



Anestesisykepleieres bruk av klinisk blikk – og dokumentasjon av dette

Sylvin Thomassen

Mastergradsoppgave i helsefag

Institutt for helse- og omsorgsfag

Det helsevitenskapelige fakultet

Universitetet i Tromsø

Mai 2012

Forord

Det er mange tanker og prosesser som ligger bak en masteroppgave. Min respekt og ydmykhet for faget anestesisykepleie er bakgrunnen for mitt valg av tema. Det har også vært en drivkraft i et spennende, men krevende arbeid.

Mastergradsstudiet har for meg vært en givende og utviklende ”reise” i kunnskap og utvikling. Takk til mine medstudenter som har bidratt til å dele kunnskap, erfaringer, synspunkter og undring.

Takk til mine informanter som i en travel arbeidshverdag tok dere tid til å dele deres erfaringer og kunnskap med meg. Takk også til klinikkleder som ga meg tillatelse til å gjennomføre intervjuet.

Takk til min veileder Mari Wolff Skaalvik for faglige innspill og god støtte i prosessen.

Takk til mine ledere som har gjort det mulig for meg å delta på dette studiet. Mine kollegaer på anesesiavdelingen ved Universitetssykehuset Nord Norge skylder jeg også en stor takk. Dere har vist interesse og engasjement og hatt tro på prosjektet mitt hele veien.

Takk til min sønn Rami for datahjelp, og at du har støttet meg og holdt ut med meg i prosessen.

Takk til mine nieser Siss - Mari og Ann - Silje for gjennomlesning, gode tips og praktisk hjelp. Takk til Anne Serine for faglige diskusjoner, kritiske innspill og praktisk hjelp. Takk til Marianne for oppmuntrende telefoner, god støtte og faglige innspill. Uten dere hadde ikke denne oppgaven blitt gjennomført.

Tromsø, mai 2012

Sylvin Thomassen

Sammendrag

Denne masteroppgaven tar utgangspunkt i følgende tema:

Klinisk blikk i utøvelsen av anestesisykepleie.

Hvordan bruker anestesisykepleiere klinisk blikk i sitt arbeid? Hvordan påvirker dette de vurderinger de gjør og de avgjørelser de tar?

Hvordan dokumenterer de eventuelt det kliniske blikket?

Arbeidet tar utgangspunkt i et fokusgruppeintervju med fire anestesisykepleiere som har lang erfaring som anestesisykepleiere. Tema for fokusgruppeintervjuet er anestesisykepleiernes bruk av klinisk blikk og hvordan de dokumenterer dette. Klinisk blikk utgjør en vesentlig del av fagutøvelse, kvalitetssikring og kunnskapsutvikling i anestesisykepleiefaget.

Anestesisykepleierne arbeider i en hverdag omgitt av stadig mer og mer avansert medisinsk teknisk overvåkningsapparat. En betydelig komponent i faget vil bli svekket dersom teknologiske nyvinninger fortrenger klinisk blikk som en del av fagkunnskapen og utøvelsen.

Anestesisykepleierne som deltok i min studie, beskrev bruk av klinisk blikk som en vesentlig del av deres fagutøvelse. De ga uttrykk for at anestesisykepleiernes bruk av klinisk blikk i kombinasjon med teknisk overvåkningsapparat, var det som var den beste og tryggeste overvåkningen for pasienter i et anestesiforløp.

Anestesisykepleierne dokumenterer sitt arbeid i en anestesijournal. Dette er et skjema med avkrysningsfelt, og lite rom for fritekst. Observasjoner, vurderinger og handlinger blir i liten grad dokumentert. Tekniske målinger, ofte tallverdier og tiltak, blir dokumentert i pasientens anestesijournal. Anestesisykepleierne dokumenterer ikke sine observasjoner, vurderinger og handlinger i pasientens sykepleiejournal.

På bakgrunn av dette arbeidet er det min oppfatning at synliggjøring av bruk av klinisk blikk er viktig for å sette fokus på erfaringskunnskapens betydning i anestesisykepleien.

Dokumentasjon av kliniske observasjoner er viktig for å utvikle faget og synliggjøre anestesisykepleiernes arbeid og ansvarsområde.

Søkeord: anestesisykepleie, klinisk blikk, kliniske observasjoner, erfaringskunnskap, dokumentasjon

Summary

This master thesis takes its starting point in the following themes:

Clinical gaze in the practice of anesthetic nursing.

How does one use anesthetic nursing clinical gaze in one's work? How does this affect the assessments one makes and the decisions one takes?

How to document the possible clinical gazes?

The work takes its starting point in a focus interview with four anesthetic nurses who have long experience as anesthetic nurses. The theme for the focus interview is anesthetic nurses' use of clinical gaze and how they document these. Clinical gaze comprises an essential part of professional practice, quality assurance and knowledge development in anesthetic nursing. Anesthetic nurses work in an everyday surrounded by more and more advanced medical surveillance equipment. An essential component in the profession will be weakened if technological innovations repress clinical gaze as a part of professional knowledge and practice.

The anesthetic nurses who took part in my study described the use of clinical gaze as an essential part of their professional practice. They gave the impression that anesthetic nurses' use of clinical gaze, in combination with technical and surveillance equipment, was the best and safest method of observation for patients in and during anesthetic.

Anesthetic nurses document their work in an anesthetic journal. This is a form with marking boxes and little room for free text. Observations, evaluations and actions are not given much documentation. Technical measurements, often numerical value, and treatments are documented in the patient's medical journal.

On the background of this work it is my opinion that availability of the use of clinical gaze is important to set focus on the importance of the knowledge and experience in anesthetic nursing. Documentation of clinical observations is important in order to develop the profession and call attention to anesthetic nurses professional and responsibility area.

Keyword: anesthetic nurse, clinical gaze, clinical observations, knowledge of experience, documentation

Innhold

Sammendrag

Summary

Innhold

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Problemstilling	1
1.2 Bakgrunn for studien	2
1.3 Oppgavens oppbygging	3
2.0 ET TEORETISK BAKTEPPE FOR OPPGAVENS PROBLEMSTILLING	4
2.1 Anestesisykepleie	4
2.2 Dokumentasjon	7
2.3. Når og hva skal sykepleiere dokumentere	8
2.4 Muntlig rapport	10
2.5 Dokumentasjon i anestesisykepleien	10
2.6 Har anestesisykepleierne et språk som egner seg for å dokumentere kliniske observasjoner	11
2.7 Evidens	13
2.8 Tidligere forskning	14
3.0 TEORETISKE PERSPEKTIVER SOM ANVENDES I ANALYSEN AV EMPIRIEN	17
3.1 Klinisk blikk	17
3.1.1 Hvilke kunnskapsformer inngår i klinisk blikk	18
3.2 Sansing	19
3.3 Kunnskap og erfaring	21
3.4 Faglig skjønn	27
4.0 METODE	30
4.1 Forskningsdesign	30
4.2 Forforståelse og å forske i eget felt	31
4.3 Pilotundersøkelse	32
4.4 Bruk av fokusgrupper	33
4.5 Utvalg	34

4.6 Fremgangsmåte	34
4.7 Intervjuguide	35
4.8 Datainnsamling	35
4.9 Analyseprosessen	38
4.10 Forskningsetikk	40
4.11 Troverdighet	41
4.12 Metodekritikk	42
5.0 PRESENTASJON AV FUNN	43
5.1 Klinisk blikk som verktøy	43
5.2 Klinisk blikk og erfaring	47
5.3 Sanselighet i anestesisykepleien	51
5.4 Kunnskap, erfaring og faglig skjønn i anestesisykepleien	55
5.5 Anestesisykepleiernes dokumentasjon av eget arbeid	63
6.0 OPPSUMMERING	70
6.1 Noen ord til slutt	71
Litteraturliste	72

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Samtykkeerklæring til deltakelse i studien

Vedlegg 3:Forespørsel om deltakelse i studien

Vedlegg 4: godkjenning fra NSD

Vedlegg 5: følgeskriv fra NSD

1.0 INNLEDNING

Jeg har i mer enn 20 år arbeidet som anestesisykepleier. Jeg tok videreutdanning i anestesisykepleie i en tid hvor det var langt mindre bruk av teknisk overvåkningsutstyr enn i dag. I utdanningsforløpet ble vi opplært i å bruke vårt kliniske blikk jfr. Almås (2001:5) for å gjøre vurderinger av pasienter som skulle ha anestesi og for tiltak under anestesiforløp. Det eneste vi hadde av overvåkningsutstyr var hjerteovervåkning og blodtrykksmåling, og blodtrykket ble målt manuelt. I dag bruker vi svært avansert overvåkningsapparat, og langt flere av pasientens parametre kan måles ved hjelp av teknisk utstyr, for eksempel oksygenmetning, CO₂, arterielt blodtrykk, anestesydybde¹. Dette kan ha konsekvenser for anestesisykepleiernes bruk og oppøving i bruk av klinisk blikk i observasjoner av og tiltak for pasienter i anestesiforløp. Bruk av avansert overvåkningsutstyr øker pasientsikkerheten, og gir mulighet til å gjennomføre avansert medisinsk behandling. Ut fra min lange erfaring som anestesisykepleier har jeg etter hvert reflektert over hvilken betydning det kan ha for anestesisykepleierfaget dersom dagens avanserte tekniske utstyr begrenser anestesisykepleiernes oppøving i og bruk av klinisk blikk som en del av fagutøvelsen. Mine erfaringer tilsier at klinisk blikk utgjør en vesentlig del av fagutøvelse, kvalitetssikring og kunnskapsutvikling i anestesisykepleiefaget. En betydningsfull komponent i faget vil bli svekket dersom teknologiske nyvinninger fortrenger klinisk blikk som en del av fagkunnskapen og utøvelsen.

1.1 Problemstilling

I min masteroppgave vil jeg fokusere på anestesisykepleiernes bruk av klinisk blikk i det daglige arbeidet. Anestesisykepleieren forlater aldri en anestesert pasient, og kan gjennom sin tilstedeværelse bruke sine sanser og sitt kliniske blikk i observasjoner og vurderinger av pasienten.

Tema: Klinisk blikk i utøvelsen av anestesisykepleie.

Problemstillingen min er todelt og blir som følger:

1. Hvordan bruker anestesisykepleiere klinisk blikk i sitt arbeid? Hvordan påvirker dette de vurderinger de gjør og avgjørelser de tar?

¹ Anestesydybde måles med BIS som er en type EEG

2. Hvordan dokumenterer de eventuelt det kliniske blikket?

Dokumentasjon utgjør en del av min studie ut fra et perspektiv om at dokumentasjon av kliniske observasjoner er viktig for å utvikle faget og synliggjøre anestesisykepleierens arbeid og ansvarsområde. Å synliggjøre bruk av klinisk blick er viktig for å sette fokus på at erfaringskunnskapens betydning er viktig i anestesisykepleien og at anestesisykepleiefaget er en kunst i tråd med hvordan Martinsen (2003) omtaler kunsten i sykepleien. I følge Martinsen er kunsten i sykepleien å stille seg åpen for sansingen og inntrykkene man som sykepleier møter. I sykepleiesammenheng kan kunsten beskrives som å gjøre gode handlinger for den andre, det vil si pasienten (Martinsen, 2003:102).

Min interesse for temaet jeg har valgt for min masteroppgave har sin bakgrunn i at jeg er opptatt av at erfaringskunnskap tilegnet ved hjelp av klinisk blick og som ikke blir dokumentert, kan bli nedprioritert og på denne måten bli mindre vektlagt som en del av kunnskaps- og fagutviklingen i anestesisykepleie. I min praksis som anestesisykepleier opplever jeg at bruk av klinisk blick inngår som en del av vurderinger og tiltak, men det er begrenset rom for skriftlig dokumentasjon av dette. Observasjoner og vurderinger som har sin forankring i bruk av klinisk blick som supplement eller korrigerende av observasjoner ved hjelp av medisinsk teknisk utstyr, blir muntlig rapportert og verdsettes blant anestesisykepleierne. Min egen erfaring ligger til grunn for at jeg i denne studien vil utforske anestesisykepleierens erfaringer med betydningen av klinisk blick i deres praksis som anestesisykepleiere og hvilken plass det har i dokumentasjon som grunnlag for erfaringsutveksling og kunnskapsutvikling. Gjennom arbeidet håper jeg å skape økt bevissthet og oppmerksomhet omkring denne viktige delen av anestesisykepleien.

1.2 Bakgrunn for studien

Jeg har i mitt arbeid erfart at anestesisykepleiere bruker klinisk blick og kliniske tegn i vurderingen av pasienten. Anestesisykepleierne er klinisk forutseende og bruker sin kliniske kompetanse til å gripe inn og hindre at pasienten utsettes for uønskede komplikasjoner. Å være klinisk forutseende betyr å se framover og være forberedt på kritiske situasjoner som kan oppstå for den spesifikke pasienten (Benner, Hooper-Kyriakidis og Stannard ,2011:71). Å være forutseende og hindre komplikasjoner er en viktig del av anestesisykepleierens arbeidsoppgaver.

For å være klinisk forutseende kreves det bruk av klinisk blikk. Det er viktig at anestesisykepleieren er kjent med inngrepets art og hvilke komplikasjoner som kan oppstå, både i forhold til anestesi og kirurgi, for å kunne treffe tiltak og forebygge komplikasjoner. Anestesisykepleieren må være i stand til å se tidlige forandringer i pasientens tilstand som kan tyde på at pasienten er i ferd med å utvikle komplikasjoner. Å være forberedt på uventede hendelser innebærer også å ha medikamenter og utstyr klart for å håndtere situasjoner som kan oppstå.

Samtidig arbeider anestesisykepleieren i en hverdag omgitt av stadig mer og mer avansert medisinsk teknisk utstyr. Dette kan påvirke anestesisykepleierens evne til og sanse. Elstad skriver at tekniske instrumenter kan filtrere bort eller standardisere sansingen (Elstad, 1995:146). Gjengedal (1997:163) problematiserer bruk av mer og mer teknisk apparatur i sykepleien. Kliniske observasjoner blir i stor grad erstattet av tekniske målinger, og sykepleierens bruk av berøring for å skaffe seg opplysninger om pasientens tilstand blir redusert. Dette er med på å frata sykepleieren tilgang til viktig informasjon om pasientens tilstand, og kan svekke sykepleierens bruk av klinisk blikk. Berøring er ikke bare en måte å skaffe seg kliniske opplysninger på, men kan og være et tiltak for å lindre og støtte pasienten i en sårbar situasjon.

