

Det helsevitenskapelige fakultet

Anestesisykepleierens ivaretagelse av operasjonspasienten i det korte møtet

-vurdering av muligheter, handling og begrunnelse.

21956 ord

SYP-3901

Ingrid Emberland

Masteroppgave i sykepleie 8.mai 2017

Sammendrag

Tittel

Anestesisykepleierens ivaretagelse av operasjonspasienten i det korte møtet: vurdering av muligheter, handling og begrunnelse

Formål:

Studiens hensikt var å dokumentere erfaring fra anestesisykepleiere. Hvordan de vurderer muligheten for å ivareta omsorg i det korte møtet de har med operasjonspasienten før de skal ha anestesi. Dette er en liten studie, men den kan bidra til å sette fokus og frembringe kunnskap om hvor viktig det er, og hvordan man skal ivareta omsorgen i det korte møtet med pasienter.

Teoretisk forankring:

Studien ble forankret i litteratur og forskning innen temaene kommunikasjon, sykepleier-pasientrelasjoner, anestesi, anestesisykepleie, preoperativ omsorg.

Metode:

Studien hadde en kvalitativt beskrivende design, med semi-strukturerte dybdeintervju av fire erfarne anestesisykepleiere. For å analysere datamaterialet er det tatt utgangspunkt i systematisk tekstkondensering som analysestrategi. Metoden er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse og modernisert av Malterud (2011).

Resultater:

Anestesisykepleierne som deltok i prosjektet mitt beskrev hvordan de så hver enkelt pasient som et individ, og tilpasset kommunikasjon og informasjon i forhold til den enkelte og deres behov. Det handlet ikke så mye om hvor pasienten ble tatt i mot eller hvor lang tid man brukte på å snakke med dem i forkant av operasjonen, som at man presenterte kvalitet med å kommunisere god kunnskap og trygghet.

Konklusjon:

På bakgrunn av dette prosjektet og min erfaring som anestesisykepleier ligger det i min forståelse at omsorg og ivaretagelse av operasjonspasienten bunner i et godt mottak, god informasjon og god kommunikasjon tilpasset hver enkelt pasient. Arenaen for et godt mottak av operasjonspasienten skjer ikke bare i de få minuttene fra pasienten ankommer operasjonsavdelinga til de får anestesi. Mottaket av pasienten starter allerede ved innkallingen til operasjon, og mulighetene til å forberede pasienten så tidlig som mulig med pre-operasjonsskoler eller preanestesimottak kan kun gagne pasienten og pasientforløpet.

God ivaretagelse og omsorg for hver enkelt pasient som skal til operasjon er viktig for hele pasientforløpet både pre-, per- og postoperativt. Det kan være med å øke effektiviteten da pasienten er bedre forberedt for en operasjon og det kan korte ned liggedøgn, og sørge for at pasienten kommer seg tidligere tilbake til sin egen hverdag. Det letter arbeidet for anestesisykepleieren under operasjonen og gir en mer helhetlig pasientbehandling med færre komplikasjoner.

Nøkkelord:

Kommunikasjon, sykepleier-pasientrelasjoner, anestesi, anestesisykepleier, preoperativ omsorg.

Abstract

Anesthetic Nursing's Care of the Operational Patient in the Short Meeting: Assessment of Opportunities, Action and Grounds

Purpose: The purpose of the study was to document experience from anesthetic nurses, how they consider the opportunities in the short meeting they have with the surgery patient before anesthesia. This is a small study, but it can help to assess and generate knowledge of the importance of good practice in safeguarding the short meeting with the patients.

Theoretical anchoring: The study was rooted in literature and research in the fields of communication, nurse-patient relations, anesthesia, anesthetic care, preoperative care.

Method: The study had a qualitatively descriptive design, with semi-structured depth interviews with four experienced anesthetic nurses. To analyze the data, it is based on systematic text condensation as an analytical strategy. The method is inspired by Giorgi's phenomenological analysis and modernized by Malterud (2011).

Results: The anesthetic nurses who participated in my project described how they saw each patient as an individual, and adapted communication and information in relation to the individual and their needs. We did not discuss in depth the locations where the patient was taken care of, or how much time was spent talking to them before the operation. The primary focus was presenting quality by communicating good knowledge and safety.

Conclusion: Based on this project and my experience as an anesthetic nurse, it is my understanding that care of the patient before surgery is based on a good reception, good information and good communication adapted to each individual patient. The arena for a good reception of the surgery patient occurs not only in the few minutes from the patient arriving at the surgery department until they receive anesthesia. The receipt of the patient already starts at the summon for the surgery. The possibility of preparing the patient as early as possible with pre-operative schools or preanesthetic reception can only benefit the patient and patient progress.

Good care for each patient who is subject to surgery is important for the entire patient care, both pre-, per- and postoperatively. This may increase efficiency as the patient is better prepared for surgery, and it can shorten sleep time and make sure that the patient returns to his normal life earlier. This facilitates the work of the anesthetic nurse during surgery and provides a more comprehensive patient treatment with fewer complications.

Keywords: Communication, Nursing-Patient Relationships, Anesthesia, Anesthetic Nursing, Preoperative Care.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	1
1.0 Innledning	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Studiets hensikt og problemstilling	5
1.2.1 Oppgavens oppbygning	6
1.3 Anestesisykepleierens funksjon i mottak av operasjonspasienten	6
2.0 Teoretisk bakgrunn for studien	7
2.1 Bak lukkede dører	7
2.2 Preoperativ engstelse	8
2.3 Effekten av preoperativ informasjon	8
2.4 Mottak av pasient til operasjon	10
2.5 Stress og mestring	10
2.6 Sykepleiernes nærvær	11
2.6.1 Humor	11
2.7 Utvikling i helsevesenet	12
2.8 Observasjon, sykepleie og etikk	12
2.8.1 Å skape tillit	14
2.9 Omsorg og tid	14
3.0 Metodisk tilnærming	15
3.1 Mitt teoretiske ståsted	15
3.2 Å forske i eget felt	16
3.3 Forskningsetikk	17
3.4 Overveielser ved valg av metode	17
3.4.1 Datainnsamling	18
3.4.2 Utvalg og rekruttering	19
3.4.3 Tilvirkning av data	20
3.4.4 Transkribering	20
3.5 Analyse	21
3.5.1 Å få et helhetsinntrykk	23
3.5.2 Meningsbærende enheter- fra temaer til koder	24
3.5.3 Kondensering- fra kode til mening	25
3.5.4 Sammenfatning- fra kondensering til beskrivelser under revurderte tema	25
3.6 Metodekritikk, refleksivitet, relevans og validitet	26
3.6.1 Kritikk av studiets design	26
3.6.2 Kritikk av utvalget	27
3.6.3 Kritikk av analyse	27
4.0 Funnbeskrivelsen/presentasjon av funn	28
4.1 Anestesisykepleierens arbeidsforhold	28
4.1.1 Kvalitetssikring, forberedelse og tilrettelegging	29
4.1.2 Omorganisering og lokaler	30
4.1.3 Dagkirurgisk enhet- et lite lokalsykehus	32
4.2 Anestesisykepleierens kompetanse	33
4.2.1 Ivaretagelse av operasjonspasienten	33
4.2.2 Noen triks	35
4.2.3 Se hver enkelt pasient som egne individer	36

4.2.4 Møte pasienten der de er	36
4.2.5 Kompetanse	37
4.3 Anestesi sykepleierens samarbeid- utfordringer	39
4.3.1 Tidspres	39
4.3.2 Kommunikasjon og samarbeid	40
4.3.3 Medisinsk teknisk utstyr	41
4.3.4 Effektivitet	41
5.0 Drøfting	42
5.1 Anestesi sykepleierens arbeidsforhold	42
5.1.1 Kvalitetssikring og Forberedelse	42
5.1.2 Tilrettelegging	44
5.1.3 Omorganisering – muligheter og begrensninger (utviklingen)	45
5.1.4 Organisering	46
5.1.5 Dagkirurgisk enhet- et lite lokalsykehus	49
5.1.6 Effektivitet, økonomifokus og kostnadseffektivitet	50
5.1.7 Medisinsk teknisk utstyr	52
5.2 Anestesi sykepleierens kompetanse	53
5.2.1 Ivaretagelse av operasjonspasienten	54
5.2.2 Noen triks	54
5.3 Anestesi sykepleierens samarbeid	55
5.3.1 Teamarbeid og miljø	55
5.3.2 Trygghet og tillit	56
6.0 Oppsummering	57
Vedlegg 1	61
<i>Bakgrunn og formål</i>	61
Vedlegg 2	64
<i>Intervjuguide</i>	64
Vedlegg 3	66
<i>Meldeskjema</i>	66
Vedlegg 4	71
<i>Tilbakemelding fra NSD</i>	71

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg er sykepleier med videreutdanning i anestesi. Jeg arbeider nå som anestesisykepleier på et universitets sykehus. Anestesisykepleierens oppgaver går blant annet ut på å ivareta pasientens behov for omsorg og behandling i forbindelse med operasjon, gjennomføring av prosedyrer og undersøkelser, i akutte situasjoner i og utenfor sykehus. Anestesisykepleieren overvåker pasientens vitale funksjoner og gir anestesi (Bruun, 2011, s.20). En av arbeidsoppgavene mine er å ta i mot og ivareta pasienter før, under og etter operasjon. Når vi tar i mot en pasient som skal inn til operasjon, har vi kort tid. Flere venter på å komme seg inn og ut samme sluse. Samtidig har vi et operasjonsprogram å forholde oss til, hvor det er en forventning til hvor lang tid det tar før pasienten er inne på operasjonsstua, og har fått anestesi og kirurgene kan starte operasjonen. Tilsvarende forventes det også at pasienten skal våkne raskt etter operasjonen og at de skal overflyttes til postoperativ enhet, slik at vi kan ta inn neste pasient. Vi har kort tid på oss fra vi tar i mot en pasient, til det forventes at pasienten sover. På denne tiden skal vi opparbeide et tillitsforhold, som gjør at pasienten stoler på oss og at vi ivaretar dem og deres interesser og får dem våkne igjen når operasjonen er gjennomført. I det samme mottaket skal vi kontrollere pasientopplysninger i forhold til papirer og operasjonsprogram, trille inn på operasjonsstua sammen med operasjonssykepleieren og monitorere pasientens vitale parametere. Anestesisykepleieren har i kraft av lovverk, yrkesetiske retningslinjer og funksjonsbeskrivelse en profesjonell forpliktelse til å ivareta pasientens informasjons- og trygghetsbehov (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999, Norsk sykepleierforbund, 2011, ALNSF, 2014a).

1.2 Studiets hensikt og problemstilling

Fokuset i studien vil være å undersøke hva anestesisykepleiere sier at de gjør for å ivareta pasienten i det korte møtet med pasienten før de får anestesi i forbindelse med operasjon. Målet vil være å dokumentere erfaring fra anestesisykepleiere. Hvordan de vurderer muligheten for å ivareta omsorg i det korte møtet de har med pasienten før de skal få anestesi, og få dem til å komme med eksempler fra praksis på hvordan de yter denne omsorgen. Jeg vil se resultatene i lys av teoretisk kunnskap, erfaringskunnskap og praksiskunnskap. Dette er en

liten studie, men det kan bidra til å sette fokus og frembringe mer kunnskap om hvor viktig det er, og hvordan man kan ivareta omsorgen i de korte møtene med pasienter. Med utviklingen av helsevesenet frem til i dag, og kravene til økt effektivitet, bør dette være kunnskap av interesse for flere fagfelt enn anestesisykepleiere. Dette leder frem til følgende problemstilling:

Hva gjør anestesisykepleiere for å ivareta operasjonspasienten i det korte møtet og hvordan begrunner de det de gjør? -med hovedfokus på mottakelsen av pasient som skal til operasjon.

1.2.1 Oppgavens oppbygning

Første kapittel omhandler bakgrunn for tema, presentasjon av problemstilling og studiens hensikt. I kapittel to presenterer jeg temaets kontekst, historikk og tidligere forskning. Jeg omtaler anestesisykepleierens funksjon i mottaket av pasienten. I kapittel tre oppsummerer jeg den teoretiske bakgrunnen for studien og henviser til litteratur jeg har funnet i forbindelse med mine søk. Kapittel fire er metodekapittelet, hvor jeg gjør rede for den metodiske tilnærmingen jeg har brukt i studien. I kapittel fem presenteres jeg mine funn, og reflekterer over disse ved hjelp av forskning og teoretisk referanseramme. I kapittel seks har jeg en sammenfattet diskusjon basert på tidligere forskning, teoretisk perspektiv og mine funn, og til slutt oppsummerer jeg i kapittel syv.

1.3 Anestesisykepleierens funksjon i mottak av operasjonspasienten

I mottaket av pasient til anestesi er en av anestesisykepleierens viktigste oppgaver å bidra til økt mestring, opplevelse av kontroll og trygghet for pasienten. De fleste pasienter kommer med en forforståelse av hva de skal igjennom i forhold til operasjonen. Denne forforståelsen kan det være nyttig å få innblikk i, for å legge grunnlaget for å kunne hjelpe pasienten til å mestre situasjonen. Det er derfor viktig for anestesisykepleieren å bruke den tiden pasienten er våken strategisk, slik at hun får mulighet til å gi individuell sykepleie ut fra pasientens behov. Anestesisykepleierens væremåte og utøvelse må formidle at hun er interessert i å ivareta pasienten (Valeberg, 2011a, s.328-330).

Klarer vi å ivareta pasienten slik at de stoler på oss, og vi minsker stressnivået hos dem, så kan vi også ha lagt grunnlaget for en mer stabil og forutsigbar anestesi. Dette fordi pasientens forsvarssystem da ikke produserer så mye adrenalin, som påvirker vitalparametrene og kan føre til feiltolkning av disse, slik at man gir pasienten mer medikamenter fordi det kan tyde på at pasienten har smerter eller sover for dårlig. En grunnleggende oppgave for anestesisykepleieren er å bidra til å lindre eller forhindre smerte og ubehag hos pasienten. Anestesisykepleieren skal kunne skape tillit og trygghet hos pasient og pårørende (ALNSF, 2014b).

2.0 Teoretisk bakgrunn for studien

Jeg har gjort litteratursøk i PubMed, SveMed+, Cochrane, Clinahl, Google Scholar, Oria og Helsebiblioteket. Jeg har brukt søkeord som communication, nurse-patient relations, anesthesia, nurse anesthetists, preoperative care og norske søkeord kommunikasjon, sykepleier-pasientrelasjoner, anestesi, anestesisykepleier, preoperativ omsorg. Første søket ble gjort ved valg av tema. I forbindelsen med analysen av datamaterialet gjorde jeg nytt søk på litteratur. Jeg har lest meg gjennom abstract som viser at det er gjort forskning på hva som gjør at pasienten føler seg ivaretatt. Her kommer det blant annet frem at mye av grunnlaget for at pasienten føler seg ivaretatt blir gjort på previsitt, eller fra sykepleier på post, som informerer godt om inngrepet og behandling før og etter. De trekker også frem at møtet med en trygg og erfaren anestesisykepleier har mye og si for at de føler seg ivaretatt.

Mine søkeresultater ga ingen direkte funn på temaet ”hvordan man ivaretar pasientomsorg i det hurtige pasientforløpet”. Jeg fikk derimot muligheten til å spisse problemstillingen min inn mot anestesisykepleie og mottak av pasient, og hva vi som anestesisykepleiere kan gjøre for å ivareta pasientomsorgen til tross for at det er lagt opp til hurtige pasientforløp. Jeg har inkludert både dagkirurgiske forløp og de større kirurgiske inngrepene i litteratursøkene.

Jeg har ikke funnet studier som ser på problemstillingen fra anestesisykepleierens ståsted. De fleste studier ser på problemstillingen fra pasientens ståsted. Jeg vil nå presentere litt av litteraturen som er relevant for oppgaven.

2.1 Bak lukkede dører

Det meste av forskning som jeg finner ved litteratursøk dreier seg om pasientens opplevelse. Lite sees fra anestesisykepleierens synsvinkel. I rapporten ”Bak lukkede dører” (Spjelkevik et

al., 2004, s.101), tar de derimot opp ”Mottak, forflytning og leiring” av pasienten. Her har de intervjuet anestesisykepleiere. De skriver at anestesisykepleierne iverksetter ulike tiltak for at pasienten skal føle seg velkommen, trygg og ivaretatt i situasjonen. De prøver ofte i korte øyeblikk, før pasienten skal sove, å skape kontaktforhold mellom seg og pasienten. De referer til en av studiedeltagerne som sier at det er verdifullt å vite noe om pasientene før de skal i narkose, at pasienten opplever at de blir møtt og blir sett som enkeltindivider når de kommer til operasjonsavdelinga, og at de viser interesse for dem. Selv om de ofte stresser med tiden, så forsøker vi å gi uttrykk for at pasienten kan bruke den tiden han trenger til å komme seg over på operasjonsbordet (Spjelkevik et al., 2004, s.101).

2.2 Preoperativ engstelse

Radford og Palmer (2013) skriver at for mange så starter engstelsen for operasjonen allerede når de får innkallingen til operasjonen. De understreker at god skriftlig informasjon og brosjyrer som informerer om operasjonen både i forhold til varighet, forventet restitueringsstid og hvor lenge man estimeres å måtte være innlagt på sykehus er god orienteringskilde i forhold til å dempe eventuelt engstelse rundt operasjonen. I tillegg anbefaler de at pasienten får preoperativ samtale med informasjon om operasjonen og muligheter for å stille spørsmål. Engstelsen hos pasienten omhandler frykt for det ukjente, bekymringer i forhold til smerter, kvalme og trygghet, bekymringer for restitusjon og dødsangst. Dette igjen kan føre til økt behov for smertestillende og risiko for postoperativ kvalme. Dette er en av årsakene til at det lønner seg å avdekke hva pasienten engster seg for i forkant av operasjonen og forsøke og berolige dem (Radford og Palmer, 2013)- sjekk referansen. Pritchard (2009) foreslår i sin studie multistrategier, både å tillate familiemedlemmer å være til stede, preoperativ kartlegging med blodprøver slik at de er optimale når pasienten skal få anestesi, og å bruke avledningsteknikker som musikk, bøker og samtale (Pritchard, 2009).

2.3 Effekten av preoperativ informasjon

Pasienter som utsettes for kirurgi vil kunne kjenne på en stressende opplevelse, som kan gjøre at pasienten både føler seg stresset og hjelpeløs. Kort opphold i sykehus, fører til at vi som personale får mindre tid sammen med pasienten før operasjonen. Dette kan føre til at vi ikke klarer gjennomskue hvor engstelig pasienten er. Det kan dermed bli vanskelig å hjelpe pasienten å finne mestringsstrategier for å kunne håndtere uroen (John, 2009). I følge studien

til Mitchell (2010) er preoperativ informasjon om anestesi, oppklaringer av generelle feilforståelser av anestesi og faktorer som ventetiden før pasienten kommer inn på operasjonsstua faktorer som øker engstelsen hos pasienten. Det blir gitt for lite og usystematisk informasjon til pasienten før operasjonen (Mitchell, 2010).

Preoperativ informasjon og vurdering. Den preoperative informasjonen bør innby til en dialog fremfor en monolog skriver Valeberg (2011). For å oppnå dette bør man bruke åpne spørsmål. Man kan med fordel starte med å spørre pasienten hva han tenker i forbindelse med bedøvelsen. Den vanligste formen for preoperativ informasjon er gitt gjennom individuelle samtaler, men Valeberg trekker også frem fordelene med gruppeundervisning. Dette egner seg for pasienter som skal gjennom samme type anestesi eller operasjon. Fordelen med gruppeundervisning er at pasienten ikke føler seg alene om problemstillingen, og kan motta støtte fra andre. Hensikten med preoperativ visitt er å bidra til økt mestring, og redusere stress, innhente opplysninger om pasienten og å vurdere prøver, undersøkelser og behov for forbehandling (Valeberg, 2011b). *Anestesisykepleieren har i kraft av lovverk, yrkesetiske retningslinjer og funksjonsbeskrivelse en profesjonell forpliktelse til å ivareta pasientens informasjons- og trykghetsbehov-* (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999, Norsk sykepleierforbund, 2011, ALNSF, 2014a). God informasjon kan være med på å øke pasientens trykghet og mestringsevne i forhold til det som skal skje skriver Valeberg (2011). En pasient som er velinformert før anestesi og kirurgi, får det gjerne også bedre i den postoperative fasen. Informasjonen inneholder en del obligatoriske opplysninger, men for at pasienten skal føle seg ivaretatt må det også være rom for individuelle spørsmål. Å gi pasienten mulighet til å snakke om det de lurer på, er ofte hjelp i seg selv. Noen har kanskje større behov for nærhet og omsorg enn for detaljert informasjon om det som skal skje (Valeberg, 2011b, s.318).

