakke rett ut slik at en blir forstått. Innvendingen mot dette uttrykket er at en spade ikke alltid er en spade. Det er forskjell på en tung spiss-spade for å grave i jorda, en lettere spade for å skufle snø og et barns lekespade av plast. En spade er ikke kun en ting. Spader er spesialiserte arbeidsredskaper tilpasset hver sitt bruk. Slik er det med operasjonsinstrumenter også. De er spesialiserte arbeidsredskaper tilpasset hver sitt bruk.

Å kjenne instrumentene medførte å kunne deres anvendelse. De måtte ha viten om hva slags instrument som skulle benyttes til hva. Det er forskjell på ei tang som skal benyttes for å klippe en metalltråd under en operasjon og ei tang som benyttes for å klippe over et bein. Implisitt i instrumentkunnskapen sees da et element til. Kunnskaper i anatomi. Er det en brukket finger som skal opereres kreves det andre instrumenter enn om det er en operasjon i buken, en laparotomi. Operasjonssykepleierne måtte ha omfattende kunnskaper i anatomi for å kunne gjøre klar det instrumentariet som skulle benyttes under en operasjon. Kunnskaper i anatomi var en del av pensumet på sykepleierskolen. Da det

fra 1965 ble systematisert en teoridel til lærlingutdannelsen av operasjonssykepleiere ved sykehuset i Tromsø, inngikk 20 timer anatomi og kirurgi. Denne delen bygde videre på sykepleierskolens pensum.

Men å kjenne anatomien er ikke nok i seg selv. Operasjonssykepleierne skulle også være klar med et instrument før operatøren behøvde det. Dette forutsetter at operasjonssykepleieren som assisterte ved instrumentbordet kunne operasjonens gang. Visste i hvilken rekkefølge trinnene i en operasjonen skulle utføres. Her ligger en forståelse av at det ville være nødvendig med kunnskaper i sykdomslære. Skolekunnskaper fra sykepleierskolen.

Operasjonssykepleien bygde i alle sine enkelte deler på et grunnlag gitt gjennom sykepleierskolen. De var sykepleiere med en spesialisering (videreutdanning) i emner tillært fra sykepleierskolen. Det kan spørres om tankegangen med ikke fullt utlærte sykepleiere (operasjonsteknikere) på operasjonsstua ville ha hatt en mulighet for å lykkes om den var blitt satt i verk?

Det som binder sammen elementene i operasjonssykepleie, er instrumentering under operasjoner. Ble dette sett på som uten detaljerte regler av operasjonssykepleierne? Jeg vil trekke frem funn som tilsier at operasjonssykepleierne har hatt en forståelse av det var noe overordnet som kunne læres på et sykehus og anvendes på et annet.

Operasjonssykepleierne begynte tidlig å utarbeide en felles utdanningsplan for hele landet. Det første utkastet kommer i 1952 og ble omarbeidet flere ganger frem til 1975. Operasjonsoversøster ved Ullevål sykehus, Ingeborg Pløen, var den første leder for utdanningskomiteen²³⁶. Mangelen på faglitteratur var påtakelig og vanskeliggjorde en enhetlig utdanning²³⁷. Bortsett fra den allerede omtalte ”Operasjonsstueteknikk” av Hillestad fra 1955, kom det ikke noen bok på norsk før 1978. Det var en revidert utgave av Hillestads bok. Restopplaget av den ble makulert i 1984. Både på 1950-tallet og i 1984 (selv om det faller utenfor den perioden jeg behandler), var argumentasjon mot en lærebok at utviklingen innen kirurgi og operasjonssykepleie hele tiden var i utvikling. En lærebok ville fort bli utdatert.

Pløens deltakelse på utdanningskonferanser for de nordiske land er alt nevnt av meg. Den utvekslingen av operasjonssykepleiere som Pløen var en talsmann for, forteller at noe ble sett på som så felles at det kunne overføres fra land til land. Utdanningen i Norge, mente utdanningskomiteen, måtte bygge på grunnprinsipper. Begynte spesialeleven med små inngrep kunne dette bygges ut med større inngrep. De mente at det alltid ville være forskjeller mellom landes sykehus. Ingen fremgangsmåte ble fulgt slavisk. Men avvik fra en teknikk ville oppveies av at man hadde de samme grunnprinsipper i utdanningen²³⁸.

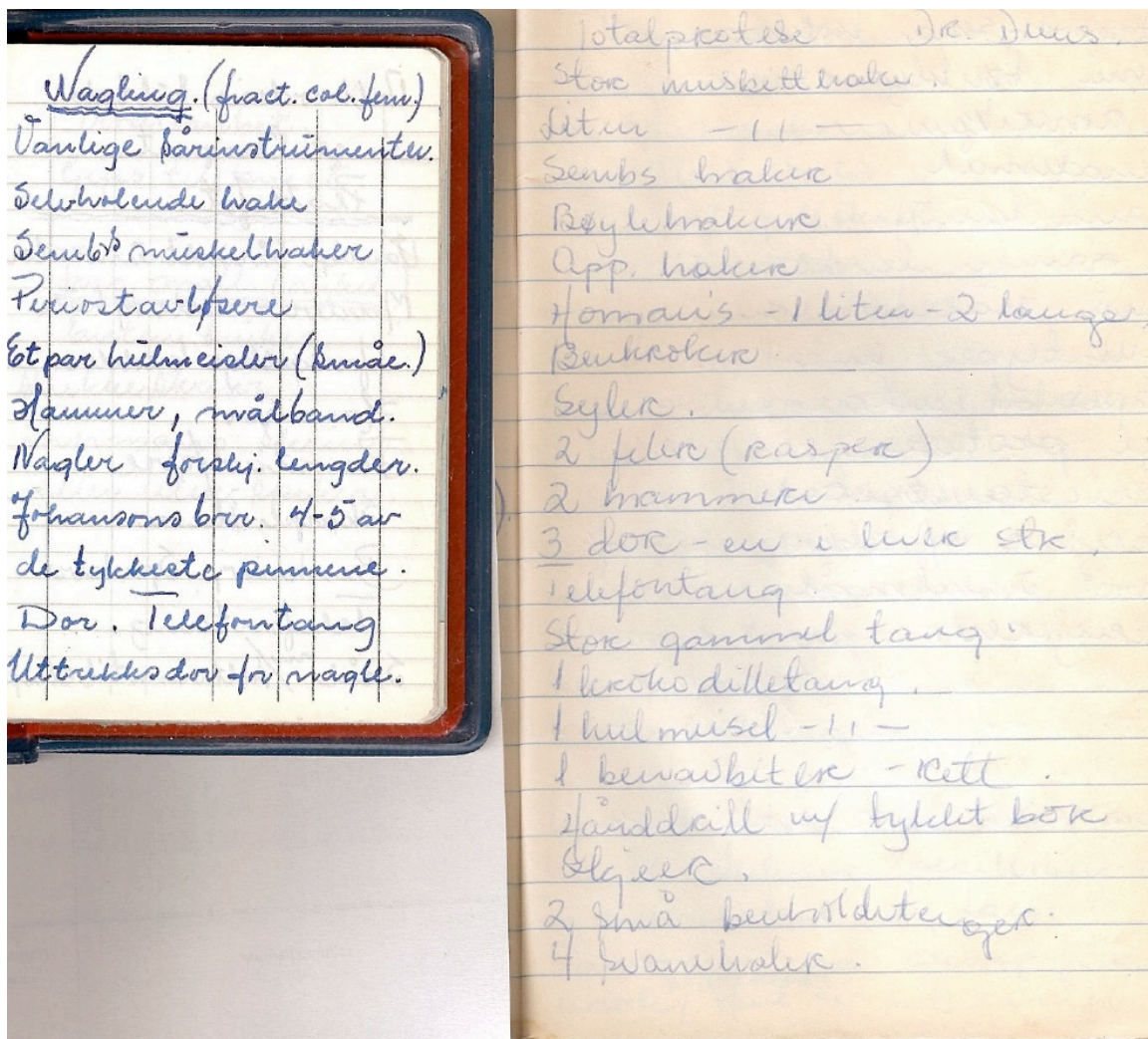
Så blant operasjonssykepleierne har det tydelig vært en tanke om at noe er grunnleggende likt fra sykehus til sykehus, og fra land til land. Også i Tromsø kan dette gjenkjennes i det som informantene har fortalt. De startet med små inngrep og fortsatt med større etter hvert som de fikk erfaringer med det. Flere av informantene flyttet i denne tiden fra Tromsø og jobbet ved mindre og større sykehus andre steder. De forteller at de ikke opplevde at operasjonssykepleien var forskjellig fra Tromsø. Det kunne være forskjell på hva slags kirurgi som ble utført, men ikke slik at det ikke var overkommelig.