1.3 Oppgavens oppbygging

I kapittel 1 gjør jeg rede for bakgrunn for valg av tema og presenterer problemstillingen min. I kapittel 2 presenterer jeg det teoretiske bakteppet for mitt tema. Jeg omtaler her anestesisykepleie, dokumentasjon og evidens. Tidligere forskning blir også omtalt i kapittel 2. Kapittel 3 omhandler de teoretiske perspektivene som jeg anvender i min analyse. Kapittel 4 tar for seg metoden jeg har brukt. I kapittel 5 presenterer jeg mine funn og reflekterer over disse ved hjelp av forskning, teoretisk perspektiv og egne erfaringer. Kapittel 6 består av oppsummering.

2.0 ET TEORETISK BAKTEPPE FOR OPPGAVENS PROBLEMSTILLING

2.1 Anestesisykepleie

Anestesi er et spesialområde som sykepleiere har utøvd i over 100 år (Gran Bruun, 2011:32). Hun viser til at den norske diakonissen Rikke Nissen i sin "Lærebog i Sygepleie" fra 1877, beskriver hvordan diakonissene under operasjoner bisto med å "kloroformere" pasienter (Gran Bruun, 2011:32). Videre skriver Gran Bruun at Rikke Nissen påpekte hvor viktig det var å være "hele" sykepleiere og ikke "halve" eller "kvarter" leger. Det er i pleien av den syke at sykepleieren har sin funksjon (Gran Bruun, 2011:32). Slik jeg forstår Nissen, er det viktig at anestesisykepleierne har fokus på sykepleien de yter og ikke bare på den medisinske faglige delen av anestesisykepleiernes funksjon.

I dag består anestesisykepleierens funksjon i å yte helsehjelp til akutt kritisk syke, til å gi lindrende behandling, og å yte pre-, per- og postoperativ pleie og behandling (Gran Bruun, 2011:28). Anestesisykepleier og anestesilege samarbeider om å gjøre anestesen best mulig for pasienten; sykepleieren fra sitt pleieperspektiv og legen fra sitt behandlingsperspektiv. Pleieperspektivet består av å ivareta pasientens behov for pleie og behandling i forbindelse med anestesi og operasjon eller akutt sykdom eller ulykker (Gran Bruun, 2011). En del av pleieperspektivet er anestesisykepleiernes bruk av klinisk blikk og kliniske observasjoner for å kunne ivareta pasienten på en best mulig måte i forbindelse med operasjon eller akutt livstruende sykdom. Dokumentasjon av kliniske observasjoner er en måte anestesisykepleieren kan synliggjøre pleieperspektivet på.

Anestesisykepleieren har både en sykepleiefaglig kompetanse og kunnskap om anesthesiologi. Dette gir henne en spisskompetanse (Gran Bruun, 2011). Denne spisskompetansen består i både å være i stand til å delta i avansert medisinsk behandling og å ivareta omsorg for pasienten i en svært utsatt og sårbar situasjon.

"Norsk standard for anestesi" (Norsk anesthesiologisk forening og Anestesisykepleiernes landsgruppe av Norsk sykepleierforbund, 2010) er utarbeidet av anestesileger og anestesisykepleiere i fellesskap og dokumentet gir en klar føring for den anestesisykepleiefaglige virksomheten.

Anestesisykepleierne dokumenterer anestesen de gir på et anestesiskjema, også kalt anestesijournal. Dette er et ferdig opptrykt dokument, hvor det fylles ut blodtrykk, puls,

surstoffmetning, temperatur, medikamenter, utstyr pasienten har fått og leiring. Det er lite rom for fritekst i det gjeldende dokumentet, og min erfaring er at det stort sett er bare objektive data som registreres. Med objektive data mener jeg verdier som måles og registreres av overvåkningsapparat, såkalte udiskutable verdier jfr. Børmark (2011:72). I følge ”Norsk standard for anestesi”(Norsk anesthesiologisk forening og Anestesisykepleiernes landsgruppe av Norsk sykepleierforbund, 2010) skal eksakte klokkeslett føres inn, samt uventede og potensielt farlige hendelser. Anestesijournalen skal være et selvstendig dokument hvor alle viktige opplysninger om anestesiens forløp skal fremkomme. I følge Helsepersonelloven § 39 er det et krav at pasientjournalen, i dette tilfellet anestesi-journalen, skal være lett å fylle ut og lett å lese i ettertid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Anestesilege og anestesisykepleier dokumenterer sitt arbeid i det samme dokumentet.

I følge ”Norsk standard for anestesi” (Norsk anesthesiologisk forening og Anestesisykepleiernes landsgruppe av Norsk sykepleierforbund, 2010) er det anesthesiologen² som har det medisinske ansvaret og avgjør anestesi-form. Samarbeidet praktiseres ved at lege er til stede ved innledning og avslutning av anestesi, og kan tilkalles dersom problemer oppstår. Hvis pasienten er klassifisert som høyrisikopasient, er anestesilege tilgjengelig under hele anestesi-forløpet.

Anestesilege og anestesisykepleier har ulik utdanningsbakgrunn. I praksis har yrkesgruppene en realkompetanse som på mange områder overlapper og utfyller hverandre (Gran Bruun, 2011:30). Begge gruppene er opplært til å ivareta pasientens luftveier og å gjøre kliniske vurderinger, mens anestesilegen bestemmer anestesi-form og legger regional anestesi³. I praksis avgjøres ofte anestesi-form etter en diskusjon mellom anestesisykepleier og anestesilege. Det er anestesisykepleier som er til stede hos pasienten under hele anestesi-forløpet, mens anesthesiologen ofte har ansvar for flere pasienter samtidig og derfor går til og fra. Anestesisykepleier har derfor ofte et mer helhetlig bilde av situasjonen enn det anesthesiologen har. I det daglige arbeidet kan det by på utfordringer at anestesisykepleier kan være en erfaren yrkesutøver, mens anestesilegen kan være en lege i utdanning (Gran Bruun, 2011:30). Anestesisykepleierens oppgaver er å ivareta pasientens behov for omsorg og behandling i forbindelse med operasjon, gjennomføring av prosedyrer og undersøkelser, og i

² Anesthesiolog er en lege som har spesialistutdanning i anestesi og anestesilege er en lege i spesialistutdanning

³ Regional anestesi er spinalanestesi, epiduralanestesi, plexus anestesi og andre former for ledningsanestesi

akutte situasjoner i og utenfor sykehus. Hun⁴ overvåker pasientens vitale funksjoner og gir anestesi (Gran Bruun, 2011:20).

Det særegne ved anestesisykepleierens funksjon, er at hun er til stede hos pasienten hele tiden og forlater aldri en anestisert pasient. Anestesisykepleieren overvåker pasientens vitale funksjoner, som for eksempel sirkulasjon og respirasjon, og sørger for at pasienten har en tilfredsstillende søvn⁵, smertelindring og er muskelavslappet. Hennes oppmerksomhet er rettet mot forandringer i pasientens tilstand, og hun må ha evne til å handle raskt og velbegrunnet. Hun gjør nitidig og systematisk klinisk observasjon, vurdering, handling og refleksjon av pasientens tilstand (Gran Bruun, 2011:22).

Anestesisykepleierens arbeidshverdag er kompleks og uforutsigbar (Gran Bruun, 2011:21). Dette fordi hun arbeider med kritisk syke pasienter, og at arbeidsformen medfører at arbeidsdagen kan bli annerledes enn planlagt, for eksempel kan det komme pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp, og som forskyver det planlagte, oppsatte operasjonsprogrammet. Det kan også oppstå uforutsette situasjoner, som stiller store krav til kunnskap, kompetanse og handlingsberedskap. I ”Rammeplan for videreutdanning i anestesisykepleie (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005) heter det at målsettingen for utdanninger er at studenten etter endt utdanning skal mestre gjennomføring av generell anestesi på funksjonsfriske pasienter og i samarbeid med anestesileger gi anestesi til pasienter med komplekse sykdomstilstander. Videre skal sykepleieren mestre overvåkning av pasientens vitale funksjoner. Hun skal administrere medikamenter, væske- og blodprodukter og vedlikeholde sedasjon og regional anestesi. Hun skal kunne bedømme situasjoner selvstendig, prioritere og handle raskt og forsvarlig slik at akutt eller kritisk syke pasienters livsviktige funksjoner opprettholdes eller gjenopprettes. Anestesisykepleier skal kunne bruke medisinsk teknisk utstyr på en sikker og reflektert måte. Hun skal dokumentere, evaluere og kvalitetssikre eget arbeid (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). Dette er viktig for å ivareta pasientsikkerhet og sikre pasienten god og forsvarlig sykepleie.

I en studie utført av Gran Bruun og Grell Ulrik og (Gran Bruun og Grell Ulrik, 2008) fremkommer det en positiv holdning hos både anestesileger og anestesisykepleiere til måten en velger å løse oppgavene på innenfor klinisk anestesi (Gran Bruun og Grell Ulrik, 2008). Begge faggrupper ga uttrykk for at mange arbeidsoppgaver innenfor anestesisfeltet kan

⁴ Anestesisykepleier benevnes som hun

⁵ Søvn henspeler på at pasienten har tilfredsstillende anestesydybde

ivaretas av begge faggrupper, eksempel på dette er luftveishåndtering. Gjennom et tverrfaglig samarbeid, oppnår de to profesjonene en spesiell erfaring fordi de hele tiden befinner seg i en læresituasjon hvor det finner sted en utveksling av kunnskap på tvers av profesjonsgrensene. For at dette skal finne sted, forutsettes en gjensidig respekt for hverandres kompetanse og ansvarsområde (Gran Bruun, 2011). I tillegg til gjensidig respekt er en erfaringsutveksling og kunnskapsutveksling avhengig av at det finnes felles arenaer hvor slik utveksling kan finne sted.

2.2 Dokumentasjon

Helsepersonellovens § 39 bestemmer at den som yter helsehjelp har plikt til å nedtegne eller registrere opplysninger i en journal for den enkelte pasient (2011). Videre heter det i § 40 at journalen skal føres i tråd med god yrkesetikk, og at den skal inneholde nødvendige og relevante opplysninger om pasienten og helsehjelpen som ytes. Journalen skal også inneholde nødvendige opplysninger for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov. Journalen skal være lett å forstå for annet helsepersonell (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

I henhold til § 40 i Helsepersonelloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011) skal all helsehjelp som utføres dokumenteres i pasientens journal. En konsekvens av dette kravet er at handlinger som ikke er dokumentert, kan bli ansett som ikke utført. Det forutsettes derfor at sykepleiere og andre helsearbeidere som yter helsehjelp, kjenner til lovverket med hensyn til krav om forsvarlig journalføring (Moen, Hellesø og Berge, 2008:12).

Dokumentasjonsplikten er i all hovedsak begrunnet i hensynet til kvalitet og kontinuitet, og den skal sikre muligheten for å etterprøve den helsehjelp som er gitt (Børmark, 2011:71; Moen et al., 2008). Pasientjournalen skal fungere som et arbeidsverktøy for helsepersonell. Den skal også sikre kommunikasjon innad i profesjonen og mellom profesjoner, bidra til kvalitetsforbedring/ kvalitetssikring, danne et informasjons- og beslutningsgrunnlag, samt være et juridisk dokument. All informasjon som føres i pasientjournalen skal være gyldig, etterprøvbar og forståelig i forhold til innsyn, både fra offentlige instanser og pasienter. Dokumentasjon av helsehjelp og sykepleie i Norge gjøres i dag elektronisk (Børmark, 2011:70).

Lenge før sykepleierne ble lovpålagt å dokumentere sine handlinger, har det vært en tradisjon at sykepleiere har rapportert muntlig og skriftlig. De har rapportert sine observasjoner, vurderinger og handlinger, samt aktuelle problemstillinger omkring pasienten. Sykepleieres journalføring skal vise hva sykepleierne observerer, vurderer, planlegger, gjennomfører og evaluerer i sitt arbeid med pasienten. Muntlige rapporter er ikke en del av sykepleiejournalen, med mindre det er lagret som lydopptak (Moen et al., 2008:15-18).

Sykepleiere kan velge mellom tre forskjellige måter å dokumentere sin helsehjelp på (Moen et al., 2008). De kan dokumentere i et journalnotat. I et journalnotat gjøres journalføringen fortløpende, og ofte i ustrukturert og fortellende tekst. Sykepleiere kan også dokumentere i en sykepleieplan. I en sykepleieplan gjøres journalføringen i forhold til pasientens diagnose eller problemer. Her føres også tiltak og evaluering. Sykepleiere kan også dokumentere den helsehjelpen de utfører på spesielle skjemaer eller kurver. Her vil ulike typer observasjoner føres. I denne type dokumentasjon vil flere typer helsepersonell dokumentere sin helsehjelp til samme pasient (Moen et al., 2008:38). En anestesijournal vil tilhøre den siste gruppen av dokumentasjonsalternativer.

2.3 Når og hva skal sykepleiere dokumentere?

Moen et al. deler inn sykepleierens praksissituasjoner i fire. De fire er: akuttsituasjoner, problematiske situasjoner, ikke-problematiske situasjoner og problecidentifiserende situasjoner (Moen et al., 2008:95). Akuttsituasjoner kjennetegnes ved at de oppstår brått og uventet og er svært uoversiktlige. I akuttsituasjoner kreves umiddelbar handling. I akuttsituasjoner skjer gjerne dokumentasjonen etter at hendelsen har funnet sted, og det kan være flere yrkesgrupper som dokumenterer sin helsehjelp i samme dokument (Moen et al., 2008:96-99).

Problematiske situasjoner har mange fellestrekk med akuttsituasjoner, men tidsdimensjon og intensiteten kan være forskjellig (Moen et al., 2008:99). Eksempler på slike situasjoner kan være en pasient som er kritisk syk, men med en uavklart diagnose. Sykepleieren skal i sin dokumentasjon redegjøre for de opplysningene hun bygde sine vurderinger på, de handlingene og tiltakene hun utførte og evaluere den helsehjelpen som ble gitt (Moen et al., 2008:101). Et eksempel her kan være en pasient som kommer inn i akuttmottaket med en skade, men som er bevisst og har egenrespirasjon.