I følge Eline Thornquist (2009) er det viktig i samtale med pasienten at helsepersonell bekrefter at de har hørt hva pasienten har sagt, og at de formidler at det går an å snakke om problemer. Utfordringen ligger i å fange opp hva den enkelte pasient er opptatt av, og ta dette videre som tema i samtalen (Thornquist, 2009b, s.110-112). For eksempel hva som bekymrer dem i forhold til operasjonen de skal igjennom, eller hva som gjør dem engstelige med tanke på anestesi. Thornquist (2009) skriver videre at det er ikke før man ser sammenhengen mellom hva pasienten er opptatt av, hennes liv og hva som plager henne at disse opplysningene kan bidra til forståelse og adekvat handling (Thornquist, 2009b, s.110-111). For at pasienten skal forstå at vi følger med og hører det hun sier, kan vi bekrefte det med et

nikk, eller for eksempel å gjenta pasientens ord. Motsatsen til bekreftelse, skriver Thornquist (2009), er kjappe spørsmål –svar-sekvenser, og en praksis hvor helsepersonell på forhånd følger tema de anser som viktige, uten å tilpasse seg den situasjonen pasienten er i nå. En annen motsats til bekreftelse er når man glemmer hva pasienten har sagt (Thornquist, 2009a, s.142-144). Thornquist (2009) setter videre søkelyset på at pasientene kan bli ekstra opptatt av å lese og lete etter informasjon om sin sykdom og helse. De forbereder seg for å kunne bringe denne informasjonen med seg i møtet med helsepersonell. Tilgangen til slik informasjon øker, noe som kan resultere i at den enkelte pasient blir villedet og forvirret ettersom mye av det som formidles kan være overforenklet og misforstått. Hun skriver videre at dette kan resultere i at pasienten har urealistiske forventninger, noe som igjen fører til skuffelser og kritikk av helsevesenet (Thornquist, 2009c, s.155-156).

Operasjonspasienten har med seg en forforståelse som det kan være nyttig for anestesisykepleieren å få innblikk i skriver Valeberg (2011). Ved å få innblikk i pasientens forforståelse kan anestesisykepleieren legge grunnlag for å hjelpe pasienten til en opplevelse av å mestre situasjonen. Det er derfor viktig at vi bruker tiden med den våkne pasienten bevisst og strukturert for å kunne gi individuell sykepleie ut fra pasientens behov. Det er ikke nok å ha interesse og medfølelse skriver Valeberg (2011). Anestesisykepleierens atferd må formidle dette med stemme, blikk, ansiktsuttrykk, gester, berøring, kroppsholdning og avstand (Valeberg, 2011a, s.329).

2.4 Mottak av pasient til operasjon

En av anestesisykepleierens viktigste oppgaver ved mottak av pasient til anestesi er å bidra til økt mestring, opplevelse av kontroll og trygghet. Det krever god planlegging, respektfull og inkluderende holdning og god praktisk gjennomføring skriver Valeberg (2011).

Anestesisykepleieren må være både praktisk og mentalt forberedt på den forestående anestesien. Denne type forberedelser innebærer blant annet å lese pasientens journal for å kunne få et inntrykk av pasientens tilstand og behov (Valeberg, 2011a, s.328-329).

2.5 Stress og mestring

Valeberg (2011) skriver at pasientenes møte med operasjonsavdelinga og personalet der preges av forventningene som er formet av den preoperative forberedelse, tidligere erfaringer generelt og med helsevesenet spesielt. Disse erfaringene har igjen innvirkning på hvorvidt pasienten kjenner på opplevelsen av stress. Hvordan en tilpasser seg og takler pasientrollen

kan settes i sammenheng med alvorlighetsgraden av situasjonen. Opplevelsen kan være knyttet til faktorer som hvor godt informert pasienten er i forhold til det de skal igjennom. Fysiologisk stressrespons blir påvirket av fysiske, tankemessige og følelsesmessige faktorer. (Valeberg, 2011c, s.311-313).

2.6 Sykepleiernes nærvær

En intervjustudie utført av Gilmartin og Wright (2008) viser at pasientene følte seg forlatt, sinte og nedfor i løpet av den preoperative perioden hvor de ventet på å komme inn til operasjon. De beskrev at de var engstelige med tanke på anestesian, for å våkne opp under operasjonen og de var engstelige for å dø. Konklusjonen var at sykepleierne på post har en viktig funksjon ved å være til stede og kunne ivareta pasientene preoperativt (Gilmartin og Wright, 2008). Costa (2001) har gjort en studie på dagkirurgiske pasienter opplevelser og meninger rundt den preoperative tida. Det er viktig at sykepleierne er til stede både fysisk og psykisk. I nærvær legger pasientene i studien at sykepleierne skal lytte, vise empati og være oppmerksom på pasientens behov uten at pasienten selv skal behøve å formidle dem. Det er viktig at sykepleierne er oppmerksomme på behovet pasientene kan ha for å prate og tar til følge pasientens meninger og ønsker i forhold til operasjonen. Pasientene er ofte mer redde for anestesian enn kirurgien (Costa, 2001). En viktig faktor hos rolige pasienter er at de har følt seg trygge og velinformerte (Rosén et al., 2008).

2.6.1 Humor

Buxman (2008) skriver at bruk av humor på en operasjonssal har flere muligheter og fordeler. Man skal være bevisst på at humoren ikke alltid er sort og hvit, det finnes også en gråskala i midten. Det en person finner morsomt synes kanskje en annen er støtende. Eksempler på humor i gråsonen er: sarkasme, practical jokes og galgenhumor (Buxman, 2008). Humor er en utmerket måte å styrke både pasientens fysiske og psykiske status. Om pasienten ler og er i godt humør så synker risikoen for uro og stress, gir økt selvtillit og økt følelse at mestring. Når det gjelder den fysiologiske biten så gir humor en større smerteterskel, det gir en forbedret respirasjon og pust og det gir mindre muskelspenninger. Pasienten slapper bedre av (Buxman, 2008).

2.7 Utvikling i helsevesenet

De siste årene har det vært en økning i poliklinisk virksomhet og dagkirurgi blitt vanligere. ”Med dagkirurgiske pasienter menes elektiv kirurgi ¹ som krever anestesitjeneste og en periode med overvåking etter prosedyren. Pasienten skrives inn og ut samme dag” (Naalsund og Steen-Hansen, 2011, s.449). Medisinsk teknologi er i en stadig utvikling. Det som tidligere var store inngrep som var forbundet med økt risiko for komplikasjoner og krevde sykehusinnleggelse og oppfølging, krever nå mindre inngripende metoder enn tidligere. Dette i kombinasjon av sikrere anestesi, gjør at det for mange ikke er nødvendig verken å være innlagt på sykehus, eller at det krever lang rehabilitering. Pasienten kan sove hjemme, og møte opp og få gjennomført kirurgien for så å kunne dra hjem igjen. Dette kan blant annet minske risikoen for sårinfeksjoner (Wetsch et al., 2009).

Camilla Bjørlin Norén (2011) at teknologi både kan begrense og øke vår omsorgskompetanse. For å sikre at teknologien ikke begrenser omsorgen er det viktig med høy apparatfortrolighet. Mestrer vi teknologien vil det være med og forsterke opplevelsen pasienten har i forhold til at vi yter omsorg for dem (Norén, 2011, s.63). Videre skriver hun at en forutsetning for at teknologien skal fremme pasientsikkerheten er at den kombineres med et godt klinisk blikk og brukes som et hjelpemiddel. Ved hjelp av erfaring vil en kunne summere opp apparatenes målinger med de kliniske forandringene hos pasienten, og raskere kunne vurdere pasienten tilstand (Norén, 2011, s.64-65).

2.8 Observasjon, sykepleie og etikk

Elstad henviser i sin bok ”Sjuepleietenking” (2014) til Nightingale når hun skriver at observasjon er den viktigste praktiske kunnskapen en kan gi en sykepleier. Det er selve bærebjelken i sykepleie. Hun understreker at det viktigste sykepleieren gjør ved observasjon er å fange opp relevante forandringer når de er under utvikling (Elstad, 2014, s.24). Det er ikke nok å vite hva man skal se etter, som vitale parametere, man må som sykepleier også kunne fange opp det uventede i situasjonen skriver Elstad (Elstad, 2014, s.27). Når den vestlige medisinen startet utvikle seg, ble det utviklet et skille mellom ”objektive” og ”subjektive” symptomer. De objektive symptomene var synlige og kunne måles og observeres. De subjektive symptomene var personlige og individuelle, kun pasienten selv visste om de, og de var ikke regnet som like pålitelige. Når man i helseadministrativt språkbruk kaller pasientene for råvarer og pasienten som person blir borte, da objektiveres

¹ Elektiv kirurgi er planlagte operasjoner

pasienten. Pasienten blir fratatt egne personlige tanker, handlinger og erfaringer, og de blir erstattet med fysiologiske, psykologiske eller sosiale mekanismer. Det er lite hensiktsmessig å skille mellom objekt og subjekt i sykepleiepraksis, pasienten observeres som en individuell helhet (Elstad, 2014, s.28).

I følge sykepleiens etiske retningslinjer er det fundamentale i sykepleiens funksjon å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død (Norsk sykepleierforbund, 2011). Sykepleierens profesjonsetiske ansvar gjelder for alle mennesker uansett hvilke stadier de er på i livet. I pleien er det lett å ha fokus på diagnose, prosedyrer, oppgaver og effektivitet fremfor pasienten som person (Elstad, 2014, s.28).

Alvsvåg (1993) skriver i sin artikkel ”Det gode blikket og de gode hendene” at som helsearbeidere blir vi lært til å se på en spesiell måte. Vi bruker alle våre sanser. Hun skriver videre at vi har en interesse og orientering i forhold til pasienten som er preget av et diagnostiserende blikk. Det er påvirket av rapporten vi har fått om pasientens plager og diagnoser. Bruker vi bare dette blikket i klinikken, er det ikke godt å være pasienter. Da reduserer vi pasienten til et objekt. Et slikt blikk ser ikke pasienten som person. Pasienter kan oppleve slike blikk ubehagelige og trekke seg unna. Hun tar også opp distraksjonen med tekniske apparater som må ha sin oppmerksomhet, og hvor viktig det er at vi innehar teknisk kyndighet slik at vi formidler trygghet til pasienten. Har vi ikke det hjelper det lite med medmenneskelighet. Den utryggheten vi som helsearbeidere har i forhold til teknologien vil pasienten bli kjenne på, noe som igjen fører til at han blir utrygg. Hun resonerer at som pasienter ønsker man å bli møtt med umiddelbare og forstående blikk, som igjen gir følelsen av å bli tatt på alvor. Dette fører til tillitsforhold og er med på å skape en god dialog mellom helsearbeideren og pasienten (Alvsvåg, 1993, s.111-115).

Kjennetegn for anestesisykepleieren er å møte pasienten i en traumatisk situasjon. Anestesisykepleieren tar på seg det overordnede ansvaret for liv og helse i en situasjon der pasienten er hjelpeløs. Et grunnleggende moralsk utgangspunkt for de fleste anestesisykepleiere er å bidra til å lindre smerte og ubehag (Nordtvedt, 2011, s.51). Videre skriver Nordtvedt (2011) at et av de viktigste etiske prinsippene i anestesisykepleie er respekten for pasientens rett til selvbestemmelse. Hvert møte med pasienten er unikt og det finnes ingen standardiserte former for hvordan et møte skal arte seg og hva det innebærer (Nordtvedt, 2011, s.52).

2.8.1 Å skape tillit

Tillit kan beskrives som et forhold som henger sammen med tid og rom. Der man betror seg til noen eller noe, der viljen til å engasjere seg i en situasjon der man aksepterer det faktum at man er sårbar (Dinç og Gastmans, 2013).

Sundquist og Carlsson (2014) påpeker hvor viktig det er å etablere tillit allerede fra første pasientkontakt. Ettersom anestesisykepleieren ofte er den første av operasjonspersonalet som treffer pasienten, så er det opp til dem å etablere en slik kontakt. Å presentere seg med navn og tittel samtidig som man bruker non-verbal kommunikasjon med å se pasienten i øynene samtidig som man håndhilser. Fokuset bør ligge på pasienten, og få dem til å føle seg velkommen, sett og hørt. Det å få pasienten til å føle at hans situasjon på operasjonssalen er normal, og at dette er noe operasjonspersonellet jobber med hver dag, kan også være til hjelp for pasienten (Sundqvist og Carlsson, 2014).

Anestesisykepleieren på operasjonssalen er ansvarlig for pasienter som er på sitt mest sårbare. En pasient som er sovnet ned kan ikke beskytte seg selv mot overgrep og krenkelsler, men må ha tillit til anestesisykepleierens ivaretagelse. Det er anestesisykepleieres ansvar å bevare pasientens autonomi både før, under og etter at pasienten er sovnet ned/har fått anestesi. Pasienten har på den andre siden ikke noe annet valg enn å stole på den anestesisykepleieren de har fått tildelt og derfor er det viktig at de tidlig får et gjensidig tillitsforhold til hverandre (Dinç og Gastmans, 2013).

2.9 Omsorg og tid

Kvåle (2006) konkluderer i sin studie at det pasientene ser på som det grunnleggende i omsorgen er at sykepleierne stopper opp og viser interesse for dem som medmennesker og enkeltindivider. Det at de tok seg tid til å sitte ned og snakke med pasientene. Dette øyeblikket med oppmerksomhet fra sykepleierne og at de viser litt ekstra omtanke i en travel hverdag, gir pasienten en opplevelse av at de "bryr seg". Følelsen av at sykepleierne brydde seg ut over det som var helt nødvendig, gav pasientene en opplevelse av tillit og trygghet, og derved omsorg (Kvåle, 2006).

Profesjonell omsorg baserer seg på ulike kunnskapsformer; erfaringsbasert, håndverksbasert, teoretisk og vitenskapelig kunnskap. Det faglige skjønnet som utspiller seg i spenningen mellom kunnskapsformene, og en konkret pasient- og pårørende situasjon, leder den profesjonelle til dannede og reflekterte handlinger (Alvsvåg, 2011).

Omsorg er innfelt i sykepleiens yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, 2011). Omsorg i sykepleien blir ikke bare moralsk, men et etisk krav vi ikke kan avvike fra. Sykepleiens intensjon med omsorg er at pasienten skal bedre sin tilstand. Det er fokus på pasienten snarere enn en selv. Omsorgshandlingen i sykepleien skal være både moralsk og kompetent. Omsorgen skal utøves på en slik måte at pasientens respekt og verdighet bevares. Omsorgens kvalitet bestemmes av pasientens opplevelse. Sykepleieren må kunne lese tegnene pasienten gir (Karoliussen, 2002, s.183-184). Benner og Wrubel (1989) definerer omsorgsbegrepet til å omhandle personer, hendelser, prosjekter som betyr noe for mennesker. Omsorg- brukes ofte i forhold til å være knyttet sammen og at ting betyr noe, det fungerer godt fordi det tvinger sammen tanker, følelser og handlinger- kunnskap og tilstedeværelse. Ettersom omsorg handler om hva som betyr noe for en person, handler det også om hva som er stressende for dem- og hva som skal til for å mestre stresset. Omsorg skaper muligheter. Omsorg er grunnleggende fordi det gir muligheten til å gi og få hjelp. Benner og Wrubel (1989) skriver at omsorgsforhold bygger på tillit, og dette fører med seg at den som blir vist omsorg aksepterer hjelpen han får tilbudt, og føler seg ivaretatt (Benner og Wrubel, 1989, s.1-4).

3.0 Metodisk tilnærming

Utgangspunktet for mitt prosjekt var hvorvidt vi kan optimalisere forholdene for pasienter som skal til operasjon og bli fratatt alle sine naturlige funksjoner av en de møter i et kort øyeblikk før de får anestesi. Hvordan bygge tillit og ivareta pasienten på den korte tiden vi har med dem før de skal få anestesi?

I dette kapittelet vil jeg utdype min forforståelse av temaet og gi en oversikt over mine metodiske og forskningsetiske overveielser. Jeg vil redegjøre for fremgangsmåte jeg brukte ved innsamling av data, og hvordan jeg analyserte intervjumaterialet.

3.1 Mitt teoretiske ståsted

Studiet vil være forankret i en hermeneutisk forståelsesramme. Dette er spesielt viktig når man forsker i egen kultur skriver Tjora (2012). Det er viktig å gjøre rede for hvordan ens egen posisjon kan komme til å prege forskningsarbeidet. For å styrke prosjektets pålitelighet blir det viktig å reflektere over om man har noe til felles med informantene, eller om man har spesiell kunnskap og engasjement, og hvordan slikt kan ha påvirket tilgangen til feltet, utvalg, datagenerering analyse og resultater. Mye kunnskap om det aktuelle temaet er en fordel for å

stille presise spørsmål, men kan også være en ulempe ved at man har med seg mange forutinntattheter (Tjora, 2012, s.203-205). Ettersom jeg har samme yrke og arbeidsplass som informantene, så må jeg være ekstra bevisst på hvordan det påvirker meg. Informantene kjenner meg som kollega, og de kan derfor også ha hatt sine vegringer om å si sine reelle meninger eller de kan ha holdt igjen i forhold til sine refleksjoner rundt temaet. Jeg har derimot ikke hatt inntrykk av dette, men har vært det bevisst under alle intervjuene.

Jeg vil forsøke å belyse ulike sider av problemstillingen, og få frem bredden på mulighetene vi har for å skape en god pasientrelasjon i øyeblikket. Dette vil jeg kunne gjøre best ved å bruke kvalitativ metode.

Vår forståelse, oppfatning og vurderinger av situasjoner kommer av vår hermeneutiske kunnskapsanvendelse. Alle yrker har et kunnskapsgrunnlag som bidrar til forståelse og tolkning av de vi møter. Hermeneutisk anvendelse av kunnskap handler om å tenke og resonere seg frem i forhold til en helhetlig og kompleks situasjon, og anvende kunnskapen klokt, slik at den enkelte blir ivaretatt på best mulig måte (Alvsvåg et al., 2007, s.18-20).

3.2 Å forske i eget felt

Malterud (2011) skriver at forforståelsen er den bagasjen vi bærer med oss. Den består av erfaringer, hypoteser, faglige perspektiv og av den teoretiske referanserammen som vi har når vi starter prosjektet. Forforståelsen er som regel en viktig side av forskerens motivasjon for å starte forskning omkring et bestemt tema. Forforståelsen kan også bidra til at forskeren går inn i prosjektet med skylapper, begrenset horisont, eller manglende evne til å lære av sitt materiale. Det er derfor viktig at forskeren har et aktivt og bevisst forhold til sin forforståelse (Malterud, 2011, s.40-42). Jeg som forsker skal ikke prøve å eliminere meg selv og min egen rolle i feltarbeidet, men identifisere min påvirkning og drøfte betydningen av denne. Først da er det mulig å gjennomføre den videre bearbeidingen av materialet på en måte som ivaretar det som har vært sagt, hørt og gjort i møte med informantene (Malterud, 2011, s.66).

Jeg har inntrykk av at hver anestesisykepleier finner sin måte å takle denne utfordringen på, og at pasienten er i fokus. Jeg vil derfor undersøke nærmere hva ulike erfarne anestesisykepleiere sier at de gjør for å ivareta operasjonspasienten i det korte møtet før pasienten skal ha anestesi.

3.3 Forskningsetikk

Ettersom studien min innbefatter behandling av personopplysninger, har jeg en lovpålagt plikt til å melde inn forskningsprosjektet til personvernombudet (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, 2012). Før jeg startet å rekruttere informanter sendte jeg derfor en søknad til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) om å få godkjent min studie (Vedlegg 3). Prosjektet ble godkjent (Vedlegg 4) etter ca 4 ukers behandlingstid. I søknaden til NSD er det beskrevet hvordan datamaterialet skal oppbevares og hvordan jeg skal holde informasjonen om informantene konfidensiell.

Som forsker må jeg være bevist mitt etiske ansvar overfor informantene. De har i forkant av studien fått god informasjon både muntlig og skriftlig om studiens hensikt og hva det innebærer å delta i studien. Jeg har også informert dem om hvilken metode som blir brukt i studien, slik at det innfrir kravene Helsinkideklarasjonen (World Medical Association, 2014) stiller til informasjon i forhold til formål, risikoer og ulemper. Jeg har gitt dem muligheten til å trekke seg om de angrer seg på å delta i studien. I henhold til forskningsetiske retningslinjer (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2016) skrev de under på informert samtykke til deltagelse i studien før intervjuet ble gjennomført (Vedlegg 1). Jeg har også stilt åpne spørsmål, og i de situasjonene jeg ser svarene som kommer kan være med på å identifisere informantene så har jeg valgt dem bort. Jeg har vært nøye med å kontrollere med informantene at de er enig i at jeg har forstått dem rett. De gangene jeg har vært usikker, så har jeg kontrollert det med oppfølgingsspørsmål.

Informantene i denne studien er blitt anonymisert ved at jeg henviser til dem som informanten/han eller hun. Jeg har valgt å gå bort i fra mitt utgangspunkt hvor jeg tenkte bruke fiktive navn, ettersom det er så få informanter. I samsvar med Helsinkideklarasjonens prinsipper om anonymisering og beskyttelse av sensitive opplysninger (World Medical Association, 2014) er informasjon og innhentet datamateriale blitt oppbevart forsvarlig og vil bli slettet straks studien er avsluttet.

3.4 Overveielser ved valg av metode

Jeg har valgt å bruke en kvalitativ forskningsdesign på min studie. *”De kvalitative metodene tar sikte mot å forstå, ikke forklare, og målet er å beskrive, ikke predikere”*- skriver Malterud

(Malterud, 2011, s.33). Jeg ønsker få frem erfaringene informantene har i forhold til det korte møtet med operasjonspasienten før de skal få anestesi, og hva de gjør for å ivareta omsorgen for pasienten i den situasjonen. Innenfor kvalitative metoder har man flere muligheter, for eksempel fokusgruppe intervju. Dette kan være aktuelt når man studerer erfaringer og synspunkter hos helsepersonell. Fokusgrupper kan gi mye materiale i forhold til ressursinnsatsen, særlig visst alternativet er å gjøre individuelle intervjuer. Materialet fra fokusgrupper kan også bli overflatisk, eller ensidig, fordi gjennomføringen av gruppesamtaler krever strukturert styring fra moderatoren (Malterud, 2011, s.67-68). Ettersom anestesisykepleieren ofte er eneste representant for sin spesialisering og kompetanse i operasjonsteamet, og dermed har erfaring med å reflektere og å ta selvstendige valg i arbeidshverdagen ønsket jeg å intervju dem individuelt. Valget av metode falt derfor på semistrukturert dybdeintervju.