Andre deler av operasjonssykepleien var skriftlig artikulert. Praktisk utføring av sterilisering og pakking av utstyr for bruk under operasjoner var en del av det teoretiske pensumet og behandlet i de lærebøker som ble benyttet av alle landets sykepleierskoler. Narkosesykepleien var grundig beskrevet trinn for trinn i lærebøkene. I tillegg ble det arrangert tremåneders kurs i narkosesykepleie. Så dette var likt uansett hvor de kom. For instrumentering under operasjoner derimot, var det ingen felles prosedyrer, eller beskrivelse i lærebøker.

10.4 Operasjonssykepleiernes egne prosedyrer

En prosedyre er en detaljert oppskrift som gjengir en arbeidsoppgave. En brødoppskrift inneholder en liste over ingredienser og en del som beskriver hvordan det skal blandes trinn for trinn med temperatur på vannet til deigen, og angivelse av steketid. En brødoppskrift er en prosedyre. I sykepleien har prosedyrer vært benyttet for å sette standard for hvordan ting skal utføres. Detaljerte oppskrifter har vært nyttige hjelpemidler som man etter hvert frigjorde seg fra.²³⁹

Spesialelevne i operasjon kom til en tradisjon der detaljerte oppskriftsbøker ikke fantes for operasjonssykepleien som ble utført under instrumentering. De lagde ofte sine egne prosedyrebøker. Men de var ikke detaljerte prosedyrer som en nybegynner kunne benytte. Det vi da må ha i tankene er at spesialelevne ikke var nybegynnere. De var alle utdannede sykepleiere. Jeg vil ta frem to eksempler på prosedyrer. Den ene har jeg vist til tidligere. Prosedyrene er skrevet med om lag 10 års mellomrom av to operasjonssykepleiere som ikke overlappet hverandres ansettelsesforhold. Jeg vil i analysen av dem vise hvordan de gjenspeiler sykepleiens kunnskapsbase.



Randi Elviks prosedyre er på nagling av et hoftebrudd. Den er skrevet av henne i 1962. Edel Hansens prosedyre er en hofteprotese, en totalprotese, "Totalprotese Dr Due", slik Jan Due utføre den prosedyren. Den er skrevet i perioden 1970 – 72.

Ingen av prosedyrene forteller om fremgangsmåten, hva som skal gjøres trinn for trinn, som en prosedyre skal gjøre. Men begge viser de sykepleiekunnskaper beskrevet i lærebøker.

En operasjonssykepleier måtte ha grundig kunnskap om instrumentene og deres bruk. Jeg har hevdet at i dette inngikk både anatomi kunnskaper og sykdomslære. Forskjellige instrumenter benyttes til forskjellige anatomiske strukturer. Operasjonssykepleieren må kjenne sin sykdomslære for å forstå både hva som skal opereres – her en knekt hofte (FCF) og en utslitt hofte (totalprotese) – og hvordan pasienten må leires for å gi operatøren tilgang, og for å forebygge trykksår. I Elviks prosedyre kan en utlært operasjonssykepleier følge operasjonen trinn for trinn, med sine kunnskaper om instrumenter og anatomi. Sårinstrumenter, kniv og pinsett, benyttes for å komme gjennom hud og underhudsfett. Selvholdene hake holder sårkantene fra hverandre for å gi operatøren videre tilgang. Fasciet ser operasjonssykepleieren med sitt indre blikk, før lårmuskelen kommer frem og må holdes til side med Sembs hake, en butt muskelhake opprinnelig konstruert for lungeoperasjoner. Når lårbenet kommer frem benyttes en periosavløser for å skrape bort muskelhinna. Hulmeisel og hammer benyttes for å lage et hull der naglen skal settes. Johansens bor benyttes for å sette inn guidepinner. Lengden som står ut av benet måles slik at man kan trekke det fra pinnens lengde og bestemme lengden på naglen som skal fikserer bruddet. Naglen settes på plass og guidepinnen trekkes ut med en telefontang. Men denne beskrivelsen står ikke i prosedyren. Det utledes av operasjonssykepleierens kunnskaper i anatomi og sykdomslære, instrumentkunnskap og den praktiske opplæringa som operasjonssykepleier.

Hansens prosedyre er ikke like stringent i sin oppbygging. Men også i den kan operasjonens gang følges. Den har også to andre element. Den navngis som ”Totalprotese, Dr. Due”. Jan Due har nok hatt egne ønsker for hva slags instrumenter han ønsket å benytte og hans instrumenter er tatt med i prosedyren navngitt etter ham. Det er også oppført fire svanehalser. En svanehals er lang og slank arteriepinsett. Operasjonssykepleierne forteller at de ikke alltid visste hva som ventet når de åpnet. Operasjonssykepleie var ”her og nå”. Skader trengte ikke å være like selv om pasienter hadde dem i samme området En buk som man trodde var full av kreft trengte ikke å ha

spor av kreft når den ble åpnet.²⁴⁰ Opplysningen om fire svanehalser viser at Hansen her har valgt en lang arteriepinnsett og vært forberedt om en blødning hadde oppstått dypt ned i vevet.

I Edel Hansens prosedyre kan vi altså se en opplysning som vi alt vet fra lærebøker: Operatøren kunne ha egne preferanser for teknikk og verktøy som operasjonssykepleieren må ta med i sin planlegging. Vi ser også at operasjonssykepleieren måtte ha en beredskap for ting som kunne oppstå under en operasjon.

10.5 Kan operasjonssykepleie artikuleres skriftlig?

Operasjonssykepleie er et praktisk yrke. I denne praksisen ligget et vell av kunnskaper som sammen forvalter kjernekunnskapene og verdiene i sykepleieryrket. Forebygging av blant annet trykksår og opprettholdelse av hygiene, er påstandskunnskaper som deles av alle sykepleiere. Slike kunnskaper er uttrykt i lærebøker i anatomi, fysiologi, sykdomslære og mikrobiologi. I meget liten grad er den operasjonssykepleiernes egen kunnskap. Den er også stabil over tid, så det svarer seg økonomisk å skrive slike kunnskaper ned i en bok. For dette er kunnskaper som deles av et større antall sykepleiere, enn den spesialiserte delen av sykepleien, og vil ha et større marked for salg. Også andre deler av operasjonssykepleiernes kunnskaper kan sies å være felles kunnskaper med en annen yrkesgruppe. Instrumenter og operasjonens gang er ikke vår egen – den er også operatørens kunnskap.

