



Hvordan utøver erfarne operasjonssykepleiere koordineringen gjennom operasjonsforløpet?

En kvalitativ studie av erfarne operasjonssykepleieres praktiske utøvelse og erfaring i den koordinerende funksjonen.

Unni Igesund

Mastergradsoppgave i helsefag

Institutt for helse- og omsorgsfag
Det helsevitenskapelige fakultet
Universitetet i Tromsø

Mai 2013

Forord:

Arbeidet med denne masteroppgaven kom til å strekke seg over mange år. Opplevelsene underveis har beveget seg mellom høye tinder og dype daler. Tiden som har gått har gitt meg mange viktige erfaringer og bidradd til nye erkjennelser både menneskelig og faglig. For å komme i havn med dette prosjektet har mange bidradd.

Først vil jeg takke veilederne som hver på sin måte har bidradd med ”stemmer i hodet mitt”. Takk til Torunn Hamran som var med meg i starten og viste vei. Dernest takk til Sissel Lisa Storli som har bidradd til å vise meg toner og stemninger i operasjonssykepleien og har hjulpet studien fram mot avslutning. Sist, men ikke minst takk til Ingunn Elstad som dukket opp som troll av eske, og bidro med sitt engasjement og innsikt i sykepleien, til å inspirere og hente fram siste rest av energi i meg. Den viktigste støttespilleren har likevel vært min kollega Marianne Holmegaard. Uten henne hadde oppgaven ikke blitt hentet fram igjen. Tusen takk Marianne for oppmuntring, puff og veiledning! Takk også til Marie og Sigurd for lånet av mammaen deres.

En stor takk går til deltakerne som har gjort det mulig for meg å gjennomføre denne studien, og som har delt sine erfaringer og vist hvordan koordineringen kan utøves. Dere gjør meg stolt på vegne av operasjonssykepleien!

Takk også til sykehusledelsen og sykepleieledere for positivt samarbeid og bidrag ved gjennomføring av studien og utvelgelse av deltakere.

En takk også til Universitetet i Tromsø og min leder som har tilrettelagt slik at det ble mulig å gjennomføre studien. Og selvfølgelig stor takk til mine flotte og tålmodige kollegaer, som har bidradd i utallige diskusjoner om koordinering.

Denne oppgaven hadde heller ikke vært mulig å gjennomføre, om ikke alle mine kjære i heimen hadde støttet meg. Tusen takk til Ragnvald, Nikolai og Regine! Jeg gleder meg til å få mer tid sammen med dere. Og kjære Espen, du har vært helt fantastisk!!

De siste som skal takkes er min mor Ingeborg og min søster Grete. Tusen takk for at dere passet så godt på meg og ga meg mat & drikke og omsorg hver gang jeg kom til Lyngen for å jobbe med oppgaven.

Tusen takk til Ingun Dahlin som lot meg bruke bildet av hennes flotte skulptur *Gullegget*.

Sammendrag:

Målet med denne studien har vært å få kunnskap om erfarne operasjonssykepleieres utøvelse og vurderinger av den koordinerende funksjonen i operasjonsteamet. Å beskrive hvordan koordineringen kommer til uttrykk hos erfarne, kan være et bidrag i utviklingen av operasjonssykepleie som fag. Det legges vekt på å vise og fortolke den konkrete utøvelsen på en måte som kan gi innsikt. Disse fortolkningene blir sett i sammenheng med tidligere forskning, og diskuteres ut fra teoretikere som er opptatt av erfaring: Hans Georg Gadamer, Kari Martinsen og Patricia Benner.

Metode: Studien er kvalitativ med en hermeneutisk tilnærming. Datamaterialet er samlet inn ved observasjonsstudie og åpne dybdeintervju med 3 erfarne operasjonssykepleiere. I struktureringen av datamaterialet er det brukt to prinsipper; en kronologisk inndeling over tid ut fra gangen i arbeidsprosessene, og en tematisk inndeling der et hovedtema og subtemaer strukturerer hver fase.

Funn: Studien beskriver 3 kjerneområder i koordineringen gjennom operasjonsforløpet:

- Å komme i forkant
- Samstemming
- Flyt

I den følgende teoretiske diskusjonen blir innsikt fra studiens funn løftet frem og diskutert. Det blir tydelig at tiden har en spesiell betydning på en operasjonsavdeling, der arbeidet fort kan komme til å handle om liv og død. Et viktig tema blir de koordinerende operasjonssykepleiernes forståelse av tidens betydninger, og deres evne til å anvende tiden med skjønn. Operasjonssykepleiernes begrep ”å komme i forkant” får fram deres nitide arbeid med å utvikle en god forkunnskap og anvende den under forberedelse av pasient, rom og utstyr, samt i koordineringen i teamet. Formålet er hele veien å sikre pasienten. Avslutningsvis løftes koordineringens særegne rolle i teamet frem. Studien viser at den har en avgjørende betydning for pasientens sikkerhet, som kommer til uttrykk gjennom hele operasjonsforløpet. De erfarne operasjonssykepleierne binder sammen det komplekse og risikofylte arbeidet i operasjonsteamet, skaper flyt gjennom operasjonsforløpet, og bidrar til ro.

Nøkkelord: operasjonssykepleie, teamarbeid, koordinering, ledelse, tidspress, å komme i forkant

Abstract:

The purpose of this study has been to gain knowledge about how operating room nurses put into practice and assess the work of circulating in the surgery room. Explicating the circulating function in operating room nursing, and contributing to the discipline of operating room nursing. The study emphasizes showing and interpreting the work of circulating in a way that gives insight. These interpretations are seen together with previous research work in this field, and are discussed with theorists concerned with experience: Hans Georg Gadamer, Kari Martinsen and Patricia Benner.

Method: The study is qualitative with a hermeneutic approach. Data collection is done by observing and doing open, depth interview with 3 experienced operating room nurses. The data structuring is done in two ways; a chronological classification from the work process, and a thematically structuring with a main theme and subthemes placed in each phase of work.

The result: The study describes 3 core themes in circulating nursing through the operating process:

- Thinking ahead
- Harmonizing
- Flow

In the following theoretical discussion insight from the results of the study is pointed out and discussed. It is obvious that time has a special meaning in the operating ward, where work in a sudden balance between life and death. An important issue is operating room nurses understanding of time and its different meanings, and their way of using it with professional judgement. The operating room nurses concept of “thinking ahead” shows the thorough work with developing experience and applying it during the preparation of patient, room, equipment, and during circulating in the operating room. The purpose is to ensure the patients safety. Finally the circulating role is on the spot. The study shows that this role is significant for patient safety through all phases. The experienced operating room nurses tie together the complex and risky work in the operating room, and create flow through the process of the surgical treatment of the patient, and contribute with calmness.

Keywords: operating room nursing, teamwork, circulating, managing, time pressure, thinking ahead

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	5
1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Forskningsspørsmål.....	3
1.3 Avgrensninger	4
1.4 Oppgavens oppbygning.....	4
2.0 Tidligere forskning	5
2.1 Et operasjonssykepleieperspektiv på kompetanse og koordinering.....	7
2.2 Operasjonssykepleierens omsorg for pasienten	8
2.3 Teamarbeid.....	9
2.4 Forskning som berører å komme i forkant	11
2.5 Forskning som berører ”tiden”	12
3.0 Erfaring og forståelse	12
3.1 Hans Georg Gadamer	13
3.2 Kari Martinsen.....	14
3.3 Patricia Benner	15
4.0 Metode.....	17
4.1 Hermeneutisk tilnærming	17
4.2 Å forske i eget felt.....	19
4.3 Forskerrollen og egen forforståelse.....	20
4.4 Forskningsdesign.....	22
4.4.1 Valg av deltakere og situasjon	22
4.4.2 Deltakende observasjon.....	24
4.4.3 Observasjonsnotater	25
4.4.4 Intervju	26
4.5 Analysen.....	28
4.6 Pålitelighet og gyldighet.....	30
4.7 Etske overveielser	31
5.0 Presentasjon av funn.....	32
5.1 Fase 1: Å komme i forkant	33
5.1.1 Utgangspunkt	33
5.1.2 Tid	34
5.1.3 Å samarbeide for å være forberedt.....	36
5.1.4 Å forberede seg med rom og utstyr	38
5.1.5 Å reflektere over betydningen.....	40
5.2 Fase 2: Samstemming.....	41
5.2.1 Felles forståelse av oppgaven.....	41
5.2.2 Pasienten: Møtet og ivaretagelsen.....	42
5.2.3 Samhandling.....	45
5.2.4 Å arbeide på stua	47
5.3 Fase 3: Flyt.....	49
5.3.1 Å ha oversikt	49
5.3.2 Å lede eget fag.....	52
5.3.3 Å være til hjelp for alle på stua	57
6.0 Innsikter.....	59
6.1 Tidens uttrykk og betydninger	60
6.1.1 Operasjon, sårbarhet og tid.....	60

6.1.2 Travelhet.....	62
6.1.3 Å gjøre oppstand mot tiden	63
6.2 Å komme i forkant	65
6.2.1 Hvordan komme i forkant?	66
6.2.2 Å komme i forkant - en oppstand mot tiden.....	67
6.2.3 Å komme i forkant er å ha kontroll	69
6.3 Frihet og Bundethet.....	70
6.3.1 Frihet	71
6.3.2 Bundethet	72
6.3.3 Er koordinering å lede?	73
7.0 Avslutning	76
Litteraturliste:	i
Vedlegg	A
1. Svar fra Regional Etisk Komitè, Nord-Norge, REK-Nord	A
2. Informasjonsskriv til kirurgen	C
3. Informasjonsskriv til pasienten	D
4. Svar fra Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste, NS	E
5. Forespørsel med samtykkeerklæring til deltakere.....	G

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I mitt masterprosjekt ville jeg undersøke hva som er operasjonssykepleiernes koordinerende kompetanse i operasjonsteamet. Målet var å få en helhetsforståelse av koordineringen med fokus på hva som er viktig for den gode koordineringen. Jeg ønsket å få tak i hva operasjonssykepleierne vektla. Jeg er selv operasjonssykepleier med en erfaring innen faget som snart runder 25 år, hvorav jeg de siste 20 årene har vært lærer i operasjonssykepleie. Arbeidet med masteroppgaven har gitt meg en mulighet til å fordype meg i et område innen dette faget som jeg anser som viktig og interessant. Jeg håper mitt bidrag kan komme til nytte for operasjonssykepleiere i praksis og i utdanningen av operasjonssykepleiere. I tillegg håper jeg det kan bidra til å skape større forståelse for denne særskilte funksjonen og for profesjonen som sådan.

Operasjonssykepleie har en lang tradisjon. Så tidlig som i 1876 startet den første kjente utdanning i operasjonssykepleie i USA, bare fire år etter at den første utdannelsen av sykepleiere startet der (Lockertsen, 2009). Det var de flinkeste sykepleierne som fikk assistere under kirurgiske inngrep. Kirurgen Theodor Billroth skrev i 1885: *”... bare særlig begavede sykepleiere, der pålitelighet og nøyaktighet mange ganger var satt på prøve, kunne benyttes til hjelp ved operasjoner”* (Høyland, 1996:15).

Til tross for det viser flere studier at denne spesialiteten blir undervurdert og lite anerkjent av sykepleiere og av andre grupper i operasjonsteamet (Rasmussen 2009, Ellingsæter 2010).

Operasjonssykepleien har blitt ansett som en teknisk sykepleie og lite pasientorientert (Mardell 1998, Bull & FitzGerald 2006). Likevel viser en studie av Støren og Hanssen (2011) at de viktigste årsakene til at sykepleiere velger å bli operasjonssykepleiere, er fordi de ønsker pasientkontakt og å kunne være til nytte for pasienten.

I et operasjonsteam¹ har alle sin definerte rolle. De to operasjonssykepleierne i teamet ivaretar den koordinerende funksjonen og den sterilt utøvende funksjonen. Operasjonssykepleierne veksler mellom å ha ansvaret for disse to funksjonene. Når det gjelder koordinering i

¹ Et vanlig operasjonsteam består av kirurg(er), anestesilege, anestesisykepleier og operasjonssykepleiere, i tillegg inngår studenter og evt. annet medisinsk/teknisk personale

operasjonsavdelingen, ivaretar operasjonssykepleierne koordinatorfunksjoner på ulike nivå. Gjennomføringen av operasjonsprogrammet på dagtid ledes av en hovedkoordinator (Moss & Xiao, 2002, Moss & Xiao, 2004), og vaktarbeidet ledes av en vaktkoordinator. Hun har også telefonen for livreddende inngrep ("sectio-calling"). Begge disse koordinatorfunksjonene har et mer overordnet nivå. Operasjonssykepleieren som ivaretar den koordinerende funksjonen i operasjonsteamet forholder seg til pasientene på sin stue, en pasient ad gangen.

Opp gjennom tidene har vi både i Norge og i andre land hatt flere perioder med mangel på operasjonssykepleiere. Under 2.verdenskrig medførte det at USA opprettet stillinger for teknikere uten sykepleiefaglig bakgrunn som erstatning for operasjonssykepleiere. Etter krigen ble disse brukt til å dekke den fortsatt eksisterende mangelen på operasjonssykepleiere (Sigurdsson, 2001). Også i Norge har mangel på operasjonssykepleiere presset frem krav om å supplere operasjonssykepleiere med andre yrkesgrupper. Det har resultert i at den koordinerende funksjonen, tidligere kalt gå-til-hånde-sykepleier, har blitt foreslått supplert og erstattet av yrkesgrupper med lavere kompetansenivå.

Operasjonssykepleierne selv vurderer den koordinerende funksjonen som den mest utfordrende og komplekse funksjonen å ivareta, og plasserer ofte den mest erfarne i den koordinerende funksjonen (Rasmussen, 2009). Spørsmålet om kompetanse i operasjonssykepleien har med jevne mellomrom vært oppe til debatt. Ifølge Matson (2001) fremmet AORN¹ i 2000 et krav for å trygge operasjonspasienten. De ønsket på vegne av pasientene at alle operasjonspasienter ivaretas av perioperative sykepleiere, og at den koordinerende funksjonen ivaretas av en registrert sykepleier² (RN) med kvalifikasjoner til å ivareta et helhetlig ansvar for pasienten. Sett i sammenheng med en utvikling hvor operasjonene blir større og mer kompliserte og pasientene eldre og sykere, blir fokus på sikkerhet enda viktigere (Alfredsdottir & Bjørnsdottir, 2007).

Å arbeide i et komplekst arbeidsmiljø som en operasjonsstue er, oppleves krevende og stressende (Silèn-Lipponen *et al.*, 2002). Driften i en operasjonsavdeling organiseres med team satt sammen av medlemmer med ulik spisskompetanse for å møte denne komplekse

¹ AORN – Association of Operating Room Nurses

² RN – dvs autorisert sykepleier som er opplært til å ivareta helhetlig omsorg og pleie for pasienten som inkluderer planlegging, gjennomføring av tiltak, evaluering og dokumentasjon (Matson, 2001)

pasientgruppens behov for behandling. Flere studier viser at dersom en forstår hverandres arbeidsoppgaver og kompetanse i teamet, kan teamarbeidet utøves bedre (Silèn-Lipponen *et al.* 2005, Rasmussen, 2009, Ellingsæter, 2010). I Norge er det krav om 90 studiepoengs videreutdanning i operasjonssykepleie for å bli operasjonssykepleier. Myndighets- og ansvarsområde med funksjonsbeskrivelse beskriver rammer for operasjonssykepleien og herunder den koordinerende funksjonen. Ifølge Bäckström *et al.* (2008) er operasjonssykepleie individuell og profesjonell sykepleie innenfor både direkte og indirekte pasientrettet arbeid, som innebærer bruk av sykepleieprosessen (identifisere, planlegge, gjennomføre, evaluere sykepleien). Operasjonssykepleieren skal bidra til et faglig forsvarlig pasientforløp og ta medansvar for et tilfredsstillende kirurgisk resultat ved å organisere og administrere sin fagutøvelse effektivt. Funksjonsbeskrivelsen beskriver del-oppgaver, men kommer ikke med konkrete beskrivelser av hvordan koordineringen utøves gjennom operasjonsforløpet. Ifølge Matson (2001) skal den koordinerende operasjonssykepleieren med bakgrunn i sin utdanning ivareta hele sykepleieprosessen (vurdere, utvikle og gjennomføre en individuell plan for pleien, og evaluere utfall kontinuerlig). I dette inngår også et ansvar i å bidra overfor de andre teammedlemmene, slik at pasienten blir ivaretatt på en sikker og komfortabel måte. Min erfaring som lærer er at studentene har størst utfordringer når de skal ivareta den koordinerende funksjonen. Å få beskrivelser av erfarne operasjonssykepleieres utøvelse, kan være et viktig bidrag for deres læring og inntreden i et nytt fagområde.

1.2 Forskningsspørsmål

Kompetansen i koordinerende operasjonssykepleie er altså omstridt, og det finnes få beskrivelser av den konkrete utøvelsen. Dette ga meg en sterk drivkraft til å oppsøke praksis og undersøke hvordan funksjonen utøves. Jeg ønsket å beskrive hvordan dette arbeidet utøves gjennom hele operasjonsforløpet for å bidra til økt kjennskap til operasjonssykepleien, blant andre teammedlemmer og sykepleiegrupper. Benner (2011) anbefaler å studere ekspertene når målet er å utvikle faget. I denne sammenhengen går jeg opp upløyd mark. Jeg beveger meg i et område med lite beskrivelser av hvordan koordineringen som helhet utøves og hva som er viktig for at den utøves godt. Det la føringer for at forskningsspørsmålet ikke kunne spisses så mye. Jeg endte dermed opp med følgende forskningsspørsmål:

Hvordan utøver erfarne operasjonssykepleiere koordineringen gjennom operasjonsforløpet?

1.3 Avgrensninger

I denne oppgaven er det operasjonssykepleiernes perspektiv som ligger til grunn for studien. Jeg har ikke fokus på deloppgaver som dokumentasjon, leiring, hypotermiforebygging¹, desinfeksjon av felt, åpning av sterilt utstyr, klargjøring av operasjonsstue og utstyr som inngår i denne funksjonen. Mitt fokus har vært et helhetsperspektiv, det vil i denne sammenhengen si arbeidsprosessen gjennom hele operasjonsforløpet, med vekt på det jeg tolker deltakerne vurderer som viktig for koordineringen gjennom forløpet. Alle pasientene fra observasjonsdagen hadde narkose. Dette la føringer for teamarbeidet på stua vedrørende pasientkontakten, og dermed det deltakerne og jeg samtalte om i intervjuet. I oppgaven bruker jeg betegnelsene sykepleier, operasjonssykepleier og koordinerende operasjonssykepleier om hverandre i teksten. Pasienten refereres til som han, og deltakerne blir referert til som 1, 2 og 3.

1.4 Oppgavens oppbygning

Oppgaven består i alt av 8 hovedkapitler. I innledningskapittelet har jeg presentert oppgavens tema og bakgrunn for valget av tema. Jeg har videre gjort rede for problemstillingen jeg ønsker å besvare, samt avgrensninger i oppgaven. Kapittelet avsluttes med en gjennomgang av oppgavens oppbygning.

I hovedkapittel 2 gjør jeg rede for tidligere forskning på området, og hvordan jeg har posisjonert eget prosjekt i forhold til denne forskningen.

Hovedkapittel 3 beskriver teoretiske perspektiv jeg har valgt å ta inn fra Hans Georg Gadamer (2010), Kari Martinsen (2012) og Patricia Benner (2011).

I hovedkapittel 4 beskrives metoden. Jeg gjør først rede for min metodologiske tilnærming, deretter utfordringer ved å forske i eget felt og forskerrollen. Til slutt beskrives forskningsdesignet. Avslutningsvis drøftes pålitelighet og gyldighet, samt etiske overveielser i forbindelse med gjennomføringen av forskningsprosjektet.

I hovedkapittel 5 presenterer jeg studiens funn. Funnene er organisert i tre temaer kronologisk gjennom operasjonsforløpet: ”Å komme i forkant”, ”Samstemming” og ”Flyt”. Presentasjonen bygger på nære beskrivelser av operasjonssykepleiernes utøvelse av koordineringen gjennom operasjonsforløpet, og deres vurderinger av hva som er viktig under utøvelsen og hvorfor.

Funnene er mine begrunnede tolkninger av hvordan utøvingen kan forstås og hvilken betydning den har.

¹ Hypotermiforebygging – forhindre nedkjøling av pasient

I hovedkapittel 6 drøftes tre områder på tvers av det kronologiske forløpet gjennom operasjonen: ”Tidens uttrykk og betydninger på operasjonsavdelinga”, ”Å komme i forkant” og ”Frihet og Bundethet”.

Opgavens siste hovedkapittel inneholder konklusjon og sammenfatter det kunnskapsmessige og faglige bidraget denne studien gir.

2.0 Tidligere forskning

Ifølge Lockertsen (2009) er lite av operasjonssykepleiefaget med dets tradisjoner og kunnskapsformer artikulert skriftlig. Først i 1955 kom Borghild Hillestads lærebok *Operasjonsteknikk*. Det var den første bok i operasjonssykepleie skrevet av en operasjonssykepleier i Norge. Det tok lang tid før oppfølgeren kom (Dåvøy, Eide & Hansen (red), 2009), og det er først i de senere år at det er kommet forskning om operasjonssykepleie gjort av operasjonssykepleiere i Norge.

For å finne forskning som beskriver hvordan koordineringen gjøres, har jeg tilnærmet meg med ulike innfallsvinkler. På grunn av sykdomsavbrudd er søkene gjort i to etapper; 2009 og 2013. Innledningsvis brukte jeg søkeportalen Ofelas i fagsøk og inkludert følgende databaser: BIBSYS Ask og emneportal, British nursing index, Cinahl, Cochrane library, Helsebiblioteket, Journal citation report, Munin, Norart, OTD base, Ovid Nursing, Pubmed og Svemed+. De første søkene jeg gjorde var for å posisjonere eget arbeid og finne forskning som kunne utvide min forståelse for dette området. Jeg brukte følgende søkeord i ulike kombinasjoner: operasjonssykepleie*, teamarbeid og koordinering. De engelske søkeordene jeg brukte var perioperative nursing eller operating room nursing, teamwork eller patient care team og circulating nurse*. For å snevre inn søket brukte jeg den logiske operatoren AND. I tillegg studerte jeg forskning oppgitt som referanser i de studiene jeg valgte å bruke.

Søkene viste at det som finnes av forskning har dels vært rettet mot deloppgaver som ligger under denne funksjonen, dels har den hatt et mer overordnet perspektiv. Jeg fant ingen forskning som konkret beskriver koordineringen gjennom operasjonsforløpet. Når det gjelder deloppgaver finnes en god del om leiring (Landsverk, 2002, Irvin *et al.* 2004, Lindgren *et al.* 2004, Schoonhoven *et al.* 2006, Zappa og Sugarbaker, 2007) og hypotermiforebygging (Scott & Buckland, 2006, Wong *et al.* 2007). Videre fant jeg forskning som beskrev den

perioperative omsorgen for pasienten (Lindwall, Post og Bergbom, 2003, Von Post & Lindwall, 2006, Rudolfsson *et al.* 2007a, Rudolfsson *et al.* 2007b), og den peroperative omsorgen for pasienten (Stenhaug, 2002, Spjelkevik *et al.* 2004, Stavø, 2009). I tillegg har det vært gjort mye forskning på teamarbeid, både som omfatter hele operasjonsteamet (Leonard *et al.* 2004, Healey *et al.* 2006, Catchpole *et al.* 2008, Salas *et al.* 2008), og med et operasjonssykepleieperspektiv (Koerner *et al.*, 1984, Silèn-Lipponen *et al.*, 2002, Silèn-Lipponen *et al.* 2004, Silèn-Lipponen *et al.*, 2005, Alfredsdottir & Bjørnsdottir, 2007, Joy, 2009, Rydberg, 2009, Ellingsæter, 2010, Kristoffersen, 2010). Hovedfokus har vært på utfordringer som har betydning for pasientsikkerheten, i den forbindelse kommunikasjon, samarbeid og koordinering. Forskningen har ikke spesifikt vært rettet inn mot operasjonssykepleierens koordinerende funksjon. Et annet område som også er relevant er hvordan operasjonssykepleiernes kompetanse blir beskrevet (Silèn-Lipponen *et al.* 2005, Gillespie *et al.*, 2009a, Gillespie *et al.* 2009b), herunder også faglig skjønn beskrevet av Dåvøy (2005). Ingen av disse studiene har fokus på den koordinerende funksjonen. Koordineringen inngår i kompetansen, men den konkrete utøvelsen blir ikke beskrevet. Når det gjelder beskrivelser av funksjonen eller rollen, finner jeg utover de nevnte deloppgaver historisk tilbakeblikk på funksjonen (Shoup, 1988), studier der fokuset har vært på regulering av hvem som kan ivareta denne funksjonen, sykepleier eller tekniker (Matson, 2001, Franco, 2004) samt retningslinjer/veiledning med oversikt over overordnede kompetanseområder, ”statements” (Conner, 1999). Jeg fant to studier som undersøker koordinering på operasjonsavdelingen. Disse har undersøkt koordinering på et overordnet nivå, det vil si hoved-koordinators rolle med tanke på effektiv gjennomføring av operasjonsprogrammet (Moss & Xiao, 2002, Moss & Xiao, 2004).

I desember 2012 og januar 2013 gjorde jeg nye søk hvor jeg også tok utgangspunkt i mine funn. Søkene ble i denne omgang gjort i databasene cinahl, pubmed, samt i google scholar. Søkeordene jeg brukte var operasjonssykepleie, koordinering, operasjonsteam, tid, tempo og forberedthet. De engelske søkeordene jeg brukte var: operating room nursing, circulating nurse, teamwork eller patient care team, time eller tempo samt operating room nursing og forethought. Studiene jeg har valgt ut presenteres under 5 temaer: et operasjonssykepleieperspektiv på kompetanse og koordinering, operasjonssykepleierens omsorg for pasienten, teamarbeid, forskning som jeg finner berører ”å komme i forkant” og ”tiden”.

2.1 Et operasjonssykepleieperspektiv på kompetanse og koordinering

Både Gillespie *et al.* (2009a), Gillespie *et al.* (2009b) og Dávøy (2005) har beskrevet kompetanse operasjonssykepleierne har. Ifølge Gillespie *et al.* (2009a, 2009b) er kunnskap, samarbeid og kommunikasjon viktig for å kunne fungere som medlem i operasjonsteamet. Gillespie *et al.* (2009a) løfter også frem koordinering og administrering. I denne studien hvor hun har gjort fokusgruppeintervju med 27 operasjonssykepleiere identifiseres tre temaer som beskriver operasjonssykepleierens kompetanse:

- sammensmeltning av teoretisk, praktisk, situasjonsbetinget og estetisk kunnskap i et teknologisk miljø
- gode kommunikasjonsferdigheter i team og i ulike situasjoner, i denne sammenheng betydningen av å formidle informasjon teammedlemmene trenger for å ivareta sin rolle
- lede og koordinere flyten i operasjonen/programmet, herunder kunne koordinere og forhandle vedrørende prioriteringer, ha lederegenskaper, er fleksibel og tilpasningsdyktig, og bruker et helhetsperspektiv (big picture perspective). Under dette temaet inngår evnen til å organisere personell og materialressurser – herunder håndtere arbeidsbyrde og konflikter i teamet. Den kompetente koordinator bruker et helhetsperspektiv, har lederegenskaper og situasjonsbetinget kunnskap

Gillespie *et al.* (2009b) gjør en syntese av litteratur som beskriver den perioperative-sykepleiekompetansen hvor hun identifiserer to hoveddomener som beskriver kompetansen; spesialisert kunnskap og menneskelig faktor. Litteraturstudien viser at evnen til å forutse teamets behov har høy verdi blant andre teammedlemmer. Omsorgsrollen for pasienten viser seg som ”pasientens advokat”. Forskning illustrerer en spenning mellom ”omsorgsrollen” og rollen som ”tekniker”. For å bli oppfattet som kompetent av pasienten må sykepleierne være kompetente i begge rollene. Det vil si å være støttende og empatisk, og samtidig inneha nødvendig tekniske ferdigheter og klinisk ekspertise. Den menneskelige faktor inkluderer effektiv teamarbeid og kommunikasjon, samt koordinering og ledelse. Syntesen viser at hoved-koordinatorens rolle underbygges av å styre pasientflyten, prosedyre- og rombestilling, fordele og forberede utstyr og tidsberamme kirurgi. Det er lite forskning med fokus på den perioperative sykepleierens kompetanse relatert til dette. Operasjonssykepleieres kompetanse kommer også til uttrykk i Dávøys (2005) studie om faglig skjønn i operasjonssykepleien. Hun viser i sin studie hvordan erfarne operasjonssykepleiere handler i ulike situasjoner. Skjønn

viser seg blant annet ved at prosedyrer kan settes til side, og ved at operasjonssykepleieren viser mot ved å gå over i andres ansvarsområde. Skjønnnet er avhengig av et godt blikk, som ser det som er viktig å se og hva som skal gjøres. Et godt faglig skjønn tilpasser operasjonssykepleieren til den enkelte pasient og situasjon, slik at det blir en skreddersydd være- og handlemåte i en kontekstuell sammenheng. Andre studier jeg finner om koordinering som funksjon har undersøkt hovedkoordinators (charge nurse) rolle (Moss & Xiao, 2002, Moss & Xiao, 2004). Sikker og effektiv ivaretagelse av pasienten vektlegges. Begge studiene har undersøkt forbindelsen mellom kommunikasjon, koordinering og pasientsikkerhet, med bakgrunn i hovedkoordinators rolle som behandler og formidler av informasjon vedrørende gjennomføring av operasjonsprogrammet. Dette har sin bakgrunn i at kommunikasjonsfeil er hovedårsak til at feil oppstår på en operasjonsavdeling.

2.2 Operasjonssykepleierens omsorg for pasienten

Når det gjelder den peroperative pasientomsorgen, blir den nære og direkte pasientkontakten ivaretatt av den koordinerende operasjonssykepleieren. I flere studier blir omsorgen for pasienten beskrevet som ”pasientens advokat” (Alfredsdottir & Bjørnsdottir, 2007, Gillespie *et al.*, 2009b, Joy, 2009). Flere studier løfter frem at operasjonssykepleieren jobber for at det de gjør blir til det beste for pasienten (Dåvøy, 2005, Bull & Fitzgerald, 2006, Bjørn & Boström, 2008, Rasmussen, 2009). Ifølge Dåvøy (2005) veier godhet for den andre, for pasientens beste, tyngst i skjønnsutøvelsen. Rasmussen (2009) tolker at det å se pasienten innebærer å observere pasientens reaksjoner, behov for informasjon, samt vurdere hvilke tiltak som må iverksettes. Ifølge Bjørn & Boström (2008) føler operasjonssykepleierne seg ansvarlige for pasientens velbefinnende. Dette kommer til uttrykk ved at grundig planlegging vektlegges, som skal resultere i kontroll over arbeidet og at utstyr er forberedt. Også Alfredsdottir & Bjørnsdottir (2007) viser i sin studie vektleggingen av å sikre pasientens velbefinnende og beskytte den hjelpeløse pasienten ved å forebygge mot skader og komplikasjoner. I denne sammenhengen betyr det også å ”passe på” at ikke andres arbeid med pasienten påfører noen form for lidelse for pasienten, jamfør rollen som ”pasientens advokat”. Prosjektrapporten til Spjelkevik *et al.*, (2004) viser at operasjonssykepleierne forsøker å formidle og etablere trygghet ved hjelp av kommunikasjon (verbal og nonverbal), skjerming av inntrykk, og ved å informere pasienten om det som skal skje. Både Von Post & Lindwall (2006), Stenhaug (2002) og Stavø (2009) viser at operasjonssykepleieren må være faglig trygg for å formidle trygghet til pasienten. Ifølge Von Post & Lindwall (2006) kan det bidra

til å øke pasientfokus, og at teammedlemmene blir mer oppmerksomme mot hverandre. En konsekvens av det kan være at pasientene opplever atmosfæren på operasjonsavdelingen som god. For å skape denne atmosfæren brukes humor, varme og nærhet. Stenhaug (2002) og Stavø (2009) viser begge at operasjonssykepleieren må være trygg på det tekniske utstyret for å kunne løfte blikket og være oppmerksom på pasientens behov. Deltakerne til Stavø opplevde at de fremstod lite tillitsvekkende overfor pasientene, dersom de var dårlig forberedt med mangelfulle opplysninger om pasienten og at utstyret ikke var klart. I møtet med pasienten viser de til et ”trenet blikk” som fanger opp mange opplysninger om pasienten innen den korte tiden de har til rådighet. Informasjon for å trygge pasienten blir vektlagt. De blir gode til å dekke pasientens behov på kort tid, og beskriver det som ”augeblikkets kunst”. Andreassen og Thurmann-Nielsen (2010) viser i sin studie hvordan operasjonssykepleierne bevisst bruker sin personlighet for å skape tillit og trygghet hos pasienten. Dette tolker de utvikles over tid. I dette inngår kunnskap og erfaring til å planlegge møtet med pasienten. De viser i sin studie hvordan sansning ved hjelp av blikk, å lytte og berøre kan skape trygghet sammen med informasjon. Operasjonssykepleierne løftet frem at det var viktig at en likte å jobbe med mennesker og var engasjert i arbeidet. Den personlige bruken kom til uttrykk som ærlighet, kreativitet (tilpasse egen atferd), humor og flørting, være rolig og høflig. Dette ble brukt for å skape kontakt med pasienten.