3.4.1 Datainnsamling

Jeg har brukt semistrukturert dybdeintervju som metode for å samle inn data til studien. Denne type intervju har en halvfast struktur. Intervjuet fokuserer på forskningstemaet gjennom åpne spørsmål (Kvale et al., 2015, s.44-46). Det er viktig at forskeren under intervjuet fokuserer på problemstillingen, slik at samtalen kan gi mest mulig relevant informasjon. Samtidig må vi ha et åpent sinn, og gi rom for flertydighet (Malterud, 2011, s.129-131). Gjennom denne intervjuformen kan informanten også komme inn med nye momenter som den som intervjuer ikke har vært klar over at kan være relevant for problemstillingen (Tjora, 2012, s.105). Dette fikk jeg erfare under mine intervju, og det har vært med på å belyse temaet for studien ytterligere.

Jeg har utarbeidet en intervjuguide (Vedlegg 2) som starter med noen konkrete oppvarmingsspørsmål, på hvert tema, for så å ha veiledende stikkord. På denne måten tilfredsstiller det studiedeltagerens forventninger om at det skal være et intervju, men samtidig får det frem det uformelle og samtalerettede som ofte har med seg erfaringene og eksemplene fra hverdagen. Jeg har utført prøveintervju, med en kollega som jeg avtalte med på forhånd. Dette for å teste og bli kjent med intervjuguiden, slik at den satt godt. På denne måten fikk jeg mulighet til å ha større fokus på informantene og det ble en større flyt i samtalen (Tjora, 2012, s.135). Jeg fikk også da muligheten til å teste ut det tekniske utstyret, egnet rom, for å sikre at forholdene var optimale for de kommende intervjuene.

3.4.2 Utvalg og rekruttering

Fire anestesisykepleiere ble intervjuet. Jeg valgte begrense meg til fire stykker for å være sikker på at jeg klarte bearbeide alt datamaterialet til studien. Jeg hadde i tillegg åpning for at om det ble for lite datamateriale kunne jeg utvide antallet informanter. Dette ble det ikke behov for. Jeg ønsket å ha to anestesisykepleiere som arbeider med dagkirurgi, og to anestesisykepleiere som arbeider med de langvarige og mer komplekse operasjonene. Dette fordi det er to forskjellige pasientforløp man forholder seg til. De som skal til dagkirurgiske inngrep blir hentet inn av anestesisykepleieren selv, og man for et helt annet ”samarbeidsforhold” mellom pasienten og anestesisykepleieren (dette vil bli utdypet i oppgavens resultatdel). I forhold til de anestesisykepleierne som arbeider med pasienter som skal til langvarige og komplekse operasjoner, så er dette et helt annet pasientforløp. Det krever mer forberedelser, da det er mer komplekse operasjoner og pasienten er ofte preget på en annen måte enn det de pasientene som skal til kortere inngrep er. Inklusjonskriterier er at de har arbeidet på avdelingen i mer enn 6 år, da de vil ha erfaring både med mottak av pasienter over tid.

Sykepleierne ble rekruttert ved at jeg, etter å ha forespurt og informert linjeleder på avdelingen, sendte ut informasjon om studien, med inklusjonskriterier til anestesisykepleierne på avdelingene. De fikk et informasjonsskriv (vedlegg 2) om studiens formål og hva det innebærer å delta, og opplyst kontaktinformasjon på meg. På denne måten trengte ingen føle seg presset til å delta fordi de ikke vil si nei når jeg eller leder spør dem direkte, men de fikk muligheten til å delta om de ønsker det selv. Responsen var større enn forventet, men i forkant hadde jeg også informert at om det ble flere som responderte enn det jeg hadde mulighet til å ta inn i studiet mitt, så ville jeg gjøre en loddtrekning og gi tilbakemelding til de informantene som ble aktuelle. Etter loddtrekningen kontaktet jeg de som var trukket ut og de som deltok skrev under på en samtykkeerklæring i forkant av intervjuet (Vedlegg 3). Intervjuene var på cirka 1 time hver, og ble gjennomført fra november 2016 til og med februar 2017.

Av praktiske årsaker, og i samsvar med informantenes ønsker, ble intervjuet gjennomført på et skjermet rom, som ikke var knyttet til avdelingen informantene jobbet på, men i samme lokale som arbeidsplassen. Betydningen av sted hvor man velger å intervjuer viser seg å kunne ha stor betydning i enkelte intervjusituasjoner. Vi setter alle pris på trygge omgivelser, og dette kan gjøre at informanten føler seg mer avslappet og igjen klarer reflektere bedre (Tjora, 2012, s. 120-122). Intervjuene ble innledet med kort informasjon om prosjektet, og at hovedfokuset var på mottaket av pasienten som skulle til operasjon. Jeg oppfordret

informantene i forkant til å forsøke å tenke på hendelser hvor de følte de hadde gode, eventuelt dårlige pasientmottak. Når det nærmet seg avslutning på intervjuet stilte jeg samtlige av informantene spørsmål om de hadde noe de ønsket tilføye.

3.4.3 Tilvirkning av data

Intervjuet ble tatt opp på lydbånd. Dette ble samtykket informantene til på forhånd. Direkte etter intervjuet kontrollerte jeg at lyd kvaliteten var akseptabel. All empirisk data fra intervjuet ble transkribert. Denne teksten gjenga samtalen mellom informantene og meg som intervjuer. Formålet med skriftliggjøring er å fange opp samtalen i en form som best mulig representerer det som informanten har til hensikt å formidle (Malterud, 2011, s.76). Jeg transkriberte intervjuene selv, ettersom jeg satt i konteksten og dermed også fanget opp det nonverbale underveis og jeg har forsøkt å få det formidlet i teksten. Jeg har også muligheten til å huske momenter fra intervjuet, som kanskje kan virke oppklarende til teksten. Dette kan bidra til å styrke analysematerialet (Malterud, 2011, s.76-78).

Ettersom vi har erfaring fra samme yrke kan vi ha en stilltiende felles forståelse over det som blir sagt, situasjoner som blir presentert og eksempler som legges frem. Jeg må derfor være oppmerksom på at denne felles forståelsen kan forme meninger i samtalen som det vil være vanskelig å finne igjen i det som blir sagt på opptaket av intervjuet (Malterud, 2011, s.76-77). Ved å være oppmerksom på dette underveis, har jeg forsøkt å stille ekstra spørsmål som for eksempel; ”kan du utdype hva du mener her?” eller ”mente du..?”- og gjenta det informanten sa. På denne måten har jeg forsikret meg om at jeg har forstått informanten rett. Drageset og Ellingsen (2010) anbefaler denne type forsikringer underveis i intervjuet for å bevare intervjuets gyldighet (Ellingsen og Drageset, 2010).

3.4.4 Transkribering

Å omstille de muntlige intervjuene fra samtale til skriftlig tekst har vært en opplevelse. Jeg har hørt på intervjuene gjentatte ganger, og stadig funnet noe nytt. Nye momenter og meninger som jeg ikke fikk med meg under selve intervjuet, men som kommer klart frem ved neste gjennomhøring. Jeg valgte transkribere ett og ett intervju av gangen, så snart som mulig etter at jeg hadde foretatt intervjuene. Dette for å være sikker på at jeg ikke blandet sammen de ulike settingene og for å kunne dra nytte av erfaringene mine fra hvert intervju for å forbedre meg til neste. Jeg fikk utvidet perspektivet mitt i forhold til hva jeg i utgangspunktet

hadde sett for meg som rammene i oppgaven, og fikk ny motivasjon med tanke på det videre arbeidet med prosjektet.

Jeg hadde til slutt cirka 40 sider datamateriale, som videre er blitt analysert. Jeg valgte skrive intervjuene på bokmål, da det var mange ulike dialekter å forholde seg til og det på denne måten var sikrere i forhold til anonymisering av informanter. Det å velge å ikke transkribere intervjuene ordrett på informantens dialekt kan ha ført til noe av meningsinnholdet i intervjuene har forsvunnet. Det kan allikevel også ha tatt med seg fordelene at det skaper mer flyt i teksten. Det muntlige språket kan virke mer forståelig i situasjonen, enn det gjør når det blir nedtegnet skriftlig (Malterud, 2011, s.76-77). Under transkriberingen valgte jeg å ikke ha med navn på informantene, så jeg forholdt meg til å alfabetisere dem fra A-D. Dette valgte jeg på bakgrunn av at det er få informanter, og jeg ønsker å bevare deres anonymitet.

3.5 Analyse

I følge Malterud (2011) er målet med analysen av kvalitative data at det skal bygges bro mellom rådata og resultater. Dette gjør man ved å organisere, fortolke og oppsummere materialet (Malterud, 2011, s.91-93). Det er viktig at jeg som forsker gjør rede for min forforståelse og posisjon i forhold til forskningsprosessen. Analysen skal gjennomføres på en så ryddig og systematisk måte, at leseren forstår konklusjonen som trekkes. Problemstillingen er grunnlaget for analysen, og utgangspunktet når vi stiller spørsmålene til materialet. Her vil min forforståelse ha innvirkning på hvordan datamaterialet tolkes (Malterud, 2011, s.91-93).

For å analysere mitt datamateriale har jeg tatt utgangspunkt i systematisk tekstkondensering som analysestrategi (Malterud, 2011, s.96-110, Malterud, 2012). Metoden er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse og modernisert av Malterud. Den har til hensikt å utvikle kunnskap om informantens erfaringer og livsverden gjennom å se kjennetegn på fenomenet som studeres. Malterud (2012) deler analysearbeidet opp i fire trinn; 1: å få helhetsinntrykk, 2: å identifisere meningsbærende enheter, 3: å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene (lage subtema), 4: å sammenfatte betydningen av dette (lage kategorier). Malterud (2012) beskriver systematisk tekstkondensering som et redskap for tverrgående analyse, hvor det sammenfattes informasjon fra flere forskjellige informanter, og

jeg mener derfor at metoden passer bra som verktøy for å analysere dataene jeg har samlet inn i min studie (Malterud, 2012).

Tabell 1 viser her denne studiens analyse gjennom Malteruds (2011) fire analysetrinn.

Trinn 1, foreløpige temaer	Meningsbærende enheter	Trinn 2, koding	Trinn 3, Subgrupper	Trinn 4, kategorier
1. Å forberede seg	<i>"Så jeg tenker det at i hovedsak så har vi jo ganske kort tid når pasienten kommer, men vi kan jo legge inn litt mer tid visst vi vil."</i>	Organisering	Kvalitetssikring Forberedelse Tilrettelegging	Anestesisykepleierens arbeidsforhold
2. Når og hvor man treffer pasienten	<i>"..hvor du treffer pasientene er kanskje ikke bestandig så viktig for hverken pasientene eller oss. Men at man legger inn litt tid sån til vanlig, det tror jeg er kjempeviktig!"</i>		Omorganisering Lokaler Dagkirurgen- et lite lokalsykehus	
3. Endringer	<i>"Nå er det mye fokus på apparaturen. Piping, alarmer, så man har beveget seg litt bort fra det kliniske blikket. Nå kan man nesten ikke flytte pasienten fra A til B uten at det er pulsoksymeter på dem."</i>		Medisinsk teknisk utstyr Effektivitet Økonomifokus	
4. Avledning	<i>"..følelsen av det å kunne le i lag, det er bra! Jeg er også veldig nær, til å ta på, jeg er ikke redd for å være nær. De aller fleste i en slik situasjon når en skal møte folk som skal ta kontroll over deg og passe på deg, tillater at en er nær."</i>	Mottak og ivaretagelse av operasjonspasienten	Ivaretagelse Noen triks Se hver enkelt pasient som egne individ	Anestesisykepleierens kompetanse
5. Tillit og trygghet	<i>"..det er viktig at man skaper tillit på den tida som man møter pasienten våken."</i>		Møte pasienten der de er Kompetanse	
6. Tid	<i>"Visst vi klarer ta ned tida, at vi ikke strekker den mot 30 minutter, men klarer 10-12 minutter, så betyr det at pasienten blir operert den dagen og ikke blir strøket."</i>	Utfordringer	Tidspress Kommunikasjon	Anestesisykepleierens samarbeid
7. Teamarbeid	<i>"..klarert av anestesilege. Det synes jeg er viktig. Vi jobber jo i team."</i>		Samarbeid	

3.5.1 Å få et helhetsinntrykk

Analysens første trinn handler om å få et helhetsinntrykk av det innsamlede datamaterialet (Malterud, 2011, s.98). Jeg har valgt å gå grundig gjennom intervjuene. Både ved å lytte til dem flere ganger, men også lese de ferdigtranskriberte intervjuene flere ganger. Jeg forsøkte å legge min egen forforståelse til side og høre hva informantene fortalte.

I intervjuet med den første informanten fikk jeg frem at det var viktig for han både å skape seg muligheten til å lese seg opp på pasientene før han tok i mot dem til operasjon, men også at han ikke mente faktorer som tid og sted hadde så stor betydning. Det som var viktig var at vi som anestesisykepleiere klarte formidle trygghet ved å bekrefte at vi hadde den kompetansen som krevdes for at pasienten skulle stole på at vi ville ivareta pasienten gjennom operasjonen.

I intervjuet med min andre informant, så fokuserte hun også på kompetansen, men også hvor viktig det var med personlige egenskaper. Hun hadde fokus på det å tørre å være nær pasienten, og bruker humor som virkemiddel for å få god kontakt og lette litt på stemninga.

Den tredje informanten min, uttrykte at tidspress og manglende muligheter til å påvirke arbeidsdagen var noe hun merket godt. Det å kunne møte pasienter på arenaer som pasientskoler i forkant av operasjonen så hun som svært nyttig. Der kan man ta seg tid til å snakke grundig med pasientene, og har god tid til å svare på spørsmål de grunner på.

Den fjerde informanten min, var opptatt av det å forberede seg med å få oversikt over hvilke pasienter han skulle ha den dagen, og ut fra disse finne den ene som ofte kom til å trenge mer oppmerksomhet og fokus. På denne måten kunne han disponere tiden han hadde til rådighet. Han understreket at det er viktig å være fleksibel og kunne improvisere i forhold til hver enkelt individuelle pasient. Det å ha fokus på pasienten og stille spørsmål og bruke blikket til å se eventuelle utfordringer som kan komme slik at man kan være forberedt.

Neste steg var å lese gjennom intervjuene og se etter temaer som på en eller annen måte kunne knyttes opp til min problemstilling med fokus på det korte mottaket av operasjonspasienten. Hver gang jeg gjennomgikk intervjuene fant jeg noe nytt, noe som jeg ikke hadde sett tidligere, dette gjorde prosessen krevende, men svært lærerik. Jeg tok med meg de temaene jeg så utpekte seg i intervjuene, og satte dem på et tankekart for å få oversikt.

På denne måten var det lettere å senere danne meningsbærende enheter. ”Å forberede seg”, ”Hvor og når man treffer pasienten”, ”Avledning”, ”Tillit og trygghet”, ”Tid”, ”Endringer” og ”Teamarbeid” var temaer som jeg i utgangspunktet fant ut at kunne si noe om problemstillingen.

3.5.2 Meningsbærende enheter- fra temaer til koder

I andre delen av analysen organiseres den delen av materialet som skal ses nærmere på. Den delen av teksten som kan belyse problemstillingen sorteres for å avdekke meningsbærende enheter. Samtidig som jeg identifiserer de meningsbærende enhetene i teksten, systematiserer jeg dem. Det er den delen som Malterud (2011) kaller koding. Disse kodene fungerer som merkelapper som skal samle tekstbiter som har noe felles. (Malterud, 2011, s.100-104). På bakgrunn av de syv foreløpige temaene i forrige trinn, trakk jeg ut meningsbærende enheter jeg mente sa noe om problemstillingen. Et eksempel på en slik meningsbærende enhet er: *”Så jeg tenker at hvor du treffer pasienten er kanskje ikke bestandig så viktig for hverken pasienten eller oss. Men at man legger inn litt tid sån til vanlig, det tror jeg er kjempeviktig.”* Denne meningsbærende enheten ble senere organisert under koden ”Organisering”.

Her gjennomgår jeg temaene nok en gang for å se om det er flere av temaene jeg fant ved første gjennomlesning som omhandler det samme, eller om jeg har flere temaer som egentlig burde deles opp da det er forskjellige ting som kommer under samme tema. Jeg var også hele tiden oppmerksom på at nye temaer kunne komme inn gjennom denne grundige gjennomgangen av materialet.

Jeg valgte i utgangspunktet å gå videre med kodene: «Organisering», «Mottak og ivaretagelse av operasjonspasienten» og «Utfordringer».

En av utfordringene når man skal analysere kvalitativt materiale er at analysen kan komme til å redusere innholdet, fordi man risikerer at resultatene blir fremstilt uten sammenheng med sin opprinnelige kontekst, og på den måten mister sin betydning (Malterud, 2011, s.98-99). Jeg var litt engstelig for at mye av poengene og innholdet i intervjuet skulle miste mening og sammenheng, da jeg syntes intervjuene i sin helhet fikk frem så mye. Ved dekontekstualisering løfter vi ut deler av datamaterialet, og ser nærmere på det sammen med andre elementer av materialet som sier noe om det samme. Ved rekontekstualisering setter man disse delene sammen i en ny sammenheng, og kontrollerer samtidig at det stemmer

overens med den sammenhengen man hentet det ut i fra. Det er i denne prosessen det skapes kunnskap. Malterud (2011) skriver at rekontekstualisering er vårt viktigste tiltak for å forebygge reduksjonisme, og sikre at vi ikke lager nye meninger av datamaterialet som ikke stemmer overens med det informantene fortalte i utgangspunkteter (Malterud, 2011, s.91-93).

Jeg har forsøkt så godt det lar seg gjøre å være tro til datamaterialet og ha det i riktige sammenhenger. Dette har jeg gjort ved å lese intervjuet om igjen samtidig som jeg kontrollerte at de meningsbærende enhetene ikke var tatt ut av sammenheng og førte til at meningsinnholdet ble forandret. Jeg har laget meg referanser i analysearbeidet, slik at jeg kan spore opp hvor hver tekstbit stammer fra. Både fra hvilken informant (alfabetisert fra A-D) og hvor i intervjuet jeg har hentet teksten (ved å nummerere linjene).

3.5.3 Kondensering-fra kode til mening

I analysens tredje trinn skal vi abstrahere kunnskapen som vi har etablert ved å identifisere og kode de meningsbærende enhetene i andre trinn. Ved å kondensere innholdet, skal vi systematisk hente ut mening. Her skal de meningsbærende enheten i hver kodegruppe omskrives til abstrakt mening, for så å sorteres i subgrupper. Subgruppene danner på dette stadiet analyseenhetene. Innholdet i hver subgruppe kondenseres og fortettes ved at det lages et kondensat- et kunstig sitat. Malterud (2011) beskriver kondensatet som et arbeidsnotat som skal brukes som utgangspunkt for resultatpresentasjonen i analyseprosessens fjerde og siste trinn (Malterud, 2011, s.106).

Jeg rykket så tilbake til start, min første gjennomlesning, for å kontrollere dette opp mot de kodene jeg var kommet frem til. På denne måten fikk jeg kontrollert hvordan mitt første inntrykk stemte overens med det jeg hadde kommet frem til gjennom analysen. Malterud (2011) skriver at det er gjennom dette trinnet bruker sitt faglige perspektiv og ståsted til å tolke teksten, for så å systematisk hente ut kunnskap fra materialet (Malterud, 2011, s.105). Deretter sammenfattet jeg betydningen av kodene og kom frem til subgrupper (se kolonne 3 i tabell 1), som blir overskrifter i presentasjonen av funn under hovedtema/kategorier som ligger i neste trinn.

3.5.4 Sammenfatning- fra kondensering til beskrivelser under revurderte tema

Analysens fjerde trinn, bitene settes sammen igjen- rekontekstualisering. Informantenes ulike erfaringer og synspunkter ble nå sammenfattet til en beskrivende tekst innenfor hver

kodegruppe og subgruppe. De utvalgte sitatene omgjøres nå til overskrifter som senere skal brukes for i resultatdelen som overskrifter for hver undergruppe (se kolonne 4 i Tabell 1). Disse overskriftene skal gi leseren informasjon om hva materialet forteller om en utvalgt side av prosjektets problemstilling (Malterud, 2011, s.109). Følgende kategorier danner dermed utgangspunktet for min presentasjon av funn: Anestesisykepleierens arbeidsforhold, anestesisykepleierens (faglige) kompetanse og anestesisykepleierens tverrfaglige samarbeid.

Til sist skal resultatene valideres. Dette gjør jeg ved å kontrollere meningsbærende enheter og sitater opp mot den transkriberte teksten. Jeg leter systematisk for å se om det er noen av informantene som motsier det jeg ut fra datamaterialet har konkludert med. Deretter henter jeg frem litteratursøket mitt for å se om tilsvarende beskrivelser til mine resultater allerede er presentert av andre forskere. Malterud (2011) skriver at visst tilsvarende beskrivelser allerede foreligger fra andre, blir relevansen av resultatet svakt og en ny runde med analyse bør vurderes (Malterud, 2011, s.108-110). I forhold til min analyse fant jeg ikke at der var lignende beskrivelser i forhold til litteratursøket mitt, med tanke på ønsket om å se det fra anestesisykepleierens ståsted. Fra forskning gjort i forhold til hva pasientene ønsket at det var mer fokus på, så kunne jeg finne igjen noen av de samme temaene som for eksempel hvor og når man treffer pasienten. Jeg vil allikevel si at det ikke gjør mine funn mindre relevante.