Det som er operasjonssykepleiernes egen kunnskap er hvordan sykepleiens kjernekunnskaper og operatørens kunnskaper er satt sammen til et hele under utøvelse av operasjonssykepleien. Det er lært videre fra operasjonssykepleier til operasjonssykepleier, der den erfarne har overbrakt faget videre til den uerfarne. Kan denne kunnskapen artikuleres skriftlig? Det kan være flere grunner til at den ikke er artikulert skriftlig.

I all praktisk utførelse vil det ligge et personlig element som peker tilbake på den som utfører handlinga og på den kontekst den ble utført i. Dette personlige elementet kan aldri fullt ut beskrives.

Man kan tenke på de kompliserte ferdighetene som må til for å få lagt en skadet person til rette på et operasjonsbord. Man må kjenne utstyret som skal passes på og som skal passe. Man må også være var for at pasientens situasjon, smerter og ubehag. Særlig ved indre skader kreves kyndighet og observasjonsevne for å gjøre de riktige løftene og bevegelsene.²⁴¹

Å tro at dette kan beskrives fullt ut slik kunnskaper i mikrobiologi kan, er utenkelig. I det skisserte bildet ligger det integrasjon av fagets kunnskaper og innøvd håndlag som bare kan finnes hos en operasjonssykepleier som har utført dette. Og selv om to hadde erfart samme situasjonen, ville det alltid være noe der som bare kan tilbakeføres til den enkelte. Noe der kan aldri artikuleres fullt ut skriftlig, den er en indeksert kunnskap.²⁴² Dette personlige elementet vil alltid være der. Det er også forstått slik i vår hverdag. Ingen baker som mamma. Men at ikke alt ikke kan beskrives i ord, betyr ikke at det tause skal forbli helt taust slik det er i dag. Det kan være flere grunner til at noe er taust enn at det er en del der som ikke kan beskrives fullt ut.

Operasjonssykepleierne kan ha blitt gjort tause av lærebøkene. Etter diakonisse Rikke Nissens lærebok har ingen lærebøker som er brukt i den perioden jeg har behandlet, artikulert skriftlig samarbeidsforholdet mellom operatør og operasjonssykepleier i operasjonsteamet. Denne kunnskapen ble sagt å være personlig og at det vanskelig kunne gis eksakte regler. Slik kan ikke operasjonssykepleierne ha sett på det. De har reist omkring fra sykehus til sykehus. De har arbeidet for en enhetsutdanning. For dem har det vært noe gjenkjennelig som de har kunnet bygge videre på. Kunne du en teknikk så kunne du lett tilegne deg en annen. Rikke Nissens undervisning i instrumentering er standard operasjonssykepleiekunnskap den dag i dag, og den må være der for å kunne være klar med et instrument før operatøren vet at han trenger det, slik Widerøe skrev i 1921. Likevel ble den ikke drøftet i lærebøker etter Nissens tid.

En annen grunn til at den er taus kan være at det for operasjonssykepleierne fungerer godt slik det er? Prosedyrene med instrumentlister er en gammel tradisjon hos operasjonssykepleierne. Lærebøkene la vekt på at dette måtte kunnes for å være en operasjonssykepleier, og denne tradisjonen er fulgt. Instrumentenes utforming og bruk er for en stor del også stabil over tid. De har derfor kunne bevart sin kunnskap i et levende fagfellesskap. Det har ikke vært nødvendig å skriftliggjøre den.²⁴³ Å stå i tradisjon og

lære av den er like gammel som den skrevne sykepleien i Norge. Rikke Nissen trakk den selv fram når hun kommenterer at ”erfaring” har lært oss å sanne Florence Nightingales ord om renhold.²⁴⁴ Autoriteten i tradisjonsbærers ord kommer som en følge av at resultatet vises.²⁴⁵ Instrumentlistene gjenspeilte påstandskunnskaper (som anatomi og sykdomslære) som må være tilstede for å utøve operasjonssykepleie. Men du må ha faget i førstehånds perspektiv for å lese dette i instrumentlistene. Det åpner ikke for innsyn i faget for de som ønsker å se inn i operasjonssykepleiernes praksis.

Operatørene har vært lærere for operasjonssykepleierne. Som de tidlige lærebøkene pekte på var det sammen med operatøren at operasjonssykepleieren lærte operasjonssykepleie. Fra historia til operasjonssykepleierne i Tromsø vet vi at operatørene alltid har vært lærere for sykepleiere og operasjonssykepleiere. Sammen har de dannet et fagfelleskap som har inkludert operasjonssykepleieren i et operasjonsteam. Operasjonssykepleieren er ikke alene om instrumentkunnskapene. Det er en kunnskap som deles med operatørene. Instrumentene er deres arbeidsredskaper. Man kan derfor ha overlatt til den som leder teamet, operatøren, å være den som beskriver. Operatørene har skrevet operasjonsbeskrivelser som de har publisert i medisinske tidsskrifter. Det er ikke sikkert at operasjonssykepleierne har sett det hensiktsmessig å artikulere skriftlig, assistansen under operasjoner når det alt var skrevet av operatørene. Gjennom har også de kunne følge operasjonens gang.

Det kan også tenkes at det som har vært fortalt i historia til operasjonssykepleierne, om den stadige fremgang i kirurgi, har vært et hinder. Kirurgiske teknikker og fremgang har kommet så fort at en lærebok der operasjonssykepleien ble artikulert ville blitt foreldet? En stadig oppdatering i bokform ville da blitt et økonomisk spørsmål.

Men hva skjer den dagen resultatet på en operasjon ikke er i samsvar med bestilling? Eller som når operasjonssykepleierens virke og funksjon blir utfordret, slik den ble i teknikerstriden, ved at det etterspørres om operasjonssykepleierens kunnskaper er nødvendige i intervallet mellom bestilling og det ferdige resultat? Kan man feilsøke i en praksis som ikke er beskrevet, og fagets standarder klarlagt for utenforstående å se? Kan man begrunnet sitt eget fag om praksis ikke er beskrevet?

Å fremvise fagets tradisjoner og synliggjør dem skriftlig er en vei for å forbedre praksis. Kunnskap om hva som blir gjort og hva som kan gjøres bedre, vokser når den kommer ut i et felleskap som kan se den med andre øyne og stille kritiske spørsmål til den.²⁴⁶ For selv om både Semmelweiss og Lister har fått sine navn uløselig knyttet til den forbedrede hygienen fra midten av det nittendeårhundre, så var deres vitenskapelige publiseringer, om enn aldri så banebrytende, et resultat av de undersøkte folkekunnskap. Handvask etter kontakt med lik er beskrevet i mosebøkene i Bibelen. Karbolsyre til å vaske med var i bruk på slakteriene i Glasgow. Semmelweiss' og Listers suksess bestod i at de gjorde systematiske studier og påviste tradisjons berettigelse. Det førte til fremskritt.

11 AVSLUTTENDE ORD

Operasjonssykepleien etter den moderne kirurgis prinsipper, har en lang historie i Tromsø. Jeg har i denne oppgaven sett på perioden 1895 – 1974. Trolig ble operasjonssykepleien en spesialisering av den kirurgiske sykepleie så tidlig som i første halvdel av 1920-tallet. Det gjør den til den eldste spesialutdannelsen for sykepleierne ved sykehuset i Tromsø. Likevel er denne spesialutdannelsen blitt utfordret på sin berettigelse som en videreutdanning for sykepleiere. Ikke bare i 1973 her i Tromsø. Det skjedde landsomfattende senere. Det forteller oss at operasjonssykepleierne har mye igjen å fortelle om sin historie og sine faglige tradisjoner. Videre forskning kan være i to retninger: Å stille spørsmål ved om det er operasjonssykepleiens syntetisering av kunnskap uttrykt i instrumenteringen under operasjoner, som skal forskes på? Eller er det synliggjøring av den sykepleiefaglige kunnskapsbase som ligger til grunne for å virke som operasjonssykepleier?