2.3 Teamarbeid

Healey *et al.* (2006) har beskrevet hva som inngår i teamarbeid hvor sykepleiere og leger samarbeider. Ifølge denne studien inngår: samarbeid (hvordan responderer i forhold til hverandre), kommunikasjon (innhold og klar formidling), koordinering (utstyr og informasjonsformidling), ledelse (effektiv teamkontroll), overvåkning (vurdere hverandres arbeid og situasjon). De løfter frem at teamarbeid både består av oppgaver den enkelte utfører og en felles adferd, samt sammenhengen mellom dette. Forskning vedrørende teamarbeid som har hatt et operasjonssykepleieperspektiv har hovedsakelig hatt fokus på sykepleiernes opplevelse av teamarbeid og utfordringer i teamarbeidet spesielt rettet mot kommunikasjon og samarbeid. Både Rasmussen (2009), Ellingsæter (2010) og deltakere i Kristoffersens (2010) studie fremhever at anerkjennelse i teamet er sentralt. Operasjonssykepleierne i Ellingsæters studie kjemper for anerkjennelse av sin kompetanse. De vurderer sin egen kompetanse som like verdifull som de andre yrkesgruppene, men opplever at deres kompetanse i liten grad anerkjennes av de andre. Rasmussens deltakere etterlyser bedre forståelse for hverandre, og

mener det kan minske konflikter mellom yrkesgruppene. Det etterlyses også forståelse for at arbeidet tar tid og må gjøres i riktig rekkefølge. Flere deltakere i Kristoffersens studie vektlegger at godt samarbeid er avhengig av respekt for hverandre og de arbeidsoppgavene man utfører. De opplevde at det hersket usikkerhet vedrørende arbeidsfordeling av oppgaver som ikke hører til en bestemt faggruppe. Disse oppgavene ble naturlig fordelt med bakgrunn i tid til rådighet. Ifølge Ellingsæter kan høy samhandlingshyppighet fremme samarbeid ved å gi innsikt i hverandres arbeidsoppgaver og dermed skape gjensidig forståelse. Studien hennes viser også at operasjonssykepleiernes yrkesutøvelse preges av en travelhetskultur, hvor det handler om å jobbe fort. Operasjonssykepleierne må gjøre flere arbeidsoppgaver innen samme tid, eller gjøre arbeidsoppgavene i høyere tempo. Innsatsen de legger ned blir i liten grad anerkjent.

Flere studier viser at kommunikasjonen i teamet har stor betydning for hvordan og om pasientsikkerheten blir ivarettatt (Leonard *et al.*, 2004, Silèn-Lipponen *et al.*, 2005) Ifølge operasjonssykepleierne i Silèn-Lipponen *et al.* studie (2002) er det som har betydning for samarbeidet: fleksibel organisering og aktiv kommunikasjon, sikker og bekreftende kommunikasjon, opplevelse av å være en del av teamet og se sitt arbeid ut i fra pasientens perspektiv, og en støttende atmosfære i teamet. De konkluderer med at samarbeid betyr å forstå hverandres behov, fokusere på mål, dele ressurser og gjensidig hjelp. En eldre studie av Koerner, M. *et al.* (1984) beskriver hvordan den koordinerende operasjonssykepleieren kan bidra til å bedre kommunikasjonen i teamet. Hennes studie viser at den koordinerende operasjonssykepleieren har fokus på hele teamet, og overvåker og koordinerer aktiviteter og leder teamets kommunikasjon. Muligheten operasjonssykepleieren i denne rollen har til å observere, lytte, veilede, tolke og klargjøre kommunikasjon i teamet har en vesentlig betydning. Flere studier som har undersøkt teamarbeid på operasjonsavdelingen løfter frem betydningen av å ha en god situasjonsforståelse og bidra inn mot teamet ved å skape en dialog med utgangspunkt i det store bildet ("big picture") og være i forkant (Leonard, M. *et al.*, 2004, Alfredsdottir & Bjørnsdottir, 2007). Dette kan bidra til å skape en felles forståelse for den videre prosess i operasjonen, og dermed bidra til å sikre pasientbehandlingen og effektivisere arbeidet.

2.4 Forskning som berører å komme i forkant

”Å komme i forkant” handler i hovedsak om hva operasjonssykepleieren gjør for å ivareta pasientsikkerheten. Forskning jeg finner som berører ”å komme i forkant” har sett på kompetanse i å møte uventede hendelser eller akutte situasjoner (Rasmussen, 2009), å skaffe seg oversikt over pasienten, vurdere og iverksette handlinger (Spjelkevik *et al.* 2004), og forebygge mot skader og komplikasjoner (Alfredsdottir & Bjørnsdottir, 2007).

Rasmussen (2009) har undersøkt hvordan operasjonssykepleierne utvikler sin handlingskompetanse i forbindelse med uventede hendelser eller akutte situasjoner på operasjonsstua. Operasjonssykepleierne sier de må lære å se og huske. Kontroll på utstyr og planlegging av arbeidsoppgaver er viktig. Operasjonssykepleierne i studiet sier de må være konsentrert og fokusert på det som foregår i feltet for å være i forkant under inngrepet. De må ha kunnskap om det neste trinnet, slik at inngrepet glir best mulig. Prosjektrapporten ”Bak lukkede dører” (Spjelkevik *et al.*, 2004) viser at operasjonssykepleiere utøver et fag som er komplekst, og som krever målrettede, selvstendige og reflekterte observasjoner, vurderinger og handlinger. I den direkte kontakten med pasienten er målet å sikre en omsorgsfull og sikker helsehjelp, ved å medvirke i den kirurgiske behandlingen og forebygge komplikasjoner. Operasjonssykepleieren oppfatter seg selv som gode ”tilretteleggere” for pasienten, pårørende og samarbeidspartnere og som ”hygienens voktere”. Ord som system, orden, oversikt, kontroll og frem-synthet karakteriserer arbeidet. Ifølge Alfredsdottir & Bjørnsdottir (2007) har erfaring, kommunikasjon og organisering av arbeidet størst betydning når det gjelder pasientsikkerhet. Kjerneområder i operasjonssykepleien er å sikre pasienten gjennom operasjonsforløpet, og forhindre feil. Målet er pasientsentrert sykepleie som er forebyggende. Å skape et miljø basert på varme, respekt og sikkerhet, uttrykt i en rolig, avslappet og vennlig atmosfære. I det forebyggende arbeidet var tre faktorer viktig: å tenke forebyggende, kunnskapsrike og erfarne arbeidere, støttet opp av et godt teamarbeid og gjensidig tillit. Å tenke forebyggende kom til uttrykk ved å komme i forkant (thinking ahead) og forestille seg alt som kan gå galt, og prøve å forbygge for det ved bruk av retningslinjer og kontrollister. I denne sammenhengen var det viktig å ha god oversikt over pasienten og det som kunne bidra til komplikasjoner. Å vite hva en kan forvente av de andre teammedlemmene og kunne takle ulike personligheter ble også fremhevet. Studien viser at økende krav om effektivitet spesielt rammer tiden som skal brukes til forberedelser og tiden mellom operasjonene. Arbeidet oppleves komplisert og krevende. Det betyr at operasjonssykepleieren må være konsentrert og i forkant for å forhindre feil hele

tiden. Det er et økt behov for å tydeliggjøre hvordan operasjonssykepleierne kan bidra i arbeidet med å sikre pasienten.

2.5 Forskning som berører "tiden"

Forskning jeg har funnet som berører tiden på operasjonsavdelingen har i stor grad hatt fokus på effektivisering, for å få utnyttet operasjonskapasitet og tiden, og dermed få operert flere pasienter (Walker & Adam, 2001, Weinbroum *et al.* 2003). Jeg har funnet to studier der tiden som undersøkes har et operasjonssykepleieperspektiv (Riley & Manias, 2002, Riley & Manias, 2006). I studien til Riley & Manias (2002) viser de at disiplin beskriver operasjonssykepleierens profesjonelle utøvelse og former sykepleiepraksisen. Tiden er en av faktorene som regulerer det presise kirurgiske arbeidet på operasjonsstua. Operasjonssykepleierne trenger å forstå hvordan de utøver makt gjennom utøvelsen og erkjenne at deres rolle overskrider imaget som assistent til kirurgen. Denne bevisstgjøringen kan brukes til å synliggjøre arbeidet deres blant gjennom dokumentasjon. Dette kan styrke operasjonssykepleiens posisjon i sykepleien. I den andre studien til Riley & Manias (2006) undersøker de hvordan tiden kontrollerer kommunikasjonen mellom sykepleiere og leger. Studien viser at tiden skaper spenning og konflikt når det konkurreres om den. Områder som skapte spenning og diskusjoner gjaldt pasientomsorg, sikkerhet og praksismål. Operasjonssykepleierne prøvde på ulike måter å skape seg mer rom og tid, for å kunne forberede seg (vente med å legge frem sterile hansker til kirurgen). Sykepleierne stilte spørsmål ved etikken når tempo økte og reduserte pasientsikkerheten. Studien viser også at sykepleierne og legene estimerte tidsbruk forskjellig. Sykepleierne forholdt seg både til knivtiden og tiden før og etter. Organisering av avdeling og legenes ønske om styre tiden var i konflikt. Administrering av arbeidet og tiden ble formet av sykepleiernes kjennskap til kirurgene; deres tekniske ferdigheter, hvor raske de var til å operere og punktlighet. Denne kunnskapen ble brukt av hovedkoordinator ved administrering av operasjonsprogrammet. Hovedkoordinator fungerte som portvakt og styrte kirurgenes spillerom. Kjennskap til kirurgenes bruk av tid ble også brukt på lavere nivå i organisasjonen, hvor sykepleiere organiserer sin praksis med bakgrunn i denne kjennskapen.

3.0 Erfaring og forståelse

Ifølge Dahlberg *et al.* (2008:210) kan ikke forskeren nærme seg forskningsspørsmålet eller temaet med blanke ark, slik også Gadamer (2010) viser oss ved sin utlegning av

forforståelsen. Ved inngangen til forskningsprosessen og videre inn i datainnsamlingen, hadde jeg ikke valgt et teoretisk perspektiv. Det betyr likevel ikke at jeg stiller med blanke ark. Jeg er operasjonssykepleier- og lærer, og har gjennom mitt virke blant annet blitt påvirket av teoretikere som på ulike måter har vært med på å prege min forståelse og holdning til operasjonssykepleien. Blant disse inspiratorene er Kari Martinsen, Hans Georg Gadamer og Patricia Benner. Under arbeidet med datamaterialet har noe fra deres utlegninger blitt kjent igjen i datamaterielet. Dette har inspirert meg til videre lesning i deres tekster, som jeg så har anvendt inn mot funnene mine. Min forståelse av deres teorier har på denne måten fått utviklet seg sammen med datamaterialet i en hermeneutisk forståelsesprosess, og bidradd til ny forståelse av saken det gjelder, i denne sammenhengen operasjonssykepleierens koordinering. Områder fra deres tekster som fanger opp vesentlige sider ved datamaterialet er trukket ut og blir presentert.

3.1 Hans Georg Gadamer

Gadamers forforståelse og forståelsesprosess blir beskrevet i metodekapittelet. På samme måte kan en praksis utgjøre en forståelsesprosess, som beveger seg i en hermeneutisk sirkel mellom forforståelse og forståelse, og mellom del og helhet (Gadamer, 2010:303-306, 329-333).

I min studie har jeg valgt å undersøke erfarne operasjonssykepleieres utøvelse av koordineringen. Erfaring kan ifølge Gadamer både beskrives som forventninger som blir bekreftet, og som erfaringer vi ”gjør”. Det er erfaringer vi ”gjør” som er den egentlige erfaringen. Denne erfaringen er alltid negativ og lærer oss å anerkjenne det virkelige – at vi ikke er herre over tiden og fremtiden, det vil si en erfaring av menneskets endelighet. Ifølge Gadamer er den som er erfaren blitt bevisst på sin egen erfaring, og er ifølge Gadamer særlig skikket til å gjøre erfaringer og lære av dem, på grunn av all erfaring (negative) han har gjort seg og har lært av. Når vi har gjort en erfaring, kan vi forutse det vi hittil ikke forventet. Dette leder oppmerksomheten mot seg selv. Det er den erfarnes bevissthet om egen erfaring som gjør at den erfarne er åpen for erfaringer. Denne åpenheten er frigjort gjennom erfaringen selv (Gadamer, 2010:394-398).

Operasjonsforløpet danner en tidslinje. Tidens betydning kan ses i sammenheng med utviklingen av ny forforståelse. Avstanden tiden bidrar med har stor betydning for å skille

mellom det som skaper forståelse og det som skaper misforståelse, og gir svar på hermeneutikkens egentlige problem (2010:335-337). Tiden som går gjør det mulig å sammenligne situasjonen slik den er (nåtid) med forforståelsen som var forut i tid. Sammenligningen kan forkaste forforståelsen, og skape ny forståelse. Slik fortøner den egentlige erfaringen seg. Det er ifølge Gadamer (2010) kun gjennom negative eksempler vi oppnår ny erfaring (2010:397). Denne negative erfaringen kommer til uttrykk når vi kaster frem et utkast av vår forståelse (dvs. forforståelsen). Dette utkastet viser alltid framover, og er ifølge Gadamer en foregripelse av en fullkommen forståelse (2010:332). Når denne viser seg å være feil har vi lært noe nytt, og ifølge Gadamer – gjort en egentlig erfaring, eller som han selv sier: ”*man forstår annerledes når man overhodet forstår*” (2010:335).

3.2 Kari Martinsen

Jeg har som tidligere nevnt vært inspirert av Kari Martinsen og lest hennes tekster gjennom mange år. Hun tar forståelsen inn i relasjonen mellom mennesker. Her blir sykepleie forstått som et praktisk yrke med omsorg for de syke i svært ulike slags relasjoner. Martinsen viser til Løgstrup som sier at mennesket i kraft av livets skrøpelighet og utleverthet er sårbar (Martinsen, 2012:12). Når det gjelder operasjonspasienten er han i en særlig sårbar situasjon, hvor livet til pasienten utsettes for risiko ved at kroppen blir skadd, og mennesket gjort totalt avhengig og sårbart. Det kommer til uttrykk ved at kroppen blir skåret i og bedøvd. Det medfører at pasienten er avhengig av, og må stole på at andre tar vare på kroppen og livet for ham. Dette strekker seg utover den menneskelige sårbarhet som vi alle kan kjenne på i kraft av å være menneske. Denne innsikt må ifølge Martinsen brukes i møte med pasienten, ved at operasjonssykepleieren varsomt fornemmer hvor pasientens grenser går og opptrer ivaretagende sammen med resten av teamet (Martinsen, i Dåvøy, Eide & Hansen (red), 2009:33). Ifølge Martinsen er det sykepleierens ansvar å beskytte den sårbare og utsatte kroppen, og ikke stille pasienten i forlegenhet (Martinsen, 2005). Med det forstår jeg at operasjonssykepleieren skal verne om og sikre pasientens bedøvde kropp i den kritiske situasjon en operasjon er, og at hun i møte med pasienten ser personen og ivaretar pasientens verdighet.

Martinsen oppfordrer operasjonssykepleierne til å la seg veilede av sin sansning, samtidig som operasjonssykepleieren lar sin erfaring, kunnskap og omsorg for pasienten guide henne (Martinsen i Dåvøy, Eide & Hansen (red.), 2009:35). Den danske sykehuspresten Tom

Anders Kjær skriver i ”Løgstrup og sykepleien” at det er i bevegelsen mellom sansning og forståelse sykepleieren kan forstå hva hun står overfor i situasjonen, og la seg bevege og finne seg selv i forståelsen av den andre. Det er forståelsens avstand til sanseintrykket som skaper mulighet til å erkjenne hva hun står overfor (Martinsen, 2012, ss.161-162). Martinsen oppfordrer til en stemning av undring på operasjonsstua, som gjør det mulig å være sansende tilstede og kunne ”snu seg rundt” i situasjonen slik at innfall kan fødes (2012:21-22, 32-39). Med det forstår jeg at hun oppfordrer operasjonssykepleieren å være sansende tilstede i situasjonen, og være åpen for hva situasjonen uttrykker og la seg kroppslig berøre. Martinsen viser til Løgstrups tekster om innfallet, der han beskriver det stemte inntrykket som en forutsetning for innfallet, fordi tankene da settes i gang. Gode forutsetninger for innfallsarbeid er en stemning som skaper rom for undring og spørsmål, og lar tankene få folde seg ut i kreativitet (Martinsen, 2008). Dette kan ses i sammenheng med Martinsens beskrivelser av det fiktive rommet, hvor bruk av fantasi kan bidra til at forståelse tydes frem av det som uttrykkes (2012:117-122).

Motsetningen til dette er travelhetens rom, som både skaper muligheter og vanskeligheter. Tiden kan i følge Martinsen oppleves som en hektisk gjøremålstravelhet der gjøremålene er i sentrum og sykepleieren ikke ser pasienten med et oppmerksomt blick (2012:31). Dette tempoet kan hindre sykepleieren å se klart og å områ seg, og gjør det vanskelig å vurdere situasjonen (2012:126). På den andre siden kan travelheten brukes til pasientens fordel. Martinsen viser til Løgstrups utlegning av oppstanden mot tiden, som er et forsøk på å holde det nåværende øyeblikk tilbake. Oppstanden mot tiden kan beskrives i handlinger som å trekke tiden ut, utnytte tid, kaste bort tid, bruke tid, få og gi tid. I oppstanden mot tiden gis det rom for det fiktive rom, slik at tiden får rom (2012:117-122). Martinsen spør om pasienten får være med og forme sykepleierens prioriteringer av tiden. Er sykepleieren solidarisk med den hektiske gjøremålstravelheten, eller er hennes solidaritet hos pasienten? Hun viser til Løgstrups utlegning av solidaritet som et begrep som både er rettslig og etisk med bakgrunn i personers innbyrdes avhengighet i forhold til det de er felles om. Å være felles om noe forplikter å stå sammen (2012:142-145).

3.3 Patricia Benner

Jeg ser mange paralleller mellom det Benner har forsket på over mange år, og min lille studie av operasjonssykepleien. Vi har begge skildret erfarne sykepleiere og har sett etter det som er

viktig for utøvelsen. Hun har gitt språk til områder vi tar for gitt, noe jeg også har forsøkt å gjøre. Hun har brukt en situasjonsorientert og fortolkende metode for å identifisere og beskrive viten som ligger i klinisk sykepleie. Jeg har også tatt utgangspunkt i situasjonene sammen med deltakerne, og har identifisert og beskrevet det jeg fortolker ligger i operasjonssykepleiernes kliniske sykepleie. Siden operasjonssykepleien som helhet er lite artikulert, er det et stort behov for å beskrive, sette ord på og finne begreper som passer til å uttrykke operasjonssykepleien.

Benner legger to ting til grunn for praktisk sykepleiekunnskap; det sansemessige og at erfaring er forståelse. Begrepene hun beskriver er måter å tenke på i forhold til en praktisk situasjon. Forutsetningen for å forstå er at en har en forkunnskap, og sammenhengen mellom forkunnskap og forståelse kommer til uttrykk ved ”engaged reasoning-in-transition” (Benner *et al.*, 2011:13-14). Ifølge Benner er det viktig for pasientsikkerheten at forståelsen beveger seg i riktig retning, fra en dårligere til en bedre forståelse, og poengterer her betydningen av å ha oversikt over det som har skjedd. Videre er hun tro mot en klinisk måte å forstå som er åpen, fordi man ikke vet på forhånd hva som vil skje. Ifølge Benner er dårlige bedømmelser påvirket av forhastelse, sneversyn og fiksering på noen problemer samt overgeneralisering (2011:5, 13).

For å forstå situasjonen som utfolder seg, må sykepleieren skaffe seg oversikt over endringer hos pasienten. Dette kommer til uttrykk ved et kroppslig ”skilled know-how”, en dyktighet i å vite hvordan (2011:15). Denne handlingskompetansen kommer til uttrykk blant annet som: attunement (samstemming), sequencing activities (sekvensere oppgaver) og intervening (gripe inn). Dette fordrer ifølge Benner en god forståelse av situasjonen. Ekspertens svar på situasjonen er ifølge Benner *et al.* fleksibel og direkte samt tilpasset endringer hos pasient og situasjon, ”response-based” (2011:15). Å stemme seg inn mot pasient og situasjon krever i følge Benner ”perceptual acuity” (skarpsindig sansning) og ”interpersonal engagement” (mellommenneskelig engasjement). Hun sier videre at sykepleieren må ballansere mellom å bli overveldet av følelser og å ikke reagere i det hele tatt (2011:17).

Den gode oppfattelsesevnen og engasjementet i situasjonen er viktig for raskt å kunne oppfatte situasjonen i endring. Det krever i tillegg aktiv bruk av forkunnskaper. Benner (2011) beskriver dette som ”clinical forethought”. Tidligere erfaring med lignende situasjoner og

egen forestillingsevne om fremtiden ("future think") relateres til vitenskapelig kunnskap. Sykepleierens "clinical forethought" former og blir formet av hennes umiddelbare forståelse av situasjonen. De erfarnes dype innsikt i situasjonen gjør det mulig å fokusere på det som er viktig, og gjør at de vet når de skal bruke og ikke bruke prosedyrer (2011:67-87). Når erfarne sykepleiere ser at noe ikke stemmer med det de forventer, vil de i følge Benner bli mer oppmerksom på situasjonen og pasientens respons og følge det opp (2011:85). Når det gjelder teamarbeid har team som er ukjente for hverandre ifølge Benner større behov for en som leder teamet enn team som kjenner hverandre. I slike sammenhenger må lederen koordinere teamet for å få arbeidet til å flyte. I uoversiktlige situasjoner må ofte ekspertsykepleierne respondere på et moralsk press om å ta ledelse; hva trengs, hvem gjør hva, og holde oversikt over hva som er gjort og bør gjøres for å unngå feil. Dette har de lært gjennom erfaring med slike situasjoner (2011:205-206). Ifølge Benner viser denne form for sansning og engasjement solidaritet i praksis, og har fokuset på det gode for pasienten (2011:236-240).

4.0 Metode

Hensikten med min studie var å undersøke hvordan erfarne operasjonssykepleiere utøver koordineringen i operasjonsteamet, og hva de mener er viktig for at koordineringen skal bli god. Jeg ønsket å beskrive og fortolke denne utøvelsen. Det er mulig ved en kvalitativ forskningsmetode. Denne metoden egner seg når en ønsker å få vite mer om menneskers erfaringer, opplevelse, tanker, motiver og holdninger (Malterud, 2003). Tilnærmingen min har i hovedvekt vært hermeneutisk. Inspirasjon til dette arbeidet er hentet fra Gadamer (2010) "Sannhet og metode" og Dahlberg *et al.* (2008) "Reflective Lifeworld Research".

4.1 Hermeneutisk tilnærming

Ordet hermeneutikk betyr å tolke eller fortolke. H.G.Gadamer er den mest kjente hermeneutiske filosof i vår tid, og grunnlegger av den filosofiske hermeneutikken. Hans utgangspunkt var hvordan vi forstår en tekst eller et kunstverk. Ifølge Gadamer (2010) er hermeneutikk ikke en vitenskapelig metode, men beskriver hva vi som mennesker gjør når vi forstår noe. Både datainnsamlingen og fortolkningen av datamaterialet er forståelsesprosesser. Min forståelse og deltakernes forståelse baserer seg i hovedsak på våre beskrivelser og tolkninger av en "felles" praksissituasjon (er). Mine og deres tolkninger danner grunnlaget for

de skrevne feltnotatene og samtalene som er omdannet fra lydfil til transkribert datamateriale. Analysen tar utgangspunkt i det samlede materialet. Mine tolkninger og fortolkninger har vært aktive under hele forskningsprosessen. For å få en så riktig som mulig forståelse av koordineringen, i henhold til hvordan den utøves, må jeg være åpen for hvordan den viser seg, og for hvordan den erfares og vurderes av deltakerne.

Dahlberg *et al.* (2008) refererer til Maso som sier at åpenhet skal rette seg mot forsknings-situasjonen, forskningsspørsmålet og til oss selv. Åpenhet til forskningsspørsmålet betyr å legge til rette for at spørsmålet besvares fullt ut ved bruk av metoder som er hensiktsmessige og litteratur som er relevant, samtidig som forskeren er bevisst hvordan spørsmålet leder og begrenser undersøkelsen og eventuelt endre spørsmålet. Det betyr at alle sider ved forskningen må reflekteres over gjennom hele prosessen (s. 100).

I forskning er en opptatt av hva som påvirker forskningen og om mulig kontrollere det. I det daglige tar vi ofte for gitt at verden er slik vi erfarer den og at andre erfarer den på samme måte. Dette reflekterer vi ikke kritisk over (Dahlberg *et al.* 2008:131). Spesielt når en forsker i eget felt kan denne innstillingen slå inn. For å være åpen for det uventede og fremmede, kreves ifølge Dahlberg *et al.* (2008) villighet til å lytte, se og forstå. Det omfatter respekt, ydmykhet, sensitivitet og fleksibilitet (98-99). Som forskere må vi kunne la oss overraske av det uforutsigbare. Det blir viktig å stille spørsmål og reflektere over valg jeg tar, og hvordan mine valg påvirker det jeg undersøker.

I kvalitativ forskning hvor forskeren fortolker gjennom hele forskningsprosessen, er det spesielt viktig å klargjøre egen *forforståelse* for å vise hvordan forskeren kan ha påvirket resultatet. Ved å stille spørsmål til seg selv i forhold til det som undersøkes, kan en synliggjøre hvordan forskeren kan ha påvirket materialet. I hermeneutikken beskrives forforståelsen som en betingelse for å forstå. Utgangspunktet er at den som ønsker å forstå står i forbindelse med det som undersøkes, og har en tilknytning til den tradisjon som er gjeldende. Forforståelsen uttrykker seg som en forventning til det som skal skje. Forventningen har utgangspunkt i den erfarendes forståelse av situasjonen, det vil si kunnskaper, tidligere erfaringer og tradisjon og kultur som han er en del av (Gadamer, 2010:329-333). Gadamer beskriver forståelsesprosessen på to måter. På den ene siden kan den forstås som en bevegelse mellom forforståelse og forståelse. Teksten jeg leser tolkes og forstås med

bakgrunn i den forforståelse jeg har med meg, og er min tilgang til å forstå. Samtidig vektlegger Gadamer åpenheten som en forutsetning for å forstå noe nytt. Etter hvert som jeg trenger lengre inn i teksten oppnår jeg en ny forståelse. Denne nye forståelsen utgjør nå min nye forforståelse og danner mitt nye utgangspunkt for å forstå. Forståelsen kommer til uttrykk i nye utkast som utarbeides, og forståelsens vedvarende oppgave er å utarbeide nye, riktigere og mer sakstilpassede utkast (2010:303-306).

Forståelsen kan også beskrives som en veksling mellom helhet og del, der forståelse av helheten har betydning for hvordan delene forstås, og forståelse av delene påvirker helhetsforståelsen. Helhetens mening blir en eksplisitt forståelse med bakgrunn i sammenhengen mellom helhet og del. Dette beskriver Gadamer som den hermeneutiske regelen (2010:329-333). Begge disse måtene å forstå noe på blir anvendt av meg under hele forskningsprosessen og bidrar også inn mot drøftingen. I begge disse måter å forstå, er det ifølge Gadamer dialogen i form av spørsmål og svar som holder forståelsesprosessen i gang. Spørsmålets vesen er å frisettede muligheter og holde dem åpne (2010:337). For å forstå koordinering slik den utøves av de erfarne, må jeg bruke min forforståelse til å forstå og være åpen og spørrende inn mot denne utøvelsen slik at min forståelse kan endres i retning av en riktigere forståelse. I den tematiske analysen jobber jeg kontinuerlig mellom helhet og del for å utarbeide utkast på min forståelse av datamaterialet.

4.2 Å forske i eget felt

De siste 20 årene har jeg jobbet med utdanning av operasjonssykepleiere, i dette inngår veiledning av studentene på operasjonsavdelingen. Veilederrollen har i så måte holdt meg oppdatert med virksomheten i avdelingen, også utøvelse av den koordinerende funksjonen. Før jeg begynte som operasjonssykepleielærer var jeg operasjonssykepleier uten tilknytning til en spesifikk spesialitet, og med vaktarbeid som dekket alt. Jeg praktiserte også ett år som operasjonssykepleier på en dagkirurgisk operasjonsavdeling ved samme sykehus for ni år siden. I denne praksisen fikk jeg ivareta både pre, per og postoperativ sykepleie til operasjonspasienten. Praksisen fra alle disse funksjoner var ved samme sykehus som datainnsamlingen nå ble gjort på. De to aktuelle avdelingene kjenner jeg gjennom denne veilederrollen. Nå skulle jeg forske i avdelingen. Ifølge Dahlberg *et al.* (2008) gir min kjennskap til kulturen meg en kontekstuell kunnskap som jeg må være bevisst og håndtere slik at jeg klarer å være åpen for saken jeg undersøker (s. 207-208). Kjennskapen bidro til en

positiv mottakelse og innpass på alle arenaer i avdelingen. Det gjorde sitt til at den praktiske gjennomføringen av prosjektet ble smidig gjennomført. To av deltakerne ga likevel uttrykk for at de grudde seg litt til å bli observert, men uttalte også at de glemte meg av når operasjonen var kommet i gang. En deltaker sa hun var usikker på hvordan hun skulle forholde seg til meg inne på stua. Hun bestemte seg for å arbeide som vanlig uten å vie meg noe oppmerksomhet. Selv om operasjonssykepleierne ga uttrykk for at de gjorde som de vanligvis gjør, har jeg ingen garanti for at utførelsen ikke ble påvirket av at jeg var med. Mitt inntrykk fra disse dagene var at arbeidet forløp som ”normalt” slik jeg kjenner det igjen fra lignende situasjoner, og samtidig må jeg ta høyde for at jeg forsker innen eget felt.

4.3 Forskerrollen og egen forforståelse.

Praksisen på en operasjonsavdeling er kompleks, foranderlig og uforutsigbar. For å skape forståelse av dette må jeg som forsker reflektere over fenomenet jeg undersøker og hvordan jeg får tilgang til det. Dette kaller Paulgaard (1997) for posisjonert innsikt. Hun sier at faren for feiltolkninger er størst hos de som er fremmed. Som operasjonssykepleier og lærer i operasjonssykepleie har jeg innsikt i operasjonssykepleiefagets kunnskapsgrunnlag og innsikt i konteksten operasjonssykepleie utøves i. Dette er på den ene siden min inngang til forståelse, samtidig som det kan begrense det jeg ser. Faren ved å ha felles erfarings- og kunnskapsbakgrunn, er at det kan føre til at jeg som forsker ikke stiller spørsmål ved forhold som tas for gitt innenfor kulturen (Thagaard, 2009). Det kreves da en ekstra innsats å være åpen og undrende i forhold til det en ser og hører (Dahlberg *et al.* 2008:98-99). I tillegg må jeg som forsker granske meg selv for om mulig å finne ut hva som kan ha betydning for det som undersøkes, og så langt det lar seg gjøre beskrive det slik at en kan se hvordan forskeren har vært med på å skape datamaterialet, jamfør at data er noe som skapes av forskeren (Dahlberg *et al.* 2008:210). Mitt engasjement i fagområdet kan ha ført til en glorifisering av funksjonen, slik at jeg har tendens til å gi den for stor betydning i teamet. Dersom det skjedde, kunne det gi beskrivelser som få kjenner seg igjen i. Åpenhet for det uventede og villighet til å lytte, se og forstå blir avgjørende (Dahlberg *et al.*, 2008:98-99), slik at min forforståelse er åpen for endring og at jeg ifølge Gadamer (2010) dermed kan forstå noe nytt.