Ikke-problematiske situasjoner er situasjoner hvor pasientens tilstand er stabil og situasjonen er oversiktlig (Moen et al., 2008:102). En pasient som kommer på operasjonsstuen til et planlagt kirurgisk inngrep, er et eksempel på en ikke- problematisk situasjon. Sykepleierens fokus er å stabilisere, forebygge, rehabilitere og lindre. I ikke- problematiske situasjoner skal sykepleieren dokumentere avtaler om helsehjelp, planlagt helsehjelp og vurderinger og forandringer i pasientens situasjon eller tilstand (Moen et al., 2008:103).

Problemidentifiserende situasjoner er situasjoner hvor sykepleieren prøver å identifisere og forebygge problemer før de oppstår. En problemidentifiserende situasjon går over til å bli en ikke- problematisk situasjon når problemet er identifisert og behovet for helsehjelp er klargjort. I slike situasjoner må sykepleieren dokumentere sine observasjoner, vurderinger og sine beslutninger (Moen et al., 2008:104-105).

Slik jeg ser det, står anestesisykepleierne ofte i akutt-, problematiske og ikke-problematiske situasjoner. En ikke- problematisk situasjon kan også gå over til å bli en problematisk situasjon, eller en akuttsituasjon i anestesisykepleierens arbeidshverdag. I slike situasjoner vil dokumentasjon av utførte tiltak skje i ettertid og i samarbeid med anestesilege.

Moen et al. (2008) henviser til Henderson og Moen når de deler sykepleierens arbeid inn i tre funksjoner. De tre funksjonene er selvstendige, samarbeidende og delegerede sykepleiefunksjoner. Som selvstendige sykepleiefunksjoner benevner de vurderinger og handlinger som sykepleiere utfører på bakgrunn av sin kunnskap, erfaring og kompetanse i sykepleie (Moen et al., 2008:109). Dette omfatter grunnleggende sykepleie, undervisning av pasienter og pårørende, samt samordning av helsehjelp. Samarbeidende funksjoner er de vurderinger og handlinger som sykepleieren foretar sammen med andre helsearbeidere. Dette kan også omfatte for eksempel observasjoner og tiltak igangsatt av lege, så som medikamentell behandling. Delegerede sykepleiefunksjoner er oppgaver sykepleierne har fått i oppdrag for eksempel fra lege. Dette kan være legemiddeladministrering eller assistanse ved medisinsk behandling (Moen et al., 2008:109). Anestesisykepleiere er opplært til å administrere mange og svært potente medikamenter i forbindelse med anestesi. De har også fått spesialopplæring i å utføre bestemte prosedyrer slik som endotracheal intubasjon. Men de utfører også grunnleggende sykepleie og underviser pasienter og pårørende.

Moen et al. (2008:109) skriver at det ikke er helt entydig hva og når sykepleiere skal dokumentere. Men dokumentasjonen skal vise sykepleiernes observasjoner, vurderinger, iverksatte tiltak og evaluering av disse (Børmark, 2011:70). Videre skriver hun at opplysninger om pasienten ikke skal dobbeltføres, det vil si at samme opplysning bare skal finnes et sted i journalen (Børmark, 2011:74).

2.4 Muntlig rapport

Sykepleierne har lange tradisjoner i å utveksle opplysninger om pasienten muntlig, såkalt muntlig rapport. Muntlig utveksling av informasjon erstatter ikke skriftlig dokumentasjon i pasientjournalen (Moen et al., 2008:193). Muntlig rapport har vært brukt til å utveksle opplysninger om endringer i pasientens tilstand og sykepleiernes vurderinger og handlinger. Før sykepleierne ble pålagt dokumentasjonsplikt, var den muntlige rapporten redskapet for å sikre kontinuitet i sykepleien til pasienter. Den muntlige rapporten har et sykepleiefaglig mål, og i den muntlige rapporten får sykepleierne anledning til å diskutere observasjoner og handlinger knyttet til sykepleien til den enkelte pasient. Språket som anvendes i en muntlig rapport er det dagligdagse språket. Muntlig rapport kan også ses på som en arena for kunnskaps- og erfaringsutveksling mellom helsearbeidere (Moen et al., 2008:193-196). Samtidig er det viktig at all helsehjelp skal være journalført, og at det som ikke er dokumentert, anses som ikke utført. Den muntlige rapporten må derfor anses som et supplement til skriftlig dokumentasjon av sykepleien som utføres.

Muntlig rapport kan også brukes til debriefing, det vil si at sykepleieren føler og anser at hun har gitt over ansvaret for pasienten til en kollega. På denne måten kan muntlig rapport spille en viktig rolle i bearbeiding av inntrykk som sykepleieren har hatt. Ved at hun muntlig gir rapport og overgir ansvaret til en kollega, kan hun sikre kontinuitet og kvalitet i sykepleien (Moen et al., 2008:196).

2.5 Dokumentasjon i anestesisykepleien

Anestesisjournalen er profesjonsnøytral (Børmark, 2011:70). Anestesisjournalen er et dokument som utfylles fortløpende av anestesisykepleier og anestesilege i det perianestestiske forløp. I følge ”Standard for anestesi i Norge” (Norsk anesthesiologisk forening & Anestesisykepleiernes landsgruppe av norsk Sykepleierforbund, 2010) skal anestesisjournalen være et selvstendig dokument, der alle vesentlige opplysninger om anestesi og forløpet

fremgår. Anestesijournalen har forskjellig utforming ved landets sykehus, noen dokumenterer elektronisk, mens andre dokumenterer på papir. Papirjournalen blir deretter scannet inn i pasientens elektroniske journal. Innholdet er stort sett likt. Anestesijournalen inneholder pasientens navn, fødselsnummer og adresse, samt preanestetiske data, tidligere sykdommer, risikovurdering, medisinske data og forordnet premedikasjon. Videre inneholder den peranestetiske data som pasientstatus ved ankomst, navn på deltakerne i behandlingsteamet, anesthesiapparat / pasientsystem i bruk, signert sjekk av utstyr, tidsbruk, anestesiform, leie, type kirurgi eller undersøkelse, innlagt utstyr, dosering av medikamenter og infusjonsvæsker / blodprodukter, overvåkningsdata, kliniske observasjoner, dokumentasjon av problemer og hvordan de ble løst. Journalen inneholder også videre forordninger samt pasientstatus ved overflytting til postoperativ avdeling (Børmark, 2011:72). Anestesijournalen utfylles fortløpende, og det er et krav at dokumentet er utformet slik at det er lett å fylle ut og lett å lese i ettertid. Mange journaler har derfor avkrysningsfelt. Anestesisykepleier plikter å dokumentere hendelser og avvik, og de opplysninger og forordninger som muntlig rapporteres, skal gjenfinnes i skriftlig form (Børmark, 2011:73-74). Dokumentet kan benyttes ved lovpålagt meldeplikt, og brukes av sakkyndige i erstatningssaker som føres for domstolene. Dette gjelder også ved klagesaker. Dokumentasjonen er også grunnlagsmateriale ved tilsyn fra tilsynsmyndighet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

2.6 Har anestesisykepleierne et språk som egner seg for å dokumentere kliniske observasjoner?

Josefson (1991) beskriver fortrolighetskunnskapens språk som levende og fortellende, i motsetning til påstandskunnskapens språk som er abstrakt og vitenskapelig. Hun skriver videre at det gjelder å finne et felles språk i et praksisfellesskap som kan beskrive fortrolighetskunnskapen (Josefson, 1991:36). I anestesi-journalen brukes et vitenskapelig eller teknisk språk. I den muntlige rapporten mellom anestesisykepleierne anvendes det dagligdagse språket.

Martinsen (2003) beskriver påstandskunnskapens språk som avgrenset og fastlagt, språket brukes konstaterende og klassifiserende. I dette språket uttaler vi oss generelt og vi får ikke fram det spesielle for den situasjonen vi prøver å beskrive. Fortrolighetskunnskap formidles gjennom dagliglivets levende språk (Martinsen, 2003:139).

Både Spjelkevik, Nilssen, Sagafos, Storteig og Kielland (2004) og Beyea (2001) viser til at perioperativ sykepleie i liten grad blir dokumentert fordi anestesisykepleierne og operasjonssykepleierne har vanskeligheter med å sette ord på sine vurderinger og handlinger (Beyea 2001; Spjelkevik et al., 2004). At anestesisykepleierne opplever det vanskelig å sette ord på sine vurderinger og handlinger kan være fordi deres vurderinger og handlinger er knyttet opp til fortrolighetskunnskap.

Spjelkevik et al. (2004) skriver at anestesisykepleierne dokumenterer eventuelle komplikasjoner hos pasienten i forbindelse med anestesi ved hjelp av koder. Anestesijournalen har et eget kodeverk for de mest vanlige komplikasjoner som kan oppstå i forbindelse med anestesi. I undersøkelsen til Spjelkevik et al. sier anestesisykepleierne at de delvis dokumenterer den sykepleien de gir til pasienten på et skjema for sykepleiedokumentasjon i pasientens journal. Anestesisykepleierne i denne undersøkelsen sier at dokumentasjon er problematisk og utfordrende. Dette fordi det tradisjonelt sett ikke har vært vanlig at anestesisykepleierne har dokumentert sin sykepleie til pasientene. Videre hevder respondentene at anestesijournalen er best egnet til å registrere medisinske og medisinsktekniske data, og i mindre grad sykepleie. Respondentene i Spjelkevik et al (2004) sin undersøkelse sier at anestesisykepleierne ikke er vant til å skrive ned observasjoner, slik som kliniske tegn. Det kommer også fram i undersøkelsen at anestesisykepleierne er usikre på hvilke data de skal dokumentere og at de føler at de har for liten tid til dokumentasjon. De angir kravet om effektivitet som en grunn for at dokumentasjon blir nedprioritert. Anestesisykepleierne sier at de ønsker standarder og retningslinjer til hjelp i dokumentasjonsarbeidet (Spjelkevik et al., 2004).

Beyea (2001) skriver i sin artikkel anestesi- og operasjonssykepleiere trenger retningslinjer for hva og hvordan de skal dokumentere sitt arbeid. Hun tar til ordet for å bruke sykepleiediagnoser i dokumentasjonen. Videre skriver hun at dokumentasjonen må vise det arbeidet som utføres og sykepleiernes rolle. Intraoperative sykepleiere gjør ofte vurderinger, handlinger og planlegger, uten at dette blir dokumentert. Beyea sier at operasjons- og anestesisykepleiere må samarbeide om å dokumentere den sykepleien som blir gitt til pasienter peroperativt (Beyea 2001).

2.7 Evidens

Begrepet evidensbasert praksis ble introdusert i 1992 (Ekeli, 2002:11). Begrepet evidensbasert praksis har vunnet fram i det medisinske fagmiljøet. Det introduseres som et system som både sikrer et bedre behandlingstilbud og øker kostnadseffektiviteten innen helsetjenestene. Målet med evidensbasert praksis er at beslutninger i praksisfeltet i større og større omfang skal baseres på ”relevante og gyldige forskningsresultater” (Ekeli, 2002:11).

Evidens brukes ofte om forskning som knyttes opp mot målbare resultater; den såkalte gullstandard. Evidensbasert medisin bygger på forskningsresultater fra randomiserte forsøk og statistiske forskningsmetode; såkalt sikker kunnskap (Ekeli, 2002:17).

Martinsen (2005) omtaler evidens og tar til ordet for at ordet evidens også kan brukes om praktisk kunnskap, og ikke slik det ofte blir brukt; at evidensbasert kunnskap er knyttet opp til målbare studier. Alle typer forskning er knyttet til kunnskap, også den som er forsket på praksis og bruk av skjønn. Med dette mener hun at det ikke må foretas en rangering av kunnskap, men at begge kunnskapssyn utfyller hverandre (Martinsen, 2005).

Martinsen (2005:52) definerer evidens som å se og å innse, begrepet er knyttet opp til å vite, å ha sikker kjennskap om noe. Hun omtaler evidensbasert praksis som kunnskapsbasert praksis. Det er forskjellige måter å se og å innse på, og hun henviser til den norske filosofen Skjervheim som viser til at det er forskjell på å overtale og å overbevise. Forskjellen på ordene å overtale og å overbevise kan ses på som forskjeller i ulike former for kunnskap (Martinsen, 2005:55). Å overtale hører til en subjekt - objekt situasjon der subjektet hevder sitt syn på grunnlag av resultater som er fremforsket og hvor det nye resultatet fører til en ny måte å handle på. Dette skjer uavhengig av andres synspunkt. Når ordet å overbevise blir brukt, er det et subjekt - subjekt forhold mellom partene. Ny innsikt og endret handlemåte oppnås gjennom overbevisende argumentasjon (Martinsen, 2005).

Mesteparten av forskning som foregår innenfor anestesifaget, er knyttet opp mot evidensbasert medisin. Mange forskningsprosjekt er initiert og drives av anestesileger. Denne type forskning gir ikke svar på alle utfordringer som finnes i anestesifaget.

Anestesisykepleierne står ofte i komplekse situasjoner som krever forskjellige typer kunnskap. I anestesisykepleien trengs både forskning i sykepleiefaget og anesthesiologi.

2.8 Tidligere forskning

Med hensyn til tidligere forskning, synes det, etter de søk jeg har gjort som om lite er publisert om anestesisykepleiernes bruk av klinisk blick og kliniske observasjoner. Jeg har søkt i ulike databaser⁶ og brukt ulike søkeord enkeltvis og i kombinasjoner. Det jeg fant var flere studier som omfattet postoperativ smertebehandling, kvalme og overgang fra papir- til elektronisk journal. Jeg fant også en studie som omhandlet anestesisykepleiernes fagutvikling. Når jeg kombinerte mine søkeord med anestesisykepleie, fant jeg bare en artikkel. Det må også nevnes at anestesisykepleierne ikke jobber like selvstendig over hele verden. I Skandinavia jobber anestesisykepleierne i Norge, Sverige og Danmark forholdsvis likt. Det betyr at det er en anesthesiolog som har ansvar for det anesthesiologiske arbeidet, mens anestesisykepleier har utøveransvar (Gran Bruun, 2011:27).