3.6 Metodekritikk, refleksivitet, relevans og validitet

Det er mange måter å behandle et datamateriale for å komme frem til svar på problemstillingen. Jeg vil først kritisere mitt valg av design på studiet, deretter se på utvalgets betydning for datamaterialet og til slutt vil jeg kritisere analysen.

3.6.1 Kritikk av studiets design

Heller enn å velge individuelle dybdeintervju, kunne jeg for eksempel valgt fokusgruppe intervju. Ved å gjøre dette valget kan jeg ha gått glipp av gode diskusjoner som kommer frem når flere reflekterer sammen, og dette kunne ha resultert i ytterligere gode eksempler og kunnskap rundt temaet (Kvale et al., 2009, s.161). Min rolle som forsker ville da blitt en annen, da det er studiedeltagerne som styrer i fokusgruppe intervjuet, og forskeren fremtrer mer som en moderator (Kvale et al., 2009, s.161). Det kunne dermed blitt vanskeligere å holde seg innenfor temaet, noe som igjen kunne gjøre det vanskeligere å finne svar på

problemstillingen. Som anestesisykepleiere er vi ofte eneste representant for vårt fagfelt i møte med pasienten. Vi er vant til å tenke selvstendig på våre oppgaver, og det var derfor riktig for meg å bruke semistrukturert dybde intervju som design for dette studiet.

Jeg har forforståelsen at det er personlige egenskaper og erfaring som gjør at vi tar i mot pasienten på den måten vi gjør. Dette vil jeg også kunne få frem ved å gjøre intervjuer med hver enkelt av informantene.

3.6.2 Kritikk av utvalget

I min studie er jeg ute etter den erfarne anestesisykepleierens vurderinger i forhold til ivaretagelse av operasjonspasienten når de tar i mot dem før de skal inn til operasjon. Det kan stilles spørsmål med hvorfor jeg valgte å sette kriteriet om at studiedeltagerne skulle ha arbeidet mer enn 6 år som anestesisykepleiere. Jeg mener at erfaring har mye å si for hvordan man tar i mot pasientene, og jeg ønsket også se hvordan utviklingen i helsevesenet har hatt innvirkning på jobben vi som anestesisykepleiere gjør i mottaket av operasjonspasienten. Dette mener jeg at jeg fikk best svar på ved å sette et krav om erfarne anestesisykepleiere som representert i utvalget av deltagere i studien. For å få et sammenligningsgrunnlag kunne jeg også valgt å ta med operasjonssykepleiere, som vi ofte samarbeider med i mottaket av pasienten. Jeg ville da kanskje fått en mulighet til å sammenligne de ulike spesialitetenes syn på situasjonen. For min del var det viktig å få frem hva anestesisykepleieren gjør og tenker i møtet med pasienten før operasjon, og jeg valgte derfor ha kriteriet at det kun var anestesisykepleiere jeg ønsket å ha som informanter.

Valget av informanter har jeg til dels gjort selv. Dette ved hjelp av loddtrekning av de informantene som meldte seg til å delta i studiet. Det er to menn og to damer som representerer utvalget, dette har jeg ikke valgt å ha noe fokus på. Det kunne sikkert vært interessant å undersøke nærmere hvordan de to ulike kjønnene ser på omsorg og ivaretagelse av pasienten, men jeg har valgt å forholde meg til den intervjuguiden og problemstillingen jeg har satt opp i utgangspunktet.

3.6.3 Kritikk av analyse

Jeg var svært redd for å ødelegge meningene bak uttalelsene til informantene. Jeg har forsøkt så godt det lar seg gjøre å være tro til teksten, og i intervjuene stilte jeg kontrollspørsmål for å være sikker på hva deltagerne mente de gangene jeg følte det kunne misforståes. Det er vanskelig når man er i samme yrke å være sikker på at man klarer å bevare objektiviteten. Under analysen har jeg forsøkt å legge fra meg min forståelse og fokusere på hva informanten

faktisk sier. Jeg har tatt med meg inn i analysen tilbakemeldinger fra min veileder, og tilbakemeldingene har ført til nyttig refleksjon. Det samme har også mastergradseminarene som vi har hatt sammen med medstudenter.

Jeg håper jeg med denne metodebeskrivelsen har redegjort for de valgene jeg har gjort på en slik måte at det virker forståelig for leseren. Funnene jeg har gjort fremkommer i neste kapittel.

Til tross for at dette er en liten studie vil jeg argumentere for at det er en relevant studie da det kan bidra til kunnskap, ikke bare for anestesisykepleiere, men for alle som tar i mot pasienter.

4.0 Funnbeskrivelsen/presentasjon av funn

Det var svært lærerikt å utføre de fire intervjuene med informantene mine. De utvidet perspektivet mitt betraktelig, og jeg innså tidlig at jeg hadde vært for sneversynt i forhold til hvordan vi som anestesisykepleiere tar i mot pasienten. Første inntrykket av oss får pasientene når de møter den første som titulerer seg som anestesisykepleier. Gjennom dette møtet skapes en forståelse hos pasienten for hva anestesisykepleieren står for og hva vårt arbeid og funksjon innebærer for dem. Min problemstilling har hovedfokus på hva anestesisykepleieren konkret gjør, og hvordan de begrunner det de gjør, for å ivareta en pasient i det korte møtet før de skal inn til operasjon. Resultatdelen er delt opp i tre deler. Første del omhandler anestesisykepleierens arbeidsforhold, herunder er temaer som kvalitetssikring og forberedelser i forhold til mottaket av operasjonspasienten. Andre del vil dreie seg om anestesisykepleierens faglige kompetanse og hvordan den har innvirkning på mottak og ivaretagelse av operasjonspasienten. Den tredje delen vil omhandle anestesisykepleierens samarbeid, her med tanke på kommunikasjon, tidspress og samarbeid med andre i forhold til mottak av pasienten som skal til operasjon.

4.1 Anestesisykepleierens arbeidsforhold

Alle informantene hadde erfaringer fra samme avdelinger mer eller mindre. Noen hadde valgt å jobbe kun med dagkirurgi, mens andre arbeidet litt både på operasjonsavdelingen som tok inn større kirurgi og med pasienter som skulle til mindre kirurgiske inngrep. Alle fire informantene hadde betraktninger om hvordan de kunne legge opp arbeidshverdagen sin på best mulig måte og ulike tiltak som kunne være med på å gi bedre flyt i overgangene mellom pasientene.

4.1.1 Kvalitetssikring, forberedelse og tilrettelegging

Informantene var opptatt av kvalitetssikring og ulike tiltak som kunne være med på å forbedre flyten i forhold til operasjonsprogrammet. En av informantene kom med følgende innspill:

”..det å kunne gi anestesian på en bestemt måte. Utstyr, rigging. For eksempel ved robotkirurgi, det er veldig standardisert. Alle vet at det skal være en rød nål på høyre hånd, og grønn på venstre for eksempel. Og det skal være nervestimulatur og BIS²der. Det er også et poeng vi kan gjøre mer av. Her på den store operasjonsavdelinga. Mer standardisert, og at til denne pasienten er det dette vi skal gjøre, at vi ikke skal ha en diskusjon hvor man må spørre syvende far i huset hvordan man skal gjøre det, alle har forskjellige meninger. Jeg tror at flere slike ting, men hvorvidt det for dem til å føle seg like trygg, men det er mange pasienter som sier det er bra kvalitet på den behandlninga der. Med behandling mener jeg hele greie, behandling, pleie.”

Han trekker frem hvordan standardisering kan være med på å både skape flyt i arbeidet, noe som fører til en viss grad av forutsigbarhet/kontinuitet for operasjonsteamet, samtidig som det også er med på å skape trygghet for pasienten.

I forhold til muligheten for å forberede seg til å ta i mot operasjonspasientene hadde informantene forskjellige tilnærminger. Med tanke på tid til forberedelse svarer en av informantene; *”Jeg føler at jeg får tid, og at jeg må ta meg tid til det..”* Han sier det handler om å skape seg rom, og være til stede og fokusere når man tar i mot pasienten.

En annen informant kommer med eksempel på hvordan han disponerer tida ved å møte pasienten når de kommer til operasjonsavdelingen, for å gjøre den ”visuelle scanninga” og kartlegge pasientens behov før de triller inn på operasjonsstua;

”..Ja da må jeg jo være litt på tilbudssida. Det betyr at slik som det er nå så må jeg jo gå ut i gangen og ta i mot dem (pasientene). Hilse på vedkommende. Gjøre den visuelle scanninga. Ta dem i hånda. Og stille disse spørsmålene som jeg.. Jeg bruker å begynne i magen på dem.. Holder mageinnholdet seg på plass? Er du plaga med sure oppstøt? Så går jeg oppover. Har du astma? Er det tungt å puste? Springer du etter damer enda? Spørre med litt sån blink i øyet. Og så bevege seg oppover: har du hatt anestesi før? (...) Det krever at du er på alerten. Du sitter ikke og venter på at andre tar inn pasienten. Du må gå ut der. For du vet alle forventer litt tempo når du kommer

² BIS: Bispektal indeks er et hjelpemiddel for å måle søvndybde

til operasjonsstua. Da skal du bare begynne å bedøve. Du trenger ikke gjøre deg helt ferdig, men du kan jo prate litt underveis, på tur til operasjonsstua også. ”

Det er en ting hva man kan lese i journalen til pasienten, en helt annen ting er det man ser når man møter dem fysisk. Man må bruke alle sansene sin i et mottak. Det er her den *visuelle scanninga* kommer til sin rett, samtidig som man tar pasienten i handa, kjenner om han er klam og ser på hudfarge. Felles for alle informantene var at de var opptatt av å være fokusert, og være til stede i mottaket av pasienten.

I forhold til tilrettelegging for at både anestesisykepleieren skal ha muligheter til å lese seg opp på neste pasient, rigge til operasjonsstua med nødvendig utstyr og ta i mot neste pasient krever det logistikk og god planlegging. En av informantene legger vekt på at det er mye opp til hver enkelt hvordan man *driver dagen*.

”..Det er jo litt opp til en selv å organisere det. Visst du og jeg er på ei stue, og du er avløser og jeg er på stua, så kan man jo ordne seg slik at jeg ringer opp pasienten et antall minutter før. Så det blir jo liksom hvordan vi driver dagen.”

På denne måten trekker han frem muligheten til å få litt bedre tid til forberedelser. Det å kunne tilrettelegge for at pasienten ikke skal føle at vi har dårlig tid. Samtidig vil da anestesisykepleieren ha mulighet til å snakke med pasienten i forkant, mens avløseren for eksempel kan rigge til operasjonsstua med medisiner og utstyr som er nødvendig til pasienten trilles inn. Da skåner man pasienten for at det skjer så mye rundt ham på en gang, samtidig som man kan konsentrere seg om å ivareta pasienten. Ved å ha fokuset på pasienten og informere og svare på de spørsmålene han måtte ha, kan anestesisykepleieren samtidig kobler opp overvåkingsutstyret som skal monitorere pasienten gjennom operasjonen.

4.1.2 Omorganisering og lokaler

Omorganisering i helsevesenet har det vært en del av opp gjennom tidene, og dette har hatt innvirkning på både pasientflyt, operasjonsprogram og anestesisykepleierens arbeidshverdag i ulik grad. Når informantene reflekterte om hvordan de syntes omorganiseringa hadde hatt innvirkning på deres arbeidsforhold med tanke på mottak av operasjonspasienten kom det ulike tilbakemeldinger.

”Jeg tenker på det med venting. På større enheter. Der blir det kanskje mer venting for pasientene. Som når de kommer til den store operasjonsavdeling. Mange pasienter som skal gjennom slusa. Det er større trykk på å komme inn. Sammenlignet med mindre enheter.

Det tenker jeg kan være forskjellen(...)Pasienten blir kanskje bare et nummer i rekka, men selve møtet tenker jeg bør være det samme. Uavhengig av hvor vi jobber. Så det handler om holdningene. Og det å klare å behandle hver pasient som den unike pasienten at de ikke bare blir ett sånt nummer i rekka. For oss.”

Omorganiseringer skaper utfordringer og man må kanskje strekke seg litt lenger, og være litt mer kreative var også innspill fra informantene.

I forhold til lokalene hvor pasientene oppholder seg ved ankomst operasjonsavdelinga, før de blir tatt i mot og trillet inn til operasjonsstua, så er det organisert ulikt på den dagkirurgiske avdelingen og avdelingen hvor de større operasjonene foregår. Der de større operasjonene foregår er det ventebåser med kun skillegardiner som er i gangen før man hentes inn til ”Slusa” hvor man sluses igjennom til operasjonsstuene. I slusa får pasientene på seg grønn hette til å ha på hodet og flyttes over på operasjonsbordet. En av informantene tok opp temaet orden i forhold til de lokalene der pasientene ble tatt i mot.

”Jeg tenker jo at man kan sørge for at det blir, at det er et ordentlig område utenfor operasjonsstua. Om morgenen har vi jo noen folk som er satt til å ta i mot pasienten, og at de kan vente på en brukbar plass, at de ringer inn og sier fra og vi får beskjed på stua. Så alle slike ting som å ha orden i mottaket på at vi er klare. At avdelingen har rutiner og at vi skaper det selv også.”

Han gir uttrykk for at det å ha gode rutiner og et ordentlig område for pasienten å vente mens operasjonsstua klargjøres gir inntrykk av oversikt og et godt førsteinntrykk. Det at noen er til stede og tar i mot pasienten når de ankommer operasjonsavdelinga og at det er noen som varsler personalet som skal ta i mot pasienten på operasjonsstua gir et godt inntrykk til pasienten. Det gjør også at pasienten slipper unødvendig venting på grunn av dårlig kommunikasjon. En av informantene understreker også at den personen som er til stede og tilgjengelig for pasienten mens de venter på å bli hentet inn på operasjonsstua, ikke trenger være for eksempel anestesisykepleier. En forutsetning er at de kjenner til hvordan pasientflyten og dagen på operasjonsavdelinga fungerer, slik at de kan formidle beskjeder videre og for å iverksette tiltak om det skulle være nødvendig i ventetiden.

For å korte ned ventetiden for operasjonspasienten kommer også informantene med forslag om å ha tilgang til et ”prerom” hvor pasientene kunne fått lagt for eksempel blokader, eller epidural før de kom inn til operasjon. Dette kunne gjøres i tiden som overlapper mellom avslutning på foregående operasjon og forberedelse av operasjonsstue til den ventende pasienten.

I forhold til arenaer anestesisykepleiere møter pasienten på i forkant av operasjon, ble også ”prerom” nevnt. Dette var et tiltak som var forsøkt igangsatt i samarbeid med postoperativ avdeling for å kunne legge blokader og sette epidural på de pasientene som det var tenkt at skulle trenge det i forbindelse med operasjonen. En av informantene forteller:

”Det var satt av et lite areal på postoperativ avdeling i et hjørne der, hvor det sto traller med utstyr til epidural og plexus³. Så da var det en av oss anestesisykepleierne som ble satt opp på prerom. Som om vi sto på ei operasjonsstue. Og da var vi der den dagen. Litt pluss minus etter behov. Det var ikke alltid man klarte å utnytte kapasiteten. Det tenker jeg var en bra ting å ha for å ha pasienten ferdig bedøvd.”

Det er vanskelig å si om det resulterte i bedre pasientflyt, da de ikke holdt på med prosjektet så lenge oppsummerer en av informantene.

4.1.3 Dagkirurgisk enhet- et lite lokalsykehus

Alle fire informantene hadde erfaring fra å arbeide med dagkirurgiske operasjoner.

”Her på dagkirurgen bør det jo være sammenlignbart med lokalsykehus både med hensyn til inngrep og størrelse og undersøkelser og de behandlingene som gjøres der og at man er færre folk og. Og det er bedre planlagt (enn på den store operasjonsavdelinga), alle vet hva som skal skje, og vi gir stort sett anestesien på en bestemt måte.”

Det er primært ASA1 og ASA2⁴ pasienter som er klarert for dagkirurgi. Det har på tross av dette vært forsøk på å få lov til å operere dårligere pasienter der, noe flere av informantene var inne på som et problem ettersom forholdene ikke er lagt til rette for å ivareta pasienter som krever mer avansert utstyr med tanke på blant annet overvåking.

En av informantene undrer seg;

³ Epidural: epiduralkateter, legges lumbalt eller thorakalt for å på anestesimiddel. Plexus: regionalanestesi som bedøver et ønsket område.

⁴ASA 1: Frisk pasient. ASA 2: Mild systemisk lidelse. ASA 3: Alvorlig systemisk lidelse. ASA 4: Alvorlig systemisk lidelse som er en konstant trussel mot liv.

”Er vi for raske til å sende de polikliniske (dagkirurgiske) pasientene ut? (...)Jeg er ikke sikker på om valget og av de polikliniske pasientene og de inneliggende er helt riktig. Man tøyer det litt.”

Ved spørsmål om pasientene ”føler på samlebåndet” som det ofte kan være på en dagkirurgisk enhet, med mange pasienter som skal gjennomføre korte operasjoner svarte en av informantene som følger:

” De kan jo nevne det, at de merker det når de ligger i sengene og venter, de ser på måten vi går gjennom gangene og slik, men da er det jo.. Jeg håper vi har så individuelle forhold at de, selv om det går fort i svingene så skjønner de at vi fokuserer på dem akkurat når det er de det gjelder.”

Informantene hadde også fokus på at en av fordelene med dagkirurgisk enhet er muligheten til å følge opp pasienten. Her er det samme teamet som jobber hele dagen, det er de samme sykepleierne de møter som har ansvaret for pasientene der de venter på dagkirurgi, og som følger dem opp etterpå. Anestesisykepleier og operasjonssykepleier går selv og henter pasientene, og følger dem ut igjen. Da har de muligheter til å få input fra sykepleierne som følger opp pasienten før og etter operasjonen om det er noe spesielt de skulle ha nevnt, eller bekymringer. Når de henter neste pasient kan de se bak forhenget til den de trillet sist ut, og høre hvordan de har det.

”..vi skal jo på samme oppvåkning og hente neste pasient, og da titter vi automatisk bak gardinen og ser til de forrige vi leverte, og slår av noen småord og setninger. Og da når de våkner til så sier de ofte noe om den der stemninga som har vært på stua eller.. generelt dagkirurgen. Så da må det jo være noe i det da, at de merker at vi trives i lag og at vi er et team som er der for dem.”

4.2 Anestesisykepleierens kompetanse

4.2.1 Ivaretagelse av operasjonspasienten

Preoperativ anestesi-klinikk var et tiltak som ble iverksatt for å forberede pasienter som skulle til operasjon i forkant av operasjonsdagen. Det var i utgangspunktet testet ut på pasienter som skulle til en spesiell type operasjoner. Blant informantene var det udelt positive tilbakemeldinger på konseptet med preoperativ anestesi-klinikk.

”Et poeng med den er jo at når pasientene er inne her til en eller annen form for undersøkelse eller kontroll får de også en anestesiprevisitt, så reiser de sannsynligvis hjem og kommer tilbake senere. Og det er noe som gjøres på andre sykehus også. Det tror jeg er bra tiltak for den gruppen pasienter eller de som det passer for. ”

” De det er gjort vurderinger på i forkant er jo superbra, tenk om man kunne fått tilbake noe sånt. Det hadde vært fantastisk. Tenk bare for pasienten da, og bli tatt enda mer på alvor. ”

” Det har jeg troa på!”

En av informantene forteller om et studiebesøk på et større sykehus, der blir pasientene fullstendig screenet, fullstendig klarert og forberedt psykisk og alt. Det var anestesisykepleiere som drev den preoperative anestesipoliklinikken der, noen faste og noen som rullerte. *”Slik det var tenkt her hos oss. Så hadde de ett kvarter til hver pasient. ”* På denne tiden fikk pasientene både informasjon, og samtidig mulighet til å stille spørsmål de hadde uforstyrret. Noen av pasientene ble kontaktet per telefon, og de fikk oppgitt nummeret til poliklinikken om de hadde noen spørsmål de kom på etter samtalen. Dette ble da deres første møte med noen som titulerte seg som anestesisykepleiere, og dermed også med på å skape forventninger til anestesisykepleiere de siden kom til å møte.

”Jeg syntes det var en bra ting. Slik jeg forsto det ble de tatt inn i god tid før operasjonen, og da var det tid til å gjøre tiltak som var nødvendige i forkant av operasjonen. Og det er jo ikke bestandig man får gjort så mye når man går visitt dagen før. Så det med preoperativ anestesiklinikk tror jeg virkelig har noe for seg. Effektivisering. Det vil jo gjøre liggetida kortere tenker jeg for enkelte, absolutt. Og det er jo det alle er interessert i. ”

Før var det slik at den som var avløser på stua brukte siste timen av jobben på å gå på de ulike avdelingene og snakke med pasienter som var klassifisert som ASA1 og ASA2. Da fikk man også ofte muligheten til å ha disse pasientene dagen etter når de skulle inn til operasjon. Årsaken til at det ble gått bort fra denne løsningen er i følge en av informantene at vi gikk over til elektronisk journalsystem, og man kunne finne det meste der. I en travel hverdag tenkte man at man kunne spare tid. Det er derimot vanskelig å vurdere pasientens gapeevne med å lese i en elektronisk journal understreker samme informant.

Det er mye man gjør når man kommer og tilser en pasient, forteller en av informantene.

”Bare det med å se på pasienten. Han veier kanskje 100kg, han har ikke hake, eller har et stort adamseple. Da ringer det ei bjelle her. Da er det å gå videre med å gape, har du bevegelse i nakken? Alle de klassiske undersøkelsene som du kan. Nå må vi jo gjøre det inne på operasjonsstua. Og da er det ofte litt seint.”