Min forskerrolle var inspirert av Kari Martinsens tiltredelsesforlesningen som lektor ved Danmarks Sygeplejerskehøjskole. Hun snakker her om en kjærlig forskning, og beskriver sykepleie som en situasjonsorientert og relasjonell praksis, der forskeren inngår i en nærhet til

praksisfeltet, og bidrar med innsikt i sykepleiens konkrete hverdag og opplevde erfaringer. Forskerens utgangspunkt er situasjonen sykepleieren står i. Det er et nedenfraperspektiv som har som mål å løfte frem sykepleiernes egne erfaringer og vise frem situasjonens forskjellige betydninger. Martinsen oppfordrer forskeren til å plassere ansvaret når god omsorgssykepleie ikke kan praktiseres. En kjærlig forskning skal gi kunnskap slik at sykepleieren får utvidet handlerom (Martinsen, 1991). Dette perspektivet var med på å forme min forforståelse. Jeg mente at den koordinerende funksjonen var viktig i teamet, og ønsket å undersøke hvordan erfarne operasjonssykepleiere utøver denne funksjonen. Jeg ønsket å komme nær den praktiske utøvelsen og bruke deres erfaring som kilde til å forstå hva koordineringen er, og vise hvordan koordineringen kan utøves. Jeg hadde en forventning om at de erfarne ville vise frem hvordan de har utviklet denne utøvelsen i praksis.

Selve observasjonssituasjonen var ikke uvant for meg. Jeg var vant til å observere studentene inne på operasjonsstua. Det opplevdes likevel forskjellig. Når det gjelder studentene er observasjonen styrt av praksismål og nivå. Det betyr å se på ulike oppgaver studenten utfører, hvordan dette utføres og veilede mot målene. Når det gjaldt deltakerne var observasjonen styrt av forskningsspørsmålet. Jeg skulle undersøke hvordan de erfarne operasjonssykepleierne gjør koordineringen. Jeg valgte en plassering på operasjonsstua som ga tilgang til å se og høre det samme som den som koordinerte gjorde, samtidig som jeg så hva hun gjorde. Det betyr ikke at vi dermed så og hørte det samme. I forskerrollen måtte jeg veksle mellom den nære forståelsen og en mer distansert forståelse, der det som skjedde på stua ble satt i sammenheng med det jeg ville undersøke. Posisjonen måtte reflekteres over med tanke på hva den ga meg av innsikt som forsker, ikke som operasjonssykepleier.

Når det gjaldt intervjusituasjonen var dette en ny arena både for deltakerne og for meg. Jeg vektla også dette i starten av intervjuet for om mulig å medvirke til at vi begge senket skuldrene litt. For å få gode beskrivelser av deltakernes erfaringer, var det viktig å etablere en god atmosfære fra starten av. Ved å si noe om egen usikkerhet i en ny rolle, åpnet det kanskje også for at deltakerne i større grad kunne slappe av. Jeg opplevde at alle deltakerne var interesserte i prosjektet, og syntes det var viktig at den koordinerende kompetansen ble beskrevet og dermed synliggjort. Alle håpet at det kunne bidra til økt forståelse og verdsettelse av en funksjon. Jeg har i ettertid reflektert over om opplevelsen av å være engasjert i en "felles sak" har gjort at jeg ikke stilte kritiske nok spørsmål. Kanskje ble jeg for

besnæret av en felles forståelse av å forsvare den koordinerende operasjonssykepleierens rolle i teamet, og for inneforstått med deltakernes forståelse. Det kan ha medført at jeg kom for nært og ikke ga rom for nok distanse til det jeg undersøkte. Ved å reflektere over egen forforståelse samt hvordan den virket inn både under datainnsamlingen og analysen, kunne jeg arbeide med egen utøvelse av forskningen og forbedre den. Samtalene med veileder og en kollega og masterstudent med annen sykepleiefaglig bakgrunn har også hjulpet meg til å se på eget arbeid med et utenfra perspektiv, og bidradd til en større distanse til det jeg undersøkte. I tillegg bidro det uforutsette lange avbruddet til å skape distanse.

4.4 Forskningsdesign

Når det gjelder kvalitativ forskning vil spørsmål vedrørende utvalg, metode og analyse reflekteres over gjennom hele forskningsprosessen (Polit og Beck, 2008). Ifølge Dahlberg *et al.* (2008) anbefales det å bruke triangulering for å få rike beskrivelser av fenomenet. For å forstå hvordan koordineringen utøves valgte jeg å metodetriangulere ved å gjøre observasjon på operasjonsavdelingen etterfulgt av intervju. Ved å gjøre både observasjonsstudier og kvalitative forskningsintervju med alle deltakerne forventet jeg å få et fyldig datamateriale, på tross av få deltakere. I tillegg kan metodetrianguleringen bidra til å styrke funnene, ved at deltakerne og jeg samtaler om en felles situasjon. Det skaper mulighet til å validere observasjoner og utsagn opp mot hverandre.

4.4.1 Valg av deltakere og situasjon

Jeg valgte å gjøre et strategisk utvalg. Utvalgsriteriet var at deltakerne skulle være erfarne, det vil si ha minimum 5 års erfaring. Ifølge Patricia Benner (2004) kjennetegnes den kyndige aktøren ved å erkjenne en situasjon med utgangspunkt i et helhetsbilde, og at den har en intuitiv fornemmelse for situasjonen basert på en dyp bakgrunnsforståelse. Jeg håpet å finne operasjonssykepleiere som hadde en tilsvarende helhetsforståelse av koordineringen, og som kunne gi et rikholdig bilde av denne utøvelsen. Benner brukte som kriterium minimum 5 års erfaring, men antall år alene kan ikke sikre forventet nivå. Utvalget mitt kom til å bestå av 3 deltakere som alle hadde nærmere ti års erfaring som operasjonssykepleiere. Alle tre hadde jobbet mer enn fem år med samme spesialisering innen kirurgi. Deltakerne ble rekruttert fra to avdelinger på samme sykehus og kom fra tre forskjellige spesialiteter. Metodelitteraturen anbefaler at analysen skjer fortløpende og at en vurderer behov for supplement av deltakere

underveis (Polit og Beck, 2008). Jeg fikk et rikholdig materiale, og vurderte i samråd med veileder at det ikke var behov for å utvide antall deltakere. Jeg ser i ettertid at jeg kunne ha innlemmet uerfarne i utvalget, men det ville kanskje også samtidig ha endret fokus.

Når det gjaldt observasjonsstudie, valgte jeg å gjøre det under planlagte operasjoner og utelate akutte operasjoner. Planlagte operasjoner har et saktere forløp enn akutte operasjoner, og gjør det enklere for meg som forsker å observere. De ulike delene i koordineringen kommer tydeligere frem. I tillegg kan koordineringen i større grad følge ”oppskriften” for hvordan koordineringen gjøres. Akutte operasjoner har et raskere forløp, og kan i noen tilfeller hoppe over prosedyrer som inngår i koordineringen, for å redde liv. Deler kan utelates, være mindre synlige eller få et annet uttrykk. Av samme grunn hadde det vært interessant å sammenligne disse to situasjonene. Av hensyn til ø-hjelps pasientens situasjon, anså jeg det ikke som etisk riktig å utsette pasienten for ytterligere belastninger som innhenting av tillatelse ville kunne oppleves som. For å få tilgang til en helhetlig forståelse av koordineringen, fulgte jeg alle deltakerne gjennom hele forløpet med pasienten. Observasjonen ble gjort på ulike seksjoner med ulike spesialiteter. Dette kan bidra til å få frem flere nyanser og sider ved koordineringen. Det kan tenkes at ulike spesialiteter og seksjoner krever ulik vektlegging i koordineringen. Når det gjaldt den praktiske gjennomføringen, var deltakerne orienterte om at observasjonen og intervjuet måtte planlegges sammen med seksjonens avdelingssykepleier. Valg av dag til observasjon og intervju ble foretatt av avdelingssykepleier, informant og meg. Valget tok hensyn til kriterier for valg av pasient/situasjon, og praktisk gjennomføring (observasjon og intervju).

Kriterier for valg av situasjon og pasient dreide seg om antall operasjonssykepleiere som koordinerte, og at inngrepet ikke utsatte pasienten for blotting av intime kroppsdeler som jeg ville kunne observere. Med bakgrunn i min manglende forskererfaring ønsket jeg at kun en ivaretok koordineringen på stua for å forenkle observasjonen. Siden jeg hadde fokus på helheten ønsket jeg også av den grunn at arbeidet ikke ble delt opp. Under den siste observasjonen ble starten av koordineringen ivaretatt av to. De to tidligere observasjonene hadde bidradd til at jeg var tryggere i observasjonsrollen. I tillegg hadde fortløpende transkribering og gjennomlesning av de to første observasjonsnotatene og intervjuene bidradd til at jeg var mer posisjonert med tanke på fokus for observasjonen. Det medførte at observasjonen med to som koordinerte opplevdes utbytterik, og bidro som sammenlignings-

grunnlag til de andre observasjonene. Av praktiske hensyn måtte vi både finne en operasjonsdag der deltakeren hadde dagvakt og samtidig finne mulighet for å gjennomføre intervjuet innen rimelig tid. Jeg ønsket at det ble gjort innen to dager, for at både deltakeren og jeg hadde en så detaljert hukommelse av dagen som mulig, samtidig som jeg fikk mulighet til å forberede meg.

4.4.2 Deltakende observasjon

Observasjonsstudier fremtrer ifølge Dahlberg *et al.* (2008:209-211) alltid på en ustrukturert måte. Det forutsetter åpenhet, sensitivitet og nærhet til det som undersøkes (2008:205). For å gjennomføre analysen, må forskeren likevel ha en overordnet idé om det han ønsker å undersøke (2008:210). Min inntreden i denne sammenhengen var å forsøke å forstå koordineringen som en helhet. For å forstå helheten, ville deloppgaver i koordineringen inngå, men i denne sammenheng for å gi en bedre forståelse av helheten. For å få svar på dette valgte jeg å undersøke hvordan erfarne utøver koordineringen. Mitt hovedfokus var: hva gjør de og hvordan gjør de koordineringen gjennom operasjonsforløpet? Jeg ville beskrive dette, og la spørsmålene jeg stilte inn mot det jeg beskrev lede meg videre inn mot neste observasjon, og være med på å gi føringer inn mot intervjuet med deltakeren.

Deltakende observasjon kan ses på som en skala som går fra kun å observere til kun å delta. Idealet er å gli naturlig inn i den sosiale sammenhengen, og at ingen føler seg beklemt av din tilstedeværelse (Fangen, 2004). Ifølge Dahlberg *et al.* (2008) gir deltakende observasjon muligheten til å se og forstå det som undersøkes i sin naturlige sammenheng. Videre vektlegger de at forutsetningen for å forstå et fagområde er at forskeren har kjennskap til kulturen. I denne sammenhengen var jeg kjent i feltet, og de jeg skulle observere var vant med å se meg på stua med studentene. Observasjonsstudiet varte fra 2,5 timer til 6,5 timer. Ved første observasjon fulgte jeg den koordinerende operasjonssykepleieren gjennom hele forløpet. Ved andre og tredje observasjon valgte jeg å møte deltakerne etter rapporten inne på operasjonsstua. Det medførte mindre fokus på forskningen min, og dermed bedre ivaretagelse av deltakernes konfidensialitet. Siden jeg både hadde deltatt på rapporten med første deltaker, og tidligere har deltatt på rapportene med studentene på alle seksjonene, vurderte jeg at jeg ville kunne forstå det deltakerne snakket om uten å ha vært tilstede.

Jeg valgte å la være å delta i arbeidet inne på operasjonsstua, fordi jeg anså at det ville bli vanskelig å kombinere to roller og for å unngå å påvirke datamaterialet. Dette så jeg også i sammenheng med at jeg hadde førstehånds erfaring i å koordinere på stua, men manglet forskererfaring. Selv om jeg hadde bestemt meg for å ha en tilbaketrasket rolle, betyr ikke det at jeg ikke ”deltok”. Deltagelse betyr å delta i en allmenn sosial samhandling med de du forsker på, uavhengig av om du utfører de samme handlingene som dem. Som metode forutsetter den deltakelse og engasjement, og setter deg i situasjoner hvor du må stole på deg selv og velge (Fangen, 2004). Ved to av observasjonene hvor jeg deltok i mottaket av pasienten, ble det naturlig å ta del i arbeidet sammen med deltakeren. Jeg deltok da i samtalen med pasienten, og bidro ved overflytting av pasient fra seng til bordtopp (operasjonsseng). I begge sammenhengene ble dette gjort av hensyn til pasienten, og fordi det opplevdes kunstig å ikke delta. Etter at pasienten var kommet inn på operasjonsstua og forberedelsene av pasienten til operasjonen startet, tilbrakte jeg det meste av tiden på en stol og gjorde notater. Selv om jeg kun satt på en stol og gjorde notater deltok jeg blott ved å være tilstede. Dette gjaldt spesielt i forhold til deltakeren som visste at hun ble observert. Jeg deltok også ved å være engasjert i det som skjedde og velge hvordan jeg skulle forholde meg underveis. Jeg måtte velge om jeg snakket, svarte på spørsmål, bevegde meg, gikk ut av stua, hvordan jeg satt, hva jeg så på osv. Valgene ble tatt med bakgrunn i mitt engasjement i situasjonen og egen forforståelse. Det var to hensyn som var viktige for meg; metoden skulle ikke ha negative konsekvenser for pasienten eller deltakeren, og gi grunnlag for å svare på forskningsspørsmålet.

Avdelingen var i forkant blitt informert og hadde gitt sin tillatelse til forskningsprosjektet. I informasjonsskrivet til deltakerne hadde de blitt informert om min rolle under observasjonen. Jeg ønsket med dette å bidra til en så trygg og forutsigbar situasjon for deltakerne som mulig. Målet var at de ”glemte meg” og konsentrerte seg om arbeidet sitt. Jeg plasserte meg så diskret som mulig inne på stua, i samråd med mine deltakere. Plasseringen inne på stua måtte ta hensyn til både pasienten og teamet, samt tilrettelegge for å få gjort gode observasjoner. Dette ble vurdert underveis gjennom hele observasjonen. De fleste gangene jeg bevegde meg på stua, var for å høre og se bedre hva den koordinerende operasjonssykepleieren gjorde.

4.4.3 Observasjonsnotater

Formålet med observasjonen var slik det tidligere er beskrevet av Dahlberg *et al.* (2008) å beskrive koordineringen i sin naturlige sammenheng slik den gjøres av erfarne operasjons-

sykepleiere. Deltakerne var forespurt om de hadde innvendinger mot at jeg skrev feltnotater mens jeg observerte. Siden jeg ikke deltok i arbeidet inne på stua, var det fare for at forskereffekten ble stor. Skrivningen ville kunne forsterke dette. Jeg hadde lest og innhentet erfaring fra andre som hadde gjort feltstudier. anbefalingene var å få skrevet ned så mye som mulig for ikke å glemme, og gjøre det så diskret som mulig (Landsem, 2007, Fangen, 2004). Ved første observasjon noterte jeg hvem som var til stede med tanke på profesjon, og det som ble gjort og sagt. I tillegg noterte jeg start og avslutning for observasjonen. Notatene ble skrevet og organisert kronologisk og delt inn i observasjonsnotater (ON), metodiske notater (MN) og teoretiske notater (TN) slik det er beskrevet av Fangen (2004). Notatene kom til å bestå av mest observasjons- og metodiske notater. Skrivningen av feltnotatene endret seg fra observasjon til observasjon. Jeg fulgte samme struktur ved alle observasjonene, men noterte mindre ved de to siste observasjonene. Dette skyldtes både at mange av forberedelsene var de samme, som gjorde at jeg kunne gjengi de med færre ord. I tillegg skyldtes det at jeg etter hvert observerte mer målrettet uten å notere absolutt alt som skjedde. Dette skyldtes at arbeidet med observasjonsnotatene og de transkriberte intervjuene bidro til å utvikle min forståelse av datamaterialet, og påvirket observasjonen og notatene. Observasjonsnotatene ble skrevet ut utfyllende på pc umiddelbart etter at observasjonen var gjort.

4.4.4 Intervju

Feltnotatene med mine beskrivelser fra observasjonsstudiet ga meg mange interessante områder jeg ønsket å samtale om. Jeg ønsket å få deltakerens beskrivelse av det hun gjorde, og få hennes tolkninger av hva dette betyr for koordineringen. Ved å sammenholde disse beskrivelsene, håpet jeg det ville bidra til en dypere forståelse av koordineringen. Jeg var opptatt av hva som var viktig for deltakerne. For å tilrettelegge Jeg valgte derfor å starte med å be deltakeren fortelle fra dagen vår i lag. Før jeg gjennomførte intervjuet, hadde jeg forberedt meg med rom, avtaler for gjennomføring av intervjuene, brukt opptakeren, og forberedt meg på intervjusituasjonen sammen med en annen masterstudent. Ifølge Kvale & Brinkmann (2009) bør jeg ha reflektert over forberedelsene, etiske overveielser og intervjusituasjonen. Ved å snakke i gjennom ulike sider ved gjennomføringen, i tillegg til selve intervjusituasjonen, opplevde jeg å være forberedt. Etter at jeg hadde gjennomført første intervju, diskuterte jeg mine erfaringer med min veileder. Egne forslag til endringer og innspill fra veileder førte meg videre i prosessen. Jeg valgte å gjøre intervjuet etter å ha observert deltakeren koordinere under en operasjon. Min begrunnelse for dette var at det ga

meg og deltakeren tilgang til en ”felles situasjon” å samtale om. Vi kunne i større grad holde oss i en konkret situasjon. Jeg opplevde at det ga meg bedre innsikt i det deltakerne snakket om, og gjorde meg i stand til å komme med spørsmål som ga ytterligere dybde i datamaterialet.

Jeg gjennomførte åpne individuelle dybdeintervju, hvor deltakeren og jeg samtalte som i en vanlig dialog. To av intervjuene ble gjennomført to dager etter observasjonen og ett fem dager etter observasjonen. Jeg ønsket både å gi meg selv litt tid til å forberede meg, samtidig som jeg ønsket å unngå at vi glemte detaljene fra dagen i lag. Arbeidet med observasjonsnotatene opplevdes å gi meg et viktig grunnlag for å møte deltakerne. Ifølge Dahlberg *et al.* (2008:98) anbefales det at forskeren har en åpen innstilling. Jeg ønsket både å være åpen, samtidig som jeg ønsket å bruke spørsmål jeg hadde notert i observasjonsnotatene. Deltakerne var forberedte på at intervjuet i utgangspunkt ville dreie seg om dagen da observasjonen var gjort, men at de også kunne snakke om tidligere erfaringer som kunne ha betydning i denne sammenhengen. For å skape en trygg ramme rundt intervjuet startet jeg intervjuene med gjenta det vesentligste i informasjonen de hadde fått, og svare på eventuelle spørsmål. Intervjuet ble til ved at deltakerne fortalte om operasjonsforløpet og arbeidet de hadde gjort i denne sammenhengen, deres relasjon til pasient og team og deres tanker om hvilken betydning dette har. Jeg fulgte opp ved å be dem utdype, klargjøre og fortelle mer om noe. Jeg fulgte opp det som umiddelbart fremstod som viktige og spennende spor som beskrev deres konkrete erfaring i å koordinere, og det de mente var viktig. Jeg flettet inn spørsmålene jeg hadde notert ned der det falt naturlig. Stikkord jeg noterte underveis ble enten haket av når deltakerne selv kom inn på det, eller ble brakt inn i samtalen av meg når det passet. For å holde deltakernes fokus på seg selv og sine erfaringer, brukte jeg de samme ordene som deltakeren brukte når jeg ba henne/han utdype nærmere noe som ble sagt. Jeg erfarte at noen interessante temaer ikke ble fanget opp før under transkriberingen. Dette tok jeg med til neste observasjon og intervju. I tillegg jobbet jeg med å bli flinkere til å skrive stikkord underveis. Under samtalen med deltakerne opplevdes det lettere å være nær og engasjert i det de snakket om, enn å ha distanse og tolke det de snakket om inn i en større sammenheng. Jeg opplevde at intervjuene dermed fikk den dialogiske formen med vektlegging av en åpen innstilling som Dahlberg *et al.* (2008:98) anbefaler.

4.5 Analysen

Observasjonsstudiene varte fra 2,5 timer til 6,5 timer, totalt 13 timer observasjon, og resulterte i 24 maskinskrevne A4-sider med enkel linjeavstand. Intervjuene varte fra 1,5 til 2 timer, totalt 5 timer med samtale, og ble transkribert verbatim av meg selv slik Kvale & Brinkmann (2009) anbefaler. De utgjorde til sammen 109 maskinskrevne sider. Transkriberingen var tidkrevende, men opplevdes som en viktig inngangsport for å komme inn i materialet. Ved selv å omdanne lydfil til tekst fikk jeg en sterk nærhet til intervjuene, og hva den enkelte informant formidlet. Det anbefales at non-verbal informasjon som pauser, utrop, latter, nøling inkluderes (Dahlberg *et al.*, 2008:234). Det som ikke kom fram i teksten var toneleie og intensitet. Utskriftene ble kontrollert opp mot lydfilene etter transkriberingen, og i tillegg sammenlignet med feltnotatene for å sikre at jeg hadde fremstilt intervjuet så riktig som mulig. Hvert enkelt intervju ble bearbeidet ved at jeg lyttet til lydfilen og samtidig leste intervjuteksten. Hver transkribert side hadde slik Dahlberg *et al.* (2008) anbefaler, en åpen kolonne på høyre side til analysenotater i tillegg til mellomrom mellom forskerens spørsmål eller kommentarer og deltakerens svar (s. 234).

Jeg ønsket å beskrive hvordan koordineringen utøves med et helhetsperspektiv, det vil si gjennom hele operasjonsforløpet. Det betydde at materialet fanget mange ulike temaer som var viktige for koordineringen. I følge Dahlberg *et al.* (2008) har dataanalysen en tredelt struktur beskrevet som en bevegelse mellom helhet – del – helhet (s.236). Forut for min analyse lå operasjonsforløpet som en struktur i tid. Jeg valgte å dele dette forløpet inn i tre faser: forberedelsesperioden før pasienten kommer, perioden da pasienten tas imot og forberedes til operasjonen, og selve gjennomføringen av operasjonen. Disse fasene ble brukt til å strukturere datamaterialet. I struktureringen av datamaterialet har jeg dermed brukt to prinsipper. En kronologisk inndeling som går over tid fra 1.fase til 3.fase, og en tematisk inndeling. Jeg har først fargekodet tekst ut i fra hvilken fase det hører hjemme i. Deretter har jeg slik Malterud beskriver delt opp i meningsbærende enheter som videre er samlet under overordna tema (Malterud, 2003). I denne prosessen dekontekstualiseres materialet ved at utsagn og observasjonsbeskrivelser blir tatt ut av sin sammenheng i teksten. Hvert sitat eller observasjonsbeskrivelse ble merket med deltakerens kode (nr) og sidetall i teksten. Dermed kunne jeg lett finne sammenhengen det var hentet fra.

Presentasjonen viser hovedtema og subtema for hver fase, med meningsbærende enheter under hvert subtema. Organiseringen av materialet bestod i å forstå hvilken helhetlig forståelse jeg kunne tolke ut av de meningsbærende enhetene for hver fase, og å se etter sammenhenger mellom disse enhetene og samle de i subtemaer: En bevegelse mellom helhet og del, som Gadamer beskriver som den hermeneutiske sirkel (Gadamer, 2010:329-333). Etter hvert som hovedtema og subtemaer for hver fase ble tolket frem, kunne jeg begynne å utarbeide presentasjonen av funnene. Også i denne fasen måtte jeg gå helt tilbake til intervjuene og observasjonsnotatene for å kontrollere at fremstillingen av materialet var i overensstemmelse med materialet. Denne fasen opplevdes som en kreativ fase, hvor utkast ble utarbeidet, smakt på, tenkt i gjennom og diskutert med veileder. Å utarbeide nye utkast er i følge Gadamer forståelsens vedvarende oppgave (Gadamer, 2010:303-306).

Dette arbeidet var påbegynt da jeg måtte stoppe på grunn av sykdom. Den lange ufrivillige pausen bidro til en distanse til materialet som hjalp meg til å skille det som var viktig fra det som var mindre viktig. Metodevalget har både gitt meg tilgang til å se utøvelsen og høre den beskrevet av deltakerne. Under intervjuet har jeg også hatt mulighet til å spørre hva de mener er viktig og stille spørsmål ved noe jeg har observert, og dermed eventuelt få bekreftet eller avkreftet det jeg tolker ut i fra observasjonene. Dette mener jeg har styrket resultatene. Av hensyn til undersøkelsens pålitelighet får intervjuet mer plass enn observasjonen. Funnene beskriver 3 kjerneområder i koordineringen gjennom operasjonsforløpet:

- Fase 1: Å komme i forkant
- Fase 2: Samstemming
- Fase 3: Flyt

Sammen beskriver disse tre kjerneområdene arbeidet som utøves gjennom operasjonsforløpet. Hvert område kommer tydeligst frem i sin fase, men kommer også til uttrykk i de andre fasene. Hver og en og samlet er de viktige for at koordineringen skal bli god. Jeg har valgt å gi rom for fyldige beskrivelser med mange og til dels lange sitater. Disse har jeg først tolket, forklart og diskutert fortløpende. Ut i fra disse funnene har jeg trukket ut tre områder som drøftes opp mot teori og tidligere forskning:

- Tidens uttrykk og betydninger på en operasjonsavdeling
- Å komme i forkant
- Frihet og bundethet

Samlet håper jeg mine valg rettferdiggjør deltakernes bidrag, og skaper ny forståelse for den koordinerende funksjonen operasjonssykepleierne har ansvar for.

4.6 Pålitelighet og gyldighet

Forskeren arbeider med utskriftene og ser de som noe som har og gir mening og sammenheng. I dette arbeidet ses påliteligheten som en forutsetning for gyldigheten (Fog, 2007). Min systematiserte og sammenhengende fremstilling har hele materialet som grunnlag. Hovedtemaer og sub temaer er tolket frem av meg med bakgrunn i de meningsbærende enhetene. Påliteligheten viser seg i det systematiske arbeidet med datamaterialet, i at del for del i materialet er grundig gjennomgått, og hele materialet er tatt i bruk, viser til kapittel 3.4.3 og 3.4.4. Jeg har med bakgrunn i en kritisk vurdering systematisert meningsbærende strukturer innenfor faser i operasjonsforløpet. Påliteligheten kommer også til uttrykk ved at presentasjonen er nær deltakernes utsagn med fyldige beskrivelser og sitater, og ved at jeg deretter stegvis viser fortolkningsprosessen og de ulike analysenivåene.

Når gyldigheten skal undersøkes vendes blikket mot det felt som det bearbejdede og analyserte materialet skal si noe holdbart om (Fog, 2007). I denne sammenhengen er utvalget for lite til å kunne trekke noen gyldige slutninger. Noen metodiske grep kan ha styrket funnene og noen svekket dem. Jeg har både hatt tilgang til å se utøvelsen og høre den beskrevet av deltakerne, dette kan ha bidradd til å styrke funnene. Jeg brukte også muligheten dette ga meg til å validere observasjonene i samtalen med deltakeren. I tillegg kan funnene valideres ved at pleiefellesskapet kan kjenne igjen de konkrete beskrivelsene som sine egne.

Jeg har også forsøkt å oppnå transparens i arbeidet ved både å beskrive hvordan jeg har gått frem, og ved å dele min funn med operasjonssykepleiere (Nord-Norsk seminar 2010, samtaler med operasjonssykepleiere), kollegaer og veiledere. Disse tilbakemeldingene har bidradd til at jeg har kunnet stole på at det jeg løfter frem gjenkjennes, og er nært den virkelige verden. En annen mulighet hadde vært å legge frem funn i analysen i en fokusgruppe med operasjonssykepleiere og valgt et annet sykehus. Dette kunne ha styrket gyldigheten i studien. Påliteligheten viser seg også i hvordan jeg har fremskaffet datamaterialet, valg av metoder, deltakere og undersøkelsessituasjoner. Ifølge Gadamer (2010) må vi bli bevisst våre forventninger for å kontrollere dem og dermed oppnå den rette forståelsen ut fra saken selv (s.306). Jeg har forsøkt å reflektere over og gjøre kritisk rede for min forforståelse i dette arbeidet, og har så langt det lar seg gjøre beskrevet det slik at andre kan se hvordan jeg har vært med på å skape datamaterialet.

4.7 Etiske overveielser

Prosjektbeskrivelsen ble presentert for sekretariatsleder ved Regional komité for medisinsk forskning, REK-Nord. Prosjektet fremstod ikke som et medisinsk og helsefaglig forskningsprosjekt, og falt derfor utenfor komiteens mandat (vedlegg 1). Siden data-innsamlingen skulle foregå inne på operasjonsstua med pasient tilstede, måtte forsker bli gitt dispensasjon fra taushetsplikten. Denne dispensasjonen ble behandlet og gitt av REK-Nord (vedlegg 1). Utover dette måtte det innhentes muntlig tillatelse fra pasienten om å få gjennomføre observasjonen på stuen pasienten ble operert på. Denne tillatelsen ble innhentet av kirurgen. Jeg informerte kirurgen om prosjektet muntlig og skriftlig (vedlegg 2) og la ved bekreftelse fra klinikkssjef samt svar fra REK-Nord. I tillegg hadde jeg sammen med min kontaktperson i NSD laget et informasjonsskriv til pasienten (vedlegg 3), som jeg oppfordret operatøren å lese gjennom før han ga det til pasienten. Pasienten ankom sykehuset dagen før operasjonen, og ble forespurt på ettermiddagen når kirurgen tok opp journal med pasienten. Jeg fikk da beskjed om pasientens svar (vedlegg 4). Deltakerne var orienterte om at pasienten måtte samtykke i observasjonen, og var inneforstått med at vi måtte finne en ny dag dersom pasienten ikke samtykket.

Prosjektet ble også forelagt Norsk Samfunnsvitenskaplig datatjeneste (NSD) og godkjent i tråd med Personvernloven (vedlegg 5). I tillegg til disse godkjenningene ble det innhentet tillatelse fra klinikkssjef og avdelingsleder til å gjennomføre prosjektet på operasjonsavdelingen (vedlegg 6, 7, 8, 9). Utvelgelsen av deltakere ble foretatt av oversykepleier og sykepleiefaglig rådgiver på de to avdelingene (vedlegg 10). Bruk av tredjeperson ble gjort for å unngå påvirkning av deltakernes frivillige deltakelse. Deltakerne ble forespurt av lederne ved å få utdelt en konvolutt med et informasjonsskriv med forespørsel om å delta samt samtykkeerklæring (vedlegg 11). Etter at jeg mottok bekreftelsen om å delta i prosjektet, tok jeg kontakt med deltakerne og avtalte gjennomføring av observasjon og intervju. Jeg åpnet også for eventuelle spørsmål de hadde til prosjektet. Etiske implikasjoner utover dette ble ivaretatt gjennom faglige vurderinger jeg gjorde i samråd med veileder. Utover disse forberedelsene ville situasjonen kunne kreve etiske vurderinger både under observasjonen og intervjuet. Etiske overveielser i forbindelse med gjennomføring av intervju er i hovedsak knyttet til selve intervjusituasjonen. For at deltakerne skal føle seg fri til å fortelle ærlig om egen erfaring, er det viktig at de føler seg akseptert og stoler på konfidensialiteten (Lindseth og Norberg, 2004). Ved å være engasjert i det deltakerne fortalte om, og å tilstrebe en lyttende og åpen tilnærming slik Dahlberg *et al.* (2008:98) beskriver, ønsket jeg å bidra til at

deltakerne følte seg akseptert. Deltakerne deltok frivillig og ga av sin tid og delte sine erfaringer med meg. Ifølge Fog (2007) står det forskeren fritt å bruke denne generøsiteten, men ikke misbruke den. For hver deltaker reflekterte jeg over hvordan jeg ivaretok deltakeren, samt egen rolle under observasjonsstudiet og i intervjusituasjonen. Jeg reflekterte også over hvilke svar datainnsamlingen bidro med til forskningsspørsmålet. Min studie bidrar med en nær praktisk beskrivelse av den koordinerende funksjonen. Studien artikulerer sider ved operasjonssykepleien som ikke har vært skriftliggjort før. Jeg har forsøkt å begrepsfeste kunnskap som tas i bruk når operasjonssykepleieren koordinerer. Ved å beskrive koordineringen de erfarne gjør, vises mulighetene for de uerfarne. Jeg har også forsøkt å vise hva som kan hindre den gode koordineringen. Jeg håper dermed jeg har ivare tatt mine to funksjoner som forsker. Vært tro mot min forskningsmessige forpliktelse, og på den andre siden vist tilbørlig omsorg for deltakerne som har bidradd (Fog, 2007).