Spjelkevik et al.s studie (2004) omfatter anestesisykepleieres observasjoner, vurderinger og handlinger i møtet med operasjonspasienten, og hvordan dette blir dokumentert i anestesijournalen. Studien omfatter feltarbeid og spørreundersøkelser. De konkluderer med at anestesisykepleierne utøver et fag som er lite definert, men som omfatter både sykepleie og anesthesiologi. Sykepleien er ”taus” fordi mange av respondentene har problemer med å sette ord på sine vurderinger og handlinger utover den anesthesiologiske delen. Det som blir dokumentert er observasjoner og vurderinger av tekniske parametre og tiltak relatert til teknologi og medisinsk fagområde (Spjelkevik et al., 2004). Studien konkluderer også med at anestesijournalen i liten grad gir anestesisykepleierne mulighet til å dokumentere det som faktisk blir utført.

En artikkel fra USA som omhandler perioperativ sykepleie, viser at operasjons- og anestesisykepleiere ikke dokumenterer arbeidet sitt godt nok (Beyea 2001). Forfatteren konkluderer med at sykepleierne må utvikle språket sitt for dokumentasjon. De må dokumentere sine vurderinger, forebyggende tiltak og sin omsorg for pasienten.

Begge disse studiene berører det temaet jeg forsker på i min masteroppgave. Min studie omfatter hvordan anestesisykepleiernes bruk av klinisk blick, påvirker de handlinger og vurderinger de gjør, og hvordan dette dokumenteres eller ikke dokumenteres. Jeg har valgt å bruke fokusgruppeintervju som metode, for å finne ut hvordan anestesisykepleierne vurderer bruk av kliniske observasjoner og sin dokumentasjon av observasjonene.

⁶ Søkning gjort via søkerportalene Google Scholar og Ofelas på databaser som BIBSYS, Cinahl, Cochrane Library Munin, Ovid Nursing og Swemed. Norske søkeord har vært: anestesisykepleie, dokumentasjon, klinisk blick Engelske søkeord har vært: nursing documentation, anaesthesia nursing, perioperativ nursing, clinical gaze

Studien utført av Beyea (2001) viser at sykepleiernes språk for dokumentasjon er for dårlig utviklet. Betydningen av dokumentasjon av de vurderinger, handlinger, forebyggende tiltak og sin omsorg for pasienten er viktig. Gjennom dokumentasjon blir anestesisykepleierens ansvar og funksjonsområde synliggjort, og erfaringskunnskap kan videreføres til studenter og yngre kollegaer.

Dåvøy (2005) har skrevet en masteroppgave om operasjonssykepleiernes bruk av faglig skjønn. Det er en kvalitativ undersøkelse hvor hun har intervjuet operasjonssykepleiere og kirurger om operasjonssykepleiernes bruk av faglig skjønn. Hun skriver at teoretisk og praktisk viten sammen utgjør det som kan kalles kunnskap i handling. For å oppnå en handlingskompetanse hvor faglig skjønn inngår, trengs erfaring. Målet med Dåvøys oppgave var å finne ut hva som ligger bak utviklingen av faglig skjønn og hvordan dette kommer til uttrykk i en operasjonsavdeling.

For mitt prosjekt er Dåvøys (2005) forskning interessant. Anestesi- og operasjonssykepleiere arbeider med samme pasient og opplever de samme situasjonene, selv om de har forskjellige arbeidsoppgaver. Begge faggruppene arbeider i et høyteknologisk miljø og under høyt arbeidspress. Slik jeg ser det kan operasjonssykepleiernes bruk av faglig skjønn sammenlignes med anestesisykepleiernes bruk av faglig skjønn, da begge faggrupper arbeider med samme type pasienter og i samme arbeidssituasjon. Selv om faggruppene har forskjellig kunnskap, arbeider de i sammenlignbare situasjoner. Det stilles også samme krav til handling, vurdering og prioritering for begge faggruppene i øyeblikkelig hjelp situasjoner. Jeg mener derfor at bruk av faglig skjønn er like viktig i anestesisykepleien som i operasjonssykepleien.

Lykkeslet har skrevet en doktorgradsavhandling om den bevegelige handlingskunnskapen i sykepleien (Lykkeslet, 2003). Hun har gjort feltarbeid og intervju. Hennes avhandling beskriver den praktiske kunnskapen som vises i sykepleienes arbeid i en sykehusavdeling. Hun skriver at sykepleien inneholder en væredimensjon og en gjøredimensjon.

Væredimensjon viser til at sykepleierne er og vil være noen for pasientene. Dette mener Lykkeslet er den mest grunnleggende dimensjonen i sykepleien. Gjøredimensjon vises i situasjoner hvor sykepleieren er sammen med pasienter, den er åpen og knyttet til situasjonen. Lykkeslet ønsker å sette ord på den kunnskapen som vises i det daglige sykepleiarbeidet, å synliggjøre kunnskap som ligger i praksis.

For meg er Lykkeslets avhandling interessant fordi hun skriver om praktisk kunnskap og erfaring i sykepleien. Selv om hun har gjort sitt feltarbeid og intervju på sengeposter, kan hennes funn om utvikling av erfaringskunnskap overføres til en spesialavdeling.

Blix (2005) skriver i sin masteroppgave "Korthuset" at sykepleierne oppgir at en av funksjonene ved deres dokumentasjon er å vise at de har tenkt på ting, at ingen skal kunne ta dem for noe. Det kommer også fram at sykepleierne er blitt mer bevisste på hva de dokumenterer etter at elektronisk sykepleiedokumentasjon er blitt innført. De opplever også at det er blitt mer "offentlig" det de dokumenterer, og at legene i større grad enn før leser sykepleiernes dokumentasjon. Sykepleierne sier at de er forsiktige med å skrive skjønsmessige vurderinger, men at de dokumenterer objektive observasjoner. Innføringen av elektronisk dokumentasjon kan også ha endret sykepleiernes språk i dokumentasjonen. Flere av sykepleierne sier at det dagligdagse språket ikke har en plass i skriftlig dokumentasjon, at dette språket kan brukes i muntlig rapport (Blix, 2005).

3.0 TEORETISKE PERSPEKTIVER SOM ANVENDES I ANALYSEN AV EMPIRIEN

3.1 Klinisk blikk

Almås (2001:5) beskriver bruk av klinisk blikk i et historisk perspektiv. I hippokratisk og klassisk gresk medisin var legene avhengige av å lytte til pasientenes beskrivelse av egen sykdom, i tillegg til å gjøre observasjoner. Den hippokratiske legen var avhengig av sin sanselighet, og så ikke etter sykdom innenfor en fysiologisk eller anatomisk ramme. For de gamle greske legene ble sykdom forklart som ubalanse i kroppen. Fra 1700- og 1800-tallet ble det etablert moderne klinikker, og vitenskapelige forklaringer på sykdom ble tatt i bruk. Legens blikk ble et diagnostiserende blikk og det ble mulig å stille diagnoser. Diagnostiske instrumenter hadde også en innvirkning på legens sansende blikk. I moderne medisinsk praksis har teknisk overvåkningsapparat fått en stadig større plass. Men selv om vi teknisk sett kan overvåke stadig mer av pasientens vitale funksjoner, er ikke klinikerens bruk av sanser blitt overflødige. Det er fremdeles viktig å observere pasientens kliniske status for å følge med på pasientens tilstand. Sykepleierens bruk av sanser og varhet i møtet med den syke har fortsatt en plass i klinisk arbeid. Intuisjon dreier seg om å ha kunnskap om sykdomsforløp og patologi, og sammen med bruk av sine sanser og sensitivitet fornemme pasientens tilstand (Almås, 2001:5-7).

Hvordan anestesisykepleierne bruker sine sanser, intuisjon og kunnskap i møtet med pasienten, er temaet for min studie. Anestesisykepleierne benytter teknisk overvåkningsapparat i sitt daglige arbeid. På området teknisk utstyr kommer det hele tiden nytt og avansert utstyr. Dette utstyret skal hjelpe til med å overvåke flere og flere funksjoner hos pasienten i forbindelse med anestesi. Som eksempel her kan nevnes bruk av søvnovervåkning for å overvåke hvor godt pasienten sover.

Alvsvåg skriver at vi gjennom våre sanser får tilgang til pasientens uttrykksformer (Alvsvåg, 1993b:25). Som sykepleiere trenger vi klinisk kunnskap for å være i stand til å tolke de inntrykk vi får gjennom sansene på en riktig måte. De observasjonene en sykepleier gjør, påvirkes av den kunnskapen og erfaringen hun har. For å kunne tolke og forstå kliniske observasjoner på en god og riktig måte, trenger sykepleieren kunnskap og erfaring om kroppens måte å reagere på sykdom på. Sykepleieren må lære hvordan hun skal bruke sin viten og observasjonsevne i det kliniske arbeidet. I sykepleierens bruk av klinisk blikk inngår

alle kunnskapsformer eller dyder som omtales av Aristoteles; episteme, techne og fronesis (Alvsvåg, 1993b:26-28). Gjennom at vi husker tidligere erfaringer vi har hatt, kan vi anvende vår erfaring i nye situasjoner. Dette hjelper oss til å handle rett i nye situasjoner.

Kristoffersen omtaler (i boka ” Den omtenkssomme sykepleier”) det kliniske blikket som klinisk sansing. Alle våre sanser brukes ved observasjon. Syn, hørsel, luktesans, følelsessans og vår varhet (Kristoffersen, 1993:135). Mine informanter beskriver også klinisk blikk som bruk av sansene for å observere pasienter og å gjøre tiltak. De snakker om sitt klinisk blikk som ”klinikken min”. Dette kan også kalles klinisk viten. Når sykepleiere får erfaring, utvikles klinisk viten som er en kombinasjon av elementær praktisk viten og grunnleggende teoretisk kunnskap (Benner, 1995:25).

3.1.1 Hvilke kunnskapsformer inngår i klinisk blikk?

Slik jeg ser det inngår alle kunnskapsformer i klinisk blikk. De aristoteliske kunnskapsformene benevnes som episteme, techne og fronesis (Nortvedt og Grimen ,2004), som tidligere omtalt. For å kunne utvikle et godt klinisk blikk, trenges kunnskap om det som ikke kan være annerledes; episteme. Aristoteles omtaler kunnskap på tre måter, episteme, techne og fronesis. Episteme er vitenskapelig kunnskap, det som er evig og uforanderlig. Techne er kunnskapen om hvordan man lager ting. Dette er i moderne språkbruk en type praktisk kunnskap. Fronesis er å kunne handle moralsk klokt, dette er også en praktisk kunnskap (Nortvedt og Grimen ,2004:170-171). Fronesis er å vite hvordan man gjennom handling kan sikre målene for et godt liv. Fronesis er evne til å vurdere hvordan man skal handle for å gjøre det som er (moralsk) godt for mennesker i konkrete situasjoner. Dette innebærer også tillærte ferdigheter for å kunne bedømme situasjoner. Denne kunnskapen trenger ikke å bygge på teoretisk kunnskap, den tilegnes gjennom alder og erfaring, og er partikulær og individuell. Fronesis beskrives som indeksert kunnskap, den er personlig og knyttet til situasjonen den utvises i (Nortvedt og Grimen ,2004:172). Anestesisykepleiere er avhengig av både episteme, techne og fronesis for å kunne ivareta pasienter på en tilfredsstillende måte. Episteme kan ses på som naturvitenskapelig kunnskap, anatomi, fysiologi, patofysiologi, anestesiologi og medikamentlære. Techne er den dyden som Aristoteles beskriver som å vite hvordan man skal anvende kunnskapen og de praktiske ferdigheter man har. Innenfor techne kan regnes kunnskap om hvordan tekniske hjelpemidler brukes i det daglige arbeidet, slik som laryngoscop og medisinsk teknisk utstyr, samt

anvendelse av prosedyrer. Slik jeg ser det, går kunnskapsformene over i hverandre. Et laryngoscop er et redskap med lys som brukes ved intubasjon for å få oversikt over pasientens luftveier. Som anestesisykepleier må man vite hvordan dette skal virke og hvordan det skal settes rett på plass for ikke å skade pasienten og slik at man får innsyn til pasientens luftrør. Å lære seg å bli en dyktig intubatør innbefatter alle kunnskapsformene til Aristoteles. En anestesisykepleier trenger kunnskap om menneskekroppen og dens funksjon for å kunne utøve sitt fag. Kunnskap om sykdom og hvordan sykdom utvikler seg og behandles, er også essensiell kunnskap i anestesisykepleien. Hun trenger også kunnskap om anestesifaget og de medikamenter og det utstyret hun skal bruke, for å kunne gi en trygg og faglig god anestesi.

Fronesis er å kunne handle klokt og moralsk rett, å gjøre det som er godt for andre mennesker i gitte situasjoner (Nortvedt og Grimen, 2004:170-171). Slik jeg ser det, innebærer bruk av klinisk blikk, å bruke sin fronesiskunnskap. I følge Nortvedt og Grimen (2004) er det å bruke sin erfaring for å kunne bedømme situasjoner, en del av fronesis. Mine informanter uttrykker at de har tilegnet seg erfaring som gjør at de føler seg tryggere i arbeidssituasjonen. Jeg tolker det slik at de har utviklet sin kunnskap og erfaring i alle de aristoteliske kunnskapsformene. De har tilegnet seg mer kunnskap om det som ikke kan være annerledes (episteme), om prosedyrer og utstyr (techne) og om hvordan de skal handle til det beste for pasienten i gitte situasjoner (fronesis). Jeg oppfatter det slik at en anestesisykepleier er avhengig av episteme og techne for å kunne utvikle fronesis.

3.2 Sansing

Som tidligere nevnt, omtaler Kristoffersen i boka "Den omtenkssomme sykepleier" det kliniske blikket som den kliniske sansingen. Alle våre sanser brukes ved observasjon, syn, hørsel, luktesans, følelsessans og vår varhet (Kristoffersen, 1993:135).

Alvsvåg skriver at vi via våre sanser kan oppleve pasientenes uttrykksformer. Vi opplever pasientens blikk, kroppsholdning, stemme og språklig uttrykk (Alvsvåg, 1993b:25). Men som sykepleier påvirker jeg også pasienten gjennom min væremåte, det foregår en gjensidig sansing i møtet mellom pasient og sykepleier. Sykepleieren må lære å bruke sine sanser i møtet med pasienter. Hun må lære hvordan hun ved hjelp av sansene skal kunne danne seg et godt og riktig bilde av pasientens situasjon. Å lære å bruke sansene oppøves i pasientmøter i det kliniske felt (Alvsvåg, 1993b:25). Anestesisykepleieren er alltid til stede hos pasienten hun har ansvaret for. Dette gjør at hun ved å bruke sine sanser kan følge pasientens utvikling

nøye. I anestesisykepleien oppøves det kliniske blikket når anestesisykepleieren gir anestesi eller ivaretar pasienter i akutt situasjoner.