”Vi var generelt bedre forberedt før når vi gikk previsittene selv. Som regel gikk du til de pasientene du skulle ha. Så du fikk dannet deg et bilde av han. Så du var selv også mye roligere når du møtte han på operasjonsstua, ikke det samme stresset.”

Man får et helt annet inntrykk av pasienten når man møter dem enn av å lese i en journal. Det er ikke godt nok, det har man jo sett eksempler på, hendelser i senere tid tilføyer en av informantene. En av informantene kommer også med konkret eksempel på hvor viktig det er å tilse pasienten fysisk:

”Jeg husker en gang jeg hadde en pasient. Jeg stusset på den haka hans. Det var før vi hadde telefon. Jeg spurte om jeg fikk lov å tegne, han hadde jo ikke hake. Her måtte vi finne frem noe sån koffert (vanskelig intubasjonskoffert⁵) og greier. Her kan det bli problemer med intubasjonen. Og det ble det. Det kliniske blikket!”

Informanten tar frem viktigheten av det kliniske blikket, også før operasjonen.

Det finnes ulike typer pasientskoler, hvor blant annet operatør og anestesipersonell informerer pasientene i grupper i forhold til de som skal til samme type operasjoner. I forhold til det å møte pasientene der sier en av informantene; *”Fin arena å møte pasientene, og få sagt en del om den jobben vi skal gjøre for dem. Det er viktig hvordan man fremstiller prosessen de skal igjennom.”*

4.2.2 Noen triks

Når man tar i mot pasienter til operasjon er det vanlig å presentere seg med navn og funksjon og håndhilse. Pasienter som skal opereres er ofte preget av stundens alvor, og et av temaene jeg tok opp med informantene var hvorvidt de hadde noen spesielle triks på lager for å lette litt på stemninga. Samtlige informanter svarte ”Humor!”. Avledningsteknikker var også et ord

⁵ Vanskelig intubasjonskoffert inneholder hjelpemidler til bruk ved vanskelige luftveier

de brukte. *”Være litt løs i tøyet. Prate litt tøv. Få bort den verste redselen. Avlede med ett eller annet. Det er viktig, både for oss og pasienten. Det bruker jeg bevisst!”*

”Det trenger ikke være vitser. (...)kunne vi pratet kjenning.”

”Og hvor kommer de fra? Jeg har jo reist mye, så jeg kan si ”Er du derifra?” og komme med en historie der de kommer fra. Du ser at det virker! Det er et poeng å roe pasienten ned. Visst de er livredde når de kommer inn, så får du kanskje en litt vanskelig anestesi.”

Informantene er inne på det faktum at litt humor i hverdagen gjør dagen enklere både for pasienten og for oss som anestesisykepleiere. Roen og den gode stemninga smitter mellom pasient og anestesisykepleier.

”Fleipe litt og prate litt om løst og fast med dem. Snakke mens man gjør ting (...) Snakke rolig.”

Det å kunne ta brodden av alvorret, og fleipe litt mens man kobler opp monitoreringsutstyr og tar de første målingene kan være med å skape en god relasjon og sinnsstemning mellom pasient og anestesisykepleier.

4.2.3 Se hver enkelt pasient som egne individer

En av informantene oppfordrer også til å tørre å være nær pasienten.

”De aller fleste i en slik situasjon når en skal møte folk som skal skape kontroll og passe på deg, tillater at en er nær. Og jeg viser dem at jeg ikke er redd for å være i lag med deg, så jeg er litt sån ta på.. Og så er jeg veldig slik å se dem i øynene. Jeg viser at jeg er dama deres!”

”Det blir mer small talk, tender, love and care.”

Det blir også trukket frem at det er viktig å være til stede og ha fokus på den enkelte pasienten. Å være mottakelig og observant på de tegnene pasienten sender ut, og styre handlingene etter det.

4.2.4 Møte pasienten der de er

”Jeg er veldig frempå. Slik at man kanskje kan virke litt skremmende, men akkurat i møtet hvor jeg nærmer meg dem så må man bare legge på et godt lag med ydmykhet

når man akkurat er der i sekundet og møtet for å vise at jeg er interessert i å være der for deg.”

Informantene understreker at det er viktig å møte pasienten der de er. Man må høre på hvordan de svarer og lodde stemninga og rette seg etter det.

”Jeg prøver å ikke være så veldig forutinntatt heller, men å behandle pasientene med samme utgangspunkt på et vis. Men da, når man ser at de trenger noe ekstra, så fokuserer man på det.”

Dette sier en av informantene i forhold til det å lese seg opp på journalen til pasienten i forkant av møtet med pasienten. Det er i enkelte journaler og på tidligere anestesiskjemaer kanskje bemerket spesielle ting om pasienten, at de har vært svært engstelige, eller har andre spesielle behov.

4.2.5 Kompetanse

I forhold til det å kunne ivareta pasienten, med at de har tillit til deg som anestesisykepleier og at du kan det du skal kunne for å ta vare på dem under anestesia, hadde informantene forskjellige metoder. En av dem kom med følgende eksempel:

”Det gjelder å fange opp de, la oss si du har 5 pasienter på operasjonsprogrammet, fange opp den pasienten som krever ekstra oppmerksomhet. Det er kanskje den viktigste jobben. Ikke kaste bort mer tid på andre ting, men fokusere på den som trenger litt ekstra bistand.”

På svar på hvordan han fanger opp denne pasienten svarer informant: *”Først ser jeg gjennom, når du ser programmet i dag, ser på alder. Så åpner jeg operasjonsmeldinga og ser hva jeg skal gjøre. Og så på ASA klassifikasjon selvfølgelig. De fleste av dem er jo uproblematisk. Men så går jeg litt dypere. I det jeg får mistanke om noe annet, så går jeg inn i journalen og ser litt. Ser på tidligere anestesiskjema. Det er stort sett det jeg gjør. Og visst det da er, som jeg vurderer, et krevende kasus, så konfererer jeg med anestesilegen litt mere. Hva slags plan har vi? Hva vi skal gjøre. Så man er forberedt. Så man har både plan en og plan to og plan tre.”*

En av de andre informantene tar opp det faktum at ikke alle pasientene er så klare for å snakke mye i forbindelse med operasjonen. De har kanskje ventet lenge på operasjonen og er klare for å komme i gang, uten for mye forheftelser. Vi som anestesisykepleiere må være klare til å improvisere og takle pasientenes ulike reaksjoner.

”Du må ikke være for rigid, du må sørge for å spørre om det som du må spørre om, og få gjort de tingene du skal få gjort, men du må være fleksibel så du kan tilpasse deg

pasienten Plutselig renner tårene. Plutselig får du hele skyllebøtta fordi pasienten er sint på hele helsevesenet. De har ikke fått snakket med kirurg, men så har de fått snakket med to, og litt improvisasjon så du får gjort det du skal gjøre. Du ser det ut fra reaksjonen til pasienten. ”

Som anestesisykepleier er ikke arbeidsdagene like, og man må være tilpasningsdyktige og kreativ. Både med tanke på alternative løsninger, hvordan man legger opp dagen og med tanke på pasientene.

”Jeg skal jo ha kontroll på dem. Passe på.. Voksne har jo passet på seg selv og sin helse eller ikke helse hele livet, og så akkurat på dette tidspunktet så skal de gi fra seg kontrollen til ei dame de aldri har sett før, bare for noen minutter siden, og så skal man stole på at den kjerringa skal passe på meg og se til meg og holde liv i meg. Gudameg, tenk å få en slik oppgave da, da må man vise at det er det virkelig verdt tenker jeg. Det må man virkelig jobbe for, å få tillit, man kan ikke gå inn med noen slapp holdning der!”

Dette sitatet sier mye både om ansvaret vi som anestesisykepleiere har, og hvor ydmyke vi bør være for den tilliten pasienten gir oss.

Oppsummering kapittel 4.2:

Studiedeltagerne fortalte at de ofte brukte avledning når de tok i mot pasienter som skal til operasjon. Flere nevnte humor som viktig for å ta brodden av alvoret i situasjonen og lette litt på stemninga, andre nevnte det «å prate kjenning».

Når det gjaldt mottaket av operasjonspasienten var de ikke så opptatt av hvor eller når dette fant sted, det viktige var å ta seg tida. Det å være fokusert og ikke tenke på hva man skulle ha til søndagsmiddag når man intervjuet pasienten.

En av informantene begrunner tiltakene sine for å forberede pasienten, se an pasienten, og at opplevelsen skal bli så rolig og fin som mulig for dem.

Det handler om holdningene, det å klare å behandle hver pasient som den unike pasienten, at de ikke bare blir et sånt nummer i rekka. *”Mange følelser for pasienten. Gruing, gledning og*

sånt. Usikkerhet og redsel., og man må ikke glemme at det er mennesker vi behandler og man må tenke på hvordan det hadde vært å være i den situasjonen selv. Huske det vi har lært på utdanninga. Både grunnutdanninga og videreutdanning i forhold til det å ta vare på pasienter. Det tror jeg er det viktigste.”

En pasient har selv uttalt ”..at måten vi var på var trygghetsskapende, han skjønnte at vi kunne det vi skulle kunne. ” Informantene er alle inne på at det er både det du sier, det du gjør og måten du gjør det på som er viktig. Det er også viktig å åpne for muligheten til at pasienten kan supplere og spørre om ting de kommer på underveis i mottaket.

”Jeg skal jo ha kontroll på dem. Passe på.. Voksne har jo passet på seg selv og sin helse eller ikke helse hele livet, og så akkurat på dette tidspunktet så skal de gi fra seg kontrollen til ei dame de aldri har sett før, bare for noen minutter siden, og så skal man stole på at den kjerringa skal passe på meg og se til meg og holde liv i meg. Gudameg, tenk å få en slik oppgave da, da må man vise at det er det virkelig verdt tenker jeg. Det må man virkelig jobbe for, å få tillit, man kan ikke gå inn med noen slapp holdning der!”

4.3 Anestesisykepleierens samarbeid- utfordringer

4.3.1 Tidspress

” Jeg føler vel kanskje at vi må være mer produktive nå enn tidligere. At tidspresset har økt. Og at jeg har kjent mer og mer på at jeg er en brikke i et stort system. Som blir brukt der det passer sykehuset.”

Det skal være større effektivitet på alt vi gjør. Det skal være lønnsomt og det er veldig mye økonomifokus. Stadig omorganisering trötter ut personalet.

” Pasienten blir bare en del av et stort system” sier en av informantene, som svar på spørsmålet om det fremdeles er pasienten som er i fokus. Hun føyer til at det jo også er bra at pasienten ikke trenger ligge på sykehus (med tanke på muligheten for dagkirurgi). Visst man tenker på hygieniske, eller postoperative infeksjoner og multiresistente bakterier. Hun føyer

også til at vi ikke kan legge opp arbeidet vårt slik at pasienten må lide mer enn nødvendig fordi vi skal ha dem fort ut. Vi må gi dem smertestillende etter det de trenger.

”Visst vi klarer ta ned tida at vi ikke strekker den mot 30 minutter men klarer 10-12 minutter, så betyr det at pasienten blir tatt den dagen og ikke blir strøket.”

Det er store operasjonsprogram, sykere og mer komplekse pasienter og store operasjoner. Utviklinga og forventningene innenfor helsevesenet er store, og kanskje ikke alle mål er like realistiske.

4.3.2 Kommunikasjon og samarbeid

”Det er både det du sier, det du gjør og måten du gjør det på som er viktig.”

Både verbal og nonverbal kommunikasjon er viktig!

”Det er jo ikke bare det at du er snill og grei og bruker lang tid og ordner senga og klapper dem på kinnet og holder dem i handa som betyr noe, men det er jo også måten du gjør din jobb på. Det er mange pasienter som gir uttrykk for at de føler seg trygg.”

Her henviser informanten til det å kunne svare på spørsmål pasientene måtte ha, og vise at man innehar den kompetansen som er nødvendig for å ivareta dem.

En av informantene tar opp mulighetene for å gi pasienten en brukbar opplevelse med at vi skaper *space* og samarbeider med operasjonssykepleieren i mottaket av pasienten.

Å skape *space* og ”sørge for at det blir sån noenlunde privat. Så jeg prøver til det daglige å gå utenfor operasjonsstua hvor vi møter pasienten og prøver bare ta det aller viktigste. At man har rett pasient og at pasienten ser at det er rett person som kommer og tar i mot slik at det blir en sån start på hele mottaket. Og da er det jo mange mål: at pasienten føler seg trygg., du skal ha sjekket ID og fasting, i alle fall ID. (...) Og da prøver vi stort sett å ta i mot sammen med operasjonssykepleieren slik at vi kan supplere hverandre. Det er jo noen ting de er mer interessert i å vite enn vi er. Og så er jo poenget samtidig at vi skal kunne gi pasienten en brukbar opplevelse. Så skal vi sørge for at det er trygt. Og sørge for at pasienten får gjort det som skal gjøres. ”

På denne måten vil pasienten slippe å få de samme spørsmålene unødvendig mange ganger, og det sikrer at både anestesisykepleieren og operasjonssykepleieren er godt informert og har de samme opplysningene.

4.3.3 Medisinsk teknisk utstyr

Når vi reflekterte rundt utviklinga i helsevesenet og hvilken påvirkning den hadde på mottaket av operasjonspasientene, så var det ikke til å unngå å komme inn på det medisinsk tekniske utstyret som vi etterhvert har fått å hjelpe oss med. En av informantene dro det så langt som å kalle seg selv for ”gæmlis” med tanke på den stadig voksende utstyrsparken.

” Jeg ser nå at jeg ligner litt på disse her, visst man kan kalle dem ”gæmliser”, litt negative til sånne nye ting som kommer, og når man da får prøvd det ut ei stund så ser man jo.. Altså TOF (definer) har vært der hele tida, men BIS (definer) fikk man og nye måter å kjøre protokoll på disse sprøytepumpene. Men så ser man etter å ha drevet med det ei stund at det er bra.”

En annen informant dro frem problemstillingen med at det nye utstyret som i hovedsak er der for å supplere det kliniske blikket, like så fult kunne være til en belastning. Hun sa at det å ta i bruk nytt utstyr i innføringsfasen kunne være distraherende å med på å ta fokuset vekk fra pasienten. Det samtlige av informantene trakk frem var magesfølelsen og det kliniske blikket. Det å bruke alle sansene og ha fokus på pasienten før, under og etter anestesen.

4.3.4 Effektivitet

” Jeg føler vel kanskje at vi må være mer produktive nå enn tidligere. At tidspresset har økt. Og at jeg har kjent mer og mer på at jeg er en brikke i et stort system. Som blir brukt der det passer sykehuset.”

Det skal være større effektivitet på alt vi gjør. Det skal være lønnsomt og det er veldig mye økonomifokus. Stadig omorganisering trötter ut personalet.

” Pasienten blir bare en del av et stort system.” sier en av informantene, som svar på spørsmålet om det fremdeles er pasienten som er i fokus. Hun føyer til at det jo også er bra at pasienten ikke trenger ligge på sykehus (med tanke på muligheten for dagkirurgi). Visst man tenker på hygieniske, eller postoperative infeksjoner og multiresistente bakterier. Hun føyer også til at vi ikke kan legge opp arbeidet vårt slik at pasienten må lide mer enn nødvendig fordi vi skal ha dem fort ut. Vi må gi dem smertestillende etter det de trenger.

” Visst vi klarer ta ned tida at vi ikke strekker den mot 30 minutter men klarer 10-12 minutter, så betyr det at pasienten blir tatt den dagen og ikke blir strøket.”

Det er store operasjonsprogram, sykere og mer komplekse pasienter og store operasjoner. Utviklinga og forventningene innenfor helsevesenet er store, og kanskje ikke alle mål er like realistiske.

5.0 Drøfting

Jeg vil i dette kapitlet drøfte mine funn i lys av tidligere forskning, de teoretiske perspektiver materialet innbyr til og egen erfaring. Det som overasket meg mest under intervjuene var hvor sneversynt jeg selv hadde vært da jeg startet prosjektet. Jeg så for meg at mottaket av operasjonspasienten foregikk etter ankomst operasjonsavdelinga, fra vi henter pasientene i venteområdet og tar dem inn i ”slusa” og deretter videre inn på operasjonsstua. Noe av det første informantene gjorde var med andre ord å utvide perspektivet mitt på nettopp mottaket av pasienten. En annen ting var hvor lite opptatt informantene mine var av tid og sted. De ga uttrykk for at de største endringene som hadde vært i forhold til deres arbeid som anestesisykepleiere opp gjennom tiden var mer personavhengig. *”Stort sett er forholdet innenfor de samme samhandlingspartene, altså teamet er slik som i dag. Det er mer slik at det er personavhengig enn at det har endret seg så veldig mye. Det er mer muligheter for behandling og undersøkelser, men det har ikke forandret seg så veldig mye”*. De trakk frem utfordringer som var knyttet til utviklingen av medisinsk teknisk utstyr og hjelpemidler. Det at pasientene som skulle opereres nå var mer komplekse, ettersom den medisinske utviklinga har ført til at mer avanserte operasjoner kan utføres var også med på å stille ytterligere krav til anestesisykepleierens kompetanse.

5.1 Anestesisykepleierens arbeidsforhold

5.1.1 Kvalitetssikring og Forberedelse

En av anestesisykepleierens viktigste oppgaver ved mottak av pasient til anestesi er å bidra til økt mestring, opplevelse av kontroll og trygghet. For å kunne ta i mot og ivareta operasjonspasienten på en god og sikker måte, krever det at anestesisykepleieren er både praktisk og mentalt forberedt på anestesia som skal gis til pasienten (Valeberg, 2011a, s.328-329).

I forhold til kvalitetssikring er kontinuitet og forutsigbarhet ord informantene kommer med. En av informantene drar inn et eksempel om hvordan det i forhold til enkelte typer operasjoner er laget prosedyrer på hvilket utstyr som skal være med, og like til hvilken type intravenøs tilgang som skal settes hvor. Slike standardiseringer skaper en viss form for forutsigbarhet. Denne forutsigbarheten kombinert med kunnskapen man har i forhold til inngrepet gjør at anestesisykepleieren, og resten av operasjonsteamet er samstemt og godt forberedt (Valeberg, 2011a). Dette fanger pasientene opp, og kan igjen medvirke til en trygghet og tillitsforhold til anestesisykepleieren. En av informantene kom med følgende eksempel på uttalelser fra en pasient han tok i mot til operasjon ”..at måten vi var på var trygghetsskapende, han skjønnte at vi kunne det vi skulle kunne. ” Anestesisykepleieren skal kunne skape tillit og trygghet hos pasient og pårørende (ALNSF, 2014b). ”Det er både det du sier, det du gjør og måten du gjør det på som er viktig.” sier min informant.

For å skape forutsigbarhet, og flyt i arbeidet er man avhengige av å kunne forberede seg. Det forventes effektivitet, og man må derfor til tider være både fleksible og kreative sier informantene. I forhold til det å få tid til å forberede seg med å lese journalpapirer og operasjonsmeldingen til pasientene i forkant, før de tar dem inn på operasjonsstua, svarte en av informantene at han følte han *måtte ta seg tid* til det. Det handlet om å skape seg rom. Når man har en anestesisykepleier som kan avløse deg på operasjonsstua så kan man samarbeide med dem slik at man får anledning til å forberede seg til neste pasient kommer. Det er derimot stor forskjell på å lese om pasienten i forkant og det å se pasienten.

Samtlige av informantene foretrakk å ta i mot pasienten selv. Dette for å kunne se pasienten, kjenne på stemninga og få førstehåndsinformasjon fra pasienten om hvordan han oppfattet egen helse og hva han svarte på kontrollspørsmålene de hadde før de tok ham inn på operasjonsstua. Et annet moment i det å ta i mot operasjonspasienten selv er å etablere en kontakt som fører til tillit allerede fra første pasientmøte. Dette ved å presentere seg med navn og funksjon, samtidig som man bruker non-verbal kommunikasjon med å se pasienten i øynene og håndhilse (Sundqvist og Carlsson, 2014). Da vet pasienten hvem han har å forholde seg til gjennom operasjonen, og hvem som skal passe på ham. En av informantene mine beskriver et slikt mottak på denne måten:

”..Ja da må jeg jo være litt på tilbudssida. Det betyr at slik som det er nå så må jeg jo gå ut i gangen og ta i mot dem (pasientene). Hilse på vedkommende. Gjøre den visuelle scanninga. Ta dem i hånda. Og stille disse spørsmålene som jeg.. Jeg bruker å

begynne i magen på dem.. Holder mageinnholdet seg på plass? Er du plaga med sure oppstøt? Så går jeg oppover. Har du astma? Er det tungt å puste? Springer du etter damer enda? Spørre med litt sån blink i øyet. Og så bevege seg oppover: har du hatt anestesi før? (...) Det krever at du er på alerten. Du sitter ikke og venter på at andre tar inn pasienten. Du må gå ut der. For du vet alle forventer litt tempo når du kommer til operasjonsstua. Da skal du bare begynne å bedøve. Du trenger ikke gjøre deg helt ferdig, men du kan jo prate litt underveis, på tur til operasjonsstua også.”

Alvsvåg skriver i sin artikkel ”Det gode blikket og de gode hendene” at som helsearbeider blir vi lært til å se på en spesiell måte. Vi bruker alle våre sanser (Alvsvåg, 2002). Dette er viktig å ta med seg i møtet med pasienten. Det at du ser pasienten som den personen de er og ikke et objekt eller en diagnose, men viser oppriktig interesse for hvordan de har det og det de sier skaper en gjensidig respekt mellom anestesisykepleieren og pasienten. Sundquist og Carlsson (2014) skriver at å normalisere den situasjonen pasienten er i med å la dem skjønne at dette er noe vi som anestesisykepleiere forholder oss til hver dag, kan også hjelpe pasienten i å mestre situasjonen (Sundqvist og Carlsson, 2014).