5.0 Presentasjon av funn

Ved starten av dette prosjektet var mitt mål å beskrive erfarne operasjonssykepleieres kompetanse i å koordinere. Fokuset var å beskrive hvordan erfarne operasjonssykepleiere koordinerer i teamet. Resultatet har blitt en beskrivelse av hvordan erfarne operasjonssykepleiere utøver koordinering gjennom hele operasjonsforløpet. Operasjonsforløpet er en sammenhengende arbeidsprosess, en helhet. Den har en begynnelse og en slutt, forholder seg til en pasient og et team, på en operasjonsstue. Jeg har delt prosessen i faser, basert på arbeidets art. Fasene har betydning for hverandre, de bygger på hverandre, og fremstår samlet som en helhet. De er sekvenser i en prosess som har en retning i tid. Delene i den enkelte fase og helhetsforståelsen påvirker hverandre og skaper samlet en forståelse av hva som er viktig i den enkelte fase, og dernest for operasjonen som helhet. Meningsbærende enheter fra materialet (nedenfra) møter arbeidsprosessens struktur (ovenfra) og danner de tre fasene med dets kjerneområder:

- forberedelsestiden før pasienten kommer (fase 1) » Å komme i forkant
- mottaks- og forberedelsestiden av pasienten (fase 2) » Samstemming
- gjennomføring av kirurgien/operasjonen (fase 3) » Flyt

5.1 Fase 1: Å komme i forkant

Den første fasen jeg har valgt å sette fokus på er tiden fra rapporten starter til pasienten ankommer operasjonsavdelingen. Min tolkning er at operasjonssykepleierne forsøker å komme i forkant for å ta seg av pasienten og være klar til operasjonen. Starten av dagen (rapporten) kaster operasjonssykepleieren inn i arbeidet, og er viktig for hvordan dagen gripes. Hvem hun skal samarbeide med og hvor mye tid hun har til rådighet skaper premisser for arbeidet. Dette påvirker hva som gjøres og hvordan forberedelsene gjøres. Å reflektere over erfaring som har betydning i denne sammenhengen bidrar til økt forståelse i denne situasjonen og for senere situasjoner.

5.1.1 Utgangspunkt

En vanlig operasjonsdag starter med rapporten om morgenen der alle operasjonssykepleierne på seksjonen er samlet. Rapporten består av en kort gjennomgang av operasjonsprogrammet. Sykepleierne får vite hvilke stuer de er fordelt på, samt opplysninger om pasientenes diagnose og operasjon. De får vite hvem de skal arbeide sammen med og kan avklare hvilken erfaring den andre operasjonssykepleieren har med dagens operasjoner før arbeidet starter. Operasjonssykepleierne blir enige seg i mellom hvilken funksjon de skal ivareta (koordinerende eller sterilt utøvende) før de begynner forberedelsene. Utover dette er det opp til den enkelte i etterkant av rapporten å innhente informasjon som er nødvendig. Alle operasjonssykepleierne sjekker først operasjonsmeldingen og leser deretter i pasientjournalen. Fra operasjonsmeldingen får operasjonssykepleieren vite pasientens diagnose, planlagt operasjon og ønsket anestesi, og om operasjonen er et elektivt inngrep eller en ø-hjelp. I tillegg finner hun informasjon om pasientens navn, kjønn, alder, høyde, vekt, medisinske status, leie, snitt, smittestatus, forordninger; prøver, røntgengjennomlysning, frysesnitt, hvem som skal operere og operasjonsvarighet. Personlige opplysninger om pasienten og hans sykehistorie finner hun i pasientjournalen.

Opplysningene om diagnose og operasjon er det viktigste å vite først, fordi det sier noe om korsen utstyr en trenger når pasienten kommer. For å komme i forkant må man jo selvfølgelig lese pasientjournalen og se om det er noen spesielle ting i forhold til den spesifikke pasienten. Utover det så veit man jo litt sårn i forhold til korsen type inngrep som skal gjøres, ka som kan oppstå (1).

Det viser at rapporten er viktig som igangsetter og for å styre operasjonssykepleierens oppmerksomhet. Opplysninger om diagnose og operasjon forteller operasjonssykepleieren hvilken betydning dette har for pasienten hun skal ivareta. Videre sier opplysningene henne hva hun må se etter i operasjonsmeldingen og pasientjournalen som har betydning for

koordineringen. Hun forstår hva som skal gjøres med bakgrunn i hva som kan skje og hva hun trenger. Det gjør også at hun kan jobbe målrettet med innhenting av mer informasjon, og komme fort i gang med de praktiske forberedelsene. For å få et nærmere kjennskap til pasienten må operasjonssykepleieren lese journalen som beskriver sykehistorie og har personlige opplysninger angående den sosiale situasjonen (gift, barn, arbeid etc). Dette kan bidra til at pasienten som person trer frem, og at forberedelsene bedre kan tilpasses den aktuelle pasienten. Opplysningene hun har danner en forståelse for de praktiske forberedelsene og hva samarbeidet med den andre operasjonssykepleieren og anestesisykepleieren vil dreie seg om. Det kan tolkes som en mental forberedelse hvor egen forståelse av det som skal skje klargjøres med bakgrunn i denne spesielle sammenhengen. På denne måten kan gode valg gjøres. De erfarne operasjonssykepleierne vet at de også må ta høyde for at uventede ting kan skje.

Eg vil ikke si at nokka e standard eller at nokka blir rutine. Pasientan e forskjellig og det skjer ting underveis, som gjør at en operasjon ikke e lik den andre. Alt kan skje. Når kirurgen åpne pasienten, e det mye man ikke veit. Det som i utgangspunktet sku være heilt enkle ting, kan bli fatalt (3).

Informasjonen om pasienten og operasjonen danner en forståelse for det som skal skje, samtidig som operasjonssykepleierne må være åpen for det uventede. Hun må tåle å stå i det usikre, det uforutsigbare, og følge med for å fange opp endringer og ikke gjøre feil. Erfaring fra situasjoner hvor uforutsette ting skjer, viser betydningen av å være åpen innstilt. Det skaper en beredskap der endringer kan fanges opp raskere og handles på.

5.1.2 Tid

Alle deltakerne opplever at tiden etter rapporten og til pasienten kommer må utnyttes effektivt. Hvor mye tid det er til å forberede, avhenger av når pasienten kommer til operasjonsavdelingen (1, 2). Tid til forberedelser påvirkes også av hvor mye utstyr det enkelte inngrep krever, og hvilken anestesiform pasienten skal ha. Ved narkose er det kortere tid til forberedelser (2). Det skyldes at forberedelse og innledning av narkose går raskere enn å legge spinal- og epiduralbedøvelse. Denne tiden utnytter operasjonssykepleieren til forberedelser på stua. Det kan tyde på at operasjonssykepleierne opplever tidspress på morgenen når arbeidet starter opp, og at de ser etter muligheter som gir rom for tid til forberedelser. Dette kan tolkes skyldes behovet for å komme i forkant.

Det kan og se ut som at operasjonssykepleierne gjennom sin erfaring med både planlagte og akutte operasjoner opplever en forskjell i situasjonene som påvirker deres forhold til tiden.

”Ved planlagte operasjona e det meir tid til å forberede enn ved akutte operasjona” (2).

Ved noen akutte operasjoner (livreddende operasjoner) kommer pasienten direkte til avdelingen med kort varsel i forkant. På grunn av hast er det svært liten tid til å forberede seg, og ofte ikke tid til å følge prosedyrene. Operasjonssykepleieren må derfor vite hvordan hun skal prioritere. Teamet blir bokstavelig talt kastet ut i arbeidet. For at teamet så fort som mulig kan starte å operere, har avdelingen beredskapstraller med standardisert utstyr som står klar til bruk. Ved andre øyeblikkelig-hjelp operasjoner kan det variere hvor raskt pasienten ankommer operasjonsavdelingen. Når en traumepasienten med sammensatte skader blir meldt til operasjonsavdelingen, vil den erfarne operasjonssykepleieren først vite *”Ka som e hovedproblemet og når pasienten kommer. Eg må tenke på korsen stue som best egne seg, om det e bruk for store maskina som står på en stue” (2).* Dette er viktigst fordi det sier henne hvor mye tid hun har til å forberede. Hva som er problemet forteller henne hva som skal gjøres og dermed hva hun trenger av utstyr og hvilken stue som derfor bør velges. Hun må vite hva hun trenger til alt som skal gjøres med pasienten, og ha tid til å kontrollere og gjøre klart utstyret. Å vite hvor utstyret befinner seg, spesielt de store maskinene, er viktig, fordi de tar tid å flytte. Å velge riktig stue har betydning for et godt utgangspunkt å planlegge hele operasjonen ut i fra, både med tanke på å ha tilgjengelig utstyr og at forberedelsene går fort. Pasientens tilstand gir også føringer for tidsbruk med tanke på hvilke og når forberedelsene kan gjøres. Sammenlignet med dette har man ved planlagte operasjoner bedre tid til å forberede seg. Det betyr også at forberedelsene bedre kan tilpasses pasientens behov. Ved planlagte operasjoner er valg av operasjonsstue gjort på forhånd, og operasjonssykepleieren slipper denne prioriteringen. Tidspress i denne sammenhengen kan relateres til tid til å gjennomføre hele operasjonsprogrammet denne dagen. Et omfattende operasjonsprogram innebærer mindre forberedelsestid.

Det kan se ut til at det er viktig å lære seg å tolke hvor mye tid operasjonssykepleieren har til rådighet.

Allerede fra starten når man har rapporten setter man seg sitt eget nivå. Dagens inngrep var relativt lette inngrep som eg ikke blir stressa av. Eg veit i hodet ka eg skal ha; ikke mye utstyr, ikke springing etter spesialutstyr, behøve ikke ringe kirurgen og spørre noe om meldinga og ka han vil ha. Det e veldig mye standard omkring denne operasjonen som tar kort tid å forberede og mye utstyr finnes inne på stua. I tillegg jobba eg i lag med en som også er vant, som ikke behøver noe støtte eller opplæring (2).

Erfarne operasjonssykepleiere vet når de har tidspress, og hva som påvirker tida. Det kan se ut som at operasjonssykepleieren får et startskudd gjennom opplysningene som kommer frem under rapporten, og dette setter tempoet for forberedelsene. I denne fasen, uten pasient til stede, skapes mulighet for hastverk som kommer pasienten(e) til gode. Når hun vet hva som skal skje og hvordan, samt er kjent med inngrep og avdeling, vet hun om hun rekker å bli ferdig med bakgrunn i en forståelse av tiden det tar for å gjøre arbeidet. Hastverket hun har da, stresser henne ikke. Jeg tolker at den erfarne operasjonssykepleieren kan bli stresset om hun er usikker på inngrepet, og dermed ikke klarer å forutse tidsbruk, eller når hun vet at tiden ikke strekker til på grunn av mye utstyr. Jeg tolker også at opplevelsen av tidspress ved planlagte operasjoner i hovedsak skyldes store operasjonsprogram innenfor knappe marginer, og organisering av når pasienten kommer til operasjonsavdelingen. Dette tidspresset pålegger operasjonssykepleierne seg selv av hensyn til pasientene, den som venter utenfor operasjonsavdelingen og den som venter på sin tur på sengeposten. De erfarnes forståelse av tid og gjøremål bidrar til at tiden brukes godt ved å gjøre gode prioriteringer som gagnar pasienten, og ved at arbeidstempo tilpasses tiden til rådighet.

5.1.3 Å samarbeide for å være forberedt

Den koordinerende operasjonssykepleieren samarbeider i denne fasen med den sterilt utøvende operasjonssykepleieren og anestesisykepleieren. I hovedsak arbeider de tre parallelt med hver sine forberedelser. Anestesisykepleieren forbereder utstyr og medikamenter til anestesen, og operasjonssykepleierne finner frem utstyr og gjør klar operasjonsstua. Den som ivaretar den sterilt utøvende funksjonen finner fram de sterile instrumentene, og den som koordinerer finner fram utstyr som skal brukes til å forberede pasienten til operasjonen. I tillegg klargjør den koordinerende operasjonssykepleieren operasjonsstua med utstyr.

Alle deltakerne sier de hjelper den andre operasjonssykepleieren dersom det er behov for det. Samarbeidet med anestesisykepleieren dreier seg i hovedsak om mottak av pasient. Jeg tolker at operasjonssykepleierne gjennom lik utdanning, samt erfaring i å ivareta begge funksjonene inne på stua, har større forutsetning for å bidra overfor hverandre. Når operasjonssykepleierne samarbeider, er det ulike faktorer som har betydning for hvordan arbeidet gjøres.

”Operasjonssykepleierne overlapper hverandre avhengig av kor kjente de e med inngrepet og kem som har tid” (2). Det viser at kunnskap om inngrepet avgjør om den erfarne kan bidra i

tillegg til tid til disposisjon. Dersom erfarne operasjonssykepleiere jobber i lag med å forberede, kan det se ut som at det foregår taust.

Når to erfarne jobber i lag med forberedelsen, blir det mindre diskusjon om hva som skal gjøres. Det er bare sånn automatisk at de ser over stua (2). Vi ser på hverandre og ser hva den andre gjør, og vet hva som er det neste i forløpet (3).

Det kan se ut som at arbeidet gjøres ved at de erfarne operasjonssykepleierne kommuniserer med blikk. De utfører arbeidet samtidig som de oppfatter hva den andre gjør, og utfyller fortløpende den andres arbeid slik at alt blir gjort. Det kan tolkes som de jobber ut i fra en helhet som de fyller inn med deler. Når de ikke er kjent med inngrepet samtaler de. *”Eg trur vi tenke høyt når vi lesar operasjonsmeldinga, og så tar vi en diskusjon underveis”* (2). Det kan oppfattes som de sammen lager et scenario av situasjonen som fanger inn det som er av betydning.

Når en erfaren operasjonssykepleier som koordinerer jobber sammen med en uerfaren (sterilt utøvende) på litt større inngrep bidrar hun ved: *”E det noen som ikke er så vant, ser eg over at det meste er med, for at eg ikke i etterhånd skal springe ut og inn”* (2). De erfarne ser at det kan være vanskelig å holde oversikt når inngrepene er store og det er mye utstyr som skal gjøres klart. I disse situasjonene bidrar de erfarne med sin oversikt og ser til at alt utstyr er funnet frem før operasjonen begynner, inkludert det sterile utstyret.

Det er trygt å samarbeide når den uerfarne spør om det hun er usikker på. Kossen type inngrep det er, hva man kan forvente av komplikasjonene, kossen forberedelse. I det heile tatt, hva som kan oppstå i feltet, sånn at hun er litt mentalt forberedt (1).

Den erfarne operasjonssykepleieren ser at hun har betydning for hvordan den uerfarne takler sin rolle i teamet. Spørsmål oppleves som klargjørende og skaper trygghet. Det viser at erfarne har en dobbelrolle; eget ansvar i den koordinerende rollen, samt bidrar i forhold til den sterilt utøvedes ansvar i feltet. Når den uerfarne gjennom spørsmål og svar, klargjør sin forståelse, kan den erfarne gjennom sine spørsmål og svar, bidra til å utvide den uerfarne forståelse. Den erfarne operasjonssykepleieren gjør den sterilt utøvende oppmerksom på hva hun bør tenke på for å være i forkant mentalt og med utstyr. Hun styrer den uerfarne oppmerksomhet, og viser hvordan den uerfarne kan orientere seg i situasjonen.

Samarbeidet med anestesisykepleieren handler om avklaringer vedrørende mottak av pasient.

”Avgjørelsen tas med utgangspunkt i ka som e hensiktsmessig. Hensyn til pasienten og kor mye den enkelte har å forberede avgjør kem som tar imot pasienten” (1). Det viser at det er to hensyn som tas; pasienten og tid til å forberede seg. Når det gjelder hvem som tar imot, bestemmes det både av hensyn til pasienten og av hensyn til sykepleiernes arbeidsoppgaver. *”Hvis det e en veldig dårlig pasient, e det greit at begge tar imot”(1) ”Hadde det vært en eldre pasient må vi hjelpe kverandre med å flytte pasienten over på bordtoppen”(2).* Det viser at pasientens fysiske tilstand har betydning for valg som gjøres i forbindelse med mottaket. I tillegg kan valg av hvem som tar imot bestemmes av hva som opptar pasienten når sykepleierne møter han. *”For å svare på spørsmålan om narkosen, for det e oftest det pasientan spør om ganske tidlig” (2).* Hvem som tar imot pasienten kan også skyldes en naturlig arbeidsfordeling. *”Anestesisykepleieren tar imot barn” (1),* og den koordinerende operasjonssykepleieren tar seg av pårørende som følger barnet. Det ideelle for pasienten oppleves å være at begge er tilstede. *”Det er fint for pasienten om begge to kommer og tar imot”(2).* Jeg oppfatter at målet er at pasienten blir tatt imot på en god og forsvarlig måte, og at teamet samlet er klar til operasjonen.

5.1.4 Å forberede seg med rom og utstyr

Når de erfarne operasjonssykepleierne forbereder til en operasjon ser de for seg hele operasjonen.

Å være godt forberedt har å gjøre med å ha vært i gjennom en del sånne ting i tankan, og ha tenkt i gjennom ka treng eg underveis og ka treng eg i avslutninga. Det gjeld å tenke i gjennom heile forløpet, pasienten det gjelde og kirurgen som skal operere. For å forberede meg utover den vanlige gangen i operasjonen, tenke eg på ka som i verste fall kan skje og ka kan eg da gjøre. Dersom nokka skjer, har eg en plan som eg har tenkt i gjennom under rolige omstendigheta (3).

Det viser at operasjonssykepleieren skaper et bilde av den aktuelle situasjonen ved å visualisere hele forløpet i operasjonen med pasienten og kirurgen tilstede. Hun ser for seg et forventet forløp og har en plan for det. Hun skaper også et alternativt bilde der det ”verste kan skje”, og lager en plan for hva hun gjør da. Begge bildene kan tolkes å bli brukt som en beredskapsplan for hva hun må tenke på, hva hun trenger og hva hun kan gjøre.

Når operasjonssykepleieren finner frem utstyr bruker hun tidligere erfaringer. *”Da kan man forskjellige prosedyra i hodet og plukke fram utstyr ut i fra hodet”(1).* *”Eg sjekke etterpå om*

det stemme med prosedyrekortet¹, i tilfelle det e gjort endringa” (1). Det viser at framletingen skjer med bakgrunn i det som huskes, og kvalitetssikres opp mot prosedyren i etterkant. Videre kan det se ut som at prosedyren i hodet kobles sammen med relevant informasjon om pasienten og kirurgien. ”I det her tilfellet så va det jo blødning og skade på nerva som va aktuelt å tenke på”(1). Alle deltakerne tilrettelegger for kirurgen som skal operere, og kirurgene har ulike preferanser når det gjelder valg av utstyr og instrumenter. Det viser at de erfarne operasjonssykepleierne frigjør seg fra prosedyrekortet når de forbereder. De henter frem prosedyren i hodet, tidligere erfaringer med denne typen operasjoner, og opplysninger om pasienten eller kirurgen som har betydning for forberedelsene. Jeg tolker at det oppleves som en enklere og mer praktisk forberedelse når de bruker seg selv og sin faglige forståelse og erfaring, og ikke låser seg til en prosedyre. Fremletingen kan da foregå mer fleksibelt og knyttes til rommene og skapene utstyret er lagret i. Jeg tolker at det også åpner for en bedre og friere tilgang til all informasjon samtidig som hun leter frem. Dette fører også til en bedre tilpasning til den konkrete operasjonen enn prosedyrekortet gir rom for. Prosedyrekortet er ikke tilpasset den enkelte pasient eller kirurg, eller satt opp med bakgrunn i avdelingens logistikk. Det som er ”spesielt” med pasienten og har betydning for operasjonen kobles med valg av utstyr og behov for tilpasning utover det prosedyren gir føring for. I tillegg kommer kirurgenes måte å jobbe på og preferanser inn og gir føringer for valg av utstyr. Sjekk i ettertid benyttes som en kvalitetssjekk – en sikkerhetskontroll.

Alle deltakerne vektlegger forberedelsene i forhold til leiring av pasient. Rutinene i avdelingen krever at operasjonssykepleieren i forkant finner frem alt utstyr som brukes til å leire pasienten.

Fra operasjonsmeldinga veit eg korsen leiring pasienten skal ha. I tillegg ser eg i pasientjournalen om det e nokka i sykehistoria man må være ekstra på allerten for eller ikke. Kanskje den her pasienten ikke egne seg til å ligge sånn som det står i prosedyren. Det kan skyldes sykdom, plaga eller overvekt. I det her tilfelle va eg spesielt opptatt av hals og nakke. For å få den rette stillinga hadde eg sjekka om pasienten hadde revmatiske plaga, slik at eg visste kor mye eg kunne strekke på nakken når eg leira pasienten, og korsen utstyr eg trengte til det (1).

Dette arbeidet krever spesiell tilpasning utover det prosedyren beskriver. Operasjonssykepleieren bruker operasjonsmeldingen for å vite hvilket leie pasienten skal ha. I tillegg tar hun hensyn til opplysninger i pasientens journal. Samlet styrer det hennes oppmerksomhet i

¹ Prosedyrekort – liste som i grove trekk forteller hvilket leie pasienten skal ha og hvilket utstyr som brukes til operasjonen

forhold til hvordan hun kan og bør leire pasienten, og hvilket utstyr hun dermed trenger til dette. Prosedyren beskriver stillingen pasienten skal ligge i under operasjonen, eksempelvis rygg-, side- eller mageleie. Den beskriver ikke hensyn i forhold til forebygging av skade, kirurgisk tilgang eller anestesi. Den tar heller ikke hensyn til den enkelte pasients forutsetninger eller kirurgen som skal operere. Det kan tyde på at leiringer som er ”utfordrende” med tanke på fare for å påføre skader, og leiringer der det er vanskelig å få til en god kirurgisk tilgang, krever ekstra innhenting av informasjon om pasienten. Samtidig viser det også at selv enkle ryngleier kan føre til skader på pasienter med ”sykdom, plaga eller overvekt”(1) og lang operasjonstid. Leiringen og dets utfordringer er derfor et viktig ansvarsområde for den koordinerende operasjonssykepleieren.

Når den koordinerende operasjonssykepleieren forbereder utstyr til hypotermiforebygging, innleggelse av kateter (KAD), desinfeksjon av operasjonsfelt¹, samt klargjøring av operasjonsstue gjøres dette mer rutinemessig med utgangspunkt i prosedyren, med mindre behov for tilpasning (observasjonsnotat).

5.1.5 Å reflektere over betydningen

Alle deltakerne har reflektert over erfaringer som har hatt betydning for forberedelsene. Erfaringer som har hatt negative konsekvenser huskes godt og påvirker forberedelsene ved at ”utstyr ikke glemmes” (3), eller ”at en kontrollsjekker leiringen” (2). Feil huskes i kroppen, og skaper en betydning som styrer oppmerksomheten. Når operasjonssykepleieren feiler og blir konfrontert med konsekvensene, ser hun betydningen av å være godt forberedt. Denne kroppslige og tankemessige erfaringen styrer hva og hvordan hun forbereder seg og påvirker hvordan arbeidet prioriteres.

Videre ser operasjonssykepleieren at å være forberedt har betydning for pasienten. ”Når en er forberedt har en ro og tid til pasienten”(1). Det viser at ro er viktig, og gir tid sammen med pasienten. Forutsetningen for dette er at operasjonssykepleieren er forberedt. Det kan og tolkes som at tiden sammen med pasienten påvirkes av hennes forberedthet. ”Ro formidler at en er forberedt og har gjort klart til pasienten. Å måtte springe ut vise at en ikke e forberedt. Det formidle ikke ro, men hast, og vil kunne gjøre pasientan usikre” (2). Operasjonssykepleieren er oppmerksom på forskjellen mellom å være forberedt og å være uforberedt, og knytter det opp mot pasientens opplevelse. Hun er også oppmerksom på at forberedelsene har betydning for

¹ Desinfisering av operasjonsfelt – huddesinfeksjon av det kirurgiske området ved hjelp av desinfeksjonsmidler (Hansen, Loraas og Brekken, i: Dåvøy, Eide og Hansen (red.), 2009:135-139)

hvordan hun er til stede i møtet med pasienten. Hun kan formidle ro eller hast, og dermed påvirke pasientenes trygghet.

Operasjonssykepleierens forberedelser påvirker også de andre i teamet, spesielt kirurgene. *”Det dempe stress, at kirurgan veit at dem har tilgjengelig alt dem eventuelt skulle måtte trenge, hvis ting skjær seg”* (1). Å være forberedt med utstyr inne på stua er spesielt viktig for å unngå stress hos kirurgen. En stresset kirurg med kniv kan få store konsekvenser for pasienten. I tillegg medfører mangel på utstyr til stress for de andre i teamet, fordi den koordinerende operasjonssykepleieren må forlate stua og etterlater teamet igjen alene. Dette er både ugunstig fordi det fører til stopp i operasjonen og øker faren for infeksjon hos pasienten (tid og trafikk).

I tillegg til at du gjør stua klar, så kast et blikk i skapet og se om det du treng e der, så har du spart deg en tur ut. Det e jo bedre å være i forkant og ha ting klart enn at både kirurgen og operasjonspersonellet og pasientan skal stå å vente på nokka som eg kunne ha forberedt (3).

Det viser at de erfarne operasjonssykepleierne har tenkt i gjennom hva mangel på forberedelse betyr for dem selv, teamet og ikke minst pasienten, og har brukt denne lærdommen til å korrigere egen praksis.

5.2 Fase 2: Samstemming

Den andre fasen tar for seg perioden fra pasienten ankommer operasjonsavdelingen og til operasjonen starter. Den bygger videre på forberedelsene fra forrige fase. Arbeidet preges av at det relasjonelle slår inn med full styrke. Det er i denne fasen det nære pasientarbeidet pågår med mottak og forberedelse av pasienten. Det er også i denne fasen at samarbeid i teamet har sin største tyngde. Jeg har tolket at helhetsforståelsen i denne fasen er ”Samstemming”. Delene som inngår er: ”Felles forståelse av oppgaven”, ”Pasienten: Møtet og ivaretagelsen”, ”Samhandling” og ”Å arbeide på stua”.

5.2.1 Felles forståelse av oppgaven

Teamet på stua har to hovedoppgaver å ivareta; operere pasienten og gi anestesi under operasjonen.

Eg like ikke å si at det e min pasient eller din pasient. Det e vårres pasient, og så har vi ansvar for det vi e kompetent til å gjøre. Pasienten tenke eg som felles, og at vi alle skal gjøre det vi kan for at resultatet skal bli best mulig (3)

Alle i teamet bidrar med sin kompetanse. For at resultatet skal bli bra må teamet oppleve pasienten som en felles oppgave. For den koordinerende operasjonssykepleieren ledes arbeidet hun gjør av en helhetlig tenkning i forhold til ivaretagelsen av pasienten. Det kan tyde på at når pasienten blir en felles oppgave, blir samarbeidet godt og skaper en god stemning. Det gir seg utslag i at *”..alle på en måte dro i samme retning i forhold til den her pasienten, for at det sku bli mest mulig smidig, og at alt sku gå til det beste for pasienten” (1)*. Det kan tyde på at dersom pasienten og arbeidet med pasienten oppleves som et fellesområde, vil andres arbeid med pasienten angå operasjonssykepleieren fordi det har betydning for resultatet. Dette kan bidra til et større engasjement om å gjøre det beste, og i den sammenheng bidra i forhold til hverandres oppgaver.

Noen ganger kan det virke som om anestesisykepleieren serve anestesilegen og operasjonssykepleieren serve kirurgen. Operasjonssykepleieren er rettet mot operasjonen og anestesisykepleieren er rettet mot anestesen, men begge kan nokka innenfor den andres grein. De vet om hverandres hovedoppgaver (3).

Arbeidet kan oppleves som delt mellom to fagområder, der hver gruppe ser ut til å være konsentrert om sine oppgaver. Det ser ut som at forutsetningene til å bidra overfor hverandre er tilstede fordi de kjenner til hverandres oppgaver. Informant 3 uttrykker sin forståelse av oppgaven slik:

I noen tilfeller kan vi overlape hverandre. Når jeg er ledig og anestesisykepleieren er opptatt med nokka, kan jeg i noen tilfeller bidra. Men man må vite hva man skal gjøre, og man må vite nokka om korsen man gjør det, inne på den her stua, med dette teamet, fordi vi jobber forskjellig (3).

Den erfarne operasjonssykepleieren kan av og til, når muligheten byr seg, bidra ved å gjøre noe som anestesisykepleieren ikke får gjort. Det fører til at arbeidet med pasienten ikke stopper opp. Det forutsetter både å vite hva som skal gjøres, og hvordan denne anestesisykepleieren gjør det i denne situasjonen. Det forutsetter også at det er en stemning på stua som åpner opp for å hjelpe hverandre.

5.2.2 Pasienten: Møtet og ivaretagelsen

Mottak av pasient på en operasjonsavdeling foregår i ”pasientslusa”. Rommet ligger ut mot korridoren og fungerer som et mellomrom (sluse) mellom operasjonsavdelingen og resten av sykehuset. I dette rommet trilles pasienten inn. Han følges av (syke)pleier/portør, eventuelt pårørende og noen ganger tolk. Pasienten blir flyttet fra sin seng og over på en operasjonsseng (bordtopp), dyne erstattes med operasjonsslaken og prosedyrer for mottak gjennomføres. Eventuelle beskjeder fra sengeposten formidles og papirer følger pasienten.

Den koordinerende operasjonssykepleieren har avklart med anestesisykepleieren at hun tar imot pasienten alene. Hun har funnet frem utstyr og gjort klar operasjonsstua. Bordtoppen pasienten skal ligge på under operasjonen er klar med madrass, puter og laken. Pasienten er en ung gutt som skal undersøkes og behandles for en alvorlig sykdom. Han har tidligere vært operert som barn. Operasjonssykepleieren har lest journalen og fått vite at pasienten er frisk foruten det han skal opereres for. Hennes første møte med pasienten er i slusa (observasjonsnotat).

Å få tatt imot pasienten aleina gir meg mulighet til å få snakka meir med pasienten. Det e viktig å vite korsen behov han har. Det va jo en ung gutt. Han va operert som liten, men det regna eg med han ikke huska, så eg tenkte han nok va nervøs for det her. Og da stiller eg meg litt åpen for ka han tenke og bekymre seg for, og eg fikk tilbakemelding at det va narkosen han bekymra seg for. Han grua seg til narkosemaska (1).

Operasjonssykepleieren ønsket å komme pasienten i møte. Hun forventet at denne unge gutten med sin diagnose, hadde behov for å få snakket om det som skulle skje. På grunn av alderen og diagnosen forventet hun at han var nervøs. Hun tilrettela for å møte pasienten alene. Ved å være alene skaper hun ro og nærhet, og gjør det enklere for gutten å si noe om det han tenker på som bekymrer han. Hun viser omsorg ved å invitere til en samtale der hun ”stiller seg åpen”. Hun er interessert og åpen for hva han tenker på. Hun leder gutten til å si noe, ved å spørre *hva han tenker på og bekymrer seg for*. Pasientens svar følger hun opp slik hun vurderer gir den beste løsningen for pasienten. I dette tilfellet gjør hun anestesisykepleieren oppmerksom på hans bekymring for masken. Bekymringen for masken har sammenheng med pasientens opplevelse fra da han ble operert som liten. Denne bekymringen får pasienten snakket mer om sammen med anesthesi- og operasjonssykepleieren. Det er en samtale hvor gutten får satt ord på sin opplevelse, får stilt spørsmål og får svar. Stemningen hos pasienten endrer seg etter dette. Operasjonssykepleierens omsorg for pasienten, kommer til uttrykk ved hennes interesse og åpenhet. Hun slår seg ikke til ro med egne forventninger, men kommer pasienten åpent i møte og spør. Det gir henne tilgang til pasientens tanker og behov. Hennes åpne tilnærming førte til at hun kunne møte pasientens behov.

Den koordinerende operasjonssykepleieren skal ta imot en voksen mann som skal få gjort et lite inngrep. Anestesisykepleieren skal komme etter når han er ferdig med sine forberedelser. Pasienten er tidligere operert for det samme. Operasjonssykepleieren sier det er en standard operasjon som forventes å gå greit. Hun har klar bordtoppen i slusa og henter inn pasienten. Hun hilser på pasienten og presenterer seg. Deretter spør hun hva pasienten heter og når han er født. Dette sjekker hun opp mot id-lapp på pasienten. Hun spør deretter om pasienten har fastet, og spør da om pasienten har røyket, brukt tyggegummi eller drukket noe. Deretter spør hun om det er lenge siden pasienten har tisset. Hun sjekker til slutt om operasjonsfelt er markert, og spør samtidig pasienten om det som skal skje. Pasienten er i godt humør, svarer på spørsmål og sier det er godt å være tilbake igjen (Observasjonsnotat).