Josefson omtaler bruk av sansene som ”seendes mesterskap”. Kunnskapen om bruk av sansene læres i praksis og krever oppmerksomhet (Josefson, 1991:28). Slik jeg ser det, kan oppøvelsen i bruk av sanser påvirkes av bruk av teknisk overvåkningsapparat. Bruk av teknisk apparatur kan både bekrefte våre sanselige observasjoner og gjøre oss usikker på egen observasjonsevne. Usikkerheten kan inntreffe for eksempel dersom det oppstår feilmåling av vitale verdier, så som blodtrykk, puls og respirasjonsparametre, og det ikke er samsvar mellom det vi sanser og tolker, og avleste verdier.

I følge Martinsen (Martinsen, 2003:115) dokumenteres sykepleien gjennom sykepleierens sanselighet og ferdigheter. Sykepleien er ikke taus, men viser seg gjennom sansing og håndlag. Anestesisykepleien viser seg både gjennom bruk av klinisk blikk og gjennom våre handlinger. Et eksempel her kan være måten anestesisykepleieren intuberer pasienten på. Ved hjelp av sitt kliniske blikk kan anestesisykepleieren vurdere når tid pasienten er klar for å bli intubert, det vil si sover godt nok og er tilstrekkelig muskelrelaksert. En god intubasjon utføres på en rask og skånsom måte, slik at pasienten ikke utsettes for unødvendig stress og at det ikke oppstår skade på pasienten.

Som sykepleiere lærer vi å se på en spesiell måte. Vi bruker blikket til å oppfatte hvordan pasientens tilstand er. Det vi ser og hører bestemmes av situasjonen. Syn og hørsel er friere i sin erfaring enn lukt, smak og berøring (Alvsvåg, 1993a:112-113). Dette innebærer at det er synet og hørselen som i størst grad kan påvirkes av våre tanker, erfaringer og kunnskap. Når vi ser pasienten, bruker vi et diagnostiserende blikk. Vi er opptatt av pasientens diagnose og hva dette innebærer for oss som helsearbeidere. Dette blikket er et gjennomtrengende, dissekerende blikk. Det diagnostiske blikket må kombineres med medmenneskelighet, klinisk lærdom og erfaring for å forstå den helhetlige situasjonen (Alvsvåg, 1993a:113). Når anestesisykepleieren møter pasienten på operasjonsstuen eller på previsitt, kan hun bruke sitt diagnostiserende blikk for å skaffe seg en oversikt over pasientens medisinske tilstand. Men for at hun skal få oversikt over hele situasjonen og legge til rette for et godt møte, må hun også bruke sin fronesis.

Martinsen skriver i boka ”Øyet og kallet” at det å være profesjonell, ikke står i motsetning til å være personlig involvert og å vise følelser. Men at man må skille mellom om å være personlig og privat, mellom følelser for den andre og føleri. Hun sier videre at følelsen for den

andre er en seende følelse, det er en følelse som sansingen åpner for og på denne måte åpner den andres verden for meg (Martinsen, 2000:11). Vi kan se pasienten på to måter; gjennom et registrerende øye, som et objekt, eller vi kan se pasienten med fagkunnskap som gir oss mulighet til å se et lidende menneske. For at anestesisykepleieren skal se at pasienten er et lidende menneske, må hun se med hjertets øye. Med det mener jeg at hun må stille seg åpen for å ta inn pasientens uttrykk og opplevelse, slik som om pasienten har smerter, er nervøs, gruer seg, er sliten eller har dårlige erfaringer med anestesi og operasjon fra før. Hun må se pasienten som et subjekt.

Elstad omtaler bruk av teknisk apparatur som en forlengelse av sansene (Elstad, 1995). Den erfarne spesialsykepleieren har sin oppmerksomhet rettet mot pasienten, eventuelt gjennom apparaturen. Dersom det skjer noe galt med den tekniske apparaturen, vil hennes oppmerksomhet bli dratt bort fra pasienten og over på apparaturen. Ved bruk av høyteknologisk apparatur blir synet en overordnet sans. Oppmerksomheten rettes mot avleste verdier, tall, og dette kan få større plass enn sanselige observasjoner (Elstad, 1995:145). Slik jeg ser det, stilles det derfor større krav til oppmerksomheten omkring sykepleierens bruk av sanselighet i et høyteknologisk miljø. Pasienter er i forbindelse med anestesi mer utsatt for fysiologiske forandringer enn ellers. Endringer i pasientens tilstand skjer raskt og dette stiller store krav til anestesisykepleierens sanselighet. Anestesisykepleierens bevissthet omkring bruk av sanselighet i sitt daglige arbeid, blir derfor viktig.

3.3 Kunnskap og erfaring

Mine informanter omtalte kunnskap og erfaring som ett tema. Det ble derfor vanskelig for meg å skille dette. Jeg tolker dette slik at anestesisykepleierens kunnskapsplattform består av både kunnskap og erfaring, og at dette ikke lar seg skille. Kanskje dette er fordi klinisk viten omfatter både kunnskap og erfaring og er tett sammenvevd? Jeg velger derfor å omtale kunnskap og erfaring som et tema.

I den vestlige tradisjonen har den greske antikkens tenkning om kunnskap vært gjeldende. Det vi vet må vi kunne si og fremme som en påstand som er sann og som vi kan begrunne (Nortvedt og Grimen, 2004:169). Denne forståelsen av kunnskap er problematisk, fordi den gir en form for verdirangering av kunnskapsformer, noen kunnskapsformer blir rangert høyere enn andre.

I følge Molander er den teoretiske kunnskapstradisjon rådende ved utdanningsinstitusjoner. Man anser formulerbar kunnskap å være den høyeste formen for kunnskap, kunnskapen skal være konkret og korrekt (Molander, 1997:125). Som en motsetning til den teoretiske kunnskapstradisjon står den praktiske kunnskapstradisjonen. Molander beskriver forskjellen på teoretisk og praktisk kunnskap på følgende måte:

Den (västerländska) teoretiska kunnskapstraditionen utmärks av:

-en dualism subjekt-objekt, kunnskap är kunnskap om något från subjektet avskilt;

-att tillämpning ses som ett separat moment; man kan ha kunskap utan att kunna tillämpa den;

-övertygelsen att kunskap avspeglar eller avbildar verkligheten (eventuellt med vissa förvrängningar);

-övertygelsen att kunskap kan formuleras i ord och matematiskt språk;

-evighetslängtan (parad med övertygelsen att den inte kan uppfyllas).

Som kontrast sätter jag en (västerländsk) praktisk kunnskapstradition, som aldrig har funnits som en samlad tradition; den utmärks av:

-ett mer eller mindre starkt avståndstagande från dualismen, den bygger på deltagande och dialog med andra människor och i kunnskapen inngår att leva med material, verktyg osv.;

-enhet kunskap-tillämpning;

-övertygelsen att kunskap är kunskap-i-handling, levande kunskap i världen ; kunskap avbildar inte utan leder från fråga till svar och från oppgift til fullgörande inom olika mänskliga aktiviteter;

-övertygelsen att kunskap är i grunden "tyst" även om ord och matematiskt språk många gånger är nyttiga hjälpmedel;

-en förankring i levande traditioner (Molander, 2004:68).

Molander (2004) skriver at den vestlige teoretiske kunnskapstradisjonen er preget av dualismen og at all kunnskap kan artikuleres. Den er også kjennetegnet ved at man kan ha kunnskap uten å kunne anvende den. Den praktiske kunnskapstradisjonen er preget av at kunnskap vises i handling, det er en levende kunnskap som har sin forankring i levende tradisjoner.

Jeg har tidligere omtalt de aristoteliske kunnskapsformer. Aristoteles inndeling av kunnskap ligger til grunn for flere av dem som i dag er deltakere i debatten om hva kunnskap er (Alvsvåg, 1993b; Josefson, 1991; Martinsen, 2003; Molander, 2004; Nortvedt & Grimen, 2004).

Kan praktisk kunnskap beskrives i ord? Denne kunnskapen kommer ofte inn under betegnelsen taus kunnskap. Uttrykket stammer fra Michael Polanyi, som skriver at vi vet mer enn vi kan sette ord på (Molander, 2004:35). Taus kunnskap viser til kunnskap som ikke er artikulert, men som vises i utførelsen. Den levende kunnskapen, den som viser seg i handling

og engasjement, er det viktigste i den tause kunnskapen. Dette i motsetning til det som er nedskrevet og abstrakt. Den levende kunnskapen omtales ofte som kunst (Molander, 2004:38).

Hamran viser til Flyvbjerg og omtaler taus kunnskap som evnen til å bruke erfaringer som er gjort med egen kropp og til å kunne gjenkjenne likheter mellom disse erfaringer og nye situasjoner man står i. Hun viser til Molander når hun også hevder at denne typen kunnskap er å betrakte som en del av en kultur (Hamran, 1995:71). Taus kunnskap må begrunnes for å bli gyldig kunnskap. Kritikken mot begrepet taus kunnskap er at å akseptere taus kunnskap som grunnlag for praksis, kan føre til at helsearbeidere kan få en ukritisk holdning til egen kunnskap og egne vurderinger (Hamran, 1995:64). Taus kunnskap kan bli en måte sykepleierne bruker for å unndra seg å begrunne sine handlinger. I anestesisykepleien kan begrepet taus kunnskap brukes om det å handle intuitivt og uten å analysere en situasjon. Det å ha et godt håndlag, kan også komme inn under begrepet taus kunnskap. Et godt håndlag er vanskelig å sette ord på, men vises i handlingen. Et eksempel her kan være innleggelse av venekanyler. Det er svært vanskelig å beskrive følelsen du har i fingrene når du perforerer veneveggen, den må oppleves og erfares. Deler av denne kunnskapen er uutalt. Grunnen til dette kan være at det er vanskelig å beskrive praktisk kunnskap.

Josefson omtaler denne type kunnskap som fortrolighetskunnskap. Det hun kaller fortrolighetskunnskap, kan også oppfattes som intuisjon (Josefson, 1991:33). Josefson unngår å bruke ordet intuisjon, da hun skriver dette kan oppfattes som noe mystisk, overjordisk og ofte knyttes an til kvinner. Fortrolighetskunnskap henspiller på at denne kunnskapen er et resultat av kvalifisert arbeid og ikke knyttet til mystikk (Josefson, 1991:33).

Fortrolighetskunnskap utvikles gjennom erfaring og refleksjon. Fortrolighetskunnskap utvikles når erfaringer blir bearbeidet og yrkesutøveren reflekterer omkring sine erfaringer (Josefson, 1991; Molander, 2004). Å diskutere med kollegaer er en måte anestesisykepleieren kan bruke for å reflektere over egne erfaringer.

Nortvedt og Grimen (2004) påpeker at kunnskap i handling ikke lar seg skille fra personen som innehar den, og situasjonen kunnskapen er tilegnet og anvendt i. Praktisk kunnskap peker på kunnskapsbæreren og situasjonen den brukes i. Dette kaller de indeksert kunnskap. Enhver må gjøre sine egne erfaringer. Praktisk kunnskap kan læres, kan kritiseres, er overførbar og vises gjennom handling (Nortvedt og Grimen, 2004:186-191). For at indeksert kunnskap skal kunne læres, kreves det læringsarenaer som legger til rette for slik læring.

For at indeksert kunnskap skal kunne læres, må den settes ord på. Anestesisykepleiere arbeider ofte alene eller sammen med en anestesilege, sjelden sammen med en annen anestesisykepleier. Dette kan vanskeliggjøre overføring av erfaringskunnskap. Fokus må rettes mot den erfaringsbaserte kunnskapen i anestesisykepleien dersom den skal synliggjøres, og kunne videreformidles til andre kollegaer. Det må også skapes en bevissthet med hensyn til læringsarenaer for å legge til rette for at den erfaringsbaserte kunnskapen skal videreformidles i praksisfellesskapet.

Et viktig perspektiv ved praktisk kunnskap, er at den er kroppslig. Erfaringer som er grunnlaget for kunnskapen, er gjort med egen kropp. Hamran viser til Rolf og skriver at kunnskapen vises i handlag, i knep, i følelser og ferdigheter (1995:71) For at erfaringsbasert kunnskap skal beskrives som kroppslig, krever det at vi ser på kroppen som et erfaringsområde. Den er ikke bare et fysisk objekt, men et felt for måter å erfare verden på.

Thornquist viser til Merleau-Ponty som hevder at mennesket har tilgang til verden på to måter, gjennom persepsjon og gjennom handling. I kraft av vår kroppslighet lærer vi våre omgivelser å kjenne.(Thornquist, 2003:119) I følge Thornquist hevder Merleau- Ponty at kunnskap og hukommelsen sitter i hendene og i kroppen, at kroppen vår vet og forstår. Dette blir eksemplifisert ved å vise til ferdigheter som sykling og pianospilling. Den som utfører dette, vet hvordan det skal gjøres, men kan ikke beskrive alle trinn til minste detalj. Thornquist viser til at i følge Merleau- Ponty er kroppslig læring og denne type aktivitet i stor grad prerefleksiv, og det dreier seg derfor om kunnskap som er utenfor språkets grenser. Praktisk kunnskap er derfor ikke taus - den vises i handlingen (Thornquist, 2003:124).

Praktisk kunnskap overføres i et praksisfellesskap ved at man arbeider sammen. I og med at anestesisykepleierne i liten grad arbeider sammen, kreves det tilrettelegging og bevissthet for at kunnskapsoverføring skal kunne finne sted.

Molander anvender begrepet oppmerksomhet når han omtaler kunnskap. I følge Molander er en kyndig person oppmerksom. En oppmerksom person er bevisst mulighetene for å gjøre feil, har selvtillit og ser at det finnes et forbedringspotensiale (Molander, 2004:142). Oppmerksomhet brukt i denne sammenheng, kan også beskrives som å være nærværende tilstede. I en sykepleiefaglig sammenheng innebærer det å være nærværende tilstede, å ha sin oppmerksomhet rettet mot pasienten eller situasjonen. Molander skriver at denne typen kunnskap leder oss videre til det beste og til å gjøre det beste. Dette kan beskrives som den aristoteliske dyden, fronesis. Videre hevder Molander at for at erfaring skal utvikles til

kunnskap, kreves et kritisk blikk. For å utvikle kunnskap må man rette blikket både framover og bakover (Molander, 2004:136).