5.1.2 Tilrettelegging

Spjelkevik et al. (2004) har intervjuet anestesisykepleiere i forhold til mottak, forflytning og leiring av operasjonspasienten. Her kommer det frem at anestesisykepleierne iverksetter ulike tiltak for at pasienten skal føle seg velkommen, trygg og ivaretatt i situasjonen. Informantene de referer til sier at selv om de ofte stresser litt med tiden, så forsøker de å gi uttrykk for at pasienten kan bruke den tiden de trenger til å fore eksempel komme seg over på operasjonsbordet (Spjelkevik et al., 2004, s.101). En av informantene mine legger vekt på at det er mye opp til en selv hvordan man velger å ”drive dagen”. Visst vi organiserer oss med at den anestesisykepleieren som avløser en for eksempel klargjør operasjonsstua til neste pasient, så kan den som skal ta i mot pasienten ringe dem opp til operasjon litt tidligere. På denne måten trekker han frem muligheten til å tilrettelegge for at pasienten ikke skal føle at han har dårlig tid. Som anestesisykepleier er man da trygg på at operasjonsstua klargjøres, så man slipper tenke på at man må gjøre det etter at man kommer inn med pasienten, og pasientene skånes for unødvendig mye støy og uro rundt ham. Samtidig kan anestesisykepleieren konsentrere seg om å ivareta pasienten, med å svare på de spørsmålene han måtte ha.

Pasientens møte med operasjonsavdelinga og personalet der preges ofte av forventningene som er formet av den preoperative forberedelsen og tidligere erfaringer med blant annet helsevesenet. Disse erfaringene kan igjen ha innvirkning på hvorvidt pasienten er stresset eller ikke. Den fysiologiske stressresponsen blir påvirket av tankemessige og følelsesmessige faktorer. Hos en stresset pasient vil binyrebarken og det sympatiske nervesystemet øke aktiviteten (Valeberg, 2011c, s.311-313). Dette kan anestesisykepleieren kjenne igjen med at pasienten for eksempel har høy puls eller er klam i hendene når man håndhilser.

Konsekvensen av stressresponsen kan gjøre at anestesian blir mer utfordrende enn den ville vært om pasienten var rolig. Komplikasjoner som kan oppstå om man ikke får roet ned pasienten er blant annet arytmier og hjerteinfarkt, eller at pasienten blir rammet av kvalme og oppkast postoperativt (Valeberg, 2011c, s.311-313).

Ved å få innblikk i pasientens forforståelse av hva operasjonen og anestesian innebærer for dem, så kan anestesisykepleieren legge grunnlag for å hjelpe pasienten til en opplevelse av å mestre situasjonen skriver Valeberg (2011, s.329). Det er derfor viktig å bruke tiden med den våkne pasienten bevisst og strukturert for å kunne gi sykepleie i forhold til denne pasientens behov (Valeberg, 2011a). I følge Thornquist (2009) er det viktig at helsepersonell bekrefter overfor pasienten at de har hørt hva han har sagt, og at de formidler at pasienten kan snakke om de som opptar dem, for eksempel hva som bekymrer dem med tanke på anestesian de skal få (Thornquist, 2009b, s.110-112). For å bekrefte at vi har hørt hva pasienten har sagt kan vi nikke, eller gjenta pasientens ord. Motsatsen til bekreftelse, skriver Thornquist (2009), er kjappe spørsmål og svar sekvenser, og når helsepersonell styrer samtalen med tema de på forhånd anser som viktige, uten å tilpasse seg situasjonen pasienten er i nå. Eller at man glemmer hva pasienten har sagt (Thornquist, 2009a, s.142-144). Husker man ikke hva pasienten sier kan man bryte tillitsforholdet pasienten har opprettet til en, og dette kan resultere i stress hos pasienten.

5.1.3 Omorganisering – muligheter og begrensninger (utviklingen)

Det har vært en stor utvikling i helsevesenet de siste årene, både i form av økning i poliklinisk virksomhet og dagkirurgi. Medisinsk teknologi er i en stadig utvikling. Kombinasjonen av sikrere anestesi og mindre kirurgisk inngripende metoder gjør at dagkirurgiske inngrep øker (Wetsch et al., 2009). Spørsmålet som en av informantene luftet er høyst aktuelt: ”er vi for raske til å sende polikliniske pasienter ut? Jeg er ikke sikker på at valget av de polikliniske

pasientene og de inneliggende er helt riktig. Man tøyer det litt.” Her kommer vi til et spørsmål som både sier noe av mottaket av pasienten og forarbeidet.

På den ene siden har man Wetch et al (2009) argumenter om at pasientene kommer tidligere hjem og ut av sykehus og kan unngå postoperative sårinfeksjoner. Det er også en av årsakene til at man skal være ekstra påpasselige på hvilke pasienter som blir tatt inn til dagkirurgi og poliklinikk. Man må se hele pasienten. Innenfor dagkirurgi så er det ASA1 og ASA2 pasienter som er å foretrekke. Det er allikevel viktig å se på helheten.

I tillegg argumenterer Wetch et al (2009) med at pasienten kan dra tidligere hjem, og dermed hverken trenger være innlagt på sykehus eller at de krever lang rehabilitering. Argumenter som passer godt inn i tidens tankegang med at pasientene skal ha ansvar for egen helse. Vi skal være mest mulig økonomiske og ha god turnover på pasientene. På mange måter kan dette tyde på at pasienten er i fokus, og at vi ønsker det beste for dem. Det at det gagnar foretaket økonomisk er selvfølgelig også positivt.

Er pasienten oppegående og kan ta vare på seg selv? Har de eventuelt et støtteapparat rundt seg når de kommer hjem, som kan være hjelpelige med observasjoner i forhold til postoperative komplikasjoner? Som en av informantene sier, så er hans erfaring at det tøyes litt i forhold til hvilke pasienter som skal ha polikliniske og dagkirurgiske inngrep. Dette i seg selv kan resultere i at det koster mer enn det gagnar både for pasient og foretak. Man kan stille spørsmål om vi ved grundigere mottak av denne typen operasjonspasienter kan sikre at det var de som egnet seg for dagbehandling som fikk det, og dermed unngå at pasienten kommer i retur med både komplikasjoner og mistillit til helsevesenet.

5.1.4 Organisering

I følge blant annet Wetch et al (2009) er det både økning i poliklinisk virksomhet og medisinsk teknologi gjør stadig nye fremskritt. Dette fører igjen til at flere pasienter kan opereres med blant annet dagkirurgiske inngrep (Wetsch et al., 2009). På grunn av kortere opphold i sykehus, minsker tiden som helsepersonell har sammen med pasienten i forkant av operasjonen. John (2009) er i sin studie kommet frem til at det at sykehusoppholdene kortes ned igjen fører til at vi får kortere tid på oss til å kartlegge hvor engstelig pasienten er. Det kan dermed bli vanskeligere å hjelpe pasienten å håndtere denne engstelsen (John, 2009). I følge studien til Mitchell (2010) er preoperativ informasjon om anestesi, oppklaringer av

generelle feilforståelser av anestesi og ventetiden før pasienten kommer inn på operasjonsstua faktorer som øker engstelse hos pasienten (Mitchell, 2010).

Det er nyttig å kunne kartlegge hvilke pasienter som passer til de ulike pasientforløpene, dagkirurgi, poliklinikk eller større operasjoner. For å kunne gjøre det nevner informantene i min studie blant annet preoperativ anestesiklinikk som et tiltak de har vært med på i løpet av sin tid i yrket som anestesisykepleiere.

Preoperativ anestesiklinikk er et kvalitetssikringstiltak som er iverksatt på flere sykehus. En av informantene fortalte at han hadde vært på studiebesøk på et større sykehus. Her var den preoperative anestesiklinikken driftet av anestesisykepleiere. De hadde satt av 15 minutter til hver pasient. Pasientene ble i løpet av denne tiden kartlagt, både fysisk og psykisk. Det ble ut fra kartleggingen vurdert om pasienten egnet seg for et dagkirurgisk forløp eller om pasienten trengte innleggelse. Når pasienten da kom til operasjon var alt av preoperativ informasjon klar, inkludert anestisivurdering og blodprøver. Erfaringene samtlige av informantene mine hadde med dette tiltaket var positiv. Pasienten kom inn godt informert om både operasjon, og hva anestesen ville innebære. Det viser seg i følge Radford og Palmer (2013) at pasientenes engstelse starter allerede når de mottar informasjon om innkallingen til operasjon. Engstelsen for operasjonen omhandler frykt for det ukjent, bekymringer i forhold til smerter, kvalme og bekymringer for restitusjon og dødsangst. Dette kan igjen føre til økt behov for smertestillende og postoperativ kvalme. Dette er en av årsakene til at det lønner seg å avdekke hva pasienten engster seg for i forkant av operasjonen og forsøke å berolige dem. De anbefaler god skriftlig informasjon og brosjyrer kan være til god hjelp for å berolige pasienten, men også den preoperativ samtale med informasjon om operasjonen og muligheter til å stille spørsmål (Radford og Palmer, 2013). Preoperativ anestesipoliklinikk er en egnet arena å treffe pasienten på, og få beroliget dem med god informasjon og samtidig få høre hvilke tanker de har i forhold til operasjonen. Pritchard (2009) anbefaler i sin studie multistrategier for å berolige pasienten før operasjon. Det å både la familiemedlemmer få være til stede, preoperativ kartlegging med blodprøver slik at de er optimale når pasienten skal få anestesi, og å bruke avledningsteknikker som musikk, bøker og samtale (Pritchard, 2009).

Preoperativ informasjon kan formidles både individuelt og i grupper. I følge Valeberg (2011) bør man formidle denne typen informasjon ved å innby til en dialog fremfor å holde en monolog. For å oppnå dette bør man bruke åpne spørsmål. Informasjonen inneholder riktignok en del obligatoriske opplysninger, men for at pasienten skal føle seg ivaretatt må det

også være rom for individuelle spørsmål (Valeberg, 2011b, s.318). Denne preoperative informasjonen anestesipersonell har med pasienter som skal til større operasjoner har endret seg opp gjennom tiden, i følge mine informanter. Informasjonen vi har på pasientene er gått fra å være i form av papirjournaler til elektroniske journaler. Vi kan spare tid på å utsette den preoperative samtalen med pasienten, og kun lese journalen på pasienten og satse på å ta *”den visuelle scanninga”* og informasjonen når pasienten ankommer operasjonsavdelinga.

Det er vanskelig for pasienten å stille spørsmål i forhold til anestesen og operasjonen visst de ikke møter anestesipersonellet før de skal inn til operasjonsstua. Det tar også tid for anestesisykepleieren å gjøre den *”visuelle scanninga”* først når pasienten ankommer operasjon, og det er da også mindre tid til å gjøre tiltak i forhold til eventuelle funn. Informantene understreker viktigheten av det å tilse pasienten. Tidligere brukte den anestesisykepleieren som var avløser på operasjonsstua siste del av dagen sin til å tilse pasientene de skulle ha dagen etter på sengeposten. Der fikk pasienten anledning til å stille spørsmål, og anestesisykepleieren fikk mulighet til å kartlegge pasienten og ble oppmerksomme på eventuelle anatomiske utfordringer som kunne oppstå operasjonsdagen. Informanten sier at dette førte til at både han som anestesisykepleier og pasienten var roligere når pasienten ble hentet inn til operasjonsstua påfølgende dag.

”Vi var generelt bedre forberedt før når vi gikk previsittene selv. Som regel gikk du til de pasientene du skulle ha. Så du fikk dannet deg et bilde av han. Så du var selv også mye roligere når du møtte han på operasjonsstua, ikke det samme stresset.”

Et annet tiltak som finnes i forhold til å forberede pasienter til operasjon, er pasientskoler. Her blir også første plassen de møter anestesisykepleieren og får innsikt i hva deres funksjon innebærer. Her informerer anestesisykepleieren om deres funksjon i forhold til den spesifikke operasjonen pasienten skal gjennom. Pasienten får da også mulighet til å stille spørsmål i forhold til anestesen og eventuelt gi tilbakemeldinger om andre ting som eventuelt er uklare for dem. På disse pasientskolene er det lagt opp til et tverrfaglig samarbeid hvor både anestesisykepleier, anestesilege og operatør er til stede og gir informasjon om inngrepet. En av informantene sa at dette tiltaket var en flott arena å møte pasienten på, man hadde god tid på seg til å besvare spørsmål og man fikk gode tilbakemeldinger på at pasientene følte seg ivaretatt.

Valeberg (2011) skriver at fordelen med gruppeundervisning er at pasienten ikke føler seg alene om problemstillingen, og kan motta støtte fra andre i samme situasjon. Videre

understreker hun at hensikten med preoperativ visitt er å bidra til økt mestring, og redusere stress, innhente opplysninger om pasienten og vurdere prøver, undersøkelser og behov for forbehandling (Valeberg, 2011b, s.318). Valeberg trekker med andre ord frem at mye av hensikten med den preoperative visitten er for pasientens del, at de skal få anledning til å få svar på spørsmål de lurer på, som igjen kan redusere stress og øke deres mestringsfølelse. Hun skriver også at man under preoperativ visitt kan se på behov for forbehandling. Visst man utsetter tilsynet med pasienten til de ankommer operasjonsavdelinga, vil man redusere mulighetene for å gjøre noen tiltak i forhold til eventuelle behov for forbehandling. Man risikerer også å ta i mot en engstelig og stresset pasient som har erstattet den manglende informasjonen fra anestesipersonalet med å tilegne seg informasjon og forforståelse av hva de skal igjennom ved for eksempel å søke på internett. Thornquist (2009) setter søkelyset på at pasienten kan bli villedet og forvirret av at mye av informasjonen de får tilgang til på internett kan være overforenklet og misforstått. Dette kan igjen resultere i at pasienten har urealistiske forventninger, noe som igjen fører til skuffelse og kritikk av helsevesenet (Thornquist, 2009c, s.155-156).

5.1.5 Dagkirurgisk enhet- et lite lokalsykehus

Dagkirurgi kan være svært positivt for de pasientene det egner seg for. ”*Med dagkirurgi menes elektiv kirurgi som krever anestesitjeneste og en periode med overvåking etter prosedyren. Pasienten skrives inn og ut samme dag*” (Naalsund og Steen-Hansen, 2011, s.449). Det er et forløp hvor de kan sove hjemme i forkant, komme til dagkirurgisk post på morgenen, få en seng og vente til det blir deres tur. Pasientene blir møtt av den samme anestesisykepleieren som skal ha ansvaret for dem under operasjonen. De blir tatt med inn på operasjonsstua hvor de får anestesi, og når kirurgien er avsluttet, vekkes de og følges ut på dagkirurgisk enhet hvor de blir observert til de er klare for å reise hjem. Inngrepene som blir utført er små, men de kan ha store konsekvenser.

I følge informantene er tempoet på en enhet for dagkirurgi høyt, det er stor turnover på pasientene. Det forventes effektivitet, og det settes opp mange pasienter på operasjonsprogrammet. Ved spørsmål hvorvidt pasientene merket eller kommenterte dette svarte en av informantene at noen kunne kommentere på måten de gikk på at de hadde det travelt, men hun håpet allikevel at når de tok inn pasientene til operasjonsstua så merket de at det var akkurat dem de konsentrerte seg om å ivareta. I følge intervjustudien utført av Gilmartin og Wrigth (Gilmartin og Wright, 2008) erfarte de at pasientene følte seg forlatt,

sinte og nedfor i løpet av den preoperative perioden hvor de ventet på å komme inn til operasjon. Dette bør tale til dagkirurgiens fordel, da pasientene her ofte får være lengre hjemme i forkant av operasjonen før de trenger møte på avdelingen, så fremst de ikke er satt opp som første pasient. I studien *The Lived Perioperative Experience of Ambulatory Surgery Patients* (Costa, 2001), på dagkirurgiske pasienters opplevelser og meninger rundt dagkirurgi, har Costa kommet frem til at pasientene ofte er mer redde for anestesien enn kirurgien. Det er viktig at sykepleieren er oppmerksom på pasientens behov for å prate og tar til følge pasientens meninger og ønsker i forhold til operasjonen. Her bemerket alle informantene at det var viktig for dem å få tatt i mot og snakket med pasienten i forkant av operasjonen. På enhet for dagkirurgi beskriver en av informantene miljøet som en viktig faktor i forhold til det at det ofte er travelt, men man har allikevel alltid oversikt. Miljøet er lite og du kjenner ansiktene godt på de som skal ta i mot de pasientene du vet du skal gi anestesi til senere.

”De vet hva de skal huske på, og gir meg beskjeder hva de har gjort, og kanskje opplysninger de har snappet opp litt tilfeldig som de tenker at jeg kan ta med meg videre i anestesien. Nei, det gjør noe med at en er mer til stede for pasienten, og vet mer hvem man skal ta i mot nesten allerede før jeg har lest om dem og gjort i stand inne på stua.”

På den dagkirurgiske enheten det henvises til henter anestesisykepleier og operasjonssykepleier pasienten fysisk selv, en av informantene sier;

”Vi går sammen inn til operasjonsstua og får på en måte et slags samarbeidsforhold til pasienten før de ligger på bordet. Så det gjør mye med anestesiarbeidet”

Det at pasientene blir en del av teamet, kan gi både mestringsfølelse og trygghet for pasienten (Valeberg, 2011c).

5.1.6 Effektivitet, økonomifokus og kostnadseffektivitet

Elstad (2014) skriver at når den vestlige medisinen startet å utvikle seg, ble det utviklet et skille mellom ”objektive” og ”subjektive” symptomer. De objektive symptomene kunne måles og observeres, mens de subjektive symptomene var personlige og kun pasienten kunne formidle dem. De subjektive symptomene ble dermed ikke regnet som like pålitelige. Elstad skriver videre at når man i helseadministrativt språkbruk kaller pasienten for råvarer og pasienten som person blir borte, da objektiviseres pasienten (Elstad, 2014, s.28). Denne utviklingen, med fokus på pasienten som et objekt snarere enn i et personorientert perspektiv

strider i mot både studiet til Gilmartin og Wrigth (2008) hvor pasientene ønsket at sykepleierne var mer til stede og ivaretok dem, og studien til Costa (2001) hvor pasientene ønsket at sykepleierne var mer til stede både fysisk og psykisk. Elstad (2014) skriver at det i pleien er lett å ha fokus på diagnose, prosedyrer, oppgaver og effektivitet fremfor pasienten som person. At kompetansen i sykepleieobservasjoner blir nedvurdert i systemet, men det er fremdeles viktig for pasientene (Elstad, 2014, s.28).

En av mine informanter så på utviklinga i helsevesenet som at det var mer likt enn ulikt i forhold til tidligere ” *Det er mer slikt at det er personavhengig enn at det har endret seg så mye.* ” Han sier også at det er opp til hver enkelt hvordan vi driver dagen. Det ligger nok mye i det, hvordan man legger opp arbeidsdagen sin, og hvordan man gir av seg selv. Informantene understreker at det er viktig å ha fokus på pasienten som man har foran seg der og da, og de oppgavene som skal gjøres i forhold til den pasienten, men man har mulighet til å gjøre et grundigere forarbeid på de fleste. En annen av informantene mine sier at i forhold til endringer så tenker han det har vært mest endringer på lokalisasjoner, hvor man er. Det er blitt flere oppdrag for anestesisykepleieren utenfor operasjonsstua, som stiller krav til kompetanse og kapasitet.

En av informantene beskriver hverdagen som anestesisykepleier nå som at hun føler hun må være mer produktiv enn tidligere. Tidspresset har økt. ” *Jeg har kjent mer og mer på at jeg er som en brikke i et stort system. Som blir brukt der det passer sykehuset.* ” Elstad (2014) skriver, når tiden man har til rådighet til å praktisere sykepleieansvaret blir kortet inn, og standardene og rutinene har for liten fleksibilitet, begrenses ansvaret sykepleieren tar. Fra å være ansvar for menneskeliv, begrenser det seg til et formelt handlingsansvar for utførelse, registrering og dokumentasjon av pålagte oppgaver (Elstad, 2014, s.98).

Av andre endringer sier informanten at hun ikke har så veldig stor påvirkning på sin arbeidshverdag. Pasientene er blitt dårligere, det er mer kompliserte operasjoner som blir gjort, det blir stilt større krav til oss som fagarbeidere, som anestesisykepleiere.

” *Utfordringa er jo at det skal være større effektivitet på alt vi gjør. Det skal altså være lønnsomt og det er veldig mye økonomifokus. Stadig omorganisering det er, kjenner vi jo godt til, det at vi trøtter ut personalet. For min del kjenner jeg at det tar mye energi, og ja fokus bort fra selve jobben. Det blir så mye støy rundt det man skal gjøre egentlig.* ”

Så kan man stille spørsmålet. Er det til pasientens beste? Er pasienten fremdeles den som er i fokus?

” Pasienten blir bare en del av et stort system. Men på sett og vis så er det jo bra at pasientene ikke trenger ligge på sykehus. Når man tenker på hygieniske, eller postoperative infeksjoner, multiresistente bakterier og den delen der. Men vi kan ikke jobbe slik at pasienten må lide mer enn nødvendig fordi vi skal ha dem fort ut. Vi må gi smertestillende etter det de trenger.”

I følge sitatet kan det tyde på at pasienten er i fokus, men kanskje på en annen måte enn tidligere. Effektiviteten har satt sitt preg på hvordan man bygger opp arbeidsdagen som anestesisykepleier, og hvilken kompetanse som kreves av den enkelte. Det er mye fokus på økonomi, og lønnsomhet, men samtidig vil hurtigere pasientforløp øke operasjonskapasiteten.