For min egen sikkerhet, vil eg ta imot pasienten sjøl. For eg har ikke truffet pasienten før. Det e en sikkerhetsrisiko å ta imot og overlate pasienten til andre. I våres hverdag på operasjonsavdelinga kor det skal gå fort, e det mye man kan misse. Man kan ikke slappe av for det er en ny situasjon hver dag, og man har kort tid på å bli kjent med pasienten. Når eg leste inkomstjournalen, så eg pasienten hadde gjort det samme før, men eg spør pasienten også, at det e rett inngrep som gjøres på pasienten. Å høre fra pasienten sjøl, e ytterligere et steg i den her sikkerhetsrutinen. At det e rett pasient til rett journal, og at pasienten e klarert for operasjonen e en viktig del av sikkerhetssjekken den koordinerende operasjonssykepleieren gjør (2).

Det viser at operasjonssykepleieren vektlegger møtet med pasienten, og poengterer hvor viktig det er for pasientens sikkerhet. Det kan tolkes som at operasjonssykepleieren opplever at det er forventninger om å bruke lite tid på mottak av pasienter som skal til små, enkle inngrep, og at det er spesielt viktig å være oppmerksom når en opplever at tiden er knapp eller skal utnyttes effektivt. Ved disse mottakene er det særskilt viktig å være oppmerksom på en skjerpet måte, fordi det kan gå for fort når mye skal sjekkes og mange skal samarbeide. Selv små, enkle inngrep kan få fatale følger for pasientene om operasjonssykepleieren ikke er oppmerksom nok. Sikkerhetssjekken løftes frem som et spesielt viktig ansvar den koordinerende operasjonssykepleieren har. I tillegg til å ivareta pasientens sikkerhet, er operasjonssykepleieren oppmerksom på hvordan hun møter pasienten.

Denne pasienten va i godt humør og bydde på seg sjøl. Da kan man ha en anna stemning enn hvis det e en pasient som e fåmælt og nervøs. Eg forholder meg på en anna måte da, e meir stille og fleipe ikke. Man leser av stemningen hos pasienten (2).

Det viser at operasjonssykepleieren engasjerer seg i pasienten og prøver å tone seg inn mot pasientens stemning. Når hun engasjerer seg i pasienten, kan en samstemt stemning skapes. Dette kan ha betydning for om pasienten opplever å bli sett og møtt, og kunne bidra til å trygge tilliten mellom pasient og sykepleier. Dette har betydning for operasjonssykepleierens arbeid med å få oversikt over pasientens behov i forbindelse med operasjonen.

Operasjonssykepleieren møter ulike pasienter i ulike situasjoner. Noen situasjoner kan være vanskelige å håndtere for pasient og operasjonsteam. Det gjelder spesielt operasjoner hvor mye står på spill for pasienten.

Når pasientan e så redde og så engstelige, skal man våkte seg og passe på ka man sei, fordi man ikke har tid der og da til å håndtere en pasient som bryt sammen. Vi har ikke tid til å vente på at han eller ho har roa seg. Det som blir resultatet e at pasienten soves ned gråtanes, og det e forferdelig. Han har behov for nokka anna enn å bli sove ned. Spørsmål som korsen har du det eller går det bra e spørsmål som åpne opp for det. Det betyr ikke at eg ikke skal se pasienten, og se at han har det vanskelig og tungt, men eg må tenke over ka eg sei (3).

Noen situasjoner krever at operasjonssykepleieren er spesielt oppmerksom på hvordan hun kommuniserer med pasienten. Under vanlige omstendigheter ville det i slike situasjoner, være

naturlig og viktig å spørre pasienten hvordan han har det. Når pasienten ligger på vippen på en operasjonsstue, unngår operasjonssykepleieren å gjøre det. Overfor disse pasientene, er operasjonssykepleieren ekstra skjerpa på å sanse pasientens følelser, for å være i forkant og forhindre at de bryter sammen. Hun vet at det ikke er aksept for å bruke tid til at pasienten får hentet seg inn. Teamet vet at det i slike situasjoner tar lang tid å hente seg inn. Resultatet blir at pasienten soves ned gråtende, og det reagerer operasjonssykepleieren på. Operasjonssykepleieren ser at de som vipper over har behov for omsorg og tid til å hente seg inn. Tidspresset hindrer henne i å møte pasientens behov. Jeg tolker at situasjonen oppleves forferdelig fordi hun ikke får mulighet til å møte pasientens behov for omsorg og at pasienten i stedet utsettes for en krenkende handling ved å bli sovet ned gråtende. Dette bidrar til å skjerpe hennes svar på slike situasjoner for å unngå de.

Eg kan heller stille andre spørsmål eller si ting som eg håpe skal få han til å roe seg ned. Eg kan si at eg ser at han er redd og være hos ham og tilby handa mi. Eg prøve å ikke gi noen falske forhåpninga om at ting skal gå så bra, for det har eg ingen garanti for,.. så det gjør eg ikke. Men eg kan si at operasjonsteamet gjør dette mange ganga i uka, og at kirurgen og de som skal gi ham narkosen e flinke (3).

Operasjonssykepleieren bruker seg selv terapeutisk ved å støtte, være nær og berolige. For disse pasientene er det spesielt viktig å bevare tilliten ved at hun, på vegne av teamet, fremstår troverdig. Det er naturlig å ville trøste pasienter som er engstelige med klisjeer om at det skal gå bra. For å bevare tilliten og unngå å krenke pasienten med å si noe begge vet hun ikke kan stå inne for, velger operasjonssykepleieren å ikke si noe om utfallet for operasjonen. I stedet forsøker hun å etablere tillit til teamet ved å synliggjøre deres kompetanse. Hun har fokus på det pasienten har gitt teamet tillit til å ivareta – operasjonen, og forsøker å vise overfor pasienten at teamet er tilliten verdig. Jeg tolker at hun ønsker å skape trygghet og håp for pasienten, som kan bidra til å mestre den vanskelige situasjonen.

5.2.3 Samhandling

For å få til et godt samarbeid kreves kunnskap om hva som skal gjøres og hvordan, samt kjennskap til medlemmene i teamets måte å arbeide på. For å kunne tilpasse arbeidet til de andre i teamet må de jobbe som team og lære hverandres måte å jobbe på.

Når man gjør ting i lag, så blir man kjent, og når man blir kjent, så blir man tryggere på hverandre, og så lære man også å kjenne hverandres sterke og svake sider. Hvis man bare jobbe i sånne stasjona uten å gå over de her grensan, så lære man ikke hverandre å kjenne, og så blir det veldig oppstokka det man gjør, ...isolert. Da flyt det ikke (3).

Medlemmene i teamet må gå over etablerte faggrensener; anestesi – kirurgi for å utvikle teamarbeidet. Å jobbe i lag utvikler kjennskap til hverandre, som kan bidra til trygghet i teamet. Trygghet i teamet skaper en nærere relasjon. Det kan bidra til at medlemmene får oversikt over hverandres kompetanse. Denne innsikten kan brukes til å utfylle hverandre, og få arbeidet til å gli bedre.

Den koordinerende operasjonssykepleieren ”skal være til hjelp for alle på stua” (3). Det betyr at hun stemmer seg inn mot alle hun samarbeider med på stua. For å kunne bidra på en god og tilpassa måte, er operasjonssykepleieren var for endringer hos de andre.

Man kan oppfatte ganske mye berre med å se på folk. Situasjonen, stemninga, ja, om det e nokka på gang, eller ikke. Når ho som assistere ser på meg, kan eg vite ka ho sansynligvis treng (1).

Forståelse oppnås med bakgrunn i: ”Det har vel nokka med det her å være kjent med type operasjon og komplikasjona, og ikke minst å kjenne operatør og sykepleier i feltet” (1). Det viser at operasjonssykepleieren sanser stemningen i feltet og tolker hva det betyr. Spesielt gjelder det kirurgene:

Ved blødningen eller sånn, ikke spør kirurgen om alt mulig, så han kan konsentrere seg om det han skal (1).

Kirurgen va ikke heilt komfortabel med det han sku gjøre. Eg følte at han va på defansiven før han begynte, og han e ikke sånn. Eg kjente på det at eg syntes det gikk for sakte og va på nippe til å spørre om vi sku hente noen, men da stresse man opp kirurgen som kanskje e nok stressa fra før (3).

Det viser at situasjon og stemning ses i sammenheng. Kirurgens stemning settes i forbindelse med situasjonen han står i og tolkes. Hans rolle i teamet er avgjørende for resultatet av operasjonen. Det krever mot å sette kniven i pasienten, spesielt under vanskelige forhold. Noen millimeter feil kan skille det perfekte resultat fra det fatale. Når tilgangen til for eksempel en tumor er vanskelig, øker risikoen for at komplikasjoner tilstøter. I slike situasjoner kreves konsentrasjon, kreativitet og godt håndlag med verktøyet. De erfarne operasjonssykepleierne bidrar i slike situasjoner ved å forstå situasjonen, og tilrettelegge for et konsentrert arbeid og ha tilgjengelig utstyr. Operasjonssykepleiernes oversikt over utstyr, kan i slike tilfeller bidra med kreative og gode forslag på instrumenter som gir en bedre tilgang. Dette kan ha uvurderlig betydning for utfallet av operasjonen. Også i forhold til anestesilegen sanser operasjonssykepleieren stemningen.

Hvis eg ser at de slit med intuberinga, de stresser, snakker litt skarpt, e litt rød på halsen, da skjønne eg at eg må være litt forsiktig med å bryte meg fram. Da vente eg heller til dem må bagge (3).

Det viser at den erfarne operasjonssykepleieren er sansende tilstede i situasjonen og bruker sin innsikt i situasjonen til å gjøre kloke valg. De vet også at de har en viktig rolle i stressede situasjoner.

Det er viktig at eg i hvertfall ikke bidrar å øke stresset meir enn nødvendig. At eg som er erfaren ikke lar meg stresse opp, for det smitte over på de andre på stua, spesielt de uerfarne kirurgan. Når dem ser at vi erfarne stresser forverre det situasjonen for dem (1).

Erfarne operasjonssykepleiere har betydning for håndteringen av stressede situasjoner. Deres erfaring og kunnskap blir vektlagt. De erfarne er oppmerksom på at deres atferd har betydning for de andre i teamet, spesielt kirurgene. Denne innsikten bruker de ved å ikke vise stress når de er stresset. Stress bør helst unngås. Ved å være i forkant tankemessig og med utstyr, kan stresset reduseres og kontrolleres.

5.2.4 Å arbeide på stua

Inne på operasjonsstua gjør de tre sykepleierne utstyr klart og forbereder pasienten til operasjonen. Den koordinerende operasjonssykepleieren har en "dobbelfunksjon" ved at hun forbereder pasienten til operasjonen sammen med anestesisykepleieren (og evt. andre i teamet), samtidig som hun hjelper den andre operasjonssykepleieren å komme i gang med sitt arbeid ved å åpne sterilt utstyr til henne. Den koordinerende operasjonssykepleieren informerer pasienten om det som skal skje inne på stua før hun starter å arbeide (Observasjonsnotat).

Operasjonssykepleieren ser pasientens sårbarhet når han overgir seg i hennes hender, og omsorgen i det hun gjør er et svar for å trygge pasienten.

Fokuset mitt er jo det som skjer med pasienten, og så har eg masse gjøremål som eg skal gjøre. Men alle oppgavane mine er knyttet opp mot nokka som skjer med pasienten eller skal skje med pasienten. Eg veit ikke ka som skjer med pasienten til enhver tid, men eg har noen tankar om ka som bør skje. Så er det bare å velge riktig når eg skal og kan bidra (3).

Noen gjøremål kan se ut som at de skal eller bør skje samtidig. Ved oppstarten inne på operasjonsstua har den koordinerende operasjonssykepleieren både ansvar for å ta seg av pasienten og hjelpe den sterilt utøvende slik at hun kommer i gang med sine forberedelser.

Operasjonssykepleieren har funnet måter å løse dilemmaet på.

Eg bruke blikk for å vise at pasienten ikke er aleina. Selv om eg ikke rører ved pasienten, skal pasienten vite at han ikke er glemt. Når vi er to som koordinere kan eg forlate oppakninga og gå tilbake til pasienten og holde pasienten i handa om det trengs (3).

Den koordinerende operasjonssykepleieren kompenserer for dobbeltoppgaven ved å kommunisere med blikk. Blikket reduserer den fysiske avstanden mellom henne og pasienten, og gjør det mulig for henne å hjelpe den sterilt utøvende operasjonssykepleieren samtidig som

hun har ”kontakt” med pasienten. I tillegg samtaler hun med pasienten underveis og forvisser seg om at han har det bra. Hun informerer fortløpende om det som skal skje med han, og skaper dermed forståelse og trygghet for det som er en ukjent situasjon for pasienten.

Gjennomføring med to operasjonssykepleiere som koordinerer ved starten av forberedelsene på stua, kan løse dette dilemmaet og gjøre det enklere for operasjonssykepleieren å håndtere situasjonen, og kan bedre situasjonen for pasienten.

Når man e aleina å koordinere, så må man gjøre ting meir i rekkefølge. Man e ikke to som kan overlappe kverandre (3).

Rekkefølgen må være hensiktsmessig, at det gir en viss flyt i arbeidet. Da e det viktig at man har oversikt og veit ka som skal gjøres og ka som e hensiktsmessig å gjøre først og ka du må gjøre til slutt (1).

Arbeidet på operasjonsstua har en rekkefølge med en begynnelse, fortsettelse og avslutning. Operasjonssykepleieren vet hvilke arbeidsoppgaver som inngår. Hun vet også hvordan arbeidet bør gjennomføres. Rekkefølgen kan variere. Den er avhengig av de andres arbeidsoppgaver og rekkefølge, samt hva som skjer med pasienten. Operasjonssykepleieren følger opp det som skjer med pasienten, håndterer det, samtidig som hun bidrar til at arbeidet på stua ikke stopper opp. For å skape flyt i arbeidet må den koordinerende operasjonssykepleierens valg bli til en hensiktsmessig rekkefølge. Det tolker jeg betyr at den tar hensyn til pasientens behov og de andres arbeid slik at det samlet blir til det beste for pasienten.

Det har jo litt med kor god tid man har, ka prioritere man, ka starte man med, ka som e viktigst i første omgang. Hvis vi ikke har så god tid, prioritere eg at den som står steril får sitt utstyr, og så kan eg konsentrere meg om pasienten etterpå. Har man bedre tid, kan man gjøre litt sånn både og. Kanskje kan ho som står steril få nokka utstyr, og så skal dem innlede anestesien, og da synes eg det e greit å være i nærheten av pasienten, for det kan jo oppstå komplikasjonane under innledningen (1).

Eg ser ka den andre operasjonssykepleieren og anestesisykepleieren gjør, og prøve å gjøre mine arbeidsoppgava, uten at noen må vente og pasienten dermed får et lengre forløp (3).

Det viser at når noe skal gå fort jobber den koordinerende operasjonssykepleieren mer effektivt ved å jobbe sammenhengende med en oppgave, i stedet for å gå i mellom. Det viser også at hun hele tiden må ha oversikt over det som skjer for å være samstemt med pasient, team og situasjon. Avhengig av hva som skjer inne på stua, vurderer og prioriterer hun fortløpende hvem hun skal ”hjelp”. Hun må ”time” eget arbeid slik at ikke de andre må vente på hjelp. Dette tyder på at hun må ha god oversikt over eget og andres arbeid på stua for å velge riktig med tanke på rekkefølgen av det hun gjør, og når hun skal bidra i forhold til de andre. Det forutsetter også at hun vet hvordan hun kan eller skal bidra.

Det kan se ut som at kunnskap om arbeidet kobles sammen med erfaring i å gjøre arbeidet. For å få til en god flyt i arbeidet må rekkefølgen være hensiktsmessig, det vil si hva man starter med og slutter med. I tillegg må ikke rekkefølgen bli til isolerte oppgaver. Den koordinerende operasjonssykepleierens arbeid må bli en del av og flyte sammen med resten av arbeidet på stua.

Vi gjør ikke bare etappevis. No gjør eg mitt og så gjør du ditt og så gjør eg mitt. Vi gjør i lag veldig mye. Når anestesi og operasjon jobbe i lag ved å gjøre i lag istedenfor å jobbe etappevis, øke teamfølelsen på stua (3).

Det viser at det blir flyt i arbeidet når arbeidsoppgavene har en hensiktsmessig rekkefølge, og teamet jobber i lag ved å samarbeide på tvers av ansvarsområder og oppgaver.

5.3 Fase 3: Flyt

I den tredje fasen rettes fokuset mot gjennomføringen av operasjonen. Pasienten er her på sitt mest sårbare, satt ut av stand til å ta ansvar for seg selv. I denne fasen settes alle forberedelser som tidligere er gjort på prøve. Den koordinerende operasjonssykepleieren har i sin frie rolle en særegen funksjon som har betydning for den helhetlige ivaretagelsen av pasienten. Jeg har tolket at helhetsforståelsen i denne fasen er: Flyt. Delene som inngår er: Å ha oversikt, Å lede eget fag og Å være til hjelp for alle på stua.

5.3.1 Å ha oversikt

Arbeidet med å forberede pasienten til operasjonen er ferdig, og kirurgen har startet å operere. Den koordinerende operasjonssykepleieren ser utover stua. Hun plasserer en søppelbøtte tilgjengelig for den sterilt utøvende operasjonssykepleieren, og avklarer samtidig hvor hun skal plassere tellebrettet til kompressene. Deretter rydder hun bort papir i søpla og flytter søppelboksen på plass ved veggen. Hun ser over et bord hun har med ekstrautstyr og sorterer og plasserer de ulike tingene i forhold til hverandre. Deretter går hun nærmere teamet som opererer, stopper opp og ser mot operasjonsfeltet og mot de som opererer. Etter en stund setter hun seg ved pc-en og dokumenterer i pasientjournalen. Hun sitter slik at hun kan følge med teamet i feltet i sideblikket, samtidig som hun lytter til samtalen i feltet. Når hun er ferdig å dokumentere kikker hun i et av skapene, og setter seg deretter på en stol ved fotenden av pasienten, et stykke fra den sterile dekkingen, og ser mot operasjonsfeltet (Observasjonsnotat).

Alle deltakerne løfter fram betydningen av å være oppmerksomt tilstede i det som skjer med pasienten, spesielt når det gjelder det som foregår i feltet. Feltet er pasientens kritiske del av kroppen som kirurgien dreier seg om. Alle vektlegger at den som koordinerer må vise forståelse både i forhold til ivaretagelsen av pasienten og for teamet i feltet. God koordinering

forutsetter at operasjonssykepleieren har oversikt over det som skjer inne på operasjonsstua med pasient og team. Det kan se ut som at denne oversikten krever en konsentrert sansning: Det forventes at *”den som koordinere alltid skal ha et øye i feltet”*(2) og at *”blikket skal være mot feltet slik at den som assistere (sykepleieren) skal kunne få kontakt”*(3). Det konsentrerte blikket skal være orientert mot feltet. Når det gjelder teamet fremstår kontakten med den sterilt utøvende operasjonssykepleieren som mest betydningsfull.

Det er bra når den som koordinerer følger med i feltet og er lydhør i forhold til ka eg (sterilt utøvende) treng. Eg setter pris på at den i alle fall ikke sitt og kikke ut gjennom vinduet, fordi man er ganske hjelpeløs uten å ha noen til å serve seg (1).

Den koordinerende operasjonssykepleieren forutsettes å kunne forstå den sterilt utøvende operasjonssykepleieren både med tanke på å ha kunnskap om denne rollen, samt å ha første hånds erfaring i å være i og gjøre denne rollen. Den sterilt utøvende operasjonssykepleieren har ansvar for å assistere kirurgen under operasjonen og ha ansvar for instrumenter og utstyr som brukes i feltet. Hun fungerer som bindeledd mellom feltet og den koordinerende operasjonssykepleieren i formidling av utstyr. Krav fra feltet til den sterilt utøvende operasjonssykepleieren skaper et behov, som den som koordinerer må dekke. En avhengighet som kan oppleves som hjelpeløshet av den sterilt utøvende operasjonssykepleieren når ansvaret ikke blir ivaretatt av den koordinerende operasjonssykepleieren.

Det betyr ikke at den koordinerende operasjonssykepleieren hele tiden må følge med i feltet for å ha oversikt.

Man behøver ikke alltid å se feltet, fordi eg gjennom øyekontakt med den andre operasjonssykepleieren kan oppfatte ka som trengs. Eg kan også følge med ved å se ka som brukes av utstyr (2).

De to operasjonssykepleierne kommuniserer med hverandre gjennom blikk. Felles faglig forståelse gjør at blikk gir mening i situasjonen. Den sterilt utøvende operasjonssykepleieren kan dermed hjelpe den koordinerende operasjonssykepleieren med blikk og ved å vise utstyr (eks. kompresser) som trengs, og dermed bidra til at den andre får gjort rutinearbeid, samtidig som hun holdes orientert om det som skjer i feltet av den andre. Erfarne operasjonssykepleiere kan med bakgrunn i sin forståelse for inngrepet, i større grad holde seg orientert og dermed forstå hva blikk betyr. Blikk og framvisning av utstyr bidrar på denne måten til å holde oversikt og dermed flyten i arbeidet på stua, for begge operasjonssykepleierne.

Alle deltakerne gir også uttrykk for at den koordinerende operasjonssykepleieren skal være oppmerksom ved å lytte til det som skjer. *”Operasjonssykepleieren skal følge med ka kirurgen og den andre operasjonssykepleieren gir av beskjeda, for å bidra med utstyr som trengs”* (2). Det viser at et minimumskrav er at den som koordinerer får med seg beskjeder om utstyr hun må skaffe til de i feltet. Deltaker 1 sier det er lett å følge med det som skjer i feltet når hun lytter til hva hovedoperatøren forklarer assistenten og den sterilt utøvende operasjonssykepleieren. *”Man får mye gratis”* (1). Det viser at samtalen i feltet brukes til å holde oversikt.

Når kirurgen ber om en sutur til omstikning¹ *”så veit eg ka eg har pakka opp av tråder, skjønne at han har en blødning og e på tur mot skapet før dem sei nokka”* (3). Den erfarne operasjonssykepleieren har oversikt over hva operasjonssykepleieren i feltet har fått av suturer, og har kunnskap om gangen i operasjonen. Hun hører hva som blir sagt i feltet, og bruker det til å orientere seg hvor i forløpet kirurgen er, og om det skjer noe uventet. På lik linje med blick og framvisning av utstyr, bidrar dette til å holde henne orientert om det som skjer i feltet. Det gjør det enklere å arbeide med andre oppgaver inne på stua uten å miste oversikten.

Den erfarne operasjonssykepleieren kan også oppfatte hva som skjer i feltet ved å høre lyder.

Eg reagere på lyda. Og det med suget,..når eg høre slurpelyden, så har den sugd seg fast. Dersom dem i feltet ikke e oppmerksom på det, så sei eg ifra. Det gjeld også når eg høre diatermilyden² og ser at ingen bruke diatermipenna. Da veit eg at den brenn hull i dekkinga (3).

Det viser at den koordinerende operasjonssykepleieren også bidrar ved å overvåke det som skjer i feltet, og bidrar ved å gjøre de i feltet oppmerksomme på det som skjer. Det kan tolkes som at avstanden hun har til feltet gir henne mulighet til å få oversikt ved å sammenholde det hun ser med det hun hører, og dermed forstå det som skjer. Dette kan bidra til en ekstra trygghet for de som arbeider i feltet.

For å kunne få med seg lyder, beskjeder som gis og samtalen i feltet, må det ikke være mye bråk på stua. *”Eg like ikke at det er unødvendig mange inne på stua, fordi konsentrasjonen kan tas vekk fra det som foregår hvis det blir mye snakking på stua”* (3). Sansningen av feltet

¹ Suture til omstikning – er en tråd med nål som brukes til å ligere kar ved en blødning som ikke kan stoppes med bruk av diatermi. Suturen festes til vevet for ikke å gli av karet og risikere en blødning i etterkant uten at det oppdages.

² Kirurgisk diatermi - elektrisk strøm som benyttes til å skjære eller koagulere vev. Diatermipennen er det sterile instrumentet som brukes i såret til å gjøre dette (Johnsen og Eide, i: Dåvøy, Eide & Hansen (red), 2009).

er viktig og må ikke forstyrres dersom operasjonssykepleieren skal klare å bevare oversikten. Forstyrrelser styrer oppmerksomheten bort fra det som skjer i feltet, og påvirker oversikten. Noen faser er viktigere enn andre.

Under visse deler av inngrepet kan man må ha all fokus på det man skal gjøre, sett de fleste pris på at det ikke er så mye snakk. Man konsentrere seg best når det er stille. Når det er nokka kritisk, så er det mye som skjer på anestesisisida også, så det er viktig at alle får konsentrert seg. At det kan være stille sånn at beskjeder som kommer fra feltet kan oppfattes (1).

Å tilrettelegge for et konsentrert arbeid ved at det er stille på stua, er avgjørende for pasienten i kritiske faser. Hele teamet er da involvert i å håndtere situasjonen, og alle må kunne oppfatte alt som skjer for å kunne handle riktig. Den koordinerende operasjonssykepleieren skal hjelpe alle, og må derfor oppfatte alle beskjeder fra hele teamet.

Oversikten påvirkes også dersom en selv er ukonsentrert og ikke følger med.

Er du ukonsentrert og sitt med ryggen til er du heile tida på etterskudd. Verken synet ditt eller tanken dine er der, og du hører mye dårligere. Når den som koordinere skriver rapport på pc-en skal fokuset ikke være på pc-en, men mot feltet. Det skal være et øre og man skal ha bevissthet mot det som foregår i feltet, sjøl om man gjør andre ting (3).

Oversikt krever en konsentrert oppmerksomhet mot feltet og det som skjer der. Uavhengig av hva operasjonssykepleieren gjør, skal hun få med seg det som skjer i feltet. Det kan hun klare ved å la syn og hørsel supplere hverandre, i tillegg til at "feltet" bidrar med blikk, framvisning av utstyr og samtale om det som foregår. All denne informasjonen sammenholdes opp mot egen forståelse for gangen i kirurgien, og bidrar til å ha oversikt.

5.3.2 Å lede eget fag

Inne på operasjonsstua veksler den koordinerende operasjonssykepleieren mellom å bevege seg, å stå eller sitte i ro. Alle deltakerne plasserer seg likt inne på stua, på kirurgisiden like utenfor den sterile sonen (observasjonsnotat).

"På den grønne side - som gir best tilgang til å se feltet" (2). *"Sentralt, det vil si ikke så langt fra feltet, samtidig som eg har god øyekontakt med de som står i feltet"* (1). Informant 3 sitter ved fotenden av bordtoppen med det ene øret vendt mot feltet. *"Eg hører bedre på det øret, så eg sitter sånn og hører, samtidig som eg ser"* (3). Det viser at den koordinerende operasjonssykepleieren plasserer seg selv slik at hun har best mulig tilgang til å se og høre det som skjer i feltet. Plasseringen er ikke tilfeldig valgt. Den er nær den sterile sonen uten å gjøre

oppdekkingen usteril. Den gir mulighet for en best mulig konsentrert sansning og til rettelegger muligheten for god blikkontakt.

De ulike stedene hun oppsøker gir ulik oversikt. Den detaljerte innsikten i kirurgien får operasjonssykepleieren når hun plasserer seg bak anestesibøyla. *”Man har bedre oversikt der, kor langt dem e kommet, i forhold til gangen i kirurgien”* (1). Da står hun gjerne på en trippetrapp for å kunne se rett ned i såret. Det viser at hun med bakgrunn i et forventet operasjonsforløp i denne posisjonen får konstatert hvor langt teamet er kommet i forløpet, og dermed også ”vet” hva som skjer videre og kan forberede seg på det. *”Ved fotenden av pasienten ser eg ikke så mye i feltet. Der har eg oversikt over instrumenteringa og ser ka den som står steril(sykepleier) treng”(1)*. Oversikt over instrumenteringen gjør at operasjonssykepleieren kan forstå hva den sterilt utøvende kan trenge av utstyr. Denne forståelsen har også sammenheng med at operasjonssykepleieren vet hvor i operasjonsforløpet teamet i feltet er. Alle vektlegger at man i utgangspunktet skal bevege seg minst mulig, både når det gjelder inne på stua, og ut og inn av stua. Det kan se ut som at operasjonssykepleierens bevegelser inne på stua, har en funksjon.

For å se ka som skjer og for å se ka teamet trengte, bevegde eg meg nærmere når det va fare for blødning eller skade på nerva. Eg går også nærmere når eg vil se bedre ka de bruke av instrumenta og sutura (1).

Bevegelsen bidrar til bedre oversikt slik at den koordinerende operasjonssykepleieren kan være i forkant og klar med det teamet trenger av utstyr eller skal ha gjort. Med bakgrunn i sin sansning og forståelse av hva sansningen betyr, vet hun når hun må ha en bedre innsikt. Å gå nærmere betyr å få et mer detaljert innsyn i såret, eller å få bedre oversikt over det som brukes av utstyr i feltet. Denne delinnsikten i operasjonen blir sammenholdt med hennes helhetsforståelse av operasjonen og arbeidet hun skal gjøre. Når hun har avstand til feltet, skapes en annen oversikt. *”Det e ikke bare den som står i feltet som skal passe på steriliteten. Den som koordinerer ser ting som dem ikke ser, når det skal gå fort så e det ikke alltid man får med seg alle detaljan”(3)*. Den koordinerende operasjonssykepleierens frie rolle skaper mulighet for avstand til feltet og dermed en bedre oversikt enn de i feltet har. Å overvåke og ivareta steriliteten blir dermed en fellesoppgave de to operasjonssykepleierne på hver sin måte bidrar med å ivareta.

Det kan og tyde på at erfarne operasjonssykepleiere bruker kreativitet for å bedre oversikten. For å oppfatte når det skjer noe i feltet, bruker operasjonssykepleieren ”stikkord”.

Stikkordan e ord operatøren sei til teamet når han gjør nokka som kan skape en viktig endring hos pasienten. Ordan sei meg ka eg skal tenke på, se etter og gjøre. Dem bidrar til å kunne handle raskt (3).

Stikkordene kan variere fra operasjon til operasjon. Felles er at kun ett ord kan fortelle operasjonssykepleieren en hel sekvens av det som kommer til å skje, og hva hun må gjøre. Ett eksempel er når kirurgen under en hjerteoperasjon sier ”tar tanga¹”. Når aortatanga tas av under en hjerteoperasjon, starter normal perfusjon av hjertet igjen. Da vet operasjonssykepleieren at hun må følge med på monitoren for å se om pasienten får ventrikkelflimmer eller får en normal sinusrytme. Dersom pasienten får ventrikkelflimmer, vet hun at anestesian først setter antiarytmika intravenøst, før det eventuelt er behov for defibrilatorspader². Hun følger med på monitoren og er klar med spadene. Stikkordene fungerer som et signal til operasjonssykepleieren og sier henne hvor i forløpet kirurgen er og hva som skal skje. De brukes til å sortere det som er viktig og uviktig. Ordene tilkaller oppmerksomhet og styrer mot en rutine hun har laget seg. Hun vet hva hun skal se etter, vet rekkefølgen i det som skjer og hva hennes oppgave er. Stikkordene bidrar til at hun er i forkant. Det kan og tyde på at hun på grunn av stikkordene og sin lange erfaring, klarer å være i forkant slik at hun kan bruke tid på å forberede den hektiske avslutningen.

Andre grep operasjonssykepleieren gjør er å rydde.

At det e ryddig på stua betyr oversikt, og e viktig når eg koordinere. Da e det lettare å se kor ting e. Når det e ryddig blir en tens situasjon rolig, og når det flyt (rot) virke det kaotisk. At det e ryddig gir meg kanskje større kontroll. At eg både veit ka eg har framme, ka eg ikke har framme, ka eg har gjemt vekk, ka eg har kasta og ka eg ikke har kasta. At ting har sine på en måte faste plassa. Da e det lett å hente det fram også når du har det travelt, for du veit kor det e. Det e et paradoks. Eg e litt sånn smårotat hjemme. Hjemme betyr det ingenting at det ligg ting på bordet, eller står ting på benken, men når eg koordinere synes eg det e greit at det e ryddig (3).

Vanligvis anser vi rydding for å være en dagligdags syssel, som ikke har noe med faglige vurderinger å gjøre. Når operasjonssykepleieren rydder, har det en funksjon som baserer seg på erfaringer og faglige vurderinger. Hun organiserer rommet ved at utstyr blir plassert på sine bestemte plasser. Det skaper struktur, forutsigbarhet og ro. Et ryddig rom skaper oversikt og kontroll, og kan bidra til å roe ned en stresset situasjon. Operasjonssykepleieren rydder rommet og plasserer utstyr slik hun er vant til å ha det. Det kan tyde på at strukturering av

¹ Under selve kirurgien på hjertet holdes pasienten sirkulert av en hjerte-lunge-maskin. Hjertet er stoppet mens dette skjer. Når tanga tas skal hjertet igjen starte å pumpe blod rundt i kroppen og overta arbeidet for maskinen.