Nightingale skriver at det ikke er antall år man har arbeidet som gir erfaring, men iakttakelsen (Nightingale, 1997:180). Hun skriver også at sykepleieren må være en god observatør og gjøre nøyaktige observasjoner. Det er iakttakelsen som gir erfaring. Nightingale skriver at det er noen som aldri lærer av sine erfaringer. Jeg forstår dette slik at å lære av sine erfaringer er en aktiv prosess. Erfaring uten refleksjon eller oppmerksomhet, fører ikke til læring.

For anestesisykepleierne er det viktig at kunnskap som er ervervet gjennom erfaring, synliggjøres og settes ord på. Dersom denne typen kunnskap skal bli vektlagt, er det viktig at den blir omtalt og dokumentert. Erfaringsbasert kunnskap må synliggjøres og vektlegges i praksisfellesskapet, bli diskutert og reflektert over.

Benner (1995:29-49) viser til Dreyfus og Dreyfus som hevder at kunnskap har ulike nivåer. Hun bruker deres skjema i sin studie hvor hun viser hvordan sykepleieren utvikler seg fra å være novise til å bli ekspert utøver. De fem ferdighetsnivåer er: novise, avansert nybegynner, kompetent, kyndig og ekspert. Novisen er det laveste nivået, og sykepleieren mangler bakgrunnsforståelse for situasjonen. En avansert nybegynner kan prestere en tilnærmet akseptabel innsats. Hun trenger veiledning i komplekse situasjoner, men kan gjenkjenne visse aspekter i situasjonen. Den kompetente utøver kan bevisst planlegge og prioritere sine handlinger. Det vanlige er at dette utvikles over 2-3 år i samme arbeid. Den kyndige sykepleier oppfatter situasjoner som helheter. Prestasjoner styres av maksimer (kryptiske instruksjoner), og hun har en intuitiv fornemmelse for situasjoner basert på stor bakgrunnsforståelse. Kyndighet oppnås vanligvis etter å ha arbeidet med samme pasientgruppe i 3-5 år. Eksperten er ikke avhengig av å analysere situasjonen, men handler intuitivt. Eksperten trenger ikke regler for å handle. Hun kan med sin enorme erfaringsbakgrunn gripe fatt i en problemstilling uten å bruke tid på overveielser og analyser (Benner, 1995). Kritikken mot dette, er at det ikke kommer klart frem hvordan eksperten fortsetter å lære. Molander (2004:47) sier at for å forbli en ekspert må man fortsette å lære.

Alle mine informanter er eksperter i følge Dreyfus og Dreyfus jfr. Benner (1995:44). De har arbeidet i mer enn ti år som anestesisykepleiere og beskriver at de ofte handler intuitivt i situasjoner. De beskriver også at de kan kjenne igjen situasjoner og bruke sin erfaring i nye

situasjoner. Informantene mine sa også at de fortsatt lærte og at denne lærdommen gjorde at de følte seg tryggere i yrket sitt.

Alvsvåg omtaler praksisfellesskapet som en viktig arena for læring og deling av erfaring (Alvsvåg, 2007a:207). Dersom praksisfellesskapet skal være en læringsarena, er det avhengig av at det finnes tid og møteplasser for å utveksle erfaringer. I et mer og mer presset helsevesen hvor tid er penger, er det felles møteplasser som først blir fjernet. Et eksempel her er muntlig rapport som flere steder er blitt erstattet med at hver enkelt helsearbeider selv leser rapporten på en datamaskin. På denne måten tapes en viktig arena for diskusjon og faglig meningsutveksling. Min erfaring er at felles møteplasser for sykepleierne ofte blir fjernet i effektiviseringen som foregår i sykehusene. Felles møteplasser og møtetid kan bli sett på som sløsing av effektiv behandlingstid, og derfor tatt bort.

I ”Rammeplan for videreutdanning i anestesisykepleie (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005), heter det:

Å gi anestesi innebærer at man må kunne identifisere og kompensere for pasientens egenomsorgssvikt. Yrkesutøvelsen krever utvidet sykepleiekunnskap og nødvendig medisinsk basiskunnskap om den akutt/kritisk syke pasient og den spesielle situasjonen pasienten befinner seg i. Anestesisykepleiefaget og-yrket innebærer forståelse for at man står i et skjæringspunkt mellom medisinsk teknologisk behandling og sykepleie hvor begge aspekter må ivaretas (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005:5).

Det slås fast at anestesisykepleierne trenger både medisinsk kunnskap, såkalt vitenskapelig kunnskap, eller påstandskunnskap og sykepleiekunnskap. Erfaringskunnskap er ikke nevnt her, det er ikke inkludert, men heller ikke ekskludert. Når praksis omtales i samme dokument, slås det fast at praksisstudiet skal bidra til at studenten tilegner seg yrkesspesifikke kunnskaper, ferdigheter og holdninger (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). Jeg tolker det slik at det er i praksis studenten skal tilegne seg ferdigheter i klinisk observasjon og klinisk klokskap. Slik jeg ser det er det en del av den yrkesspesifikke kunnskapen i anestesisykepleie.

3.4 Faglig skjønn

Bruk av sansing og klinisk blikk, kan betegnes som faglig skjønn. I følge Grimen og Molander inngår bruk av skjønn i alle profesjoner. Generelle regler for handling er sjelden nok i konkrete situasjoner, det må også brukes dømmekraft (2008:179). Skjønn kan beskrives

som et relativt begrep. Det begrenses av visse restriksjoner, fastsatt av en myndighet. På en sykehusavdeling kan bruk av skjønn begrenses av retningslinjer for arbeidet, utarbeidet av medisinsk og sykepleieansvarlig myndighet. Skjønn krever fortolkning og bruk av dømmekraft. Den som bruker skjønn, resonnerer i spesifikke situasjoner for å komme fram til en begrunnet avgjørelse om hva som skal gjøres (Grimen og Molander ,2008:118). Delegering av skjønnsmyndighet baseres på en antakelse om at den som utøver skjønn, er i stand til å ta avgjørelser basert på fornuft og er i stand til å begrunne sin avgjørelse. Ved en skjønnsmessig avgjørelse, er det mulig å ta feil. Dette omtaler Grimen og Molander (2008:192) som skjønnets byrder. At personer som utøver skjønn, kan komme fram til ulike konklusjoner, er begrunnet i skjønn som resoneringsform. Personenes erfaring er en viktig faktor i skjønnsutøvelse (Grimen og Molander ,2008:193).

Som anestesisykepleier står man ofte i situasjoner hvor avgjørelser må tas raskt. Da er det ofte nødvendig å bruke faglig skjønn. Situasjonen kan være så uoversiktlig og kompleks at generelle handlingsregler ikke strekker til. I slike situasjoner er det mulig å ta en feil avgjørelse. Slik jeg ser det, er det viktig å være i stand til å beskrive situasjonen og gi en god faglig begrunnelse for de vurderinger som er gjort og de avgjørelser som er tatt. Med andre ord, må man bære vekten av skjønnets byrder.

Alvsvåg beskriver bruk av faglig skjønn som å finne den beste måten å handle på, når det finns flere alternative handlemåter. Skjønnets benyttes i situasjoner hvor regler for handling mangler eller er uklare (Alvsvåg, 2007a:209). Uerfarne yrkesutøvere er avhengig av regler for å kunne handle i situasjoner. Yrkesutøvere med erfaring er i stand til å bruke faglig skjønn i situasjoner. Erfaringen har lært dem at dersom de gjør grundige og kloke vurderinger og handler skjønnsmessig, vil det være den riktige handlemåten i gitte situasjoner (Alvsvåg, 2007a:209). Dersom en erfaren yrkesutøver ikke bruker faglig skjønn, lar hun ikke erfaringen og sin faglighet spille inn på hvordan hun håndterer situasjonen. I uoversiktlige og komplekse situasjoner kommer skjønnets til sin rett. For slike situasjoner er det umulig å lage eksakte regler for hvordan man skal handle, såkalt evidensbasert praksis. Skjønnets læres i praksis gjennom erfaring, kunnskap og refleksjon (Alvsvåg, 2007a:209-210).

Martinsen skriver at skjønnets i sykepleien er en oppøving i å stille seg åpen for det sanselige inntrykk. Det er en måte å lære seg å være sanselig tilstede på en god klinisk måte (Martinsen, 2003:144). Gjennom skjønnets kan vi lære erfaring, fordi erfaring får vi gjennom den sansende forståelse. Vi lærer å kjenne igjen situasjoner og forstår hvordan vi skal opptre i nye

pasientsituasjoner. I skjønnnet dominerer den praktiske kunnskapen, og skjønnnet læres i praktiske sammenhenger. Martinsen omtaler det faglige skjønnnet som den praktisk- moralske handlingsklokskapen. Dette er en gammel lærertradisjon i praksisyrkene. Den gode sykepleien uttrykkes i handling. I sykepleien slippes den naturlige sansingen til gjennom blikket, hørselen, lukten og de følsomme ord. Det er en integrert del av sykepleierens handlinger (Martinsen, 2003:138-139).

Alvsvåg skriver at bruk av standarder og regler kan være et hinder for utvikling av godt faglig skjønn (Alvsvåg, 2007a:210). Dersom regler og standarder blir brukt uten at det utøves faglig skjønn, kan dette være et hinder for læring. Videre skriver Alvsvåg at skjønnnet må ha et rom å røre seg i. Dette rommet skaper en distanse til reglene og skjønnnet får utvikle seg.(Alvsvåg, 2007a:210-211).

Alvsvåg viser til Aristoteles når hun omtaler kollegaer som ”medskjønnere” (Alvsvåg, 2007a:212). Gjennom diskusjoner og deling av erfaringer, utvikles det faglige skjønnnet. Det tar tid å utvikle et godt faglig skjønn. Faglig skjønn kan tillegges den kunnskapsformen som Aristoteles omtaler som fronesis.

Alvsvåg (Alvsvåg, 1993b:24) skriver at det i et praksisfellesskap utvikles en felles forståelse for hva som er rett å gjøre i ulike situasjoner. I diskusjon med andre kollegaer kommer man fram til riktig handlemåte og utvikler sitt faglige skjønn. I denne sammenheng omtales kollegaer som ”medskjønnere”. Ved å diskutere med andre mer erfarne kollegaer, kan den erfaringen disse kollegaene innehar, bli en del av ens egen erfaringsbakgrunn (Alvsvåg, 1993b:24). I vanskelige beslutningssituasjoner, vil vi ikke bare føre dialog med oss selv, men også med andre erfarne kollegaer. På denne måten kan skjønnsmessige avgjørelser bli en del av praksisfellesskapet og dermed få sin faglige forankring i et praksisfellesskap. Ved at det faglige skjønnnet forankres i praksisfellesskapet, utvikles læring. Det at beslutninger er forankret i et fellesskap er også med på å redusere skjønnnets byrde.

Dåvøy (2005) skriver i sin masteroppgave om hvordan operasjonssykepleiere utvikler og bruker faglig skjønn i arbeidet sitt. Hun mener bruk av faglig skjønn gir en unik kompetanse, som ikke alltid blir verdsatt i helsefagene. Skjønnnet utvikles ved at operasjonssykepleieren får erfaring, og før de, er hun avhengig av å bruke sin teoretiske kunnskap og prosedyrer i yrkesutøvelsen. Den erfarne operasjonssykepleieren kan bruke sitt faglige skjønn for å vurdere og handle til det beste for operasjonspasienten. De gode ”skjønnerne” må formidle sin

kunnskap til novisene for at erfaringskunnskapen skal vokse fram i praksisfellesskapet (Dåvøy, 2005).

For at kollegaer skal bli gode ”medskjønnere” må det være en praksis og kultur som gjør det mulig å diskutere skjønnsmessige avgjørelser. Min erfaring tilsier at dette krever trygghet og åpenhet i faggruppen. Det må være et miljø hvor avgjørelser kan bli diskutert, også avgjørelser som ikke var så kloke i den gitte situasjonen. Jeg tror også det er viktig å diskutere alternative måter å løse et problem på. Det er sjelden at det finns bare et riktig handlingsalternativ. Ved at både gode og mindre gode skjønnsmessige avgjørelser blir tatt opp til diskusjon, blir skjønnets byrde belyst. Jeg tror det er viktig at alle sider ved bruk av faglig skjønn blir diskutert. Dette vil kunne gi grobunn for gode skjønnsmessige avgjørelser. Som anestesisykepleier kommer man ikke utenom bruk av faglig skjønn. Derfor er det viktig å vektlegge en diskusjon om skjønnsmessige avgjørelser i faggruppen. På denne måten kan erfarne ”skjønnere” dele sin erfaring med mindre erfarne kollegaer og det gode faglige skjønnnet kan vokse fram i et praksisfellesskap.

4.0 METODE

4.1 Forskningsdesign

Jeg har valgt et kvalitativt forskningsdesign på min undersøkelse. Kvalitative metoder benyttes mye innenfor samfunnsvitenskapelig forskning (Thagaard, 2009). Innenfor kvalitativ forskning finnes det mange forskjellige metoder. Jeg har valgt å bruke fokusgruppeintervju som metode for å samle inn forskningsdata. Andre metoder som kan nevnes er det kvalitative forskningsintervjuet og deltagende observasjon (Thagaard, 2009:13).

Kvalitative metoder er velegnet for å beskrive og analysere karaktertrekk og egenskaper ved de fenomener som skal belyses. Vi kan få vite mer om erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger gjennom kvalitative studier. Vi kan spørre etter meninger, betydninger og nyanser av hendelser og adferd og på denne måten få økt forståelse for menneskelige handlinger (Malterud, 1996:30). I kvalitativ forskning er man ikke opptatt av forekomster, men egenskaper ved fenomenene (Langdridge, 2006; Thagaard, 2009). I kvalitativ forskning prøver forskeren å beskrive eller avdekke kvaliteter ved fenomenet det forskes på. Oppmerksomheten er rettet mot informantenes opplevelse (Langdridge, 2006:255). Ved bruk av kvalitativ forskningsmetode prøver forskeren å studere mennesker i deres naturlige omgivelser og å avdekke kompleksiteten ved fenomenet det forskes på (Langdridge, 2006:255).