5.1.7 Medisinsk teknisk utstyr

Norén (2011) skriver at teknologi både kan begrense og øke vår omsorgskompetanse. For å sikre at teknologien ikke begrenser omsorgen er det viktig å være komfortabel med apparatene. Mestrer vi teknologien vil det være med å bidra til at pasienten føler seg ivaretatt (Norén, 2011, s.63).

Det er ikke nok å vite hva man skal se etter, som vitale parametere, man må som sykepleier også kunne fange opp det uventede i situasjonen skriver Elstad (Elstad, 2014, s.27). Den ene informanten min sier om nytt medisinsk teknisk utstyr at hun føler seg litt gammeldags i sitt arbeid. Hun sier det kan ta fokuset litt bort fra det vi egentlig skal gjøre. Hun oppsummerer etter å ha reflektert en stund at til syvende og sist så er jo målet med hjelpemidlene at det skal komme pasienten til gode. Hun mener man kan stille spørsmål om hvorvidt det gjør nettopp det, og kommer selv frem til at det er bra i noen tilfeller, men ikke absolutt alltid. Alvsvåg (1993), tar også opp distraksjonene med tekniske apparater som må ha sin oppmerksomhet, og hvor viktig det er at vi som administrerer disse apparatene har teknisk kyndighet slik at vi formidler trygghet til pasientene. Den utryggheten vi som helsearbeidere har til teknologi vil smitte over på pasienten, og gjøre ham utrygg (Alvsvåg, 1993).

Norén (2011) skriver at det er en forutsetning for at teknologien skal fremme pasientsikkerheten at den brukes som et hjelpemiddel kombinert med et godt klinisk blikk. Ved hjelp av erfaringer vil vi kunne kombinere det teknologien viser og med de kliniske

forandringene hos pasienten, og raskere kunne vurdere pasientens tilstand (Norén, 2011, s.64-65). En av informantene mine sier hun er glad hun har det kliniske blikket, og hun bruker det medisinske tekniske utstyret som et supplement ettersom hun ikke stoler helt på det. Hun sier hun bare støtter seg til apparaturen og parameterne, men at det er magen og blikket som bestemmer mest i forhold til hva hun bestemmer seg å gjøre. Derfor ble hun også ganske lei seg når hun hadde en pasient, hvor hun merket at noe ikke helt stemte. Hun kontaktet anestesilegen som sa at alt så bra ut. Informanten ville ikke gi seg på at hun følte på seg at noe var galt. Da svarte anestesilegen at ” Du skal ikke føle, du skal se på scoopet og parameterne.” Elstad (2014) henviser videre til Nightingale når hun skriver at observasjon er den viktigste praktiske kunnskapen en kan gi en sykepleier. Det er selve bærebjelken i sykepleie. Hun understreker at det viktigste sykepleieren gjør er å fange opp relevante forandringer når de er under utvikling (Elstad, 2014, s.24). Elstad (2014) skriver at det ikke er nok å kunne se på parameterne, som sykepleier må man også kunne fange opp det uventede i situasjonen (Elstad, 2014, s.27). Både det Norén (2011) og Elstad (2014) skriver taler i mot anestesilegens slutninger om at man ikke skal ta med seg magesfølelsen inn i vurderingene, men kun støtte seg til teknologien.

5.2 Anestesisykepleierens kompetanse

En av anestesisykepleierens viktigste oppgaver ved mottak av pasient til anestesi er å bidra til økt mestring, opplevelse av kontroll og trygghet skriver Valeberg (2011). Det krever god planlegging, respektfull og inkluderende holdning og god praktisk gjennomføring (Valeberg, 2011a, s.328-329). Men hvor tar vi som anestesipersonell i mot og møter pasienten første gang? Min forforståelse var at dette mottaket finner sted like før pasienten trilles inn på operasjonsstua. Dette fikk informantene meg til å innse at ikke alltid var tilfelle. Anestesisykepleierens møte med pasienter som skal til operasjon, kan skje allerede ved diverse forberedende tiltak som for eksempel preoperativ anestesiklinikk, previsitt og pasientskoler hvor pasienter som skal til samme type operasjon får informasjon i forhold til deres inngrep.

5.2.1 Ivaretagelse av operasjonspasienten

Anestesisykepleieren har i kraft av lovverk, yrkesetiske retningslinjer og funksjonsbeskrivelse en profesjonell forpliktelse til å ivareta pasientens informasjons- og trygghetsbehov (Valeberg, 2011b, s.318).

Å ivareta operasjonspasienten i mottaket før han skal inn til operasjon kan vise seg både gjennom hvordan man snakker til pasienten, men også omgivelser og miljø kan ha innvirkning. På enhet for dagkirurgi er det helsepersonell til stede kontinuerlig for å serve pasienten. Når pasienten blir trillet til operasjonsavdelinga for større operasjoner så kan pasienten bli liggende og vente for å bli tatt i mot og videre sluset inn til operasjonsstua. De har mulighet til å ringe på og få hjelp om det skulle være noe, men det kan nok hende de oppfatter det som at de er ”forlatt” slik studien til Gilmartin og Wright (2008) viser. Mens de venter risikerer man at det bygger seg opp sinne og redsel hos pasienten. Studien viste videre at det som bekymret pasientene mens de ventet var blant annet anestesen (Gilmartin og Wright, 2008). Det er derfor viktig at anestesisykepleieren tar seg tid til å gå ut og møte pasienten når de ankommer operasjonsavdelinga. En av informantene så på det som viktige tiltak å ha et ordentlig område for pasientene og vente på, og at de som tok i mot beskjed om at pasienten var kommet fikk formidlet den videre til personalet som skulle ta i mot dem. På denne måten kunne man gå ut og møte pasienten, og informere litt i påvente av at operasjonsstua skulle bli vasket og klar.

5.2.2 Noen triks

Pasienter som skal til operasjon er ofte preget av stundens alvor. For å lette litt på stemninga brukte informantene avledning når de tok i mot pasienten. Flere nevnte *humor* som viktig for å ta brodden av alvoret i situasjonen. En av informantene uttalte: ”*Være litt løs i tøyet. Prate litt tøv, få bort den verste redselen. Avlede med ett eller annet. Det bruker jeg bevisst.*”. Det å kunne ta brodden av alvoret, og fleipe litt mens man kobler opp monitoreringsutstyr og tar de første målingene, kan være med å skape en god relasjon og sinnsstemning mellom pasient og anestesisykepleier. I følge Buxman (2008) kan humor som blir brukt på rett måte og til rett tid, øke pasientens tillit til anestesisykepleieren. Humor styrker pasientens sosiale og kognitive velbefinnende. Hun tilføyer at man skal være bevisst på at humor ikke alltid kan være en fordel, det en person finner morsomt synes kanskje en annen er støtende (Buxman, 2008).

Det å *prate* *kjenning* var en annen avledningsteknikk en av informantene mine nevnte. Det å spørre pasienten hvor de kommer fra, og knytte kontakt med dem på denne måten. Kanskje har man vært på samme stedet, og kan relatere en historie til det. Finne fellesnevnerne som gjør at man lettere oppnår et kontaktforhold med pasienten.

Litteraturen støtter opp om at når anestesisykepleieren fleiper litt med pasientene føler pasienten seg bedre og det styrker muligheten deres for å håndtere situasjonen. Humor er også en utmerket måte å styrke pasienten både fysisk og psykisk skriver Buxman (2008). Om pasienten ler og er i godt humør så minskes risikoen for uro og stress, det gir økt selvtillit og mestringsfølelse. I forhold til det fysiologiske så gir humor en større smerteterskel, det gir en forbedret respirasjon og pust og det gir mindre muskelspenninger. Pasienten slapper bedre av (Buxman, 2008).

5.3 Anestesisykepleierens samarbeid

I rapporten "Bak lukkede dører" skriver de at anestesisykepleierne iverksetter ulike tiltak for at pasienten skal føle seg velkommen, trygg og ivaretatt i situasjonen. De prøver ofte i korte øyeblikk, før pasienten skal sove, å skape kontaktforhold mellom seg og pasienten (Spjelkevik et al., 2004, s.101).

5.3.1 Teamarbeid og miljø

Det å skape seg rom i arbeidsdagen ved å samarbeide med operasjonssykepleierne i mottak av pasienten var noe en av informantene la vekt på. Han sier det å ta i mot pasienten sammen tar med seg fordelen at de får anledning til å stille pasienten spørsmålene de trenger svar på og høre de samme svarene, slik at pasienten slipper å bli utsatt for unødig mange runder med samme kontroller. Samtidig unngår man da at pasienten tror vi ikke har hørt etter og får mistillit til oss på grunn av det. Både anestesisykepleier og operasjonssykepleier sikres også god informasjon og har de samme opplysningene om pasienten.

Samarbeidet mellom anestesisykepleier og anestesilege er også et viktig fokus informantene tar opp. Det at anestesilegen har klarert pasienten for operasjon i forkant av operasjonen er en forutsetning for at pasienten skal bli operert. Det er også en fordel at anestesisykepleieren og anestesilegen er samstemt i forhold til hvem som skal utføre hvilke oppgaver i forhold til innledning av anestesi til pasienten, og også har en felles plan for det peroperative anestesisforløpet og postoperativ smertelindring. Er ikke anestesisykepleier og anestesilege enige og av samme oppfatning kan det føre til stress hos operasjonspersonalet i forbindelse med mottaket av operasjonspasienten og det igjen kan smitte over på pasienten.

5.3.2 Trygghet og tillit

En pasient har selv uttalt ”..at måten vi var på var trygghetsskapende, han skjønnte at vi kunne det vi skulle kunne. ” Anestesisykepleieren skal kunne skape tillit og trygghet hos pasient og pårørende (ALNSF, 2014b). ”Det er både det du sier, det du gjør og måten du gjør det på som er viktig.” sier min informant.

Kvåle (2006) konkluderer i sin studie at det pasientene ser på som det grunnleggende i omsorgen er at sykepleierne stopper opp og viser interesse for dem som medmennesker og enkeltindivider. Det at de tok seg tid til å sitte ned og snakke med pasientene. Dette øyeblikket med oppmerksomhet fra sykepleierne og at de viser litt ekstra omtanke i en travel hverdag, gir pasienten en opplevelse av at de ”bryr seg”. Følelsen av at sykepleierne brydde seg ut over det som var helt nødvendig, gav pasientene en opplevelse av tillit og trygghet, og derved omsorg (Kvåle, 2006).

”De aller fleste i en slik situasjon når en skal møte folk som skal skape kontroll og passe på deg, tillater at en er nær. Og jeg viser dem at jeg ikke er redd for å være i lag med deg, så jeg er litt sån ta på.. Og så er jeg veldig slik å se dem i øynene. Jeg viser at jeg er dama deres!”

Ettersom omsorg handler om hva som betyr noe for en person, handler det også om hva som er stressende for dem- og hva som skal til for å mestre stresset. Omsorg skaper muligheter. Omsorg er grunnleggende fordi det gir muligheten til å gi og få hjelp. Benner og Wrubel (1989) skriver at omsorgsforhold bygger på tillit, og dette fører med seg at den som blir vist omsorg aksepterer hjelpen han får tilbudt, og føler seg ivaretatt (Benner og Wrubel, 1989, s.1-4). Omsorg fremmer tillit til at andre vil hjelpe hvis det skulle bli behov. Tillit fremmer trygghet, uten å skape avhengighet (Karoliussen, 2002, s.190-191).

Anestesisykepleieren på operasjonssalen er ansvarlig for pasienter som er på sitt mest sårbare. En pasient som er sovet ned kan ikke beskytte seg selv mot overgrep og krenkelsers, men må ha tillit til anestesisykepleierens ivaretagelse. Det er anestesisykepleierens ansvar å bevare pasientens autonomi både før, under og etter at pasienten er sovet ned/har fått anestesi. Pasienten har på den andre siden ikke noe annet valg enn å stole på den anestesisykepleieren de har fått tildelt og derfor er det viktig at de tidlig får et gjensidig tillitsforhold til hverandre (Dinç og Gastmans, 2013). En av informantene mine uttalte følgende:

”Jeg skal jo ha kontroll på dem. Passe på.. Voksne har jo passet på seg selv og sin helse eller ikke helse hele livet, og så akkurat på dette tidspunktet så skal de gi fra seg kontrollen til ei dame de aldri har sett før, bare for noen minutter siden, og så skal man stole på at den kjerringa skal passe på meg og se til meg og holde liv i meg. Gudameg, tenk å få en slik oppgave da, da må man vise at det er det virkelig verdt tenker jeg. Det må man virkelig jobbe for, å få tillit, man kan ikke gå inn med noen slapp holdning der!”

6.0 Oppsummering

Anestesisykepleierne som deltok i prosjektet mitt beskrev hvordan de vurderte hver enkelt pasient, og tilpasset kommunikasjon og informasjon i forhold til den enkelte og deres behov. Det handlet ikke så mye om hvor pasienten ble tatt i mot eller hvor lang tid man brukte på å snakke med dem i forkant av operasjonen, som at man presenterte kvalitet med å kommunisere god kunnskap og trygghet.

Anestesisykepleierne har flere arenaer å møte pasientene på. De kan gå previsitt i forkant av operasjonen, gi informasjon på blant annet pasientskoler eller de møter pasienten i få minutter før pasienten skal få anestesi. Hver enkelt situasjon krever at anestesisykepleieren kan tilpasse seg og informasjonen de gir til den enkelte pasienten.

På bakgrunn av dette prosjektet og min erfaring som anestesisykepleier ligger det i min forståelse at omsorg og ivaretagelse av operasjonspasienten bunner i et godt mottak, god informasjon og god kommunikasjon tilpasset hver enkelt pasient. Arenaen for et godt mottak av operasjonspasienten skjer ikke bare i de få minuttene fra pasienten ankommer operasjonsavdelinga til de får anestesi. Mottaket av pasienten starter allerede ved innkallingen til operasjon, og mulighetene til å forberede pasienten så tidlig som mulig med pre-operasjonsskoler eller preanestesimottak vil kunne gagne pasienten og pasientforløpet.

God ivaretagelse og omsorg for hver enkelt pasient som skal til operasjon er viktig for hele pasientforløpet både pre-, per- og postoperativt. Det kan være med å øke effektiviteten da pasienten er bedre forberedt for en operasjon og det kan korte ned liggedøgn, og sørge for at pasienten kommer seg tidligere tilbake til sin egen hverdag.

Referanseliste

- ALNSF. 2014a. *Funksjonsbeskrivelse for anestesisykepleiere* [Online]. Oslo: Anestesisykepleiernes landsgruppe av NSF. Tilgjengelig fra: <https://www.alnsf.no/alnsf/funksjonsbeskrivelsen.html> [Lest 04.04.].
- ALNSF. 2014b. *Funksjonsbeskrivelse for anestesisykepleiere* [Online]. www.alnsf.no. Tilgjengelig fra: <https://www.alnsf.no/alnsf/funksjonsbeskrivelsen.html> [Lest 08.04.].
- Alvsvåg, H. 1993. Det gode blikket og de gode hendene. I: Martinsen, K., Alvsvåg, H. & Torsteinson, I. O. (red.) *Den omtentksomme sykepleier : artikkelsamling i forbindelse med at Diakonissehjemmets sykepleierhøgskole Haraldsplass er 75 år i mai 1993*. Oslo: Tano, s. s.111-129.
- Alvsvåg, H. 2002. Hvor beveger sykepleien seg -mot viten eller klokskap? I: Kirkevold, M., Nortvedt, F. & Alvsvåg, H. (red.) *Klokskap og kyndighet : Kari Martinsens innflytelse på norsk og dansk sykepleie*. Oslo: Ad notam Gyldendal : Pensumtjeneste, s. s.19-32.
- Alvsvåg, H. 2011. Hvordan blir sykepleiens framtid? *Klinisk sygepleje*, 25(2), s. 4-16.
- Alvsvåg, H., Førland, O. & Abrahamsen, B. 2007. *Engasjement og læring : fagkritiske perspektiver på sykepleie*. Oslo: Akribe.
- Benner, P. & Wrubel, J. 1989. *The primacy of caring : stress and coping in health and illness*. Menlo Park, Calif: Addison-Wesley.
- Bruun, A. M. G. 2011. Anestesisykepleierens kompetanse. I: Hovind, I. L. (red.) *Anestesiyekepleie*. Oslo: Akribe, 2011, s. 19-39.
- Buxman, K. 2008. Humor in the OR: A Stitch in Time? *AORN journal*, 88(1), s. 67-77.
- Costa, M. J. 2001. The Lived Perioperative Experience of Ambulatory Surgery Patients. *AORN Journal*, 74(6), s. 874-881. doi: 10.1016/S0001-2092(06)61505-6.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. 2016. *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. [Online]. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/> [Lest 24.04].
- Dinç, L. & Gastmans, C. 2013. Trust in nurse–patient relationships: A literature review. *Nursing ethics*, 20(5), s. 501-516.
- Ellingsen, S. & Drageset, S. 2010. Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien Forskning*, 5(4), s. 332-335. doi: 10.4220/sykepleienf.2011.0027.
- Elstad, I. 2014. *Sjuepleietenking*. Serie: Grunnlagstenkning i sykepleie. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Gilmartin, J. & Wright, K. 2008. Day surgery: patients' felt abandoned during the preoperative wait. *Journal of Clinical Nursing*, 17(18), s. 2418-2425. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02374.x.
- Helse- og omsorgsdepartementet 1999. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Oslo: Cappelen akademisk forl. ; Lovdata.
- John, M. 2009. Managing anxiety in the elective surgical patient. *British Journal of Nursing*, 18(7), s. 416-419. doi: 10.12968/bjon.2009.18.7.41655.
- Karoliussen, M. 2002. *Sykepleie - tradisjon og forandring : en humanøkologisk tilnærming*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. 2009. *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utg. utg. Serie: InterView[s] learning the craft of qualitative research interviewing. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. 2015. *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg., 2. oppl. utg. Serie: Interview[s] learning the craft of qualitative research interviewing. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvåle, K. 2006. Den omsorgsfulle sykepleier—slik pasienter ser det. *Nordic Journal of Nursing Research*, 26(1), s. 15-19.
- Malterud, K. 2011. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring*. 3. utg. utg. Oslo: Universitetsforl.

- Malterud, K. 2012. Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), s. 795-805. doi: 10.1177/1403494812465030.
- Mitchell, M. 2010. General anaesthesia and day-case patient anxiety.(Report). *Journal of Advanced Nursing*, 66(5), s. 1059-1071.
- Nordtvedt, P. 2011. Etske utfordringer. I: Maizels, D. & Hovind, I. L. (red.) *Anestesisykepleie*. 2. utg. utg. Oslo: Akribe, s. s.51-61.
- Norén, C. B. 2011. Teknologi og omsorg. I: Maizels, D. & Hovind, I. L. (red.) *Anestesisykepleie*. 2. utg. utg. Oslo: Akribe, s. s.62-69.
- Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. 2012. *Må prosjektet meldes?* [Online]. <http://www.nsd.uib.no/personvernombud/>. Tilgjengelig fra: <http://www.nsd.uib.no/personvernombud/> [Lest 24.04].
- Norsk sykepleierforbund. 2011. *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere : ICNs etiske regler*. [Rev. utg.]. utg. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Naalsund, U. & Steen-Hansen, E. 2011. Dagkirurgiske pasienter. I: Maizels, D. & Hovind, I. L. (red.) *Anestesisykepleie*. 2. utg. utg. Oslo: Akribe, s. s. 449-462.
- Pritchard, M. J. 2009. Identifying and assessing anxiety in pre-operative patients.(art & science: psychological care)(Report). *Nursing Standard*, 23(51), s. 35.
- Radford, M. & Palmer, R. 2013. Preoperative Care. I: Woodhead, K. & Fudge, L. (red.) *Manual of Perioperative Care: An Essential Guide*. West Sussex, UK: John Wiley & Sons, Ltd., s. 83-100.
- Rosén, S., Svensson, M. & Nilsson, U. 2008. Calm or Not Calm: The Question of Anxiety in the Perianesthesia Patient. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 23(4), s. 237-246. doi: 10.1016/j.jopan.2008.05.002.
- Spjelkevik, M.-L., Sykehuset, T., Norsk, s. & Høgskolen i, T. 2004. *Bak lukkede dører : 2 : Anestesisykepleieres observasjoner, vurderinger og handlinger i møte med operasjonspasienten - og hvordan dette blir dokumentert i pasientjournalen : prosjektrapport - sommeren 2004*. Skien: Sykehuset Telemark HF.
- Sundqvist, A. S. & Carlsson, A. A. 2014. Holding the patient's life in my hands: Swedish registered nurse anaesthetists' perspective of advocacy. *Scandinavian journal of caring sciences*, 28(2), s. 281-288.
- Thornquist, E. 2009a. Møte mellom to og tre parter. I: Thornquist, E. (red.) *Kommunikasjon : teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. 2. utg. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. s.129-146.
- Thornquist, E. 2009b. Samtaler i kliniske sammenhenger. I: Thornquist, E. (red.) *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i hestetjenesten*. 2. utg. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. s.99-127.
- Thornquist, E. 2009c. Utviklingstrekk og utfordringer. I: Thornquist, E. (red.) *Kommunikasjon : teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. 2. utg. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. s. 149-175.
- Tjora, A. H. 2012. *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 2. utg. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Valeberg, B. T. 2011a. Mottak av pasient. I: Maizels, D. & Hovind, I. L. (red.) *Anestesisykepleie*. 2. utg. utg. Oslo: Akribe, s. s.328-333.
- Valeberg, B. T. 2011b. Preoperativ informasjon og vurdering. I: Maizels, D. & Hovind, I. L. (red.) *Anestesisykepleie*. 2. utg. utg. Oslo: Akribe, s. s.317-326.
- Valeberg, B. T. 2011c. Stress og mestring. I: Maizels, D. & Hovind, I. L. (red.) *Anestesisykepleie*. 2. utg. utg. Oslo: Akribe, s. s.311-316.
- Wetsch, W. A., Pircher, I., Lederer, W., Kinzl, J. F., Traweger, C., Heinz-Erian, P. & Benzer, A. 2009. Preoperative stress and anxiety in day-care patients and inpatients undergoing fast-track surgery. *British Journal of Anaesthesia*, 103(2), s. s.199-205. doi: 10.1093/bja/aeq362.
- World Medical Association. 2014. *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for*

Medical Research Involving Human Subjects. [Online]. Tilgjengelig fra:
<https://www.etikkom.no/en/ethical-guidelines-for-research/medical-and-health-research/declaration-of-helsinki/> [Lest 24.04.].