² Defibrilatorspader – hjertestarter som brukes direkte på hjertet under åpen kirurgi

stua er i samsvar med et indre bilde, det hun er vant til. Som hun har god erfaring med. Det bidrar til at hun raskt finner ting i rommet og også raskere oppdager om noe mangler, og kan handle fort. Tida er i noen situasjoner avgjørende for pasientens liv. Jeg tolker at ryddingen oppleves å bli drevet av et behov for kontroll over situasjonen som har betydning for sikkerheten til pasienten. Ingen dør av litt rot på benken hjemme. Å ha det ryddig på en operasjonsstue kan være avgjørende for pasientens liv i kritiske situasjoner.

Deltaker 3 sier hun liker å ha kontroll.

Det her med å telle. Eg vil heller ha kontroll på det, enn å ikke ha kontroll og gjøre feil. At eg gjør en sånn feil at en pasient dør eller får store skada. Eg veit ikke om eg hadde klart å levd med meg sjøl (3).

De to operasjonssykepleierne som samarbeider i teamet, har retningslinjer for telling av blant annet kompresser. Retningslinjene sier at de i lag skal kontrollere at antallet stemmer.

Prosedyren sier når de skal telle og hvordan. De skal samarbeide om å telle alle kompressene; både de som er i bruk i feltet og de brukte som den koordinerende operasjonssykepleieren har tatt vare på. Den sterilt utøvende operasjonssykepleieren har det overordnede ansvar for alt sterilt utstyr som brukes under operasjonen. Det hektiske arbeidet med å avslutte operasjonen, kan av og til resultere i at sluttellingen i lag utgår. Det får konsekvenser for den koordinerende operasjonssykepleierens medansvar i tellingen. Innføring av sjekklister for trygg kirurgi¹ kan i så måte bidra til et økt fokus på at prosedyrer gjennomføres slik de er bestemt, og sikre mot at noe blir gjenglemt inni pasienten.

Erfarne kan bidra med kontroll til den andre operasjonssykepleieren i feltet.

Eg får tilbakemelding at det e trygt når eg koordinere. De veit jo ka de får. Stort sett e eg konsentrert. Eg får med meg en del ting, og eg kan komme med innspill når eg ser ting som blir gjort eller ikke gjort, eller ting som e på tur i gulvet (3).

Når erfarne koordinerer har de oversikt og kontroll. Dette smitter over på de andre, spesielt operasjonssykepleieren i feltet, og gir en opplevelse av trygghet. Ved å være et par ekstra øyne, et ekstra hode som oppmerksomt følger med og formidler det hun ser, kan det bidra til kontroll i situasjonen.

¹ WHO's sjekklister for trygg kirurgi - redskap for effektiv kommunikasjon og utveksling av kritisk informasjon (<http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/>)

Hva den koordinerende operasjonssykepleieren gjør og hvordan avhenger for øvrig av ”*hvilke arbeidsoppgaver som må gjøres*” (1).

Hun dokumenterer på pc-en, fyller ut remisser, håndterer preparater, henter utstyr i skapene på stua og utenfor stua og er bindeleddet mellom teamet og avdelingen utenfor operasjonsstua (observasjonsnotat).

For å unngå å bevege seg unødig har operasjonssykepleieren forberedt et bord med ekstra-utstyr på. Det kan se ut som at plasseringen av bordet og valg av utstyr på bordet ikke er tilfeldig. Deltaker 1 sier om plasseringen ”*Det e også hensiktsmessig på grunn av bordet med utstyr eg har rett bak meg*”. Bordet er plassert slik at operasjonssykepleieren har god oversikt og samtidig tilgang til bordet. Det betyr at hun raskt kan gi utstyr til de i feltet. Utstyr som prioriteres på bordet er noe som brukes mye eller behøves fort, for eksempel kompresser og suturer. Det viser at utstyret er valgt for å begrense trafikk på stua, og for å kunne handle raskt i kritiske situasjoner.

For å opprettholde flyten i arbeidet ”timer” operasjonssykepleieren blant annet når hun skal skrive rapport på pc-en. På noen stuer er pc-en plassert slik at den som dokumenterer kommer på anestesisisden av feltet og dermed for langt ifra feltet.

Det e så dumt å måtte springe bort dit og tilbake, for det tar tid å skrive i operasjonsjournalen. Der høre du ikke ka dem prater om i feltet, så man går ikke og skriver når det koker (2).

Arbeidet som operasjonssykepleieren ivaretar som ikke er rettet mot de andre i teamet, må gjøres uten å skape kritiske situasjoner ved at det blir stopp i operasjonen. Arbeid som gjør at oversikten midlertidig tapes, må times inn. For å time riktig, må den som koordinerer ha oversikt over det som skjer på stua. Det forutsetter at hun kan operasjonsforløpet, vet hvor i forløpet kirurgen er, og timer eget arbeid i forhold til det. De kritiske fasene for pasienten hvor teamet trenger hjelp fort unngås. Når det ”*koker*” skal det gå fort. Selv korte fravær av oversikt kan føre til stopp i operasjonen, som kan ha stor betydning for pasienten.

Noen ganger beveger den erfarne operasjonssykepleieren seg inn på andres fagområder.

Det ligger vel i ordet å koordinere rundt omkring, å være litt sånn advokat for pasienten. Å be om at en annen kirurg kommer, at eg synes det tar for lang tid. At det burde komme inn en som har litt mer kunnskap (2).

Den erfarne operasjonssykepleieren kan bevege seg inn på andres ansvarsområde når hun ser at noe får betydning for pasienten. Dersom noe får negative konsekvenser for pasienten, vil den erfarne operasjonssykepleieren forsvare pasienten. Det fører til at hun ”leder” utover eget ansvarsområde, for pasientens beste. Dette gjelder spesielt innen eget fagområde, i forhold til

den andre operasjonssykepleierens ansvarsområde. ”Eg blande meg inn i begge rollan, fordi fire øya ser bedre enn to” (3).

Ledelse på operasjonsstua ses i sammenheng med navn på rollen. Ordet koordinerende funksjon oppleves av deltaker 3 som formell, mens den gamle benevnelsen ”Gå-til-hånde” oppleves nærmere.

Koordinerende funksjon, eg ser for meg en på gangen, som står på yttersida og trekk i tråda. Eg føle ikke at eg trekk i så mange tråda. Eg tar imot beskjeda og gjør masse jobb. Jobben eg gjør e på lik linje med de andre, og e like nødvendig i teamet, ellers fungere det ikke (3).

Operasjonssykepleiernes plassering, bevegelse, organisering av rom og utstyr, samt rydding og kreative grep som gjøres, skaper oversikt som den koordinerende operasjonssykepleieren bruker til å ”time” eget arbeid, og til å bidra overfor de andre i teamet. I tillegg beveger hun seg inn på andres ansvarsområde når pasienten må forsvares. Dette kan tolkes som en form for ledelse som den koordinerende operasjonssykepleieren gjør. Denne ledelsen inne på operasjonsstua erkjennes ikke av operasjonssykepleierne.

5.3.3 Å være til hjelp for alle på stua

Alle deltakerne vektlegger at arbeidet de gjør i den koordinerende funksjonen under gjennomføringen av operasjonen har betydning for resten av teamet, og får konsekvenser for pasientbehandlingen.

Den som koordinerer skal være til hjelp for alle på stua, slik at jobben glir lettest mulig og pasienten får et best mulig resultat. Ho skal være interessert og konsentrert om det som foregår rundt pasienten. Når eg koordinerer bidrar eg med min fagkunnskap, mitt syn og mine bein, og har klart utstyret som trengs (3).

Den koordinerende operasjonssykepleieren har en viktig rolle i å hjelpe alle på stua for at operasjonen ikke stopper opp, og det går utover pasienten. Hun bidrar med hele seg som fagperson.

Den koordinerende operasjonssykepleieren har en viktig rolle i å bistå den sterilt utøvende operasjonssykepleieren. Hun er spesielt oppmerksom på stemning som uttrykker at ”*nokka e på gang*” (1). Det tolkes å bety at noe bygger seg opp som en mulig krise under operasjonen, en komplikasjon eller en vanskelig fase i operasjonen. Dersom hun ikke oppfatter hva som er på gang og har klart utstyr til den sterilt utøvende operasjonssykepleieren, kan det få konsekvenser for gjennomføringen av operasjonen.

Å springe ut tar tid fra resten av operasjonen, og så skal det jo være en rolig stemning med minst mulig styr. Eg skal jo og være en støtte for operasjonssykepleieren som står i feltet (2).

Operasjonssykepleieren i feltet står direkte konfrontert med det som skjer i feltet og kirurgens krav om utstyr. Når endringer plutselig skjer, og det krever utstyr, er den sterilt utøvende operasjonssykepleieren helt avhengig av at den som koordinerer er klar med utstyr. Når den koordinerende operasjonssykepleieren er klar, kan hun bidra til å redusere stresset til den sterilt utøvende operasjonssykepleieren.

Samarbeidet med anestesisykepleieren blir også vektlagt. Deltaker 3 sier:

Eg e sykepleier og anestesisykepleieren e sykepleier i bunnen. Så har eg en tilleggsutdanning kor det e mye eg kan gjøre. Eg kan jo observere nokka, og det e ikke bare anestesien sin jobb, å følge med de vitale funksjonan. Sjøl om det e dem som e spesialista på det, fratar det ikke meg retten, altså plikten til å følge med eller å si fra når eg lure på noe (3)

I anesthesi- og operasjonssykepleiernes arbeid på operasjonsstua ligger både noe felles som sykepleiere og noe særegent knyttet til en spesialisering. Når de to sykepleierne har oversikt og forståelse for hverandres arbeidsoppgaver, skapes muligheter for å overlappe og utfylle hverandre. Når den koordinerende operasjonssykepleieren vet hva hun skal gjøre og hvordan hun skal gjøre det i denne situasjonen med dette teamet, kan mulighetene brukes til å bidra og dermed binde arbeidet rundt pasienten sammen.

Arbeidet på stua kan fortone seg som to stasjonære grupper som arbeider med sine spesifikke oppgaver. Den ene "stasjonen" hvor kirurgen(e) og den sterilt utøvende operasjonssykepleieren arbeider, har fokus i operasjonssåret (feltet). Den andre "stasjonen" hvor anestesisykepleieren og eventuelt en anestesilege arbeider har fokus ved pasientens hode og maskinen som styrer pasientens respirasjon (observasjonsnotat).

Av og til kan det se ut som om vi e opptatt av kvar vårres oppgave. Man har en felles forståelse, eller de grovkonturan av samme bilde. Vi ser det samme bygget, men så vil vi vektlegge forskjellige ting (3)

Det viser at den enkelte styres mot sin spesifikke oppgave. Denne oppgaven kan tolkes å være tydeligere og mer definert enn teamets fellesoppgave. På grunn av arbeidets kompleksitet som krever et konsentrert arbeid med fokus på oppgaver, vil det naturlig føre til at noe kommer i forgrunn og noe i bakgrunn. De fysisk fastlåste stasjonene kan i tillegg bidra til å se arbeidet fra dette perspektivet. Den koordinerende operasjonssykepleieren har i så måte en særegen rolle, fordi hun kan/skal ivareta "helheten" og har mulighet til å bevege seg fritt i rommet og ha oversikt.

Man prøve jo på en måte å ha et øye med i det som skjer både på anestesisida og operasjonssida (1)

Så man fungerer som en brobygger i mellom, i blant, reint informasjonsmessig om det som skal hende (2)

Den koordinerende operasjonssykepleierens frie rolle som ikke er låst fast i arbeidsoppgaver slik resten av teamet er, gir henne en posisjon hvor hun kan ha oversikt både over det som skjer på kirurgisiden og anestesisisiden. Denne oversikten kan brukes til å kommunisere i mellom ”stasjonene”. Dersom noe skjer i feltet som har betydning for anestesian, eller noe skjer på anestesisisiden som har betydning for feltet, kan den koordinerende operasjonssykepleieren fange det opp og gi beskjed om det. Denne rollen kan tolkes å ha betydning for binde arbeidet sammen og skape en felles forståelse, som kan bidra til å få operasjonen som helhet til å flyte. Denne helhetstenkning viser seg også ved at den koordinerende operasjonssykepleieren spiller en viktig rolle for gjennomføringen av det totale operasjonsprogrammet.

Den som koordinerer skal stå steril på neste pasient, så man begynner å forberede for neste pasient halvveis ut i inngrepet, ved å bestille opp utstyr. Du prater med kirurgen, spør anestesian om de har avløser, ser til at noen kommer og avløser meg slik at eg kan spise, så vi kan ringe ned direkte og det tidsmessig går i hop. Så en har jo en stor del av planleggingen i det her rullende programmet (2).

Det viser at en viktig oppgave for den koordinerende operasjonssykepleieren er planlegging og forberedelse i forhold til neste pasient, og at dette arbeidet gjøres før man er ferdige med operasjonen som pågår. På denne måten bidrar den som koordinerer til flyt i det totale operasjonsprogrammet. Arbeidet skal gli uten unødig stopp som kan gå utover pasienten som opereres og pasienten som venter på å bli operert. I denne sammenhengen spiller den koordinerende operasjonssykepleieren en avgjørende rolle.

6.0 Innsikter

Drøftingen vil dreie seg om tre innsikter fra alle tre fasene. Disse vil jeg drøfte teoretisk, og se opp mot tidligere forskning. Det første jeg vil diskutere er tidens betydninger på operasjonsstua. Jeg tolker at de tre funnkapitlene viser hvordan tiden på ulike måter gir føringer for utøvelsen av operasjonssykepleien gjennom forløpet. Å ha et bevisst forhold til tiden og håndtere den, har stor betydning for å sikre livet til pasienten og for driften i en operasjonsavdeling. Det neste jeg vil diskutere er ”Å komme i forkant”. Gjennom hele operasjonsforløpet jobber operasjonssykepleierne for å komme/være i forkant. Det siste som diskuteres er ”Frihet og Bundethet”. I dette kapitlet løfter jeg opp den koordinerende operasjonssyke-

pleierens rolle i teamet. Hvordan kan eller bør koordineringen gjøres? Hvilke muligheter finnes? Og hvilke begrensninger er der?

6.1 Tidens uttrykk og betydninger

I min studie tolker jeg at tidens betydninger gjennomsyrrer operasjonssykepleiernes måte å tenke på, hvordan de forholder seg og hva de gjør gjennom hele forløpet. Tidens betydning på en operasjonsavdeling viser seg ved hvordan tiden verdsettes. Alt arbeid på en operasjonsavdeling styres ut i fra et planlagt operasjonsprogram (Riley & Manias, 2006). Tiden blir nøyaktig strukturert og utnyttet effektivt ved hjelp av dette programmet og operasjonstiden som er estimert for hvert inngrep. Denne strukturen påvirker og styrer den koordinerende operasjonssykepleierens arbeid, og har paralleller til Foucaults beskrivelser av hvordan munkene brukte tiden. Munkene delte inn, styrte gjøremål og lagde rytmer (Foucault, 1999:138). Operasjonssykepleiernes inndeling av gjøremål kommer til uttrykk i de ulike fasene. Rapporten om morgenen gir startskuddet for klokketidens inndeling og rytme. Det er en tid før pasienten kommer, en tid til forberedelser av pasienten, en tid til gjennomføring av kirurgien, og en tid til å avslutte og vekke pasienten. Denne tiden skal utnyttes effektivt. Forskning vedrørende effektivisering av operasjonsdriften har i hovedsak hatt fokus på hvordan tiden utenom ”knivtiden” kan reduseres, det vil si tiden før, mellom og etter operasjonene (Walker & Adam, 2001, Weinbroum *et al.* 2003, Riley & Manias, 2006, Rydberg, 2009). Tiden som skal brukes på pasienten utenom knivtid, konkurrerer dermed med neste pasient på programmet. Å vente for lenge på å bli operert kan føre til komplikasjoner, lidelser og i verste fall død. Det samme gjelder dårlig håndtering av tiden, både når det går for seint eller for fort. Pasientene er avhengige av at operasjonsteamet prioriterer tiden godt. I denne sammenheng skal den koordinerende operasjonssykepleieren bidra til å hjelpe pasienten gjennom den kritiske tiden som operasjonen er.

6.1.1 Operasjon, sårbarhet og tid

Mine funn viser at operasjonssykepleierne er opptatt av sikkerheten til pasienten, at det ikke tilstøter alvorlige komplikasjoner eller skader, og at resultatet blir bra. Dette støttes i flere studier (Spjelkevik *et al.*, 2004, Alfredsdottir & Bjørnsdottir, 2007, Joy, 2009, Ellingsæter, 2010). Ifølge Ellingsæters (2010) studie er arbeidstempo og tidspress en utfordring i forhold til pasientsikkerheten. Behandlingen på operasjonsavdelingen er knyttet til ivaretagelse av liv

på en sikker måte, og derfor blir tiden på operasjonsavdelingen avgjørende og viktig. Pasienten er utsatt for usikkerhet og vet at inngrepet kan få negativt utfall. Pasienten kommer til operasjonsavdelingen og overgir seg selv i hendene til de som skal ivareta han. Under operasjonen, i narkose, er han satt helt ut av spill uten mulighet til å bestemme over eget liv. Denne situasjonen er spesiell, og kommer i tillegg til den menneskelige sårbarhet vi alle kan kjenne på i kraft av å være menneske. Martinsen (2012) viser til Løgstrup som skriver om sårbarheten som den tillitsfulle utlevertheten alle mennesker kan kjenne på. For sykepleieren er det ifølge Martinsen også en styrke, fordi den gir henne en tilgang til å forstå pasienten (Martinsen, 2012:12). Dess mer som står på spill, jo viktigere blir det hvordan tilliten blir ivaretatt. Når kirurgen setter kniven i pasienten, kan ikke situasjonen reverseres. Operasjonssykepleierne vet og ser denne risiko, og kan med sin faglige innsikt forstå pasientens situasjon. Deres ansvar er å ta vare på pasienten, og prioritere hva tiden brukes til. Det er viktig å disponere tiden på en god måte, slik Dávøy (2005) beskriver som å gjøre de kloke valgene, utøve et godt skjønn og kunne handle slik situasjonen krever det.

Pasientene er i ulik grad engstelige når de kommer til operasjonsavdelingen (Rhodos, Miles og Pearson, 2006, Gustavsson *et al.*, 2007, Westerling og Bergbom, 2008). De har blitt informert om hva som skal skje, og om risiko i forbindelse med gjennomføring av operasjonen, jamfør krav om informert samtykke (Pasientrettighetsloven, kapittel 3 og 4). Forskning viser at informasjon reduserer uro og angst for operasjonen (Mitchell, 2003), og at denne reduksjonen kan ha betydning for resultatet av kirurgien, samt at uro kan påvirke pasientens svar på bedøvende medikamenter, og postoperativ smertelindring (Pritchard, 2009). Min studie viser at også samtalen operasjonssykepleierne har med pasienten på operasjonsavdelingen er viktig for å berolige pasienten. Dette bekreftes også av andre studier (Spjelkevik *et al.*, 2004, Stavø, 2009, Andreassen og Thurmann-Nielsen, 2010). Å bruke tid til å samtale med pasienten, og å vite når og hvor mye tid som skal brukes er viktig. De erfarne operasjonssykepleierne stemmer seg inn mot pasient og situasjon, jamfør Benners begrep ”attunement” (Benner *et al.*, 2011:15). De uttrykker forståelse for hvordan tiden sammen med pasienten anvendes på en god måte. De viser til situasjoner hvor det er viktig å samtale med pasienten, og at samtalen kan få ulike betydninger; for pasientsikkerhet og for å berolige pasienten.

6.1.2 Travelhet

Deltakerne mine, støttet av flere studier (Riley & Manias, 2002, Spjelkevik *et al.*, 2004, Alfredsdottir & Bjørnsdottir, 2007, Rasmussen, 2009, Ellingsæter, 2010, Kristoffersen, 2010), opplever tidspress. Tidspress ved gjennomføring av det daglige programmet, skyldes marginale tidsskjemaer, og at operasjonstiden til den enkelte operasjon ofte forlenges (Walker & Adam, 2001). Tidsrammene ligger der fra starten av dagen i det oppsatte operasjonsprogrammet. For hver operasjon er tidsbruken estimert, og for å overholde tiden må alt gå knirkefritt og fort. Forskyvninger i tid skaper ekstra stress. Deltakerne til Kristoffersen (2010) vektla viktigheten av å ha nok tid til å gjennomføre sine oppgaver i teamet på en sikker og rolig måte. Flere studier viser at operasjonssykepleierne etterspør forståelse og respekt for arbeidet de skal gjøre (Rasmussen, 2009, Ellingsæter, 2010, Kristoffersen, 2010). Dette sammenfaller med det mine deltakere sier. Når det gjelder det enkelte inngrep fremhever deltakerne mine betydningen av at operasjonen ikke stopper opp. For pasienten er det optimalt med så kort operasjonstid som mulig. Opplevelsen av at tiden går og operasjonen står i ro er ubehagelig, fordi den sårbare fasen i pasientens liv forlenges. Klokketidens ubønhørlige gang oppleves noen ganger fysisk i operasjonssykepleierens kropp, fordi tiden ikke går i pasienten(e)s favør.

Når deltakerne snakker om tidspress, tolker jeg de snakker om en god og en dårlig travelhet slik Martinsen (2012) beskriver. Den gode travelheten kommer til uttrykk når det kommer pasientene til gode. Den dårlige travelhet tolker jeg knyttes til tidspresset som gjør at den koordinerende operasjonssykepleieren ikke opplever å være godt nok forberedt. Martinsen beskriver den dårlige travelhet som en hektisk gjøremålstravelhet. Hun sier at gjøremålene er i sentrum, og at sykepleieren verken lytter til eller ser pasienten (Martinsen, 2012:31). Sett i sammenheng med tidspress, vil en naturlig konsekvens bli at operasjonssykepleierens oppmerksomhet kverner om gjøremål som planlegges og utføres, samtidig som hun skal ta imot pasienten. Denne ”multitaskingen” er det svært få som klarer å håndtere godt. Erfaring har i så måte betydning for hvordan travelhet takles i slike situasjoner (Rasmussen, 2009).

Når den erfarne operasjonssykepleieren som koordinerer kommer i forkant, slik det beskrives når hun forbereder til operasjonen, hersker en god travelhet. Da er hun forberedt, og har ro når hun møter pasienten. Det tolker jeg skaper mulighet for å være sansende, oppmerksom og faglig tilstede, slik Martinsen oppfordrer operasjonssykepleierne til å være (Martinsen, i

Dåvøy, Eide, Hansen (red), 2009:35). Deltaker 1 viser dette ved ”å stille seg åpen” for det pasienten gir uttrykk for. Denne innstillingen tolker jeg skaper en opplevelse av omsorg for pasienten. Dette bidrar til at pasienten i tillit lar operasjonssykepleieren få tilgang til sine bekymringer, og gjør det mulig for operasjonssykepleieren å kunne hjelpe.

Det er forståelig at det noen ganger må gå fort for å redde pasientens liv, slik det er under akutte operasjoner. Det er også forståelig at det under enkelte faser i operasjonen må gå fort for å ha kontroll over situasjonen, når det skjer noe uforutsett eller pasienten/operasjonen er i en kritisk fase. Samtidig kan dette hastverket medføre en risiko for å gjøre feil (Riley & Manias, 2006, Rasmussen, 2009). Da kan tidspresset oppleves ubehagelig. Funnene mine viser at feil som gjøres oppleves ubehagelig. De erfarne operasjonssykepleierne viser en uro for å gjøre feil, og denne uroen blir integrert i arbeidet ved at operasjonssykepleieren passer på å unngå å gjøre de samme feil igjen. Lindwall og Post (2008) poengterer viktigheten av å snakke om vanskelige situasjoner som har inntruffet for lettere å kunne håndtere de i fremtiden. De sier at sykepleiere må få tid til å diskutere kvaliteten i pleie, etiske dilemma og konflikter. Denne samtalen har slik jeg ser det ikke bare betydning for operasjonssykepleierens opplevelse av situasjonen, men kan også brukes til å utvikle forståelse for håndtering av ulike situasjoner. De erfarne kan i slike sammenhenger bidra med å beskrive hva de gjør, hvordan og hvorfor. Slike samtaler kan føre til verdifull utvikling av faget, og være til stor hjelp for de uerfarne.

6.1.3 Å gjøre oppstand mot tiden

Ved å vise til Løgstrups utlegning om oppstand mot tiden, oppfordrer Martinsen sykepleierne til å gjøre oppstand (Martinsen, 2012:117-120). Den koordinerende operasjonssykepleieren kan gjøre oppstand ved at tiden prioriteres og planlegges godt med bakgrunn i gode valg for pasienten og den totale situasjonen. Tiden før operasjonen er viktig for å få til det gode resultatet for pasienten. Dersom den koordinerende operasjonssykepleieren er godt forberedt mentalt og med rom og utstyr, har hun bedre forutsetninger for å få til et operasjonsforløp som flyter uten stopp, og har ro når hun møter pasienten. Martinsen sier at sykepleierne må handle med tiden og i tiden på flere måter (Martinsen, 2012:139). Dette kommer til uttrykk i mine funn ved hvordan operasjonssykepleierne forholder seg til tiden og håndterer den. De er bevisst hva tiden rommer. Dette viser seg i beskrivelsene til deltaker 2, når hun viser til ”å sette seg et nivå”. Her beskriver hun hva tiden rommer, ikke som klokkeid, men som

hendelser som inngår i denne tiden og bruker sin erfaring til å knytte dette opp mot klokketiden. Relatert til Martinsens (2012) utlegning av det fiktive og faktiske rom, kan deltaker 2`s beskrivelser tolkes som at hun beveger seg mellom disse rommene. Fokus er rettet mot seg selv, situasjonen hun står i og forberedelsene hun ”ser” for seg. Hun beveger seg mellom det faktiske rommet hun kan sanse ved å se og undersøke omgivelsene, samtidig som hun kan bevege seg inn i fantasien og se for seg det som skal skje. Da bruker hun tiden uten at det stresser pasienten eller de andre i teamet, forstått som uttrykk for den gode travelhet (2012:117-122).

Den gode travelheten i disse periodene, kan bidra til ro i møte med pasienten, og til at forberedelsene sammen med resten av teamet flyter. Det viser at hun jobber for å komme i forkant, og da skapes muligheter for oppmerksomhet rettet mot pasienten og resten av teamet. Dette tolker jeg bidrar til en mental forberedthet som skaper ro i henne selv, fordi hun er bevisst egen forkunnskap og forberedelser i denne situasjonen. Det gjør at hun har kapasitet til å tone seg inn mot det som skjer rundt henne; med pasienten og med teamet. Da kan hun ta i bruk en skarpsindig sansning og et mellommenneskelig engasjement, slik Benner *et al.* beskriver hvordan et ”skilled know-how” kommer til uttrykk (2011:15-17). Ifølge Benner forutsetter dette en god forståelse av denne situasjonen (2011:15). For den koordinerende operasjonssykepleieren betyr det å ha et godt kjennskap til inngrepet, inkludert forberedelsene. I disse forberedelsene spiller tidligere erfaringer med ulike pasienter en viktig rolle. Erfaringene gir føringer for om og hva hun må undersøke nærmere på forhånd og forberede seg for. Som deltaker 1 beskriver som ”å sjekke om det er noe hun må være på allerten for”. Da vet den erfarne hva som er viktig å se etter i journalen og i operasjonsmeldingen. Slik kan hun løsrive seg fra klokketiden og la seg lede av erfaringen. Det er en erfaring som sitter i kroppen. En erfaring som sier henne hvor lang tid det tar å forberede, når tempo må skrus opp, når det er viktig å bruke litt mer tid, og når det ikke er behov for å bruke tid. Da jobber hun i det tempo som hun vet og ser gir det beste resultat. Denne innsikten viser de erfarne operasjonssykepleierne at de har, og dette skaper gode forutsetninger for ivaretagelsen av pasienten og for teamarbeidet.

Dette viser at oppstanden kan komme til uttrykk på ulike måter. Både ved at tiden brukes til å forestille seg, den holdes igjen i nuet, eller at det brukes mer eller mindre tid. Oppstanden kan også uttrykkes som et temposkifte; ved at tempo skrus opp eller skrus ned for å sikre

pasienten. Når tiden presser på for å få gjennomført hele programmet, eller situasjonen krever en hurtig respons (akutte/kritiske situasjoner) kan operasjonssykepleieren skru opp tempoet. I andre kritiske situasjoner kan det bety å skru ned tempo slik at det blir ro i situasjonen, fordi arbeidet krever konsentrasjon og nøyaktighet. I tillegg kan det i kritiske situasjoner være nødvendig og avgjørende å prioritere hardt hva tiden brukes til. For å redde pasientens liv, må av og til viktige prosedyrer utgå fordi det ikke er tid til å gjøre de. Oppstanden slik jeg forstår Martinsen, har hele tiden pasienten i fokus ved at operasjonssykepleierens tanker og tilstedeværelse er hos pasienten.

Deltakerne til Alfredsdottir og Bjørnsdottir (2007) sier at arbeidet med operasjonspasienten er en styrke. Dette knyttes opp mot grundig planlegging som viser kunnskap og kontroll og uttrykker stolthet i arbeidet. Deltakerne mine viser at denne styrken erkjennes av de erfarne operasjonssykepleierne. De ser at deres arbeid har betydning for pasienten både i smått og stort. Ved kun å ha fokus på en pasient ad gangen, skapes muligheten for at den gode sykepleien kan gjøres. De kan ha kontinuitet i pleien av pasienten gjennom hele operasjonsforløpet. Denne kontinuitet viser Joy (2009) er viktig for pasientsikkerheten. Den erfarne koordinerende operasjonssykepleieren viser at hun har et forhold til tiden, og fyller tiden med gjøremål som har betydning for pasientens sikkerhet, og da gir tiden mening for en operasjonssykepleier.

6.2 Å komme i forkant

Å komme i forkant viser at operasjonssykepleierne jobber svært bevisst med egen forforståelse. Denne bevisste og pågående jobbingen kan forstås som et viktig og nødvendig arbeid for å ha en riktig forståelse av en livsviktig situasjon for pasienten. Dette arbeidet viser paralleller til Benner *et al.* hvor hun beskriver ”engaged reasoning-in-transition” (2011:5, 13), og til Gadamers utlegning av forståelsesprosessen som en veksling mellom forforståelse og forståelse, der åpenheten er en forutsetning (2010:303-306). Å komme i forkant har slik jeg tolker mine funn to hovedfokus. Det ene handler om å være best mulig forberedt på å ivareta sikkerheten til pasienten, ved å unngå skader og komplikasjoner, slik det beskrives i kapittel 6.1. Flere studier konkluderer med at ivaretagelsen av pasientsikkerhet er et særs viktig kjerneområde i operasjonssykepleien (Silèn-Lipponen *et al.* 2005, Alfredsdottir og Bjørnsdottir 2007, Rydberg 2009). Det andre hovedfokus er tiden. Å komme i forkant er på et vis en kamp med tiden, ved å få et overtak, ha tiden på sin side og at tiden går i din favør.

Ifølge Benner (2011:191) blir tilretteleggingen bedre dess mer tid som brukes. Den erfarne operasjonssykepleieren vet med bakgrunn i sin fagkunnskap og erfaring når hun er kommet nok i forkant til å ivareta pasienten faglig forsvarlig i henhold til hennes ansvar.

6.2.1 Hvordan komme i forkant?

Å komme i forkant kommer tydeligst frem i fase 1 når operasjonssykepleierne forbereder til operasjonen, men viser seg også under møtet og forberedelsene av pasienten og under selve operasjonen. Deltaker 1 sier at ”*pasienten legger hele livet i operasjonssykepleierens hender*”. Det er et stort ansvar som krever at operasjonssykepleieren forstår hva det gjelder og hvordan hun kan bidra. Ifølge Martinsen (2012) skapes inntrykket når sykepleieren engasjerer seg i pasienten og lar seg berøre. I denne sammenhengen skapes et stemt inntrykk av pasienten allerede når deltaker 1 får vite diagnosen til den unge gutten. Jeg tolker at dette inntrykket former operasjonssykepleierens forståelse av situasjonen, slik Kjær beskriver sammenhengen mellom sansning og forståelse (Martinsen, 2012:161-162). Det kan se ut som at noen pasientsituasjoner skaper et følelsesmessig stemt inntrykk, mens andre situasjoner skaper et engasjement uten at sykepleieren følelsesmessig blir berørt. Det lille, standard inngrepet til den voksne, friske mannen engasjerer deltaker 2 fordi hun vet av erfaring at ”*en fort kan misse når mange skal samarbeide og det skal gå fort*”. Hun blir særlig opptatt av sikkerheten til pasienten. Faren for at det ikke brukes nok tid på sikkerhetsrutinene er tilstede. Å innhente opplysninger både fra pasienten og papirene, og se dette i sammenheng tar tid, men er en forutsetning for pasientens sikkerhet. Den erfarne operasjonssykepleieren kjenner igjen denne typen situasjon som en farefull situasjon hvor det kan gå for fort, og blir engasjert fordi det skaper en uro i henne på vegne av pasienten. Dette styrker hennes oppmerksomhet i situasjonen, som kan tolkes å uttrykke en føre-var holdning.