Jeg tar utgangspunkt i den hermeneutiske tradisjonen. Virkeligheten nærværende, flertydig, subjektiv, erfart og konstruert av individet (Dahlberg, Nyström, & Dahlberg, 2008). Forskeren er nær det som skal forskes på, er deltakende i prosessen, påvirker resultatene og er med på å skape kunnskap. Man tar utgangspunkt i dagliglivet og levd erfaring slik det fremstår for subjektet (Dahlberg et al., 2008:32). Ved bruk av intervju som forskningsmetode, er det et subjekt – subjekt forhold mellom forsker og informanter (Thagaard, 2009:19). I kvalitativ forskning er det viktig at forskeren stiller seg åpen for informantenes erfaringer, og fokuserer på det som tas for gitt innenfor en kultur (Thagaard, 2009:38). Et viktig prinsipp innenfor disse forskningstradisjonene er å forstå fenomener fra informantenes perspektiv og deres erfaringer.

Kvalitativ forskning åpner for en fordypning og økt forståelse for sosiale fenomener som vi studerer (Thagaard, 2009:11) Martinsen er opptatt av at fenomenologisk tilnærming åpner for forskning hvor den daglige opplevde erfaringen, sansningen og dagligspråket står i sentrum

(2003:165). Martinsen mener at fenomenologien åpner for det hun kaller kjærlig forskning. Ved at sykepleierens opplevelser vektlegges og at deres erfaringer i møtet med pasienter settes ord på, kan forskeren bidra til at kunnskap basert på sykepleiernes erfaringer blir synliggjort.

Jeg har i min oppgave vektlagt å få fatt på anesthesisykepleiernes opplevelser og erfaringer, men reserverer meg fra å omtale dette som fenomenologisk forskning. Min tilnærming til forskningsfeltet har i stor grad vært preget av på forhånd fastlagte teoretiske perspektiv. Dette har styrt både min intervjuguide og mine analyser av min empiri.

Thagaard (2009:15) nevner begrepene innlevelse og systematikk som viktige i kvalitativ forskning. Innlevelse innebærer at forskeren er i stand til å sette seg inn i situasjonen til de hun studerer og er åpen for informasjon og inntrykk fra informantene. En dyp innlevelse kan både bidra til en god kontakt med informantene og gi ideer til fortolkning omkring meningsinnholdet i innsamlede data. Systematikk kan knyttes til hvordan forskeren forholder seg til trinnene i forskningsprosessen. Denne systematikken innbefatter at forskeren gjør grundige og nøye vurderinger både med hensyn til datainnsamling og analyseprosessen. Systematikk må ikke utelukke kreativitet og spontanitet. Alle disse begrepene har sin plass i den kvalitative forskningsprosessen. Systematikk i forskningsprosessen er viktig for å vise hvordan kunnskap utvikles i prosjektet (Thagaard, 2009:15).

Når jeg skulle undersøke hva anesthesisykepleiere observerer, fornemmer og dokumenterer/ ikke dokumenterer, valgte jeg å snakke med dem. Dette fordi jeg ønsket å få data som fortalte om deres forståelse av fenomenet. Ved at jeg benyttet et kvalitativt forskningsdesign, fokuserte jeg på anesthesisykepleiernes egne opplevelser av hvordan de bruker sitt kliniske blikk og hvordan deres erfaringskunnskap påvirker deres daglige arbeid. Jeg fikk også vite hva de dokumenter/ ikke dokumenterer og deres refleksjoner omkring dokumentasjon.

4.2 Forforståelse og å forske i eget felt

Bevisstheten om egen rolle og påvirkning er spesielt viktig ved kvalitativ forskning. Kvale og Brinkmann (2009) bruker en metafor om gruvearbeideren og den reisende for å beskrive forskjellige utgangspunkt intervjueren kan ha. Gruvearbeideren ser på kunnskap som skjult, noe som hentes opp fra dypet, han graver opp gullkorn som forblir uforandret av gruvearbeideren. Den reisende er underveis, han flakker fritt omkring, deltar i samtaler med

folk han møter, stiller spørsmål og oppfordrer dem til å fortelle sine historier (Kvale og Brinkmann ,2009:67). Jeg tror man som forsker må være både gruvearbeider og reisende. Å være reisende er spesielt viktig i analyseprosessen hvor min kunnskap og forforståelse vil være en del av kunnskapsutviklingen. Man må grave etter kunnskap, men kunnskapen vil aldri være upåvirket av forskerens egen kunnskap og forståelse, dette er et trekk ved kvalitativ forskningsmetode (Kvale og Brinkmann ,2009:37). For min forskning innebærer dette, at min forforståelse vil innvirke på både min problemstilling og min forståelse og analyse av empirien.

Før jeg gjennomførte intervjuene, måtte jeg avklare min egen forforståelse. I følge Thornquist er forforståelse er et begrep som ble rehabilitert av den tyske filosofen Hans - Georg Gadamer, og kan sees på som den ”ryggsekk” vi har med oss, vi møter aldri verden eller en tekst forutsetningsløs (Thornquist, 2003:142). Jeg har jobbet lenge i feltet og har derfor erfaringer og synspunkter på problemstillingen jeg skal forske på. Forforståelse kan være både et hinder og en fordel. Siden jeg har arbeidet som anestesisykepleier er jeg godt kjent med måten anestesisykepleiere utfører sitt virke på. Dette gjør at jeg kunne se fenomener som en utenforstående ikke kunne se, og dermed stille spørsmål fra et ”innsideperspektiv”. Jeg er også kjent med den spesielle språkbruken, som denne yrkesgruppen bruker, og kulturen de jobber i. Ulempen var at jeg kunne oppfatte problemstillinger som inneforstått, og derfor ikke gå videre i spørsmålsstillingen under fokusgruppeintervjuet, for å få en dypere avklaring. Dette kunne også påvirke måten jeg spurte på, og kommentarer underveis i intervjusituasjonen. Mine intervjupersoner kunne også oppfatte min stilling på samme måte, og derfor utelate å si ting de tenkte er inneforstått for en erfaren kollega .Jeg prøvde å gjøre mitt perspektiv klart før intervjuet begynte, og forklarte hvorfor jeg kanskje vil spørre om ”selvsagte” fenomener for anestesisykepleiere. Jeg redegjorde for min praksis som anestesisykepleier og presiserte samtidig at jeg under fokusgruppe intervjuet inntok forskerrollen, og derfor kanskje måtte be om presiseringer, forklaringer og utdyping på utsagn som informantene utga. På denne måten kunne jeg forsikre meg om at jeg oppfattet informantenes utsagn på samme måte som informantene.

4.3 Pilotundersøkelse

Jeg gjennomførte et pilotintervju på min egen arbeidsplass med fire anestesisykepleiere. Dette for å prøve ut intervjuguiden min, opptaksutstyr, samt trene på intervjusituasjonen. Dette var

svært lærerikt. Det jeg erfarte var at det var svært vanskelig å samle fire sykepleiere som arbeider turnus til et fokusgruppeintervju. I tillegg så jeg at spørsmålene mine var forståelige for anestesisykepleierne jeg intervjuet. Jeg lærte også at stillhet og tilbakeholdenhet førte til at spørsmål ble fulgt opp av intervjupersonene. De data som kom fram i pilotundersøkelsen, var i stor grad sammenfallende med data som kom fram i fokusgruppeintervjuet. Data fra pilotintervjuet ble slettet, og brukes ikke i min oppgave.

4.4 Bruk av fokusgrupper

Fokusgrupper har historisk sett sine røtter i markedsføringsundersøkelser. Metoden fikk sin renessanse i 1980-årene innen sosiologiske studier (Halkier, 2010:11). Fokusgruppeintervju er innsamling av data gjennom samhandling i en gruppe rundt et tema som forskeren har bestemt (Halkier, 2010:10). Ordet fokus peker på at gruppen skal diskutere et på forhånd introdusert emne (Wibeck, 2011:11). Fokusgruppeintervju kan brukes når forskeren ønsker å undersøke hvordan mennesker handler og hvilke begrunnelser de har for sine handlinger. Gruppemedlemmene sammenlikner sine erfaringer med hverandre (Wibeck, 2011:52). Forskeren er moderator og leder gruppen. Hensikten er å få fram forskjellige synspunkter om emnet som er i fokus, og moderator skal ha en ikke styrende intervjusituasjon. Gruppens moderator presenterer emnet som skal diskuteres og legger til rette for en god meningsutveksling. Det er viktig at det skapes en god atmosfære slik at informantene føler seg trygge på å legge fram sine erfaringer. Fokusgruppen har ikke som mål å komme fram til enighet, men å bringe fram mange synspunkter på problemstillingen (Kvale og Brinkmann, 2009:162).

Fokusgrupper er velegnet til å bringe fram livlige, kollektive ordvekslinger som kan bringe fram flere ekspressive og spontane synspunkter enn når man bruker individuelle intervju. Det kan også være lettere for informantene å snakke om følelsesmessige og tabubelagte temaer (Kvale og Brinkmann, 2009:162). Alle informantene trenger ikke å svare på alle spørsmål, og dette kan gjøre det lettere for informantene å snakke om sensitive emner. De vil også kunne oppleve å ha støtte i hverandre dersom sensitive emner skulle bli berørt. I mitt fokusgruppeintervju så jeg at deltakerne ansporet hverandre til å fortelle historier og beskrive situasjoner de hadde erfart.

Fokusgrupper er først og fremst egnet til å frambringe data om sosiale gruppers fortolkninger, samhandling og normer. Den sosiale kontrollen i fokusgruppen kan være et hinder for å få fram erfaringer, følelser og perspektiv på problemstillingen (Halkier, 2010:14). Ved bruk av

fokusgrupper er gruppeprosessen viktig. Når gruppeprosessen fungerer godt, kan deltakerne bringe nye og uventede momenter inn. De kan føle seg tryggere fordi de ikke trenger å svare på alle spørsmål, og de kan føle støtte og trygghet i hverandre (Sim, 1998). Deltakerne vil kunne sammenlikne erfaringer og på denne måten kunne stimulere historier fra hverandre.

4.5 Utvalg

Hvordan velge ut informanter slik at jeg får et ”tykt” datamateriale? Målet med prosjektet er å samtale med erfarne anestesisykepleiere for å høre deres mening om bruk av klinisk blick og dokumentasjon, for på denne måten å få dypere innsikt i temaet. Det er en oppfatning i det anestesisykepleiefaglige miljøet at det tar tid å utvikle et klinisk blick og faglig skjønn. Dette er også bekreftet av Benner med flere som sier at klinisk blick og klinisk klokskap utvikles med erfaring (Benner et al., 2011:70). Jeg ønsket derfor å snakke med anestesisykepleiere som hadde arbeidet mer enn fire år med anestesisykepleie. Gruppestørrelsen hadde jeg satt til fire til seks personer. Størrelsen på gruppen kan diskuteres, men Halkier (2010:39) sier at mindre grupper er en fordel hvis temaet som diskuteres er sensitivt. I mitt fokusgruppeintervju opplevde jeg ikke at det ble tatt opp sensitive situasjoner, men det var jeg forberedt på, i og med at anestesisykepleiere kan komme i uventede og akutte situasjoner. Kvale og Brinkmann (2009:162) sier at en fokusgruppe vanligvis består av seks til ti personer. Halkier (2010) skriver en fokusgruppe kan bestå av tre til fire personer og opptil 12 personer. Wibeck (2011:62) sier at en fokusgruppe bør bestå av fire til seks personer. Størrelsen på gruppen vil også gjenspeiles i mengden data som skal transkriberes og bearbeides. Ulempen med små grupper er at de er sårbare i forhold til avlysninger og at samhandlingen kan bli lite dynamisk (Halkier, 2010; Wibeck, 2011). I min gruppe opplevde jeg at samhandlingen var dynamisk og at ingen dominerte. De støttet opp om hverandres utsagn og nyanserte disse. I tillegg var det tydelig at de ansporet hverandre i å eksemplifisere sine meninger.

4.6 Fremgangsmåte

Jeg tok først kontakt med ledelsen for en anesesiavdeling ved et av landets større sykehus. Lederen for anestesisykepleierne var positiv til at jeg kunne gjøre mitt intervju på deres arbeidsplass. I og med at jeg skulle intervju fire til seks anestesisykepleiere samtidig, kunne dette ikke gjennomføres i arbeidstiden, jeg var avhengig av at mine intervjupersoner var villige til å bruke sin fritid på dette. Derfor fikk jeg dessverre ingen informanter på dette

sykehuset. Jeg tok deretter kontakt med leder på et mindre sykehus. Også her var leder positiv til at jeg skulle få gjort min undersøkelse. På dette sykehuset arbeidet en tidligere kollega av meg, og hun fungerte som ”døråpner” inn til feltet. Hun var sammen med leder villig til å markedsføre mitt prosjekt. Min erfaring var at det er vanskelig å kunne gjøre intervju i anestesisykepleiernes arbeidstid, fordi dette vil gå ut over operasjonsprogrammet. Det å få intervjupersoner til å stille opp på deres fritid, krevde en god markedsføring av prosjektet. Min tidligere kollega snakket om mitt prosjekt til kollegaer og oppfordret anestesisykepleiere til å delta. I og med at jeg gjorde fokusgruppeintervjuet på anestesisykepleiernes fritid, og rett etter at de hadde avsluttet dagens arbeid, prøvde jeg å tilrettelegge forholdene best mulig. Dette gjorde jeg ved at jeg fikk rom for intervjuet på sykehuset.

4.7 Intervjuguide

Da jeg planla prosjektet mitt, utarbeidet jeg en intervjuguide (se vedlegg 1). Min intervjuguide besto av fem spørsmål og var ganske åpen. Med det at den var åpen, mener jeg at spørsmålene var ment som en introduksjon til tema, men ellers tillot informantene å snakke relativt fritt omkring de temaene som ble introdusert av meg. Mine informanter fikk ikke tilsendt intervjuguiden på forhånd, men de ble skriftlig introdusert til temaet. Jeg fikk testet ut intervjuguiden under min pilotundersøkelse og visste at spørsmålene var forståelige for anestesisykepleierne jeg intervjuet. Det å ha en intervjuguide var til hjelp for meg for å sikre at alle temaene jeg ønsket informasjon om ble berørt.

4.8 Datainnsamling

Intervjuet fant sted på et møterom på sykehuset hvor mine informanter jobbet. Dette rommet var kjent for mine intervjupersoner. I følge Wibeck (2011:32) kan valg av rom for fokusgruppeintervju ha innvirkning på om deltagerne føler seg trygge i intervjusituasjonen.. Vi satt rundt et ovalt bord og intervjupersonene valgte selv sine plasser. Vi fikk sitte der uten å bli forstyrret. Dette var en praktisk løsning i og med at to av anestesisykepleierne var på jobb før intervjuet.