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

"Anestesisykepleie- i det korte møtet"

Bakgrunn og formål

Dette er et studie i forbindelse med min mastergrad i sykepleie ved UiT Norges Arktiske Universitet.

Studiet har fokus på anestesisykepleieres erfaringer med mottak av operasjonspasienten, og i hvilken grad de føler utviklingen i helsevesenet har påvirket deres arbeidssituasjon med tanke på mottaket.

Problemstilling:

Hvordan vurderer anestesisykepleiere muligheten for å ivareta operasjonspasienten i det korte møtet?

- med tanke på utvikling vedrørende organisering og styring

Hva gjør anestesisykepleiere for å ivareta operasjonspasienten og hvordan begrunner de det de gjør?

- med hovedfokus på mottakelsen av pasient som skal til operasjon

Målet vil være å dokumentere erfaring fra anestesisykepleiere. Hvordan de vurderer muligheten for å ivareta omsorg i det korte møtet med operasjonspasienten før de skal få anestesi, og få dem til å komme med fortellinger fra praksis om hvordan de yter denne omsorgen. Jeg vil forsøke å se dette i forhold til utviklingen i helsevesenet de siste 10-15 årene. Dette vil være et lite studie, men det kan bidra til å sette fokus og frembringe mer kunnskap om hvor viktig det er, og hvordan man kan ivareta omsorgen i de korte møtene med pasienter. Med utviklingen av helsevesenet frem til i dag, og kravene til økt effektivitet, bør dette være kunnskap som er aktuell for flere fagfelt enn anestesisykepleie.

Du som blir forespurt om å delta i denne studien fordi du er anestesisykepleier som arbeider enten med dagkirurgiske pasienter eller med pasienter som skal til mer omfattende operasjoner. Du har over 6 års erfaring i yrket som anestesisykepleier. Til studiet vil det i utgangspunktet plukkes ut fire

deltagere av de som ønsker å delta. For å delta i studien må du skrive under på samtykkeskjemaet som er vedlagt, og legge det i den frankerte konvolutt som er ferdig frankert og adressert til meg, eventuelt ta kontakt direkte med meg på mail. På denne måten risikerer du ikke at andre vet at du er studiedeltager.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Studiet er et kvalitativt studie. Jeg vil bruke semistrukturert intervju som metode. Det innebærer at intervjuet fokuserer på forskningstemaet gjennom åpne spørsmål. Jeg ønsker å intervju anestesisykepleiere om deres erfaringer i forhold til mottak av pasient til operasjon, om de føler de får ivaretatt pasientens behov tilstrekkelig i dette møtet og om de har erfart endringer i forhold til dette i forbindelse med endringer i helsevesenet. Det vil bli satt av cirka en time til hvert intervju, og intervjuet vil bli tatt opp med lydopptaker.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun jeg som vil ha tilgang til personopplysningene. Personopplysningene vil bli anonymisert og lagret på en egen minnepenn som vil bli låst inne. Intervjuene blir transkribert så snart som mulig etter at vi har avsluttet intervjuet. Jeg vil gjøre det jeg kan for å bevare din anonymitet, og om du ønsker det skal du få lese intervjuet når det er ferdig transkribert.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15.06. 2017. Da vil datamateriale som lydopptak bli slettet og de transkriberte intervjuene makulert, og kun sluttproduktet vil være igjen som utgitt masteroppgave.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Da vil all informasjon du har bidratt med til studien slettes.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med meg:
Ingrid Emberland TLF: 97121982, mail: ingrid.emberland@gmail.com.

Universitetet har oppnevnt veileder for prosjektet:
Sissel Lisa Storli, førsteamanuensis og PhD ved UiT Norges Arktiske Universitet.
TLF: 90698879, mail: sissel.l.storli@uit.no.

Studien er meldt og godkjent av Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS og har prosjektnummer 49848.

Med vennlig hilsen

Ingrid Emberland

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2

Intervjuguide

Åpningsspørsmål

Hvor lang erfaring har du i å jobbe som anesthesisykepleier?

Hvor lenge har du arbeidet som anesthesisykepleier på sykehus?

Hadde du lang erfaring som sykepleier før du spesialiserte deg i anesthesisykepleie?

Kan du fortelle om hvordan det var å arbeide som anesthesisykepleier når du startet å jobbe?

Hva ser du som de største endringene i dine arbeidsforhold slik som helsevesenet har utviklet seg?

Ser du nye muligheter i ditt virke slik det utvikler seg? Begrensninger?

Mottak av pasient

Hvordan vurderer du dine muligheter som anesthesisykepleier for å ivareta pasienten i mottaket til operasjon?

Hva gjør du for å ivareta omsorgen for pasienten i mottaket?

Kan du begrunne hvorfor du gjør det på denne måten?

Kan du fortelle

litt fra dine erfaringer i hvordan du ivaretar pasienten før han får anestesi?

Har du erfaringer du vil dele i forhold til når du har lyktes med et godt mottak? Eventuelt når du har mislyktes?

Merker du noen utfordringer i forhold til utviklingen helsevesenet har tatt, med tanke på omorganisering, medisinske fremskritt og økt fokus på dagkirurgi?

Til slutt

Med tanke på dine erfaringer og det vi har snakket om, er det noe du ønsker å tilføye?



MELDESKJEMA

Meldeskjema (versjon 1.4) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

1. Intro		
Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger?	Ja • Nei ○	En person vil være direkte identifiserbar via navn, personnummer, eller andre personentydige kjennetegn. Les mer om hva personopplysninger .
Hvis ja, hvilke?	<input checked="" type="checkbox"/> Navn <input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <input type="checkbox"/> Adresse <input type="checkbox"/> E-post <input type="checkbox"/> Telefonnummer <input type="checkbox"/> Annet	NB! Selv om opplysningene skal anonymiseres i oppgave/rapport, må det krysses av dersom det skal innhentes/registreres personidentifiserende opplysninger i forbindelse med prosjektet.
Annet, spesifiser hvilke		
Skal direkte personidentifiserende opplysninger kobles til datamaterialet (koblingsnøkkel)?	Ja • Nei ○	Merk at meldeplikten utløses selv om du ikke får tilgang til koblingsnøkkel, slik fremgangsmåten ofte er når man benytter en databehandler
Samles det inn bakgrunnsopplysninger som kan identifisere enkeltpersoner (indirekte personidentifiserende opplysninger)?	Ja ○ Nei •	En person vil være indirekte identifiserbar dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc.
Hvis ja, hvilke		NB! For at stemme skal regnes som personidentifiserende, må denne bli registrert i kombinasjon med andre opplysninger, slik at personer kan gjenkjennes.
Skal det registreres personopplysninger (direkte/indirekte/via IP-/epost adresse, etc) ved hjelp av nettbaserte spørreskjema?	Ja ○ Nei •	Les mer om nettbaserte spørreskjema .
Blir det registrert personopplysninger på digitale bilde- eller videoopptak?	Ja ○ Nei •	Bilde/videoopptak av ansikter vil regnes som personidentifiserende.
Søkes det vurdering fra REK om hvorvidt prosjektet er omfattet av helseforskningsloven?	Ja ○ Nei •	NB! Dersom REK (Regional Komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) har vurdert prosjektet som helseforskning, er det ikke nødvendig å sende inn meldeskjema til personvernombudet (NB! Gjelder ikke prosjekter som skal benytte data fra pseudonyme helseregistre). Dersom tilbakemelding fra REK ikke foreligger, anbefaler vi at du avventer videre utfylling til svar fra REK foreligger.
2. Prosjektittel		
Prosjektittel	Anestesisykepleie- i det korte møtet	Oppgi prosjektets tittel. NB! Dette kan ikke være «Masteroppgave» eller liknende, navnet må beskrive prosjektets innhold.
3. Behandlingsansvarlig institusjon		
Institusjon	UiT Norges arktiske universitet	Velg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom institusjonen ikke finnes på listen, har den ikke avtale med NSD som personvernombud. Vennligst ta kontakt med institusjonen.
Avdeling/Fakultet	Det helsevitenskapelige fakultet	
Institutt	Institutt for helse- og omsorgsfag	
4. Daglig ansvarlig (forsker, veileder, stipendiat)		

Fornavn	Sissel Lisa	<p>Før opp navnet på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder er vanligvis daglig ansvarlig ved studentprosjekt.</p> <p>Veileder og student må være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har ekstern veileder, kanveileder eller fagansvarlig ved studiestedet stå som daglig ansvarlig.</p> <p>Arbeidssted må være tilknyttet behandlingsansvarlig institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc.</p> <p>NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.</p>
Etternavn	Storli	
Stilling	PhD/førsteamanuensis	
Telefon		
Mobil	90698879	
E-post	sissel.l.storli@uit.no	
Alternativ e-post	sissel.l.storli@uit.no	
Arbeidssted	UiT Norges Arktiske Universitet	
Adresse (arb.)	Hansine Hansens veg 14	
Postnr./sted (arb.sted)	9019 Tromsø	
5. Student (master, bachelor)		
Studentprosjekt	Ja • Nei ○	Dersom det er flere studenter som samarbeider om et prosjekt, skal det velges en kontaktperson som føres opp her. Øvrige studenter kan føres opp under pkt 10.
Fornavn	Ingrid	
Etternavn	Emberland	
Telefon		
Mobil	97121982	
E-post	ingrid.emberland@gmail.com	
Alternativ e-post	ingrid.emberland@uit.no	
Privatadresse	Nordavinden 49	
Postnr./sted (privatadr.)	9015 Tromsø	
Type oppgave	<ul style="list-style-type: none"> • Masteroppgave ○ Bacheloroppgave ○ Semesteroppgave ○ Annet 	
6. Formålet med prosjektet		
Formål	<p>Studiet har fokus på anestesisykepleieres erfaringer med mottak av operasjonspasienten, og i hvilken grad de føler utviklingen i helsevesenet har påvirket deres arbeidssituasjon med tanke på mottaket. "Hvordan vurderer anestesisykepleiere muligheten for å ivareta operasjonspasienten i det korte møtet? -med tanke på utvikling vedrørende organisering og styring</p> <p>Hva gjør anestesisykepleiere for å ivareta operasjonspasienten og hvordan begrunner de det de gjør? -med hovedfokus på mottakelsen av pasient som skal til operasjon"</p> <p>Målet vil være å dokumentere erfaring fra anestesisykepleiere. Hvordan de vurderer muligheten for å ivareta omsorg i det korte møtet med operasjonspasienten før de skal få anestesi.</p>	Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningsspørsmål e.l.
7. Hvilke personer skal det innhentes personopplysninger om (utvalg)?		
Kryss av for utvalg	<input type="checkbox"/> Barnehagebarn <input type="checkbox"/> Skoleelever <input type="checkbox"/> Pasienter <input type="checkbox"/> Brukere/klienter/kunder <input type="checkbox"/> Ansatte <input type="checkbox"/> Barnevernsbarn <input type="checkbox"/> Lærere <input checked="" type="checkbox"/> Helsepersonell <input type="checkbox"/> Asylsøkere <input type="checkbox"/> Andre	
Beskriv utvalg/deltakere	Anestesisykepleiere med >6 års erfaring	Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det innhentes opplysninger om.

Rekruttering/trekking	Rekrutteres ved at deres overordnede formidler informasjonen videre til de anestesisykepleiere som innfrir inklusjonskriteriene.	Beskriv hvordan utvalget trekkes eller rekrutteres og oppgi hvem som foretar den. Et utvalg kan trekkes fra registre som f.eks. Folkeregisteret, SSB-registre, pasientregistre, eller det kan rekrutteres gjennom f.eks. en bedrift, skole, idrettsmiljø eller eget nettverk.
Førstegangskontakt	Vedlagt informasjon om studien ligger også en ferdig frankert konvolutt med min adresse på som de kan benytte til å sende meg samtykke erklæring om de ønsker å delta i studien.	Beskriv hvordan kontakt med utvalget blir opprettet og av hvem. Les mer om dette på temasidene .
Alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)	Les om forskning som involverer barn på våre nettsider.
Omtrentlig antall personer som inngår i utvalget	4-6	
Samles det inn sensitive personopplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Les mer om sensitive opplysninger .
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input type="checkbox"/> Helseforhold <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger	
Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Les mer om pasienter, brukere og personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse .
Samles det inn personopplysninger om personer som selv ikke deltar (tredjepersoner)?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan spores tilbake til personer som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, familiemedlem.
8. Metode for innsamling av personopplysninger		
Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som vil benyttes	<input type="checkbox"/> Papirbasert spørreskjema <input type="checkbox"/> Elektronisk spørreskjema <input checked="" type="checkbox"/> Personlig intervju <input type="checkbox"/> Gruppeintervju <input type="checkbox"/> Observasjon <input type="checkbox"/> Deltakende observasjon <input type="checkbox"/> Blogg/sosiale medier/internett <input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester <input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester <input type="checkbox"/> Journaldata	Personopplysninger kan innhentes direkte fra den registrerte f.eks. gjennom spørreskjema, intervju, tester, og/eller ulike journaler (f.eks. elevmapper, NAV, PPT, sykehus) og/eller registre (f.eks. Statistisk sentralbyrå, sentrale helseregistre). NB! Dersom personopplysninger innhentes fra forskjellige personer (utvalg) og med forskjellige metoder, må dette spesifiseres i kommentar-boksen. Husk også å legge ved relevante vedlegg til alle utvalgs-gruppene og metodene som skal benyttes. Les mer om registerstudier her . Dersom du skal anvende registerdata, må variabeliste lastes opp under pkt. 15
	<input type="checkbox"/> Registerdata	
	<input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode	
Tilleggsopplysninger	Vil bruke båndopptager.	
9. Informasjon og samtykke		
Oppgi hvordan utvalget/deltakerne informeres	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	Dersom utvalget ikke skal informeres om behandlingen av personopplysninger må det begrunnes. Les mer her . Vennligst send inn mal for skriftlig eller muntlig informasjon til deltakerne sammen med meldeskjema. Last ned en veiledende mal her . NB! Vedlegg lastes opp til sist i meldeskjemaet, se punkt 15 Vedlegg.
Samtykker utvalget til deltakelse?	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/> Flere utvalg, ikke samtykke fra alle	For at et samtykke til deltakelse i forskning skal være gyldig, må det være frivillig, uttrykkelig og informert . Samtykke kan gis skriftlig, muntlig eller gjennom en aktiv handling. For eksempel vil et besvart spørreskjema være å regne som et aktivt samtykke. Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må det begrunnes.
10. Informasjonssikkerhet		

Hvordan oppbevares navnelisten/ koblingsnøkkel og hvem har tilgang til den?	På egen minnepenn som låses inn og også dekkes av passord, kun jeg som søker har tilgang til den.	
Oppbevares direkte personidentifiserbare opplysninger på andre måter?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Spesifiser	På egen minnepenn, innelåst hvor kun jeg har nøkkel.	NB! Som hovedregel bør ikke direkte personidentifiserende opplysninger registreres sammen med det øvrige datamaterialet.
Hvordan registreres og oppbevares personopplysningene?	<input type="checkbox"/> På server i virksomhetens nettverk <input type="checkbox"/> Fysisk isolert PC tilhørende virksomheten (dvs. ingen tilknytning til andre datamaskiner eller nettverk, interne eller eksterne) <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Privat datamaskin <input type="checkbox"/> Videoopptak/fotografi <input checked="" type="checkbox"/> Lydopptak <input type="checkbox"/> Notater/papir <input checked="" type="checkbox"/> Mobile lagringsenheter (bærbar datamaskin, minnepenn, minnekort, cd, ekstern harddisk, mobiltelefon) <input type="checkbox"/> Annen registreringsmetode	Merk av for hvilke hjelpemidler som benyttes for registrering og analyse av opplysninger. Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter. Med «virksomhet» menes her behandlingsansvarlig institusjon. NB! Som hovedregel bør data som inneholder personopplysninger lagres på behandlingsansvarlig sin forskningsserver. Lagring på andre medier - som privat pc, mobiltelefon, minnepenne, server på annet arbeidssted - er mindre sikkert, og må derfor begrunnes. Slik lagring må avklares med behandlingsansvarlig institusjon, og personopplysningene bør krypteres.
Annen registreringsmetode beskriv		
Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn?	Minnepennen ligger innelåst, båndopptageren er beskyttet med passord.	Er f.eks. datamaskintilgangen beskyttet med brukernavn og passord, står datamaskinen i et låsbart rom, og hvordan sikres bærbare enheter, utskrift og opptak?
Samles opplysningene inn/behandles av en databehandler?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Dersom det benyttes eksterne til helt eller delvis å behandle personopplysninger, f.eks. Questback, transkriberingsassistent eller tolk, er dette å betrakte som en databehandler. Slike oppdrag må kontrakteres/reguleres.
Hvis ja, hvilken		
Overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	F.eks. ved overføring av data til samarbeidspartner, databehandler mm.
Hvis ja, beskriv?		Dersom personopplysninger skal sendes via internett, bør de krypteres tilstrekkelig. Vi anbefaler for ikke lagring av personopplysninger på nettskytjenester. Dersom nettskytjeneste benyttes, skal det inngås skriftlig databehandleravtale med leverandøren av tjenesten.
Skal andre personer enn daglig ansvarlig/student ha tilgang til datamaterialet med personopplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, hvem (oppgi navn og arbeidssted)?		
Utleveres/deles personopplysninger med andre institusjoner eller land?	<input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/> Andre institusjoner <input type="radio"/> Institusjoner i andre land	F.eks. ved nasjonale samarbeidsprosjekter der personopplysninger utveksles eller ved internasjonale samarbeidsprosjekter der personopplysninger utveksles.
11. Vurdering/godkjenning fra andre instanser		
Søkes det om dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra f.eks. NAV, PPT, sykehus, må det søkes om dispensasjon fra taushetsplikten. Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement.
Hvis ja, hvilke		
Søkes det godkjenning fra andre instanser?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	F.eks. søke registereier om tilgang til data, en ledelse om tilgang til forskning i virksomhet, skole.
Hvis ja, hvilken		
12. Periode for behandling av personopplysninger		
Prosjektstart	07.09.2016	Prosjektstart Vennligst oppgi tidspunktet for når kontakt med utvalget skal gjøres/datainnsamlingen starter.
Planlagt dato for prosjektslutt	31.12.2017	Prosjektslutt: Vennligst oppgi tidspunktet for når datamaterialet enten skal anonymiseres/slettes, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier eller annet.
Skal personopplysninger publiseres (direkte eller indirekte)?	<input type="checkbox"/> Ja, direkte (navn e.l.) <input type="checkbox"/> Ja, indirekte (bakgrunnsopplysninger) <input checked="" type="checkbox"/> Nei, publiseres anonymt	NB! Dersom personopplysninger skal publiseres, må det vanligvis innhentes eksplisitt samtykke til dette fra den enkelte, og deltakere bør gis anledning til å lese gjennom og godkjenne sitater.

Hva skal skje med datamaterialet ved prosjektslutt?	<input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet anonymiseres <input type="checkbox"/> Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon	<p>NB! Her menes datamaterialet, ikke publikasjon. Selv om data publiseres med personidentifikasjon skal som regel øvrig data anonymiseres. Med anonymisering menes at datamaterialet bearbeides slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner.</p> <p>Les mer om anonymisering.</p>
13. Finansiering		
Hvordan finansieres prosjektet?	Prosjektet finansieres av studenten selv.	
14. Tilleggsopplysninger		
Tilleggsopplysninger		

Vedlegg 4

Tilbakemelding fra NSD



Sissel Lisa Storli
Institutt for helse- og omsorgsfag UiT Norges arktiske universitet

9037 TROMSØ

Vår dato: 13.10.2016

Vår ref: 49848 / 3 / IJJ

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 07.09.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>49848</i>	<i>Anestesisykepleie- i det korte møtet</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Sissel Lisa Storli</i>
<i>Student</i>	<i>Ingrid Emberland</i>

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

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

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Ida Jansen Jondahl

Kontaktperson: Ida Jansen Jondahl tlf: 55 58 30 19

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjekt nr: 49848

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget skal informere skriftlig om prosjektet og samtykke til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet. Du bør tilføye kontaktinformasjonen til veilederen din.

TAUSHETSPLIKT

Vi minner om at utvalget har taushetsplikt, og student og informant har et felles ansvar for at det ikke kommer taushetsbelagte opplysninger om pasientene inn i datamaterialet.

- Student må stille spørsmål på en slik måte at taushetsplikten kan overholdes.
- Informanten må utvise varsomhet ved bruk av eksempler, og man må være oppmerksom på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, f.eks. alder, kjønn, diagnose, tid, sted og eventuelle spesielle forhold.

INFORMASJONSSIKKERHET

Personevernombudet legger til grunn at student og veileder følger UTT Norges arktiske universitet sine regler for dataikkerhet.

PROSJEKTLUTT OG ANONYMISERING

Forventet prosjektlutt er 31.12.2017. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger
- slette/omskrive indirekte personopplysninger
- slette digitale lydopptak