Denne føre-var holdningen kommer også til uttrykk når den koordinerende operasjonssykepleieren skal leire pasienten. Leiring er en viktig oppgave den koordinerende operasjonssykepleieren gjør, og oppfattes av mange som en krevende og risikofylt oppgave å ivareta (Beckett, 2010). Vanskelige leiringer og pasienter som på grunn av fysiske årsaker er utsatt for å få komplikasjoner forbundet med leiringen, skaper en uro hos operasjonssykepleieren. Deltaker 2 sier hun *kontrollsjekker leiringen*. For å ivareta denne oppgaven, er det derfor spesielt viktig å være godt forberedt. I tillegg til å forberede seg med bakgrunn i informasjon fra operasjonsmelding og journal, observerer operasjonssykepleieren pasientens

kropp. Dette medfører ofte at leiringen må korrigeres og utstyr suppleres. Både Landsverk (2002) og Spjelkevik *et al.* (2004) viser at leiringen må tilpasses den enkelte pasient. Dette kommer også frem i min studie. Deltaker 1 viser til plager, sykdommer eller overvekt som grunner til at prosedyren ikke kan følges. Den endelige tilpasningen skjer først når hun ser pasientens kropp, og får mulighet til å snakke med pasienten om det som skal skje. Ifølge Dåvøy (2005) kan erfarne operasjonssykepleiere sette prosedyrene til side og bruke sitt faglige skjønn i stedet. Mine funn viser at prosedyren fungerer som et utgangspunkt som sjekkes ut mot opplysninger om pasienten, og i møte med den aktuelle pasient. En vekselvirkning mellom ”*prosedyren i hodet*” (1) som en helhet, og del-opplysninger i operasjonsmelding og pasientjournal. Dette viser slik jeg forstår Gadamer en hermeneutisk forståelsesprosess hvor den hermeneutiske regel tas i bruk (Gadamer, 2010:329-333). Søken etter bedre forståelse av hvordan og hva som skaper det gode leiet til pasienten drives av spørsmål og svar, i en veksling mellom egen forforståelse under endring og informasjon operasjonssykepleieren skaffer seg på ulike måter.

Å engasjere seg i pasienten har foruten å sikre pasientens fysiske kropp, også stor betydning for pasientenes opplevelse (Rudolfsson *et al.*, 2007a), og sykepleiernes mulighet til å skaffe seg en god forståelse av det som er viktig å ta hensyn til i forhold til denne pasienten. Når den koordinerende operasjonssykepleieren er forberedt og oppmerksomt til stede bidrar det til en god pasientomsorg. Den viser seg ved at pasientene opplever å være i fokus (Rudolfsson *et al.*, 2007a), og de ikke er alene, men blir passet på (Westerling & Bergbom, 2008). Ifølge deltakerne til Rydberg (2009) har operasjonssykepleierne sin oppmerksomhet rettet mot pasienten og tar ansvar for pasienten. Studien min viser at forberedelsene bidrar til at operasjonssykepleieren formidler ro og faglig trygghet som er viktig for pasientens opplevelse av møtet. I tillegg viser studien at operasjonssykepleieren er mer oppmerksomt tilstede når hun er godt forberedt, og klarer derfor bedre å forstå det pasienten uttrykker. Dette har betydning for relasjonen mellom pasient og sykepleier, og har betydning både i omsorgen av pasienten og i sykepleierens tilgang til opplysninger fra pasienten som har betydning for ivaretagelsen av pasientens fysiske kropp.

6.2.2 Å komme i forkant - en oppstand mot tiden

Martinsen oppfordrer sykepleierne å gjøre oppstand mot tida ved å handle med tiden og i tiden (Martinsen, 2012:139). Hun etterspør en pleiekultur hvor sykepleierne er solidariske

med pasienten (Martinsen, 2012:145). Det handler om slik jeg forstår; å kreve tid og bruke tid, som operasjonssykepleieren ser er nødvendig for å ivareta pasienten på en omsorgsfull og sikker måte. En viktig oppgave i denne sammenheng er å komme i forkant ved å forberede seg. Det er å bruke tid og rom til å forberede seg. Å gi rom for tid med pasienten slik at både pasienten og sykepleieren er godt forberedte til operasjonen. Denne innsikten bruker den erfarne operasjonssykepleieren når hun forbereder til operasjonen. Ifølge Benner (2011:191) blir tilretteleggingen bedre dess mer tid som brukes, og gjennomtenkte forberedelser er bedre enn rutinelister. Mine funn viser at erfarne operasjonssykepleiere forbereder til operasjonen ved å *ha prosedyra i hodet, sjekke ka man må være på allerten for*, og ved å *ha tenkt i gjennom heile forløpet*. Det viser en gjennomtenkt forberedelse som overgår bruk av prosedyrer og rutinelister. Det er det Dávøy (2005) kaller en skreddersydd operasjonssykepleie som tar utgangspunkt i den enkelte pasient og ivaretar pasienten slik at pasienten føler seg betydningsfull og verdsatt. Hun sier de erfarne kan prosedyrene og vet når prosedyrene må settes til side. Dette blir også bekreftet av mine funn. De erfarne operasjonssykepleierne forbereder uten prosedyrekort ved kjente inngrep, og sjekker i etterkant om noe er glemt. Dette kan tolkes som en oppstand mot tiden, ved at operasjonssykepleieren tar tiden i bruk og bestemmer over hva og hvordan hun bruker tiden når hun forbereder til operasjonen.

Ved å bruke tidligere erfaring og kunnskap, og se bakover og framover i tid, samt bruke det inn mot denne situasjonen, kan den koordinerende operasjonssykepleieren se det store bildet. Et bilde av operasjonen i hodet som hun kan bruke når hun forbereder seg til operasjonen. Gadamer sier at forståelsen viser seg i anvendelsen (Gadamer, 2010:346-347). Operasjonssykepleieren lager et utkast eller et bilde av operasjonen i hodet som er hennes forforståelse, og forbereder seg for det som kommer. Ved å anvende tidligere erfaring og kunnskap sammen med opplysningene hun har om den aktuelle operasjonen, skapes ny og bedre forforståelse som gjør at hun kan komme i forkant. Denne fleksible måten å forberede seg til på ivaretar i større grad sikkerheten til pasienten fordi forberedelsene tilpasses den enkelte pasient. I tillegg vil det å løsrive seg fra prosedyren, og i stedet ha fokus på pasienten, bli en mer personorientert sykepleie. Ved å ta utgangspunkt i pasienten og hans operasjon, med prosedyren i bakgrunnen, kan personen tre frem under den konkrete forberedelsen til denne pasientens operasjon. Denne måten å forberede til operasjonen kan tyde på blir mer effektiv, fordi oppmerksomheten rettes mot det som har særlig betydning for denne pasienten, og utelukker det som ikke er relevant å tenke på eller forberede seg for i denne situasjonen. Det kan og tyde

på at forberedelsene i seg selv foregår mer effektivt. Ikke bare med tanke på at de erfarne er bedre kjent i avdelingen og fortere finner frem utstyret. Det kan og tenkes at den fleksible framletingsprosessen som ikke låser seg til rekkefølgen i prosedyren, er mer effektiv fordi den har blitt formet av erfaringer operasjonssykepleieren har gjort seg med å forberede til slike operasjoner. Hun har lært seg en hensiktsmessig måte å forberede på som skaper flyt i arbeidet.

6.2.3 Å komme i forkant er å ha kontroll

Mine funn viser at operasjonssykepleieren er i forkant når hun er forberedt med utstyr, og har tenkt i gjennom hva som skal og kan skje. Da vet hun hva som er viktig, hva hun skal gjøre og hvordan. For å holde seg i forkant, jobber hun hele tiden med å holde seg à jour med situasjonen. Ifølge Benner (2011:12) plasserer ekspertene seg slik at hun fanger opp situasjonen best og raskest mulig. Dette støttes av mine funn ved hvordan den koordinerende operasjonssykepleieren plasserer og beveger seg inne på stua. For å være i forkant under operasjonen må operasjonssykepleieren både ha en nær innsikt og en distansert oversikt over det som skjer på stua. Når hun posisjonerer seg i rommet, gjør hun det for å komme i forkant til operasjonen. Da har hun oversikt og fanger opp endringer og kan handle fort.

Det kan se ut som om den koordinerende operasjonssykepleieren søker etter å få et forsprang på tiden. Hun må ikke komme på etterskudd, fordi det plutselig kan skje noe som endrer situasjonen, og da må hun være på høyde med situasjonen for å takle den på en god måte. Tiden er avgjørende når plutselige, alvorlige endringer skjer. Da må operasjonssykepleieren være i forkant og disponere tiden sin godt. Har hun oversikt? Hva gjør hun først og sist? Ifølge Benner bidrar erfaring til en god forståelse av situasjonen, som gjør at den erfarne vet hva hun må gripe fatt i først (Benner, 2011:202-203). Når opplevelsen av oversikt og kontroll mangler, er det vanskelig å håndtere situasjonen. Dette støttes av deltakerne til Rasmussen (2009). I studiet til Björn og Boström (2008) vektlegges kontroll over arbeidet ved å ha riktig utstyr, kontroll over sterilitet, pasient og avdelingens logistikk. Alfredsdottir og Bjørnsdottir (2007) ser sammenhengen mellom en føre-var holdning og kontroll. Rydberg studie (2009) viser at kontrollbehovet øker under vanskelige situasjoner.

Mine funn viser at de erfarne operasjonssykepleierne har lært gjennom erfaring hvilken betydning det har å være i forkant. De har erfart konsekvensene av å være forberedt for det

som skal skje mentalt og med utstyr. Ifølge Benner (2011:67-73) gjør en "future think" sykepleieren i stand til å organisere det høyteknologiske miljøet på en operasjonsavdeling. Å være i forkant har fokus på best mulig resultat. Studien til Alfredsdottir og Bjørnsdottir (2007) viser at for å komme i forkant, må sykepleieren tenke forebyggende, i det inngår å forstille seg alt som kan gå galt og prøve å forebygge for det. Mine funn viser at den erfarne operasjonssykepleieren tenker fremover og mot et godt resultat for pasienten. Å komme i forkant har som mål ikke bare å takle et "vanlig" forløp av operasjonen, men har også som mål å takle eventuelle komplikasjoner, ja så vel *det verste som kan skje*. Den koordinerende operasjonssykepleieren forbereder seg mentalt og praktisk for alt hun kan forutse kan komme til å skje og har klart utstyr. Samtidig vet hun at noe uforutsett, som hun ikke har forberedt for kan skje. Å være åpen for det uforutsette er viktig for å fange opp endringer, men er ikke nok for å komme i forkant. Det er operasjonssykepleiernes forforståelse som tidlig gjør det mulig å forstå hva som kan være på gang. Åpenheten fungerer som en sikkerhet for å unngå misforståelser, ved hele tiden å sjekke ut om en forstår rett.

6.3 Frihet og Bundethet

Frihet og bundethet kan tolkes å fungere som forenende motsetninger, jamfør Martinsens henvisninger til Løgstrup, der dette forstås som "*fenomener som er forskjellige og som ikke kan unnvære hverandre*" (Martinsen, 2012:37). Frihet er avhengig av bundethet, og bundethet er avhengig av frihet. De kan ikke stå alene uten den andre. Da blir de uforsvarlige og krenkende. Den koordinerende operasjonssykepleierens funksjon og rolle i teamet kan uttrykkes som både fri og bundet. Det kommer spesielt til uttrykk under selve gjennomføringen av operasjonen slik det beskrives i fase tre. I denne fasen har hun en særegen rolle i forhold til de andre i teamet. Deltaker 2 sier hun er en "brobygger" mellom operasjonssiden og anestesisisden ved å kommunisere det som skjer under operasjonen. Det viser at det foregår to parallelle virksomheter; en anesthesiologisk og en kirurgisk. Å være brobygger mellom to virksomheter foregår ved å kommunisere det som har betydning. Ved å bevege seg fritt i rommet skaper den koordinerende operasjonssykepleieren seg oversikt. Hun veksler mellom nærhet og distanse for å kunne følge med det som skjer med begge virksomhetene i rommet. Teammedlemmene knyttet til disse virksomhetene er fastlåste i sine arbeidsstasjoner; en anestesistasjon med sykepleier og eventuelt lege, og en kirurgistasjon med sterilt utøvende operasjonssykepleier og kirurg(er). Felles for de to virksomhetene er at oppgavene de har

ansvar for binder de fast i ansvaret, og skaper den fysiske låste situasjonen. De må ha fokus på og utføre egne oppgaver, og kan derfor ikke bevege seg fritt. Det bidrar til at de kan ha dårligere oversikt over det som skjer ellers i rommet, og er avhengige av at den koordinerende operasjonssykepleieren har oversikt.

6.3.1 Frihet

Friheten til den koordinerende operasjonssykepleieren kommer av at hun ikke har oppgaver med direkte pasientarbeid under inngrepet. Hennes arbeid skjer indirekte ved å bidra i forhold til de andres arbeid, eller ved å administrative oppgaver som dokumentasjon, kommunikasjon med andre utenfor operasjonsstua, samt skjemautfylling og preparathåndtering. Det skaper muligheter for å bevege seg fritt og se operasjonen fra ulike sider. Kun hun kan bevege seg fritt og se hele operasjonen. Når hun ser, må hun se på vegne av de andre, og være en kompetent seer. Det betyr at friheten hennes er bundet opp av et ansvar for pasienten og for de andre i teamet.

Et naturlig spørsmål vil være hvilke muligheter friheten til å bevege seg gir den koordinerende operasjonssykepleieren. Friheten kan brukes til å se ting fra ulike sider og vinkler. Dette kommer til uttrykk under operasjonen i forhold til hvordan den koordinerende operasjonssykepleieren plasserer seg og beveger seg i rommet for å ha oversikt. Det gjør det fysisk mulig å se ting fra ulike sider og bruke det til pasientens beste. Da kan hun gå inn i rommet som man kan snu seg om i slik Martinsen beskriver det fiktive rommet (Martinsen, 2012:21-22, 38-39). Der kan hun sette seg inn i de andre teammedlemmenes sted, og tenke i gjennom hva hun kan bidra med overfor det enkelte teammedlem som gjør at operasjonen blir best mulig. For å bygge bro i mellom virksomhetene, må hun ha en forståelse for alle de andre teammedlemmenes oppgaver inne på stua, og vite hvordan hun kan bidra. Ifølge Silèn-Lipponen *et al.* (2002) forstås samarbeid i operasjonsteamet nettopp ved å forstå hverandres behov, fokusere på mål og å dele ressurser, fordeler og gjensidig støtte.

Ifølge Hoffman *et al.* (2009) viser ekspertpsykepleierne i praksis at de samler et bredt spekter av input (cues) for å få oversikt over pasientens status. Deltakerne mine viser ved sin konsentrerte sansning der de ser, hører, lytter og oppfatter stemningen hos de andre i teamet, et engasjement i forhold til det som skjer med pasienten og teamet. Dette tolker jeg viser hvordan et i følge Benner *et al.* (2011:15) ”skilled know-how” kommer til uttrykk i

koordineringen til den erfarne operasjonssykepleieren. I operasjonsrommet må det ofte handles umiddelbart. Da er det ikke tid til å snu seg om og se ting fra ulike sider før en handler. Det krever at den koordinerende operasjonssykepleieren har oversikt og er i forkant.

6.3.2 Bundethet

Den koordinerende operasjonssykepleieren har frihet til å bevege seg, men denne friheten har begrensninger. Hun er bundet opp av et ansvar som kommer til uttrykk gjennom et avhengighetsforhold mellom seg og pasienten, og mellom seg og resten av teamet i form av de oppgavene hun har ansvar for. Benner poengterer betydningen av å fange opp tegn tidlig for å unngå uhell og eventuelle kriser, og for at situasjonen skal gli best mulig (Benner, 2011:68-70). Mine funn viser at de erfarne operasjonssykepleierne er opptatte av at operasjonen ikke stopper opp og forårsaker en krise for pasienten. Dette kan forhindres når operasjonssykepleieren lykkes i å være i forkant. Det kan hun klare når hun er godt forberedt til operasjonen, og har oversikt over det som skjer på operasjonsstua. Avhengigheten kommer til uttrykk og skapes av oversikten den koordinerende operasjonssykepleieren aktivt arbeider med å skaffe seg. Hun må følge med og ha oversikt for å komme i forkant på situasjoner som krever rask handling. Avhengigheten mellom operasjonssykepleieren og pasienten handler om det ansvar pasienten *har lagt i operasjonssykepleierens hender (deltaker 1)*. I det ligger en etisk fordring om å ta vare på pasienten på best mulig måte. Det er ifølge Martinsen en appell om å ta vare på tilliten vi er betrodd i denne situasjon (Martinsen, 2012:22). Avhengigheten mellom den koordinerende operasjonssykepleieren og de andre i teamet handler om et felles ansvar, som ifølge Martinsens henvisninger til Løgstrups utlegning av solidaritet, både er rettslig og etisk (Martinsen, 2012:142-145).

Den koordinerende operasjonssykepleierens helhetsforståelse av situasjonen påvirker også hennes forståelse av den enkelte del av operasjonen. I denne sammenheng de to stasjonene som deler av en helhet, slik Gadamer beskriver sammenhengen mellom helhet og del i forståelsesprosessen (2010:329-333). Når den koordinerende operasjonssykepleieren ser at noe som skjer i feltet (kirurgisiden) har betydning for anestesisisden kan hun gjøre anestesien oppmerksomme på det, det samme gjelder motsatt vei. Dersom det er noe hun er usikker på blir riktig, kan hun tenke høyt om det sammen med resten av teamet, hun bringer inn undringen i operasjonsrommet.

Denne friheten til å se ting fra ulike sider, har ikke de andre som er låst fast til sine posisjoner. Dette tolker jeg både henger sammen med en fysisk grense for å se, og en kognitiv grense i forhold til hva en er oppmerksom på og tankemessig jobber med. De andre teammedlemmene er bundet opp av et delansvar under operasjonen knyttet til sin virksomhet. Dette ansvaret må de ivareta til de blir avløst av en som overtar dette ansvaret, eller til operasjonen er over. De kan i liten grad bevege seg bort fra sin stasjon, og kan heller ikke observere seg selv i sammenheng med de andre når de jobber på eller med pasienten. Deloppgavene de har ansvar for krever fokus og konsentrasjon, og ikke et vidsyn med fokus på andres oppgaver. Det ville kunne forringe sikkerheten til pasienten. Teamarbeid er bygd opp slik at det forventes at den enkelte som inngår i teamet bidrar med sin spesifikke kompetanse. De andre teammedlemmene bidrar med hver sin spesialiserte fagkunnskap, der hver enkelt bidrar med sin del og som samlet utgjør en operasjon. Ifølge Aanderaa (1999) preges en godt fungerende gruppe av samarbeid og koordinering som har hensiktsmessige rutiner og funksjonell ansvars- og oppgavefordeling. Den koordinerende operasjonssykepleierens oppgave er å ha oversikt over hele operasjonen (helheten), og bidra overfor alle de andre i teamet slik at operasjonen ikke stopper opp og får negative konsekvenser for pasienten.

6.3.3 Er koordinering å lede?

Oversikten den erfarne operasjonssykepleieren har under en operasjon bidrar til en naturlig oppgavefordeling hvor hun koordinerer og leder arbeidet inne på stua. Ifølge Kristoffersen (2010) bør valg av teamleder være strategisk og logisk. I følge hennes deltakere er teamleders hovedansvar tilrettelegging av utstyr og informasjon i operasjonsteamet. Ansvaret deles inn i en organisatorisk del som operasjonssykepleieren leder, og en faglig del som kirurgen er ansvarlig for. Ifølge en lege i Kristoffersens studie er det ikke tradisjon i helsevesenet om å hjelpe hverandre eller blande seg inn i hva andre gjør. Han etterlyser et teamarbeid der det ikke er ”skott” mellom faggruppene. I det samme studiet etterlyser en anestesisykepleier forståelse for sin situasjon, og viser til mangel på informasjon underveis i operasjonen.

Mine funn viser at operasjonssykepleierens ansvar under gjennomføringen av operasjonen, nettopp er å følge med hva de andre i teamet gjør og bidra med hjelp og med utstyr. De løfter frem betydningen av en felles pasient og en felles forståelse for arbeidet på stua. De viser også hvordan de bidrar ved å kommunisere i mellom anestesien og kirurgien, de er brobyggere.

Deltakerne mine sier det er viktig å ha oversikt over de andre teammedlemmenes arbeidsoppgaver for å kunne vite hva de skal bidra med, når og hvordan. Den erfarne operasjonssykepleieren bruker sin fagkunnskap og erfaring til å forstå hva som skjer og hvilken betydning det har, for de andre i teamet og dermed for pasienten. Denne forståelsen anvender hun på seg selv, ved å spørre hva kan jeg bidra med i denne situasjonen.

Når er det riktig og legitimt å blande seg inn? På noen områder kan det synes som det er riktig å blande seg inn, og på andre områder kan det synes som det ikke er riktig. Den erfarne operasjonssykepleieren foreslår å tilkalle ”bakvakt”, fordi det går for sakte og det kan gå utover pasienten. Hun *tar seg frihet* til å gå utover sitt ansvarsområde, og blir pasientens advokat. Ifølge Dávøy (2005) kan det å bruke skjønn medføre konflikter, spesielt når en går over i andres ansvarsområde. Erfarne operasjonssykepleiere bruker sitt skjønn i situasjoner som kan få store konsekvenser for pasienten. Legene i Dávøys studie hevdet at erfarne operasjonssykepleiere kan vurdere en situasjon med et bedre skjønn enn enkelte kirurger. Deltakerne til Rasmussen viser til eksempler der operasjonssykepleierne har mer kunnskap om det tekniske utstyr som brukes enn kirurgen som bruker utstyret (Rasmussen, 2009).

Deltakerne mine presiserer at pasienten er et felles ansvar, at det er viktig å dra i samme retning, og jobbe i lag i stedet for i isolerte etapper for at teamfølelsen skal øke. Dette støttes av Ellingsæter (2010) og Kristoffersens studie (2010). Ellingsæters studie viser at høy samhandlingshyppighet skaper en relasjon som gir innsikt i hverandres arbeidsoppgaver og gjensidig forståelse for rollen den enkelte ivaretar. Dette samsvarer med informant 3`s utsagn at det å jobbe i lag (nært) bidrar til å se hverandres sterke og svake sider.

Deltakerne mine viser og sier at arbeidet i teamet utvikles med erfaring. Det er avhengig av å kunne løfte blikket og ha fokus på mer enn egne oppgaver. Ifølge Benner (2011) har alle situasjoner en rytme av sekvenser som må læres. Det innebærer å vite hvordan en skal delta, vite om andres respons og timing av eget arbeid. Dette kaller hun ”time on task” (s.201). Deltakerne mine viser at når de blander seg inn i andres arbeid eller blander seg inn i rekkefølgen av arbeidet med pasienten, er de sansende og forstående til stede. De tilpasser eget arbeid med bakgrunn i sin forståelse av situasjonen, og sitt kjennskap til den eller de hun samarbeider med slik at hennes arbeid ikke ”forstyrrer” det andre teammedlemmets arbeid, og at arbeidet samlet blir best mulig. Dersom en ukritisk blander seg inn, ville det kunne skape kaos og true pasientens sikkerhet. Flere studier viser at stress fører til dårlig konsentrasjon og

at faren for uheldige hendelser dermed øker (Kingdon & Halvorsen, 2006, Gawande *et al.* 2003). Ifølge Ellingsæter (2010) tilskrives operasjonssykepleierne et ansvar for stemningen, tonen og samspillet inne på en operasjonsstue. Mine funn viser at de erfarne operasjonssykepleierne vet at deres væremåte påvirker de andre i teamet. De tar ansvar for å roe ned en stresset situasjon, ved ikke å vise stress selv, ha utstyr som trengs klart, skape oversikt på stua ved å holde orden og ved å overvåke det som skjer i feltet (sterilitet og bruk av utstyr). Det medfører at de andre lar seg roe ned av den erfarne operasjonssykepleierens håndtering av situasjonen, både hvordan hun er og det hun gjør. Det skaper en ekstra trygghet å ha et par ekstra øyne som følger med på avstand og får med seg hele bildet. Jeg tolker det som en form for ledelse som det ikke er satt ord på.

Det hersker ingen tvil om ansvaret vedrørende den medisinske behandlingen, og i den sammenheng legenes overordnede funksjon. I denne sammenhengen handler det om ledelse av det praktiske arbeidet inne på stua. Flere studier viser at det hersker usikkerhet vedrørende ledelsen inne på operasjonsstua (Kristoffersen, 2010, Silèn-Lipponen, 2005, Benner, 2011). Benner (2011:206) studie viser at ekspertpsykepleierne ofte må respondere på et moralsk press om å ta ledelse i uoversiktlige situasjoner. Hun tilskriver det sykepleiernes nære kontakt med pasienten (fanger tidlig opp endringer) og at de får mye erfaring med å lede arbeidet rundt pasienten i avdelingen. Min studie viser at når den erfarne operasjonssykepleieren koordinerer, leder hun arbeidet inne på operasjonsstua. Det tolkes som en situasjonsorientert og situasjonsbestemt ledelse, hvor hun svarer på situasjonen med bakgrunn i sin oversikt og forståelse. Dette skjer naturlig, uten at den erfarne operasjonssykepleieren selv oppfatter det som ledelse av operasjonen. Hun drives av pasientens behov for sikkerhet. Mine deltakere sier ikke at de leder på operasjonsstua. Tvert i mot så sier deltaker 3 at hun ikke trekker i noen tråder. Samtidig sier hun at hun bidrar i forhold til alle på stua for at arbeidet ikke skal stoppe opp. Kanskje handler dette om hva man legger i å lede. Deltakerne til Kristoffersen (2010) savner instruks til teamlederen, og flere av deltakerne hennes var usikre på hvilke konkrete oppgaver de har i et team. Spesielt gjelder dette fordelingen av arbeidet mellom anestesi- og operasjonssykepleieren som koordinerer. Mine deltakere ser at teammedlemmene i større grad kan hjelpe og utfylle hverandre for at arbeidet skal gli. De sier det er avhengig av oversikt over hverandres oppgaver, kjennskap til den enkeltes måte å arbeide på, og at en arbeider med en felles oppgave ut i fra en felles forståelse av arbeidet. Flere studier etterspør mer forståelse og respekt for hverandres oppgaver for at teamarbeidet skal fungere godt (Rasmussen, 2009,

Kristoffersen, 2010, Ellingsæter, 2010). Ifølge Lipponen *et al.* (2005) er konflikter i teamet stressende og en direkte sikkerhetsrisiko for pasienten. Det kan tyde på at arbeidsfordelingen i operasjonsteamet kan tydeliggjøres. Marie Aakre kom med en bekymringsmelding i ”Sykepleien”. Ifølge henne trenger pasientene de ulike profesjonene, og samhandlingen styrkes når faglig autonomi og ansvar tydeliggjøres (22.04.2010). Når de erfarne operasjonssykepleierne leder inne på operasjonsstua, slik funnene i fase 3 viser at de gjør, kan det se ut som at denne ledelsen foregår naturlig. Denne ledelsen kan klargjøres slik at ansvarsfordelingen på operasjonsstua blir tydeligere. Dette vil komme pasientene og operasjonsteamet til gode. De erfarne operasjonssykepleiernes innsikt i ledelse inne på stua under operasjonen bør løftes frem, verdsettes og tas hensyn til.

7.0 Avslutning

Studiens hensikt har vært å undersøke hvordan erfarne operasjonssykepleiere utøver koordineringen gjennom operasjonsforløpet. Operasjonssykepleien er lite artikulert og operasjonssykepleierens kompetanse i teamet er i liten grad forsket på. Så langt har jeg ikke funnet noe forskning som beskriver den konkrete og nære utøvelsen av koordineringen gjennom operasjonsforløpet. Funnene synliggjør en kompetanse som i utgangspunktet er ganske usynlig, der mye blir tatt for gitt eller ikke lagt merke til. Min studie har kommet med viktige bidrag ved å synliggjøre:

- Konkret utøvelse av koordineringen gjennom operasjonsforløpet
- Hvordan erfarne operasjonssykepleiere tenker og handler
- Hvordan operasjonssykepleien bidrar til å skape helhet og kontinuitet i arbeidet med pasienten

Når det gjelder koordineringen, så har jeg i etterkant av studien reflektert over sammenhengen mellom den koordinerende funksjonen og å koordinere som en rolle i operasjonsteamet.

Funnene viser meg at den koordinerende funksjonen med dens oppgaver, fungerer som en bakgrunn for utøvelsen av koordineringen i teamet. Studien viser at oppgaver i teamet ikke fremstår helt avklart. Dette støttes av andre studier (Rasmussen, 2009, Ellingsæter, 2010, Kristoffersen, 2010). Funksjonen har både individuelle oppgaver som tydelig ligger under den koordinerende operasjonssykepleierens ansvar (*mine og dine oppgaver*), fellesoppgaver som skal samarbeides om (*leiring; der en drar i samme retning*) og oppgaver som ligger i gråsonen

og kan ivaretas av flere i teamet (*overlapper*). Den koordinerende operasjonssykepleieren skal foruten å ivareta sine oppgaver, ha en rolle i å koordinere ivaretakelsen av pasienten gjennom forløpet. Denne rollen må ses i sammenheng med ivaretakelse av oppgavene som hører til funksjonen, men innebærer samtidig å gå utover det som er definerte oppgaver i funksjonen. Ivaretakelse av den koordinerende rollen i teamet forutsetter et helhetsperspektiv som fanger inn hele teamets arbeid. Det krever en sensitivitet og oppmerksomhet, og et avklart og bevisst forhold til eget ansvar. Når den koordinerende operasjonssykepleieren utfører oppgavene sine, gjør hun det med bakgrunn i operasjonsforløpet, og hva som skjer med pasient og team. Dette beskrives av deltakerne som rekkefølgen i arbeidet, jamfør Benners utlegning (2011). Når de erfarne koordinerer i teamet utføres oppgavene på en slik måte at oppgavene glir inn i de andres arbeid, og sågar legger til rette for de andre. De erfarne har forventninger til hvordan rekkefølgen skal være, samtidig som de er åpne inn mot endringer i rekkefølgen. Det eksisterer en naturlig ”gang” i arbeidet som har en rytme (timing og temposkift), og som det er viktig å være oppmerksom på, kjenne og forstå. Avhengig av hva som skjer med pasient og team, tilpasses rekkefølgen. Å gjøre dette på en god måte, krever erfaring. Studien viser at erfarne operasjonssykepleieres rolle når de koordinerer i teamet er vesentlig for gjennomføringen av operasjonsforløpet til pasienten. Deres bidrag i teamet har avgjørende betydning for pasientens sikkerhet. Dette bekreftes også i Benner studie (2011). De bidrar ved å holde oversikt over hele operasjonsforløpet til pasienten, overvåker det som skjer under inngrepet, har tilgjengelig utstyr, og tilrettelegger for og hjelper de andre i teamet. Dette arbeidet gjøres på en slik måte at operasjonsforløpet ikke stopper opp, og at ivaretakelsen av pasienten blir til det beste for pasienten. De erfarne operasjonssykepleiernes forhold til tiden; gangen i forløpet, timing og tempo bidrar til flyten gjennom operasjonsforløpet.

Når det gjelder hvordan *erfarne* tenker og handler, så viser studien min at de erfarne, slik Gadamer (2010) beskriver, er åpne for det de erfarer, fordi de har gjort erfaringer. Dette gjelder spesielt erfaringer med å feile. Disse erfaringene har vist de erfarne operasjonssykepleierne at de må være åpne for å komme i forkant, og ha kontroll over situasjonen for å ivareta pasientens sikkerhet. De erfarne i min studie ser at *pasientene er forskjellige, situasjonene er ulike og alt kan skje*. Det viser deres åpenhet for det de erfarer. De erfarnes svar på dette er å vende oppmerksomheten inn mot egen forforståelse, og forsøke å forstå pasient og situasjon best mulig, med bakgrunn i sin sansning og dialog (spørsmål og svar) med pasient og situasjon. Det viser et engasjement i den konkrete situasjonen for å

forstå om noe viser seg å være annerledes enn det de forventer. Deres erfaring har vist dem at de også må være forberedt på det uventede. Gadamer sier *”bare noe annet og uventet kan formidle en ny erfaring til den som har erfaring”* (Gadamer, 2010:395). Ifølge Gadamer er erfarne spesielt skikket til å gjøre erfaringer fordi de er bevisste på egen erfaring – og er erfaren (Gadamer, 2010:394-398).