SLUTTNOTER

- ¹ Høiland, 1996:2
- ² Kaldal, 2003:64
- ³ Kjeldstadli, 1999:125
- ⁴ Kaldal, 2003. Kjeldstadli, 1999
- ⁵ Arkivkatalogen for sykehuset benytter navnet Troms og Tromsø sykehus for hele perioden 1863 – 1978. Statsarkivet. Tromsø.
- ⁶ Kjeldstadli, 1999
- ⁷ Biedermann, 2001
- ⁸ Lindqvist, 1982:175
- ⁹ Edvinsen, Tove K. E-post 07.05.09
- ¹⁰ Lindqvist, 1982
- ¹¹ Lindqvist, 1982
- ¹² Gadamer, 1959/2003:38
- ¹³ Gadamer 1959/2003
- ¹⁴ Kaldal, 2003
- ¹⁵ Kaldal, 2003
- ¹⁶ Hamran, 1986
- ¹⁷ NSF, Etske retningslinjer 2007:8
- ¹⁸ Elstad og Torjuul, 2009.
- ¹⁹ Halford, 2008
- ²⁰ Fause, 2002
- ²¹ Hillestad, 1955
- ²² Hillestad, 1955. Borghild Hillestad navngir ikke operasjonssykepleieren. Andre kilder sier at de ble bestilt av kirurgen William S. Halstead som senere giftet seg med denne ikke navngitte operasjonssykepleieren . Om dette er tilfelle var hennes navn Caroline Hampton.
- ²³ Strømskag, 1999
- ²⁴ Lindwall og Von Post, 2000
- ²⁵ Nissen, 1877/2000: 133
- ²⁶ Hillestad, 1955
- ²⁷ Nissen, 1877/2000:49
- ²⁸ Nissen, 1877/2000:131
- ²⁹ Martinsen, 1984
- ³⁰ Stømskag, 1999
- ³¹ Strømskag, 1999
- ³² Nissen, 1877/2000:133
- ³³ Nissen, 1877/2000:130
- ³⁴ Martinsen, 1984
- ³⁵ Edv. Kaurin ga i 1879 ut en kortfattet bok ”Sygepleiersken. Kortfattet veiledning i sygepleien for sygepleierske i by og bygd”. Den var hovedsakelig benyttet av menighetsdiakonisser og hadde ingen kapitler om kirurgi (Martinsen, 1984).
- ³⁶ Waage, 1905: 197-198
- ³⁷ Waage, 1905:197
- ³⁸ Backer-Grøndahl, 1920, Strømskag, 1999
- ³⁹ Waage, 1905:204

-
- ⁴⁰ Hamran, 1987:30
- ⁴¹ Strømskag, 1999
- ⁴² Strømskag, 1999
- ⁴³ Backer-Grøndahl, 1920:18
- ⁴⁴ Backer-Grøndahl, 1920
- ⁴⁵ Evensen:2003
- ⁴⁶ Vi kjenner til utgaver av Backer-Grøndahls bok, ”Narkose, anestesi og pleie av operasjonspasienter” som har vært i privat eie hos Røde Kors-sykepleiere ved Stokmarknes sykehus (fra Ingunn Elstads samling).
- ⁴⁷ Elstad, 2006:382
- ⁴⁸ Mathissen, Guri, notatbok fra sykepleierutdanningen i Tromsø, datert 15. februar 1923. I privat eie. Sitatet er hentet fra ”Haandbok i sykepleien”, 1921:142
- ⁴⁹ Widerøe, 1921:151-152
- ⁵⁰ Widerøe, 1921:41
- ⁵¹ Widerøe, 1921:157
- ⁵² Stømskag, 1999:135
- ⁵³ Widerøe, 1921
- ⁵⁴ Joys, 1948:16
- ⁵⁵ Strømskag, 1999
- ⁵⁶ Strømskag, 1999
- ⁵⁷ Hillestad, 1955
- ⁵⁸ Elstad, 2006, Andresen, 2003
- ⁵⁹ Elstad, 2006:89
- ⁶⁰ Andresen, 2003
- ⁶¹ Tromsø Amtsting (1879). Sak nr 17. ’Forslag om ansettelse av to doakonisser’. Statsarkivet, Tromsø.
- ⁶² Ytreberg, 1962:377
- ⁶³ Tromsø Amts forhandlingsprotokoll, 1894, sag no 58:129, Statsarkivet, Tromsø.
- ⁶⁴ Tromsø Amts forhandlingsprotokoll, 1894, sag no 15. Statsarkivet, Tromsø.
- ⁶⁵ Tromsø Amts forhandlingsprotokoll, 1894, sag no 58:129. Statsarkivet, Tromsø.
- ⁶⁶ Tromsø Amts forhandlingsprotokoll, 1894, sag no 58:130. Statsarkivet, Tromsø.
- ⁶⁷ Elstad 2006:231
- ⁶⁸ Evensen, 2003
- ⁶⁹ Ytreberg, 1962
- ⁷⁰ Ytreberg, 1971:42
- ⁷¹ Strømskag, 2002
- ⁷² Strømskag 1999
- ⁷³ Ytreberg, 1962:378
- ⁷⁴ Ytreberg, 1962:379
- ⁷⁵ Elstad, 2006
- ⁷⁶ Strømskag, 1999
- ⁷⁷ Ytreberg, 1962:378
- ⁷⁸ Andresen, 2003
- ⁷⁹ Tromsø Amts sykehus starter fra 1894 en egen utdanning av sykepleiere som undervises av sykehusets leger og diakonisser (Evensen, 2003:34)
- ⁸⁰ Hillestad, 1955
- ⁸¹ Strømskag, 1999
- ⁸² Waage, 1905:V

⁸³ ibid.: VI

⁸⁴ Martinsen, 1984

⁸⁵ Waage, 1905:197

⁸⁶ Tromsø amtstings forhandlinger, 1894:131

⁸⁷ Ytreberg, Nils, 1962

⁸⁸ Ytreberg, 1971:42.

⁸⁹ Elstad, 2006:118

⁹⁰ Ytreberg, 1971

⁹¹ Operasjonsprotokoll, 1917 – 1921. Troms og Tromsø sykehus arkivkatalog 1863 – 1978. Statsarkivet. Tromsø

⁹² Strømskag, 1899

⁹³ Andresen, 2003

⁹⁴ Halford, 2008

⁹⁵ Solberg hadde alt tegnet bygninger som i ettertid fremstår ikke bare som vakre, men som bygninger jeg vil hevde har vært med på å danne Tromsø til den by den er i dag. Ved siden av sykehuset lå alt Tromsø museum (i dag kunstmuseum). Det nordnorske universitet spores i dag til Tromsø museum.⁹⁵ Litt nord for det gamle museet ligger Storgata 4. Her hadde Solberg tegnet Ludwig Macks forretningsgård med bolig og bryggeri. I dag er det representasjonslokaler og ”Ølhallen” til Mack der. Der holdes myten om Tromsø som utelivsby og en fortid som utgangspunkt for ekspedisjoner til Ishavet i hevd. For ytterligere plassere Solbergs bygg inn i en historisk Tromsø-kontekst, vil jeg nevne den siste av hans bygninger i Tromsø, Bankgata 13 vis a vis Tromsø Domkirke. Det var det første bolighus bygd i mur her i byen. Forfatteren Cora Sandel bodde der mellom 1893-1901.