Det siste bidrag studien kommer med som jeg vil løfte frem, er å synliggjøre operasjonssykepleien som en del av en pleietradisjon. Funnene som presenteres gjennom informantenes ord tar leseren med inn i mange forhold som kan gi leseren ny forståelse utover det som løftes frem i drøftingen. Det har verdi i seg selv. Jeg skriver til et felt som har noen erfaringer, men presentasjonen slik jeg beskriver det, konstruert av deltakernes stemmer, kan åpne opp for forståelser ved at noe kjennes igjen av andre sykepleiere som noe grunnleggende i sykepleien som sådan. Det er et kunnskapsbidrag utover operasjonsfeltet, som deles med et sykepleiefellesskap. Funnene viser hvordan det livs avgjørende ligger ved og rammer inn denne virksomheten, og der operasjonssykepleieren med sin helhetlige tenkning bidrar til kontinuitet i forløpet. Dette viser seg å ha stor betydning for ivaretagelse av pasientens sikkerhet (Joy, 2009). Operasjonssykepleierens helhetstenkning bidrar til å skape en felles forståelse som knytter sammen arbeidet rundt pasienten. Denne tenkningen kan kjennes igjen av sykepleiere. Operasjonssykepleieren, dog i et kort forløp, er med pasienten gjennom hele operasjonsforløpet. Paralleller kan ses ved det døgkontinuerlige arbeidet rundt pasienten som sykepleierne i sengeavdelingene ivaretar. Felles er at de har ansvar for den nære pasientkontakten, der mennesket må forstås som en helhet. Denne kontakten gir sykepleieren mulighet til en nærhet med pasienten.

Reisen gjennom dette arbeidet har vært lang, møysommelig, men ikke minst lærerik. Det har åpnet mine øyne for en fantastisk kompetanse som brukes og utøves daglig. Studien har bidratt til å utvide min forståelse for den koordinerende funksjonen, og kan nyttiggjøres i arbeidet med studentene og deres kontaktsykepleiere. Studien viser at denne funksjonen og rollen i operasjonsteamet er viktig og bør tydeliggjøres i praksis og i utdanningen av operasjonssykepleiere. Det bør legges til rette for å videreutvikle denne kompetansen etter endt utdanning. Vi må dra lærdom av hva de erfarne gjør, og hvordan de tenker når de koordinerer. Vi må også i større grad tilrettelegge for at studenter under utdanning lærer å koordinere. Min erfaring er at de fleste studenter ”sliter” mest med den koordinerende

funksjonen. Funnene ”gir” tilbake til praksis beskrivelser av erfarne operasjonssykepleieres praksiskunnskap de har utviklet når de koordinerer. Denne kunnskapen kan komme praksisfeltet og studentene til gode. De erfarne operasjonssykepleiernes kompetanse i å koordinere synliggjør kompleksiteten i dette arbeidet. Denne erkjennelsen hører hjemme i debatten vedrørende denne funksjonen sett i sammenheng med mangelen på operasjonssykepleiere. Forslag om å ta i bruk sykepleiere uten videreutdanning i operasjonssykepleie, står i grell kontrast til funnene mine, som viser at denne funksjonen først blir ivaretatt til sin fulle når operasjonssykepleieren er erfaren.

Litteraturliste:

- Aakre, M. (2010). En bekymringsmelding. Å gjøre stillingstitlene nøytrale, vil gjøre oss mer likegyldige og mindre stolte over å være sykepleiere. *Sykepleien*, 22.04.2010, ss.74-75
- Aanderaa, E. (1999). *Relasjoner i teamarbeid. Et psykodynamisk perspektiv*. Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Alfredsdottir, H. & Bjørnsdottir, K. (2007). Nursing and patient safety in the operating room. *Journal of Advanced nursing*, 61(1), 29-37
- Andreassen, A.P. & Thurmann-Nielsen, I. (2010). *Å bruke seg selv terapeutisk – operasjonssykepleiers møte med pasienten*. Masteroppgave. Gjøvik: Høgskolen
- Bäckström, G., Øgrey, T.H. & Eilertsen Loraas, L-M. (2008). *Utdyping av operasjonssykepleiers myndighetsområde og funksjonsansvar med funksjonsbeskrivelse*. Oslo: NSFs Landsgruppe av Operasjonssykepleiere
- Beckett, A.E. (2010). Are we doing enough to prevent patient injury caused by positioning for surgery? *The Journal of Perioperative Practice*, 20 (1), 26-29
- Benner, P. (2004). *Fra novice til ekspert. Mesterlighet og styrke i klinisk sykeplejepraksis*. (Have, G.overs.). København: Munksgaard.
- Benner, P., Hopper-Kyriakidis, P. & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: a thinking-in-action approach*. New York: Springer Publ.
- Björn, C. & Boström, E.L. (2008). Theatre nurses` understanding of their work: A phenomenographic study at a hospital theatre. *Journal of Advanced Perioperative Care*, 3 (4), 149-155
- Bull, R. & Fitzgerald, M. (2006). Nursing in a technological environment: Nursing care in the operating room. *International Journal of Nursing Practice*, 12, 3-7
- Catchpole, K. et al. (2008). Teamwork and error in the operating room. Analysis of skills and roles. *Annals of Surgery*, 247 (4), ss.699-706
- Conner, R. (1999). Perioperative Care Coordinator Nurse Competency Statements. *AORN Journal*, 70 (4), ss. 618-639
- Conner, R. (2007). Standards, Recommended Practices, and Guidelines. Denver: AORN
- Dahlberg, K., Nyström, M & Dahlberg, H. (2008). *Reflective Lifeworld Research*. Lund: Studentlitteratur
- Dåvøy, G.(2005). *Faglig skjønn på operasjonsavdelingen: en kvalitativ studie av operasjonssykepleieres bruk og utvikling av det faglige skjønn*. Masteroppgave. Bergen: Universitetet i Bergen
- Dåvøy, G., Eide, P.H. & Hansen, I. (red) (2009). *Operasjonssykepleie* Oslo: Gyldendal Akademisk
- Ellingsæter, Å-L. (2010). *Kamper i sykehushverdagen. En kvalitativ studie av hvordan operasjonssykepleiere vurderer sitt yrkesfelt*. Masteroppgave. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Fangen, K. (2004). *Deltagende observasjon* Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Fog, J. (2007). *Med samtalen som utgangspunkt. Det kvalitative forskningsinterview* København: Akademisk Forlag
- Foucault, M. (1999). *Det moderne fengsels historie*. Trondheim: Gyldendal
- Franco, F.P. (2004). The RN in the circulator role – A proactive approach. *AORN Journal*, 79 (3), 683-689

- Gadamer, H.G. (2010). *Sannhet og Metode*. (Holm-Hansen, L. overs.)
Oslo: Pax Forlag A/S
- Gawande, A. *et al.* (2003). Risk factors for Retained Instruments and Sponges after Surgery.
New England Journal of Medicine, 348, 229-234
- Gillespie, B.M., Chaboyer, W., Wallis, M. *et al.* (2009a). Operating theatre nurses` perceptions of competence: a focus group study.
Journal of Advanced Nursing, 65 (5), 1019-1028
- Gillespie, B.M. & Hamlin, L. (2009b). A Synthesis of the Litterature on "Competence" as it Applies to Perioperative Nursing. *AORN Journal*, 90 (2), ss. 245-258
- Gustavsson, B.Å, Ponzer, S, Heikkilä, K. & Ekman, S-L. (2007). The lived body and the perioperative period in replacement surgery: older people`s experiences.
Journal of Advanced Nursing 60(1), 20-28
- Hansen, I, Loraas, L-M. & Brekken, R.S. (2009). Hygiene og infeksjonsforebygging. I: Dåvøy, G., Eide, P.H. & Hansen, I. *Operasjonssykepleie*.
Oslo: Gyldendal Akademisk
- Healey, A.N., Undre, S. & Vincent, C.A. (2006). Defining the technical skills of teamwork in surgery. *Qual Saf Health Care*, 15, ss. 231-234
- Helse- og Omsorgsdepartementet (1999a). *Helsepersonelloven*.
Lov om helsepersonell av 2.juli 1999 nr. 64 (helsepersonelloven)
- Helse- og Omsorgsdepartementet (1999b). *Pasientrettighetsloven*
Lov om pasientrettigheter av 2.juli 1999 nr. 63 (pasientrettighetsloven)
- Hillestad, Borghild (1955) *Operasjonsstueteknikk*.
Oslo: Fabritius & Sønners Forlag
- Hoffmann, K.A., Aitken, L.M. & Duffield, C. (2009). A comparison of novice and expert nurses`cue collection during clinical decision-making: Verbal protocol analysis.
International Journal of Nursing Studies, 46, 1335-1344
- Høyland, M. (1996). *Operasjonssykepleie i over 40*
Norsk Sykepleierforbunds Landsgruppe av operasjonssykepleiere
- Irvin, W., Andersen, W. & Taylor, P. *et al.* (2004). Minimizing the risk of neurologic injury in gynecologic surgery. *American Journal of Obstetric Gynecology*, 103 (2), 374-382
- Johnsen, T. & Eide, P.H. (2009). Kirurgisk diatermi og avsug. I: Dåvøy, G., Eide, P.H. & Hansen, I. *Operasjonssykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Joy, J. (2009). Nurses: The Patient`s First – and Perhaps last – Line of Defense.
Aorn Journal, 8 (6), 1133-1137
- Kingdon, B. & Halvorsen, F. (2006). Perioperative Nurses` Perceptions of Stress in Workplace. *AORN Journal*, 84 (4), 607-614
- Koerner, M., Gatch, G. & Taylor, C. (1984). Communicating in the OR.
AORN Journal, 39 (7), ss. 1158-1162
- Kristoffersen, S. (2010). *Læring og samhandling i et operasjonsteam. Operasjonsteamet sine forventninger til ledelsens tilrettelegging for læring og samhandling*.
Masteroppgave. Sogndal: Høgskulen i Sogn og Fjordane
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*.
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2.utgave, 1.opplag
- Nasjonalt kunnskapssenter for Helsetjenesten (2010). Sjekkliste for trygg kirurgi.
Tilgjengelig på: <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/> (sitert 18.01.2010)
- Landsem, I.P. (2007). *Sykepleierens tilgang til det smertefulle hos det svært fortidligfødte barn*. Masteroppgave. Tromsø: Universitetet i Tromsø
- Landsverk, L-M.E. (2002). *En god klinisk bedømmelse reflekterer en god klinisk praksis*.
Hovedoppgave. Oslo: Universitetet i Oslo

- Leonard, M., Graham, S. & Bonacum, D. (2004). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care*, 13, ss. 85-90
- Lindgren, M., Ulnosson, M. & Kratz, A.M. m.fl. (2004). Pressure ulcers risk factors in patient undergoing surgery. *Journal of advanced nursing*, 50 (6), 605-612
- Lindseth, A. & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scand. J Caring Sci*
- Lindwall, L., Post, I. & Bergbom, I. (2003). Patients`and nurses experiences of perioperative dialogues, *Journal of Advanced Nursing* 43(3), 246-253
- Lindwall, L. & Post, I. (2008). Habits in Perioperativ Nursing Care. *Nursing Etics*, 15(5), 670-681
- Lockertsen, J-T (2009). *Operasjonssykepleie ved Troms og Tromsø sykehus, 1895-1974* Masteroppgave. Universitetet I Tromsø
- Lykkeslett, E. (2003). *Bevegelig handlingskunnskap. En studie i sykepleiens praksis.* Universitetet i Tromsø
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Mardell, A. (1998). How theatre nurses perceive their role: a study. *Nursing Standard*, 13 (9), 45-47
- Martinsen, K. (1990). Moralsk praksis og dokumentasjon i sykepleie. I Jensen m. fl. (red) *Sykepleiens grunnlagsproblemer* . Oslo: Gyldendal Norsk forlag
- Martinsen, K. (1991). Under k rlig forskning. F nomenologiens  bning for den oplevede erfaring i sykeplejen. Publisert i Perspektiv, tillæg til *Tidsskrift for Sygeplejersker*, nr. 36
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, sk nnet og evidensen.* Oslo: Akribe.
- Martinsen, K. (2008). Innfallet og dets betydning i liv og arbeid. Metafysisk inspirerte overveielser over innfallets natur og m ter   vise seg på. *Klinisk sygepleje*, 22 (1)
- Martinsen, K. (2009). Operasjonssykepleieren og den sårbare pasienten. Kropp, sansning og ur rlighetssone. I: D v y, G., Eide, P.H. & Hansen, I. *Operasjonssykepleie.* Oslo: Gyldendal Akademisk
- Martinsen, K. (2012). *Løgstrup og sykepleien* Oslo: Akribe
- Matson, K. (2001). The critical “nurse” in the circulating nurse role. *AORN Journal*, 73 (5)
- Mitchell, M. (2003). Patient anxiety and modern elective surgery: a literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 12
- Moss, J. & Xiao, Y. (2002). The operating room charge nurse: coordinator and communicator. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 9 (6), ss.70-74
- Moss, J. & Xiao, Y. (2004). Improving operating room coordination: communication pattern assessment. *The Journal of Nursing Administration*, 34 (2), ss.93-100
- Paulgaard, G. (1997). Feltarbeid i egen kultur – innenfra, utenfra eller begge deler? *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data* Oslo, Universitetsforlaget
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008). *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice.* Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins
- Pritchard, M.J. (2009). Identifying and assessing anxiety in the pre-operative patients. *Nursing Standard*, 23, 51

- Rasmussen, G. (2009). *Å være forberedt på det uventede. En fokusgruppestudie om operasjonssykepleieres videreutvikling av handlingskompetanse.*
Masteroppgave. Trondheim: NTNU Institutt for Sosialt Arbeid og Helsevitenskap
- Rhodos, L., Miles, G. & Pearson, A. (2006). Patient subjective experience and satisfaction during the perioperative period in the day surgery setting: A systematic review. *International Journal of Nursing in Practice* 12 178-192
- Riley, R. & Manias, E. (2002). Foucault could have been an operating room nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 39 (4), ss.316-324
- Riley, R. & Manias, E. (2006). Governing time in operating rooms. *Journal of Clinical Nursing*, 15, ss.546-553
- Rudolfsson, G., von Post, I. & Erikson, K. (2007a). The expression of caring within the perioperative dialogue: A hermeneutic study. *International journal of nursing studies*, 44 (6), 905-915
- Rudolfsson, G., von Post, I. & Erikson, K. (2007b). The perioperative dialogue: holistic nursing in practice. *Holistic Nursing Practice*, 21 (6), 292-298
- Rydberg, K. (2009). *Operationssjuksköterskors upplevelser av svåra situationer. I relation till patientsäkerheten och det perioperativa teamet.*
Borås: Högskolan i Borås. Institutionen för Vårdvetenskap
- Salas, E. et al. (2008). Communicating, coordinating, and cooperating. When lives depend on it: Tips for teamwork. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 34 (6), ss. 333-341
- Schoonhoven, L., Grobbee, D.E. & Donders, A.R.T. et al. (2006). Prediction of pressure ulcer development in hospitalized patients: a tool for risk assessment. *Quality & Safety in Health care*, 15 (1), 65-70
- Scott, E.M. & Buckland, R. (2006). A systematic review of intraoperative warming to prevent postoperative complications. *AORN Journal*, 83 (5), 1090-1113
- Shoup, A.J. (1988). The nurse as Circulator. Historical Perspective, Future Possibilities. *AORN Journal*, 47 (5), 1231-1240
- Sigurdsson, H.O. (2001). The Meaning of Being a Perioperative Nurse. *AORN Journal*, 74 (2), 202-217
- Silèn-Lipponen, M., Turunen, H. & Tossavainen, K. (2002). Collaboration in the Operating Room. *JONA*, 32 (1), 16-19
- Silèn-Lipponen, M. et al. (2004). Teamwork in operating room nursing as experienced by Finnish, British and American nurses. *Diversity in Health and Social Care*, 1:127-37,
- Silèn-Lipponen, M. et al. (2005). Potential errors and their prevention in operating room teamwork as experienced by Finnish, British and American nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 11, ss.21-32
- Spjelkevik, M-L. et al. (2004) *Bak lukkede dører 1. Operasjonssykepleieres observasjoner, vurderinger og handlinger i møte med operasjonspasienten, og hvordan dette blir dokumentert i pasientjournalen.* Skien: Sykehuset Telemark HF
- Stenhaug, G.K. (2002). *Omsorgens uttrykk i operasjonssykepleien.*
Harstad: Høgskolen i Harstad
- Stavø, N. (2009). *Augeblikkets kunst.*
Masteroppgave. Volda: Høgskulen
- Støren, I. & Hanssen, I. (2011) Why Do Nurses Choose to Work in the Perioperative Field? *AORN Journal*, 94 (6), 578-589
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode.*
Bergen: Fagbokforlaget.
- Von Post, I. & Lindwall, L. (2006). Den perioperative vårdens kultur ur anestesi- och operasjonssjuksköterskors perspektiv. *Ventilen*, 41 (1), ss. 13-16

- Walker, R. & Adam, J. (2001). Changing time in an operating suite. *International Journal of Nursing Studies*, 38, ss.25-35
- Weinbroum, A.A., Ekstein, P & Ezri, T. (2003). Efficiency of the operating room suite. *The American Journal of Surgery*, 185, ss.244-250
- Westerling, K. & Bergbom, I. (2008). The importance of nursing in perioperative care: a patient`s perspective. *Journal of advanced perioperative care* 3(4), 133-144
- Wong, P.F., Kumar, S. & Bohra, A. (2007). Systemic warming before, during and after major abdominal surgery reduced postoperative complications more than warming during surgery only. *British Journal of Surgery*, 94 (10), 421-426
- Zappa, L. & Sugarbaker, P.H. (2007). Compartment syndrome of the leg associated with lithotomy position for cytoreductive surgery. *Journal of Surgical Oncology*, 96 (7), 619-623

Vedlegg

1. Svar fra Regional Etisk Komitè, Nord-Norge, REK-Nord

Fra: Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk REK nord

Dokumentreferanse: 2009/756-8

Dokumentdato: 17.11.2009

EN UNDERSØKELSE AV OPERASJONSSYKEPLEIERNES KOMPETANSE I DEN KOORDINERENDE FUNKSJONEN I OPERASJONSTEAMET INFORMASJON OM VEDTAK

Komiteen behandlet søknaden i møte 29.10.2009. I referatet heter det:

- Komiteen behandlet søknaden i møte 03.09.2009. I referatet heter det:

Merknad :

Prosjektet innebærer observasjon på operasjonssal, og involverer på denne måten pasienter. Forskningsprosjektets formål er ikke å fremskaffe ny kunnskap om sykdom eller helse, men om betydningen av operasjonssykepleiers kompetanse i den koordinerende situasjonen under en operasjon. Prosjektet faller ikke innenfor komiteens mandat, men komiteen vil likevel anbefale at man innhenter samtykke fra pasientene for å være til stede på operasjonsstua.

Vedtak :

Etter søknaden fremstår prosjektet ikke som et medisinsk og helsefaglig forskningsprosjekt, og faller derfor utenfor komiteens mandat, jf helseforskningslovens § 2. Prosjektet er ikke fremleggingspliktig jf. Helseforskningslovens § 10, jf forskningsetikkloven § 4, 2. ledd.

Vi gjør oppmerksom på at evt. innhenting av opplysninger til prosjektet kan være avhengig av at det innhentes samtykke eller gis dispensasjon fra taushetsplikt, og at det for behandling av personopplysninger i prosjektet likevel kan være nødvendig med tillatelse fra personvernombudet for forskning eller Datatilsynet. De bør derfor ta kontakt med hhv. Datatilsynet eller Personvernombudet og Helsedirektoratet for å avklare disse spørsmålene.

REK antar for øvrig at prosjektet kommer inn under de interne regler for behandling av pasient-/helseopplysninger som gjelder ved forskningsansvarlig virksomhet.

I ettertid har søker tatt kontakt med REK og reist spørsmål om behov for dispensasjon fra taushetsplikten for enkelte situasjoner som kan oppstå. Hun skal innhente samtykke så langt det er mulig.

I en e-post skriver hun bla.: "Da forstår jeg det slik at det skal innhentes samtykke fra pasienten som er på stua der min informant er. Jeg tenker da at det vil være mest naturlig at jeg får operatøren/kirurgen til å forespørre pasienten om tillatelse til å gjennomføre observasjonen av sykepleieren på stua der han/hun opereres. Er det nok med muntlig tillatelse fra pasienten?"....."Jeg skal i mitt prosjekt ikke ha fokus på pasienten og ikke bruke opplysninger om pasienten, men jeg vil komme til å støte på pasienter når jeg kommer inn på operasjonsavdelingen og det vil også være mulig at andre pasienter nevnes når jeg er inne på operasjonsstua (forespørslere til kirurgene). I noen tilfeller vil det ikke være mulig å unngå å høre det/se."

Komiteens merknader:

Komiteen har ingen innvendinger mot prosedyren for å innhente samtykke og vurderer det ikke som nødvendig at det innhentes skriftlig samtykke.

De overskuddsopplysninger som søker måtte få tilgang til skal ikke noteres ned, eller på annen måte brukes i prosjektet.

Vedtak:

Med hjemmel i forskrift av 02.07.09 nr. 989, der REK er delegert av myndighet til å gi dispensasjon fra taushetsplikt etter helsepersonellovens § 29 første ledd og forvaltningslovens § 13 første ledd gis det dispensasjon til Unni Igesund, til gjennomføring av omsøkte prosjekt.

Godkjenningen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden og protokollen.

Dersom det skal gjøres endringer i prosjektet i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, må prosjektleder sende endringsmelding til REK. Vi gjør oppmerksom på at hvis endringene er "vesentlige", må prosjektleder sende ny søknad, eller REK kan pålegge at det sendes ny søknad.

Det forutsettes at forskningsdata oppbevares forskriftsmessig.

Godkjennelsen gjelder til 15.05.2010

Til:

Torunn Hamran

TORUNN.HAMRAN@UIT.NO

Vennlig hilsen

May Britt Rossvoll

Sekretariatsleder

Beate Solbakken

Førstekonsulent

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Nord-Norge
REK NORD

Postadresse: TANN-bygget, Universitetet i Tromsø, N-9037 Tromsø
telefon sentralbord 77 64 40 00 telefon ekspedisjon 77620758 e-post: post@helseforskning.etikkom.no

2. Informasjonsskriv til kirurgen

Tusen takk for at du sa ja til å bidra i mitt masterprosjekt ved å forespørre pasienten du skal operere om tillatelse til å gjennomføre observasjon av operasjonssykepleier under operasjon.

Mine forskningsspørsmål er

Hva består erfarne operasjonssykepleieres koordinerende kompetanse i?

Hvilken betydning tillegger de egen kompetanse i denne funksjonen?

Presiserer at det i dette prosjektet ikke forskes på pasienten, og det vil ikke bli registrert noen personopplysninger om pasienten. Se også vedlegg fra REK.

I konvolutten ligger informasjonsskriv til pasienten, som pasienten beholder selv. Du må gjerne lese gjennom skrivet før du forespør pasienten.

REK stiller krav om muntlig samtykke fra pasienten, og at dette innhentes av tredje person for å ivareta pasientens frivillighet i deltakelsen.

Når det gjelder deltakeren ønsker hun å få vite dagen før om observasjonen blir gjennomført som planlagt. Jeg trenger skriftlig bekreftelse (e-post) på at pasienten muntlig har samtykket i at observasjonen gjennomføres. Min e-post adresse er: unni.igesund@uit.no. Jeg har tilgang til outlooken hjemmefra og vil sjekke den utover ettermiddagen og gi beskjed til deltakeren når jeg hører fra deg.

Jeg har fått tillatelse til gjennomføring av xxx, og har avtalt gjennomføringen med xxx. Legger ved godkjenning fra REK-Nord.

Med vennlig hilsen
Unni Igesund

3. Informasjonsskriv til pasienten

Informasjonsskriv til pasient:

Forespørsel om å kunne observere operasjonssykepleier på operasjonsstuen der du blir operert.

Undertegnede er operasjonssykepleielærer og masterfagstudent ved Avdeling for Sykepleie og Helsefag, Institutt for helse og omsorgsfag, Helsevitenskapelig fakultet ved Universitetet i Tromsø.

I tilknytning til min masteroppgave ønsker jeg å gjøre en observasjonsstudie av operasjonssykepleiere som arbeider på operasjonsavdelingen.

Studiet har som formål å beskrive og analysere operasjonssykepleiernes koordinerende kompetanse i operasjonsteamet. Studien søker også å undersøke hvilken betydning denne kompetansen kan ha for teamet og pasienten.

Mitt fokus vil være å se på sykepleierens aktiviteter når hun koordinerer i teamet. Det vil ikke bli registrert noen personopplysninger om deg.

Jeg retter herved en forespørsel til deg om å tillate at jeg gjennomfører denne observasjonen på stuen du blir operert, og at du muntlig bekrefter dette til kirurgen som forespør deg. Det vil ikke få noen innvirkning på ditt forhold til behandlere eller andre dersom du velger å ikke samtykke til at jeg er tilstede og observerer; dette er frivillig.

Gjennomføring av studien er godkjent av xxx.

Med vennlig hilsen
Unni Igesund
Masterstudent

4. Svar fra Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste, NS

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald H-rfagres gate 29 N-
5007 Bergen Norway
Tel: +47-55 58 21 17 Fax:
+47-55 5896 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no Org.nr. 985
321 884

Torunn Hamran
Institutt for helse- og omsorgsfag
Universitetet i Tromsø MH-bygget
9037TROMSØ

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 23.09.2009. All nødvendig informasjon om prosjektet foreta i sin helhet 04.11.2009. Meldingen gjdder prosjektet:

22652	<i>En undersøkelse av operasjonssykepleiernes koordinerende kompetanse i operasjonsteamet</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Tromsø, ved institusjonens Øverste leder</i>
<i>g Daglig ansvarlig</i>	<i>Torunn Hamran</i>
<i>Student</i>	<i>Unni Igesund</i>

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

Personvemombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, vedlagte prosjektvurdering - 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 personvemombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvem/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre it dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

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

Personvemombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.07.2010, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hils en

~C£- bI~

!j0m Henriksen

~~

Ragnhild Kise Haugland

Kontaktperson: Ragnhild Kise Haugland df: 55 58 83 34

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Unni Igesund, Hagaveien 45, 9007 TROMSØ

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47 -22 85 5211. nsd@uio.no

TROMSØ: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73591907. kyre.svarva@svt.ntnu.no TROMSØ: NSD, SVF,

Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 4336. nsdmaa@sv.uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Utvalget omfatter 3-4 erfarne operasjonssykepleiere tilknyttet . Utvalget rekrutteres gjennom leder for operasjonsavdelingen.

Rek-Nord har vurdert prosjektet og finner at det ikke er fremleggelsespliktig for REK i henhold til helseforskningsloven.

Opplysningene samles inn gjennom personlig intervju og observasjon av operasjoner. Det benyttes lydopptak under intervju.

Det blir ikke registrert personopplysninger om andre enn operasjonssykepleierne Oftefon samtale med Unni Igesund, 4. november 2009). Pasienten, hvis operasjon skal observeres, informeres skriftlig via sin kirurg, og kirurgen innhenter muntlig samtykke til at studenten observerer operasjonen. Det gis også skriftlig informasjon om prosjektet til informantene (operasjonssykepleierne), og det innhentes skriftlig samtykke til deltakelse. Personvernombudet finner skriv til informantene mottatt 4. november 2009 tilfredsstillende. Studenten godkjente ombudets forslag til skriv til pasientene 5. november 2009.

Det forutsettes at REK-Nord innvilger dispensasjon fra taushetsplikten når det gjelder andre pasienter som studenten kan komme til å observere og oore informasjon om i forbindelse med sin observasjon på operasjonsstuen.

Senest innen prosjektslutt, 31. juli 2010, skal datamaterialet anonymiseres ved at lydopptak og navneliste/koblingsl0kkel slettes, og indirekte identifiserende personopplysninger slettes eller omskrives slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner.

5. Forespørsel med samtykkeerklæring til deltakere

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I MASTERGRADSPROSJEKT.

Undertegnede er mastergradsstudent ved institutt for helse- og omsorgsfag, ved universitetet i Tromsø. I tilknytning til min masteroppgave ønsker jeg å gjøre observasjonsstudie og intervju av operasjonssykepleiere på operasjonsavdelingen. Temaet for oppgaven er operasjonssykepleierens koordinerende kompetanse i operasjonsteamet. Jeg ønsker å beskrive og analysere erfaringer operasjonssykepleierens erfaringer i å koordinere i operasjonsteamet.

For å finne ut av dette, ønsker jeg å observere og intervju 3-4 erfarne operasjonssykepleiere. Observasjonen vil ha fokus på din koordinering i operasjonsteamet. Intervjuet vil ta utgangspunkt i operasjonen hvor du koordinerte, og undertegnede var til stede. Spørsmålene vil dreie seg om dine erfaringer i å koordinere i operasjonsteamet. Du er trukket ut av sykepleiefaglig rådgiver ved operasjonsavdelingen/oversykepleier ved hjerte/lunge/karkirurgisk avdeling, til å bli forespurt om å delta i prosjektet. Undertegnede vet ikke hvem som blir forespurt. Din deltakelse i prosjektet er frivillig og du kan trekke deg ut av prosjektet når du måtte ønske det fram til prosjektperiodens slutt sommeren 2010.

Jeg ber med dette om din medvirkning i prosjektet ved at du gir ditt skriftlige samtykke til at jeg får observere deg under en operasjon når du koordinerer i teamet, samt å gjennomføre et intervju etter observasjonen. Observasjonen vil gi oss en felles situasjon å samtale om i intervjuet og bidra til spørsmål og tema det vil være aktuelt å snakke om. Jeg vil ha en tilbaketrasket rolle under observasjonen; ikke utføre arbeidsoppgaver eller stille spørsmål mens pasienten er tilstede for ikke å påvirke arbeidets naturlige gang inne på stua. Dersom det ikke er motforestillinger ønsker jeg å gjøre feltnotater mens jeg observerer. Intervjuene ønskes gjennomført 1-2 dager etter at operasjonen er ferdig. De vil foregå på et nøytralt kontor på sykehuset/universitetet. Intervjuets varighet vil være 1 til 1,5 timer per informant. For å kunne arbeide grundig med innholdet i de enkelte intervjuene, ber jeg om tillatelse til å ta samtalen opp på lydfil. Disse lydfilene vil bli oppbevart i låst skuff der kun jeg har tilgang, og vil bli slettet når prosjektet er ferdig. I oppgaven vil det være aktuelt å bruke sitater fra intervjuene, men på en slik måte at din anonymitet er sikret. For øvrig vil alt datamateriale (feltnotater og transkriberte intervju) anonymiseres. Tidspunkt for observasjonen og intervjuet gjennomføres etter avtale med deg og avdelingen/seksjonen du er tilknyttet.

Studien er meldt til personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste og Institutt for helse- og omsorgsfag, Universitetet i Tromsø. Min veileder på prosjektet er Professor Torunn Hamran. Hun kan nås på mailadr.: Torunn.Hamran@uit.no og telefonnr.: 77644858.

Dersom du ønsker å delta i prosjektet, ber jeg deg om å bekrefte dette skriftlig på vedlegg i dette brevet. Om du ikke ønsker å gi et slikt samtykke har det ingen negative konsekvenser for deg. Jeg har taushetsplikt og alle opplysninger vil bli oppbevart og behandlet konfidensielt. Det endelige resultatet (masteroppgaven) vil være anonymisert, og navnelister og lydfile blir slettet ved prosjektets slutt innen 31.juli 2010.

Masteroppgaven vil bli tilgjengelig for den enkelte avdeling som har bidradd til min masteroppgave samt alle deltakerne.

Det er søkt om at din deltagelse i studien kan gjennomføres i din arbeidstid. Du vil ikke motta ekstra lønn for din deltagelse i studien, men skal heller ikke bli frarøvet fritid eller bli påført annen vesentlig ulempe.

Jeg gleder meg til å gjennomføre denne datainnsamlingen, og jeg tror at vi i fellesskap kan bringe ny kunnskap om vårt fagområde og synliggjøre kompetansen operasjonssykepleiere har når de koordinerer.

Du kan signere samtykkeerklæringen nederst på siden og sende den til meg i vedlagte konvolutt. Svarfrist er en uke fra du har mottatt forespørselen. Jeg legger ved et ekstra eksemplar av dette brevet som du beholder selv. Dersom du har spørsmål vedrørende undersøkelsen er jeg tilgjengelig for å svare.

Vennlig hilsen

Unni Igesund
Hagaveien 45
9007 Tromsø
77628173/ 93012033
unni.igesund@unn.no