⁹⁶ Ytreberg, 1971:46-47. Det var ikke bare i Tromsø dette skjedde. Lignende ”monument” ble planlagt flere steder i landsdelen. Nedgangstider i økonomien etter første verdenskrig førte til at flere av dem måtte fullføres som nødsarbeid. Elstad, 2006:364-366

⁹⁷ Halford, 2008

⁹⁸ R12/1-12 1916 -1919. Nybygg, Lars Solberg. Troms og Tromsø sykehus, arkivkatalog 1863 – 1978. Statsarkivet. Tromsø

⁹⁹ Widerøe, 1921:150

¹⁰⁰ Catgut er en forvanskning av kit -gut, fiolinstring (Hillestad 1967/71)

¹⁰¹ Inventarprotokoller 1924 – 1960. Troms og Tromsø sykehus, arkivkatalog 1863 – 1978. Statsarkivet. Tromsø.

¹⁰² 5-årsberetning for Troms og Tromsø sykehus 1939 – 1944 (i privat eie)

¹⁰³ Marie Lysnes, 1906 -2004, har etterlatt seg et upublisert manuskript om sykepleierutdannelsen i Tromsø frem til 1940. Lysnes har mottatt H.M Kongens fortjenestemedalje i gull og Florence Nightingale-medaljen fra Røde Kors. Begge deler for sin innsats som sykepleier.

¹⁰⁴ Alfild Fuglevaag, 1909 – 1996, har etterlatt seg et 14-siders notat der hun forteller fra sin tid som sykepleierelev ved Troms og Tromsø sykehus mellom 1930 – 1933, og sitt liv som sykepleier. Hun arbeidet ved et psykiatrisk sykehus i England før krigen. Som menighetssøster i Kirkenes opplevde hun krigen med dens grusomheter før hun endte sin tid som sykepleier i Trondheim.

-
- ¹⁰⁵ Elstad, 2006:395
- ¹⁰⁶ Lysnes, 1988:13. Upublisert bokmanuskript . Sykepleierutdanningens historie i Tromsø, 1879 -1940
- ¹⁰⁷ Halford, 2008
- ¹⁰⁸ Lysnes, 1988. Upublisert bokmanuskript. Sykepleierutdanningens historie i Tromsø, 1879 – 1940.
- ¹⁰⁹ (Fuglevaag 1993. Upublisert manuskript. Erindringer fra min tid som sykepleierelev ved Troms og Tromsø sykehus, 1930 – 1933. Tromsø helsefaghøyskole. Statsarkivet. Tromsø.
- ¹¹⁰ Evensen, 2003
- ¹¹¹ Widereøe, 1920:149
- ¹¹² Widerøe, 1920:151
- ¹¹³ 5-årsberetning, 1. juli 1939 – 30. juni 1944. Troms og Tromsø sykehus.
- ¹¹⁴ Elstad, 2006:370
- ¹¹⁵ Elstad, 2006
- ¹¹⁶ Elstad, 2006:372
- ¹¹⁷ Elstad, 2006:372
- ¹¹⁸ Evensen, 2003
- ¹¹⁹ Evensen, 2003:70
- ¹²⁰ 5-Årsberetningen for 1. juli 1939 – 30. juni 1944 er udatert. Den skriver ”krigsårene” og ”2nen verdenskrig” (s 165), hvilket forteller oss at den er utgitt etter krigen.
- ¹²¹ Fuglevaag, 1993:4
- ¹²² Nissen, 1877/2000
- ¹²³ Melby, 1990:83
- ¹²⁴ Evensen, 2003, Lysnes, 1988
- ¹²⁵ Fuglevaag, 1993:1
- ¹²⁶ Lysnes, 1988:12
- ¹²⁷ Korrespondanse, forstanderinnen, 1939 – 1949. Røde Kors sykepleieskole for Nord-Norge, 1940 – 1969. Arkivkatalog. Statsarkivet, Tromsø.
- ¹²⁸ Wyller, 1990:163
- ¹²⁹ Jervell m.fl, 1941:5
- ¹³⁰ Marthinsen, m.fl., 1941:254
- ¹³¹ Marthinsen, m.fl ., 1941: 266
- ¹³² Marthinsen, m.fl., 1941:271
- ¹³³ Haffner, 1941:205-206
- ¹³⁴ Strømskag, 1999
- ¹³⁵ Mollestad, 1951
- ¹³⁶ Tidsskriftet Sykepleien, 1953, nr 13.
- ¹³⁷ Melby, 1990
- ¹³⁸ Pløen, 1950
- ¹³⁹ Pløen, 1950
- ¹⁴⁰ Pløen, 1954, Strømskag, 1999
- ¹⁴¹ Pløen, 1954:590
- ¹⁴² Fehnvalsanlegg er fabrikknamnet,
- ¹⁴³ Bladet Tromsø 13.08.1954
- ¹⁴⁴ Bladet Nordlys 18.08.1954
- ¹⁴⁵ Bladet Tromsø 11.02.1955
- ¹⁴⁶ Jervell m.fl., 1951:464

-
- ¹⁴⁷ Bladet Nordlys, 22.12.54
- ¹⁴⁸ Intervju med Astrid Saltnessand, januar 2009.
- ¹⁴⁹ 5-årsberetning, 1. juli 1939 – 30. juni 1944. Troms og Tromsø Sykehus
- ¹⁵⁰ 5-årsberetning, 1. juli 1939 – 30. juni 1944. Troms og Tromsø Sykehus: 99
- ¹⁵¹ Strømskag, 1999:92-93
- ¹⁵² Troms og Tromsø sykehus. 5-årsberetning 1. Juli 1939 – 30 juni 1944 (i privat eie).
- ¹⁵³ Evensen, 2003
- ¹⁵⁴ Telefonsamtale med Kari Taugbøls svigerinne, Elly Marie Taugbøl, 11.05.09
- ¹⁵⁵ Strømskag, 1999
- ¹⁵⁶ Bladet Tromsø 21.05.1954
- ¹⁵⁷ Bladet Tromsø 12.06.1954
- ¹⁵⁸ Bladet Nordlys, 09.07.1955, Stømskag, 1999
- ¹⁵⁹ Intervju med Unni Heitman, februar 2009.
- ¹⁶⁰ Høiland, 1996
- ¹⁶¹ Hillestad, 1955:21
- ¹⁶² Hillestad, 1955:11
- ¹⁶³ Hillestad, 1955:71
- ¹⁶⁴ Pløen, 1955:11
- ¹⁶⁵ Hillestad, 1961
- ¹⁶⁶ Tidsskriftet Sykepleien, 1961 nr 24.
- ¹⁶⁷ Høiland, 1996
- ¹⁶⁸ Liva Eide oppgir i sin anmeldelse av kurset ikke hvilken bok de benyttet. K.E. Schreiner og A. Schreiner forfattet sammen ei anatomibok med navnet ”Menneskeorganismen” som ble utgitt i flere utgaver. I telefonsamtale med meg forteller Liva Eide at de benyttet den ”for fysioterapeuter”.
- ¹⁶⁹ Eide, 1963
- ¹⁷⁰ Hillestad, 1955:XII
- ¹⁷¹ Mollestad, 1962
- ¹⁷² Jervell, Bind 5, 1962:42
- ¹⁷³ Intervju med Unni Heitmann, februar 2009
- ¹⁷⁴ Forsvarets sanitet opplyser at Ragnhild Strand tjenestegjorde i Korea som løytnant i kontingent 4/1953, fra 06.02.53 – 11.09.53
- ¹⁷⁵ Intervju med Else Hasselberg, desember 2008
- ¹⁷⁶ Påbegynte erindringer utlånt av Unni Heitmann.
- ¹⁷⁷ Intervju med Astrid Saltnessand, januar 2009
- ¹⁷⁸ Intervju med Solbjørg Melbye, november 2008
- ¹⁷⁹ Intervju med Randi Elvik, november 2008
- ¹⁸⁰ Intervju med Else Hasselberg, desember 2008
- ¹⁸¹ En byrette er et glassrør som kan lukkes i den ene enden med en klemme
- ¹⁸² Påbegynte erindringer utlånt av Unni Heitmann
- ¹⁸³ Intervju med Astrid Saltnessand, januar 2009
- ¹⁸⁴ Påbegynte erindringer utlånt av Unni Heitmann
- ¹⁸⁵ Strømskag, 1999
- ¹⁸⁶ Strømskag, 1999
- ¹⁸⁷ Intervju med Unni Heitmann, februar 2009
- ¹⁸⁸ Melby, 1990
- ¹⁸⁹ Hillestad 1967:73
- ¹⁹⁰ Hillestad 1967:105

-
- ¹⁹¹ Hillestad, 1955:219
¹⁹² Hillestad, 1967:85
¹⁹³ Hillestad 1967:65
¹⁹⁴ Høiland, 1996:53
¹⁹⁵ Intervju med Annelise Kileng, november 2008
¹⁹⁶ Melby, 1990
¹⁹⁷ Ether-chlorethyl-Vinydan
¹⁹⁸ Hillestad, 1967
¹⁹⁹ Intervju med Edel Hansen, november 2008
²⁰⁰ Intervju med Astrid Saltnessand, januar 2009
²⁰¹ Lind, 1964:245
²⁰² Stømskag, 1999
²⁰³ Generalplan for utbygging av Sentralsykehuset i Tromsø til undervisningssykehus, juli 1967.
UNNs eget arkiv
²⁰⁴ Fulsås, 1993
²⁰⁵ Johnson, 1990
²⁰⁶ Intervju med Annelise Kileng, Solbjørg Melbye og Edel Hansen, november 2008
²⁰⁷ Intervju med Solbjørg Melbye, november 2008
²⁰⁸ Intervju md Astrid Saltnessand, januar 2009.
²⁰⁹ Årsberetning for Sentralsykehuset i Tromsø, 1965
²¹⁰ Årsberetning for Sentralsykehuset i Tromsø 1973:43
²¹¹ Intervju med Annelise Kileng, november 2008
²¹² Telefonsamtale med Liva Eide, mars 2009
²¹³ Intervju med Solbjørg Melbye, november 2008
²¹⁴ Johnson, 1990:42
²¹⁵ Johnson, 1990:49
²¹⁶ Fagområdet medisin, sak F127/73, JAJ/rb, 17.08.1973. Arkiv ref. 333.87. Universitet i Tromsø
²¹⁷ Fagområdet medisin, HE/ÅMG, 10..05.1974. Arkiv ref 333.87. Universitet i Tromsø
²¹⁸ Høiland, 1996, Gjendem, 1974
²¹⁹ Intervju med Astrid Saltnessand, januar 2009
²²⁰ Johnson, 1990:47
²²¹ Fagområdet medisin, HE/ÅMG, 10..05.1974, 1974:14. Arkiv ref 333.87. Universitet i Tromsø
²²² Melby, 1990
²²³ Fagområdet medisin.769/74/HE/ÅMG. Arkiv ref 333.87. Universitet i Tromsø
²²⁴ Sosialdepartementet. 24.06.1974. 1 7640/74 H.dir 6 M.Sy/gm. Arkiv ref 333.87. Universitet i Tromsø
²²⁵ Fagområdet medisin. 10.10.1974 KAG/bl. Arkiv ref 333.87, Universitet i Tromsø
²²⁶ Fagområdet medisin. 21.11.1974 KAG/bl. Arkiv ref 333.87. Universitetet i Tromsø
²²⁷ Tidsskriftet Sykepleien. Nr 13, 1953
²²⁸ Smeby, 2008:87
²²⁹ Smeby, 2008
²³⁰ Grimen, 2008
²³¹ Skagestad, 1999
²³² Nissen, 2000/1877:26
²³³ Widerøe, 1921:142
²³⁴ Intervju med Edel Hansen, oktober, 2008.
²³⁵ Heitman, Unni, upubliserte erindringer ,2009
²³⁶ Høiland, 1996

-
- ²³⁷ Ingeborg Pløen, 1955. Høiland, 1996.
²³⁸ Pløen, Ingeborg, 1950
²³⁹ Langeland, Anni, 1961
²⁴⁰ Intervju med Else Hasselberg, november 2008
²⁴¹ Grimen, 2004:185
²⁴² Grimen, 2008
²⁴³ Johanessen, 1999
²⁴⁴ Nissen, 1877/2000:26
²⁴⁵ Gadamer, 1953/2003:11
²⁴⁶ Molander, 1997

LITTERATURLISTE

- Andresen, Astrid, (2003) Sykehuset – fra utkanten av helsevesenet til sentrum
I: Hauan, Marit Anne, m.fl *Karlsøy og verden utenfor: kulturhistoriske perspektiver: festskrift til professor Håvard Dahl Bratrein på 70-årsdagen 13.02.2003* ss 232-247. Tromsø: Tromsø museums skrifter
- Backer-Grøndahl, Nils (1920) *Narkose og pleie av operationspatienter*
Oslo: Røde Kors Kristiania Kreds, Sykepleierskolen
- Biedermann, Narell (2001) The Voices of days gone by: advocating the use of oral history in nursing. I: *Nursing Inquiry* 8(1)ss 61-62. Blackwell Publishing Ltd.
- Eide, Liva (1963) NSF's kurs for operasjonssykepleiere. I: *Tidsskriftet Sykepleien. Nr 3 1.februar 1963, s 42* Oslo: NSF
- Elstad, Ingunn (2006) Sjukehusa i Nord-Norge. I: Elstad, Ingunn og Hamran, Torunn *Sykdom, Nord-Norge før 1940, ss 82 -120*, Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Elstad, Ingunn (2006) Krise tradisjoner og modernisering. I: Elstad, Ingunn og Hamran, Torunn, I: *Sykdom, Nord-Norge før 1940, ss 356-375*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Elstad, Ingunn (2006) Sjukepleieurket i Nord-Norge. I: Elstad, Ingunn og Hamran, Torunn, I: *Sykdom, Nord-Norge før 1940, ss 377-397*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Elstad, Ingunn og Torjuul, Kirsti (2009) Continuity of nursing and the time of sickness
I: *Nursing Philosophy, ss 91-102*. Blackwell Publishing Ltd.
- Evensen, Birgit (2003) *Fra Sykehusloftet til MH-bygget. Sykepleierutdanningen historie i Tromsø*. Tromsø: Eureka
- Fause, Åshild (2002) Et yrke som de andre? I: Fause, Åshild og Micalsen, Anne. *Et fag i kamp for livet, ss 119-190*, Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS
- Fulsås, Narve (1993) *Universitet i Tromsø 25 år*. Tromsø: Universitet i Tromsø
- Gadamer, Hans-Georg (1953/2003) Sannhet i humanvitenskapene. I: Gadamer, H.G. *Forståelsens filosofi. Utvalgte hermeneutiske skrifter*. Oslo: J.W. Cappelens Forlag a.s.
- Gadamer, Hans-Georg (1959/2003) Om forståelsens sirkel. I: Gadamer, H G. *Forståelsens filosofi. Utvalgte hermeneutiske skrifter*. Oslo: J.W. Cappelens Forlag a.s.

- Grimen, Harald (2004) Indeksert kunnskap – den praktiske kunnskapens problem. I: Nordtvd, Per og Grimen, Harald. *Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag ss 165 – 195*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Grimen, Harald (2008) Profesjon og kunnskap. I: Molander, Anders og Lars Inge Terum (red). *Profesjonsstudier, ss71-85*. Oslo: Universitetsforlaget
- Haffner, Johan (1941) Kirurgiske sykdommer. I: Jervell, Anton , m.fl. *Lærebok for sykeleiersker, Bind III, ss 201 – 214* Oslo: Fabritius og Sønner Forlag
- Halford, Susan, (2008) Sociologies of Space, Work and Organisation: From Fragments to Spatial Theory I: *Sociology Compass 2/3 2008, ss 925-943*. Blackwell Publishing Ltd.
- Hamran, Torunn (1987) *Den tause kunnskapen*. Oslo: Universitetsforlaget
- Hillestad, Borghild (1955) *Operasjonsstueteknikk*. Oslo: Fabritius & Sønners Forlag
- Hillestad, Borghild (1971) Operasjonsstue teknikk. I: *Lærebok for sykepleierskoler V A Kirurgi, ss 65 – 137*. Oslo: Fabritius Forlag
- Høiland, Mette (1996) *Operasjonssykepleie i over 40 år*. Oslo: Norsk Sykepleierforbunds Landsgruppe av operasjonssykepleiere
- Jervell, Anton m.fl. (1941) *Lærebok for sykeleiersker*. Oslo: Fabritius & Sønners Forlag
- Johansen, Kjell S. (1999) *Noen aspekter ved taus kunnskap. Forelesning ved utvik*
- Johnson, Jon Anton (1990) *Et blick tilbake etter et liv som kirurg*. Tromsø: Eget forlag
- Joys, Marie (1948) *Erindringer*. Bergen: Forlaget av Cammermeyers Boghandel, Gustav E. Raabe
- Kaldal, Ingar (2006) *Historisk forskning, forståing og forteljing*. Oslo: Det Norske Samlaget
- Kjeldstadli, Knut (1999) *Fortida er ikke hva den en gang var*. Oslo: Universitetsforlaget
- Lind, Bjørn (1964) Anestesisykepleierutdannelsen i støpeskjeen. I: *Tidsskriftet Sykepleien, juni 1964 nr 11, ss 244 – 245*. Oslo: NSF
- Lindqvist, Sven (1978) *Grav der du står*. Oslo: Tiden Norsk Forlag
- Lindwall, Lillemor og Von Post, Irené. *Perioperativ vård – den perioperativa vårdprocessen*. Lund: Studentlitteratur
- Marthinsen, Maren og Haffner, Johan (1941) Pleie ved kirurgiske sykdommer. I: *Jervell, Anton m.fl. Lærebok for sykepleiersker, Bind 1, ss 253 – 272*. Oslo: Fabritius & Sønners Forlag

- Martinsen, Kari (1984) *Freidige og uforsagte diakonisser*. Oslo: Aschehoug/Tanum-Norli
- Melby, Kari (1990) *Kall og Kamp*. Oslo: Norsk sykepleierforbund og J. W. Cappelens Forlag A.S
- Molander, Anders (1997) Kunnskapsmångfald och olika kunskapstraditioner. I: Alvsvåg, Herdis m.fl. (red) *Kunnskap, kropp og kultur*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2001.
- Mollestad, Otto (1951) Kirurgiske sykdommer. I: Jervell, Anton m.fl. *Lærebok for sykepleiersker Bind II, ss 213 – 241*. Oslo: Fabritius & Sønners Forlag
- Mollestad, Otto (1962) Kirurgiske sykdommer. I: Jervell, Anton m.fl. *Lærebok for sykepleiere, Bind 5, ss 7 – 42*. Oslo: Fabritius & Sønners Forlag
- Nissen, Rikke (1877/2000) *Lærebok i Sygepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ordrop, Elisabeth (1953) Hva ligger i uttrykket spesialutdannet sykepleier? Skriv fra og til Helsedirektoratet. I: *Tidsskriftet Sykepleien, Juli 1953 nr 13, s 390*. Oslo: NSF
- Pløen, Ingeborg (1950) Utdannelse av operasjonssøstre. I: *Tidsskriftet Sykepleien, oktober 1950, ss 289-294*. Oslo: NSF
- Pløen, Ingeborg (1954) Spesialutdanning av operasjons- og narkosesykepleiere i grunnskolen og senere. I: *Tidsskriftet Sykepleien, November 1954 nr 19, ss 587-589*. Oslo: NSF
- Pløen, Ingeborg (1955) Borghild Hillestad: Operasjonsstueteknikk. I: *Tidsskriftet Sykepleien, Juni 1955 nr 11, ss 266-267*. Oslo: NSF
- Smeby, Jens-Christian (2008) Profesjon og utdanning. I: Molander, anders og Terum, Lars Inge (red.) *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget
- Strømskag, Kjell Erik (1999) *Et fag på søyler, Anestesiens historie i Norge*. Oslo: Tano Aschehoug
- Ytreberg, Nils (1962) *Tromsø bys historie, Annet bind*. Tromsø: A.S Peder Norbye
- Ytreberg, Nils (1971) *Tromsø bys historie, Tredje bind*. Tromsø: A.S Peder Norbye
- Widerøe, Sofus (1921) Kirurgisk sykepleie. I: Kr. Grøn og Sofus Widerøe *Haandbok i sykepleien ss 141 – 182*. Kristiania (Oslo): H. Aschehoug & Co.
- Wyller, Ingrid (1990) *Sykepleiens historie i Norge*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S
- Waage, Hans Riddervold (1905) *Lærebog i sygepleie*. Kristiania (Oslo): H. Aschehoug & Co.

ARKIV

Statsarkivet i Tromsø.

- Troms og Tromsø Sykehus. Arkivkatalog. 1863 – 1978
- Tromsø Amtsthings Forhandlinger for året 1879
- Tromsø Amtsthings Forhandlinger for året 1894
- Røde Kors sykepleierskole for Nord-Norge. Arkivkatalog 1940 – 1969
- Røde Kors sykepleierskole for Nord-Norge. Arkivkatalog 1970 – 1985

Universitetet i Tromsø

- Arkiv for Fagområdet medisin
- Avdeling for helsefag, tidligere Høgskolen i Tromsø.

UPUBLISERTE KILDER, IKKE TILGJENGELIG I BIBLIOTEK ELLER ARKIV

- Heitmann, Unni. Påbegynte erindringer
- Mathissen, Gunnarine (Guri). Håndbok for Søster Guri Mathissen, Trums og Tromsø sykehus den 15 februar 1923
- Troms og Tromsø Sykehus. 5-årsberetning, 1. juli 1939 – 30. juni 1944.

INTERVJU OG SAMTALER

- Edvinsen, Tove Kristin. Epost av 7 mai 2009
- Eide, Liva. Telefonsamtale, mars 2009
- Elvik, Randi. Intervju, desember 2008
- Hansen, Edel Annie. Intervju, november 2008
- Hasselberg, Elsa. Intervju, desember 2008
- Kileng, Annelise. Intervju, november 2008
- Melbye, Solbjørg. Intervju, november 2008
- Saltnessand, Astrid. Intervju, januar 2009
- Taugsbøl, Elly Marie. Telefonsamtale, mai 2009

BILLEDLISTE

- S. 36. Fra Ida Isaksens samling. Gjengitt med tillatelse fra Karin Johannesen
- S. 37. Tilhører Kirsti Olsen. Gjengitt med tillatelse av Birgit Evensen
- S. 61. Gjengitt med tillatelse av Unni Heitmann
- S.62. Gjengitt med tillatelse av Unni Heitmann
- S. 64. Gjengitt med tillatelse av Unni Heitmann
- S. 71. Gjengitt med tillatelse av Edel Hansen



Torunn Hamran
Avdeling for sykepleie og helsefag
Institutt for klinisk medisin
Universitetet i Tromsø
MH-bygget
9037 TROMSØ

Vår dato: 19.09.2008

Vår ref.:19683 / 2 / SM

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 07.08.2008. Meldingen gjelder prosjektet:

19683	<i>Operasjons- og sykepleie ved Tromsø sykehus 1945 -1974. Hvordan har operasjons- og sykepleierne sett på sitt virke?</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Torunn Hamran
Student	Jan-Thore Lockertsen

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.


Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.05.2009, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Siv Midthassel

Kontaktperson: Siv Midthassel tlf: 55 58 83 34
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Jan-Thore Lockertsen, Skarveien 41, 9020 TROMSDALEN

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no



Det legges til grunn at utvalget informeres om alle sider av prosjektet. Det vises til informasjonsskriv av 17.09.2008 og forutsettes at følgende fremgår:

- navn på veileder
 - navn på student og kontaktadresse
 - at deltakelse er frivillig og at man kan trekke seg underveis uten begrunnelse
 - hva deltakelse innebærer, herunder gruppeintervju og bruk av lydbåndopptak
 - at det er ønskelig å publisere personopplysninger i oppgaven forutsatt at den enkelte samtykker til dette. Det øvrige datamaterialet anonymiseres og opptak slettes ved prosjektslutt i mai 2009.
- Ombudet ber om at revidert informasjonsskriv ettersendes før det utdeles til utvalget.

Det vil kunne fremgå personopplysninger (navn) i masteroppgaven, forutsatt at vedkommende har samtykket til slik publisering. Hvis ikke slikt samtykke foreligger vil opplysninger anonymiseres.

Det øvrige datamaterialet anonymiseres ved prosjektslutt som er satt til 15.05.2009. Anonymisering innebærer at verken direkte eller indirekte personidentifiserbare opplysninger fremgår, navneliste og opptak slettes.

SAMTYKKEERKLÆRING

Temaet for denne masteroppgaven er:

"Operasjonssykepleie ved Tromsø Sykehus i perioden 1945 – 1974".

"Hvordan har operasjonssykepleierne sett på si virke?"

Jeg er villig til å delta i studien, og gir mitt samtykke til at mitt navn og min stillingsbekreftelse kan benyttes i publisering av oppgaven.

.....
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg er villig til å delta i studien, men jeg ønsker *ikke* at mitt navn skal benyttes i publisering av oppgaven.

.....
Randi Eirik 25/11-08.
.....

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien: "Operasjonssykepleie i Tromsø i perioden 1945 – 1974, Hvordan har operasjonssykepleiere sett på sin funksjon?"

.....
J. J. J. J. 25/11-08
.....

(Signert, rolle i studien, dato)

Bekreftet på telefon 4/5-09 at navn
kan benyttes

SAMTYKKEERKLÆRING

Temaet for denne masteroppgaven er:

”Operasjonssykepleie ved Tromsø Sykehus i perioden 1945 – 1974”.

”Hvordan har operasjonssykepleierne sett på si virke?”

Jeg er villig til å delta i studien, og gir mitt samtykke til at mitt navn og min stillingsbekreftelse kan benyttes i publisering av oppgaven.

Edw A. Hansen, Nov. 2008
.....
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg er villig til å delta i studien, men jeg ønsker *ikke* at mitt navn skal benyttes i publisering av oppgaven.

.....
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien: ”Operasjonssykepleie i Tromsø i perioden 1945 – 1974, Hvordan har operasjonssykepleiere sett på sin funksjon?”

Jonas Berntsen, 16/11-2008
.....
(Signert, rolle i studien, dato)

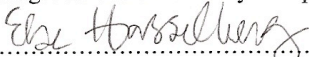
SAMTYKKEERKLÆRING

Temaet for denne masteroppgaven er:

"Operasjonssykepleie ved Tromsø Sykehus i perioden 1945 – 1974".

"Hvordan har operasjonssykepleierne sett på si virke?"

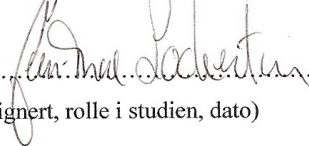
Jeg er villig til å delta i studien, og gir mitt samtykke til at mitt navn og min stillingsbekreftelse kan benyttes i publisering av oppgaven.


.....
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg er villig til å delta i studien, men jeg ønsker *ikke* at mitt navn skal benyttes i publisering av oppgaven.

.....
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien: "Operasjonssykepleie i Tromsø i perioden 1945 – 1974, Hvordan har operasjonssykepleiere sett på sin funksjon?"


.....
(Signert, rolle i studien, dato)

2/12-08

SAMTYKKEERKLÆRING

Temaet for denne masteroppgaven er:

"Operasjonssykepleie ved Tromsø Sykehus i perioden 1945 – 1974".

"Hvordan har operasjonssykepleierne sett på si virke?"

Jeg er villig til å delta i studien, og gir mitt samtykke til at mitt navn og min stillingsbekreftelse kan benyttes i publisering av oppgaven.

.....
Unni Feitmann
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg er villig til å delta i studien, men jeg ønsker *ikke* at mitt navn skal benyttes i publisering av oppgaven.

.....
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien: "Operasjonssykepleie i Tromsø i perioden 1945 – 1974, Hvordan har operasjonssykepleiere sett på sin funksjon?"

16/2-09 *Knut Døckeren*
.....
(Signert, rolle i studien, dato)

+ 2 sider lister
+ Printe bilder

SAMTYKKEERKLÆRING

Temaet for denne masteroppgaven er:

"Operasjonssykepleie ved Tromsø Sykehus i perioden 1945 – 1974".

"Hvordan har operasjonssykepleierne sett på si virke?"

Jeg er villig til å delta i studien, og gir mitt samtykke til at mitt navn og min stillingsbekreftelse kan benyttes i publisering av oppgaven.

Anneline Hilary 12/11 - 08
.....
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg er villig til å delta i studien, men jeg ønsker *ikke* at mitt navn skal benyttes i publisering av oppgaven.

.....
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien: "Operasjonssykepleie i Tromsø i perioden 1945 – 1974, Hvordan har operasjonssykepleiere sett på sin funksjon?"

[Signature] 12/11 - 08
.....
(Signert, rolle i studien, dato)

SAMTYKKEERKLÆRING

Temaet for denne masteroppgaven er:

"Operasjonssykepleie ved Tromsø Sykehus i perioden 1945 – 1974".

"Hvordan har operasjonssykepleierne sett på si virke?"

Jeg er villig til å delta i studien, og gir mitt samtykke til at mitt navn og min stillingsbekreftelse kan benyttes i publisering av oppgaven.

12/11-08 Solbjørg Melbye
.....
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg er villig til å delta i studien, men jeg ønsker *ikke* at mitt navn skal benyttes i publisering av oppgaven.

.....
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien: "Operasjonssykepleie i Tromsø i perioden 1945 – 1974, Hvordan har operasjonssykepleiere sett på sin funksjon?"

..... 12/11-08
(Signert, rolle i studien, dato)

SAMTYKKEERKLÆRING

Temaet for denne masteroppgaven er:

"Operasjonssykepleie ved Tromsø Sykehus i perioden 1945 – 1974".

"Hvordan har operasjonssykepleierne sett på si virke?"

Jeg er villig til å delta i studien, og gir mitt samtykke til at mitt navn og min stillingsbekreftelse kan benyttes i publisering av oppgaven.

Arvid Saltmussund. 13/1-09.
.....
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg er villig til å delta i studien, men jeg ønsker *ikke* at mitt navn skal benyttes i publisering av oppgaven.

.....
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien: "Operasjonssykepleie i Tromsø i perioden 1945 – 1974, Hvordan har operasjonssykepleiere sett på sin funksjon?"

13/1-09 Janne Skjerve
.....
(Signert, rolle i studien, dato)