Mine informanter var en homogen gruppe, det vil si de hadde samme utdanning, arbeidet på samme arbeidsplass og hadde lang arbeidserfaring. To av mine informanter var utdannet anestesisykepleiere for 26 år siden, en for 27 år siden og en for 11 år siden, så alle hadde lang

erfaring som anestesisykepleiere. Det var tre kvinner og en mann. I utgangspunktet ønsket jeg å intervju seks anestesisykepleiere, men det var vanskelig å få til av praktiske årsaker. Informantene meldte seg etter å ha blitt forespurt av sykepleierleder og forespørsel fra meg. Alle sykepleierne med mer enn fire års erfaring ble forespurt. Kanskje var de som meldte seg spesielt interessert i temaet? Mine intervjupersoner var erfarne og trygge i yrkesrollen. Jeg var nervøs før intervjuet startet, ville de prate fritt, eller ville det bli taushet? Det oppstod taushet, men da ble temaet fulgt opp av en av intervjupersonene eller av meg.

Mine fire intervjupersoner arbeider på samme arbeidsplass, og det har de gjort i mange år. De kjente hverandre godt, og var trygge på hverandre. Det var jeg som forsker som var fremmed, og som dermed kunne representere en eventuell utrygghet i gruppa. I begynnelsen av intervjuet merket jeg at det var en usikkerhet til stede, men denne utryggheten forsvant når intervjupersonene begynte å snakke om sine erfaringer. Det var ingen som var dominerende i gruppa. Etersom intervjuet skred fram, ble det tydelig lettere for intervjupersonene å snakke. De fulgte opp utsagn fra hverandre og støttet opp om uttalelser. Det var også episoder hvor de spøkte og lo og fortalte om morsomme hendelser. Atmosfæren var god.

Risikoen med at informantene kjente hverandre godt fra før og arbeidet på samme arbeidsplass, er at temaer og emner kan bli tatt for gitt og derfor ikke bli berørt (Wibeck, 2011:65). Jeg opplevde at mine informanter diskuterte og besvarte mine spørsmål angående de temaene jeg tok opp.

Jeg prøvde å si minst mulig, og lot mine informanter snakke fritt. Jeg holdt meg utenfor diskusjonen, og på slutten spurte en av anestesisykepleierne hva jeg tenkte om temaene som var blitt diskutert. Jeg tok meg selv i å sitte og nikke noen ganger, samtidig som jeg prøvde å følge med hva som ble sagt. Det jeg erfarte, var at intervjupersonene mine utløste historier og kommentarer hos hverandre. Jeg trengte i liten grad å stille spørsmål, utenom å introdusere tema. Dette sier meg at anestesisykepleierne var opptatt av temaet, at dette var noe som fenget dem. Etter hvert som intervjuet skred fram, ble det viktigste for meg å følge med og å gjøre notater. Det jeg noterte ned, var når intervjupersonene viste praktiske grep som var viktig å kunne, med kroppen. Alle intervjupersonene brukte kroppen til å vise grep som brukes og må kunne i anestesisykepleien. En sa at da hun ble lært opp, var det viktig å sitte med en finger på pulsen, og illustrerte hvordan. En annen viste hvordan man holder fri luftvei og kontrollerer at pasienten puster etter ekstubasjon⁷. Dette grepet er viktig, og gir deg viktig

⁷ Ekstubasjon er fjerning av endotracheal tube.

informasjon i forhold til pasientens respirasjon. Gjennom å vise praktiske grep illustrerte de at grunnleggende anestesisykepleiekunnskap sitter i kroppen.

Jeg avsluttet fokusgruppeintervjuet med å spørre om det var noe informantene ønsket å formidle som de ikke hadde fått anledning til. Jeg var alene og hadde ikke assistent. Dette opplevdes heller ikke som nødvendig, i og med at jeg bare hadde fire intervjupersoner. Intervjuet ble tatt opp på en digital opptaker og deretter transkribert ordrett av meg.

Umiddelbart etter intervjuet hørte jeg på intervjuet og gjorde meg notater vedrørende innhold, gjennomføring, samhandling og intervjupersonenes bruk av kroppsspråk. Intervjuet ble deretter transkribert. For å sikre informantenes anonymitet valgte jeg å transkribere intervjuet på min dialekt. Jeg valgte å ta med informantenes og mine ”mm” og ”ja”, da jeg mente dette kunne ha betydning for forståelsen. Dette viste støtte til utsagn og at det var flere som mente det samme, og var derfor betydningsfullt for datagrunnlaget og analysen.

Når et fokusgruppeintervju transkriberes, blir noe av informasjonen borte. Det er umulig å gjenskape intervjusituasjonen (Wibeck, 2011:96-97). I og med at jeg transkriberte intervjuet mitt selv, ble jeg godt kjent med materialet. Dette gjorde at jeg allerede under transkriberingen, begynte å stille spørsmål, og jeg opplevde at jeg ble godt kjent med mine informanternes utsagn. Jeg fikk med meg nyanser, nøling, latter og støttende ytringer. Mine informanter snakket fritt, og fortalte om episoder hvor de mente de hadde brukt sitt kliniske blikk i bedømmingen av pasienter. Men de fortalte også om situasjoner hvor de mente de ikke hadde gjort dette så bra. Dette tolker jeg som at de følte seg trygge på hverandre og i intervjusituasjonen. I følge Wibeck innebærer transkripsjon også et tolknings og analysearbeid, i og med at noe fremheves mens andre ting blir tatt bort (2011:97). De temaene som ble framhevet i mitt prosjekt, er de temaene som er direkte knyttet til min problemstilling, det vil si sansing, klinisk blikk, kunnskap og erfaring og dokumentasjon. Dette er mine begreper som jeg har kommet fram til i analyseprosessen. Mine informanter fortalte historier og anekdoter fra sin praksis, og disse har jeg valgt å fokusere mindre på.

Intervjuet varte i 75 minutter. De snakket stort sett en og en, noe som gjorde transkriberingen lettere.

4.9 Analyseprosessen

Analyse av kvalitative data er beskrevet som en arbeidskrevende prosess hvor forskeren hele tiden beveger seg mellom datainnsamling, teori og analyse. I en kvalitativ studie søker man etter mening og essens. Designet er fleksibelt og prosessen går i sirkel (Polit og Beck ,2008:219-220).

I min analyse er jeg inspirert av hermeneutikken og den hermeneutiske sirkel, hvor jeg beveger meg fra helhet til del og fra del til helhet, mellom det som skal fortolkes og den konteksten det skal fortolkes i, egen forforståelse; den hermeneutiske sirkel (Kvale og Brinkmann ,2009:216). I hermeneutikken er det et prinsipp at mening bare kan forstås i lys av den situasjonen fenomenet det forskes på er en del av (Thagaard, 2009:39). Thagaard (2009:39) viser til Fangen, som beskriver tolkning av en intervjuetekst som en dialog mellom forsker og tekst, hvor forskeren setter søkelyset på den meningen som ligger i teksten.

Jeg tok utgangspunkt i Graneheim og Lundmans (2004) artikkel om innholdsanalyse. Dette er en metode som er en del brukt i sykepleieforskning. Den vektlegger kontekst, søker etter forskjeller og likheter i teksten, man analyserer mønstre og presenterer disse (Graneheim og Lundman ,2004)

I min studie utgjorde det transkriberte intervjuet analyseenheten. Jeg valgte å lytte flere ganger til intervjuet da jeg startet analyseprosessen, og for hver gang hørte, eller tolket jeg en del utsagn annerledes. Dette gjorde at prosessen ble krevende og arbeidsom, men lærerik. Gjennom å lytte til opptaket og lese intervjuet, fant jeg ni ulike innholdsområder som jeg tok vare på til seinere i analysearbeidet. De ni innholdsområdene var: klinisk blikk, juridiske aspekt i anestesisykepleien, dokumentasjon, ansvar, previsitt, utdanningen før og nå, handlingsberedskap, kunnskap og erfaring.

Mine intervjupersoner snakket et svært ”inneforstått” språk. Med dette mener jeg at de brukte ord og uttrykk som bare kan forstås på en måte for personell som arbeider med anestesi. Som eksempel her kan nevnes at de snakket om at ”pasienten var for lett”. Dette betyr i anestesisammenheng at pasienten ikke er i dyp nok anestesi, ikke sover godt nok eller er godt nok smertestillet for inngrepet eller undersøkelsen som foretas Et annet begrep som ble brukt, var ” å miste luftveien”. Med dette menes at pasienten slutter å puste og at anestesisykepleier ikke har full kontroll over pasientens ventilasjon. De eksemplene de brukte for å belyse temaet var også kjent for meg. Jeg prøvde underveis å stille noen spørsmål for å sikre at jeg

oppfattet mine informanter rett. På denne måten kom min forforståelse til nytte i intervjusituasjonen og også i analyseprosessen.

Teksten ble delt inn i meningsbærende enheter som deretter ble kondensert uten at meningen ble borte. Samtidig med dette, leste jeg intervjuet, for på denne måten å sikre at ikke meningsinnholdet ble forandret. På denne måten beveget jeg meg i en sirkel, mellom helhet og del og del og helhet (Kvale og Brinkmann ,2009:216). Etter at jeg hadde kondensert, ble de ulike meningsbærende enhetene kodet. Deretter så jeg etter latent mening, subtemaer og temaer. De temaene⁸ som jeg satt igjen med etter at analysen var bearbeidet, var færre enn de jeg hadde sett i starten av analyseprosessen. Dette var både fordi jeg valgte å slå sammen noen temaer og fordi noe omhandlet det samme, for eksempel klinisk blikk, og fordi jeg valgte å legge noen bort. De temaene jeg valgte å slå sammen var kunnskap og erfaring. Dette fordi det i mitt materiale, var vanskelig å skille disse. De var sterkt vevd inn i hverandre.

Det jeg valgte å legge bort var bekymring for utdanningskvaliteten og juridiske aspekt ved anestesisykepleien. I skriveprosessen leste jeg gjennom intervjuet på nytt. Jeg forstod mine informanters utsagn på en annen måte da, i lys av det jeg hadde skrevet og litteratur jeg hadde lest. Jeg så at det jeg hadde analysert som bekymring for utdanningskvaliteten, også kunne forstås som bekymring for anestesisykepleiefagets framtid. Jeg valgte derfor å ta med dette utsagnet i oppgaven min. Jeg startet analyseprosessen uten fastlagte temaer på forhånd. Jeg ønsket å la kodene bestemme hvilke temaer jeg skulle legge vekt på. Etter at jeg hadde bestemt temaer, valgte jeg utsagn fra mine intervjupersoner som jeg ville bruke til å belyse temaene. Jeg har latt alle stemmer bli hørt.

Arbeidet var krevende og min forforståelse var både en fordel og en ulempe. Fordelen var at jeg forstod hva intervjupersonene snakket om og at situasjoner som ble beskrevet var gjenkjennbare. Ulempen var at det var vanskelig for meg å heve meg opp på et analytisk nivå i forhold til mitt materiale. Det var vanskelig å forlate anestesisykepleierollen og innta forsker rollen, men jeg mener likevel at jeg har klart det. I følge Thagaard (2009:41) kan analyseprosessen knyttes til at forskeren veksler mellom erfaringsnære og erfaringsfjerne begreper. I mitt forskningsprosjekt vil de erfaringsnære begrepene være knyttet opp mot de begrepene som anestesisykepleierne jeg intervjuet brukte, og de erfaringsfjerne begrepene vil være knyttet opp mot de begrepene jeg har definert ut fra tolkning og mitt teoretiske perspektiv.

⁸ Temaene mine var: klinisk blikk, sansing, kunnskap og erfaring, faglig skjønn og dokumentasjon

I mitt arbeid har analyseprosessen også vært en del av skriveprosessen hvor jeg har beveget meg mellom teori, empiri og fortolkning i en hermeneutisk sirkel.

Eksempel fra mitt analysearbeid:

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsbærende enhet	kode
Det er kjempeviktig å kunne det. Jeg har flere ganger måttet skifte anestesibord under operasjonen, viss du plages litt, så tar det ei stund. Hvis du bruker gass, må pasienten få propofol å sove på	Ved tekniske problemer må man bruke sitt kliniske blikk og vite hvordan man skal holde pasienten sovende	Kliniske observasjoner nødvendig ved tekniske problemer

Latent mening	Subtema	Tema
Klare seg ved uforutsette hendelser	Stole på egne observasjoner og ha handlingsberedskap	Kunnskap og erfaring gir trygghet

4.10 Forskningsetikk

Som ved all annen forskning gjelder etiske normer og regler i mitt forskningsprosjekt. Min studie omfatter ikke pasienter, pasientopplysninger eller helseopplysninger om mine informanter, og jeg har heller ikke deltatt som observatør i pasientsituasjoner. I min studie handler det om personvernet for mine informanter (Thagaard, 2009:25). Mine informanter har formidlet pasientsituasjoner som selvfølgelig er blitt anonymisert slik at de ikke kan gjenkjennes. Etiske retningslinjer gjelder også i forhold til å vise redelighet og nøyaktighet i presentasjon av forskningsresultatet (Thagaard, 2009:24).

Før jeg gjorde min undersøkelse, ble prosjektsøknad og prosjektbeskrivelse sendt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), som godkjente prosjektet (se vedlegg 4).

Jeg sendte en skriftlig henvendelse til leder for anestesisykepleierne på det aktuelle sykehuset og fikk godkjenning fra denne, før jeg i samarbeid med leder, henvendte meg til anestesisykepleierne og spurte om deres deltakelse (se vedlegg 3). Det praktiske arrangementet omkring fokusgruppeintervjuet ble gjort med nærmeste leder for anestesisykepleierne ved det aktuelle sykehuset.

Mine informanter fikk på forhånd informasjon om hva jeg ønsket å snakke med dem om, at jeg har taushetsplikt, at det de sa ville bli anonymisert og behandlet på en forsvarlig måte. Jeg opplyste også om at intervjuet ikke ville bli lagret som lydfil på min datamaskin, men slettet når det var transkribert. Videre at ingen andre enn meg ville høre lydopptaket fra intervjusituasjonen.

I og med det lave antall informanter, er det viktig at deres anonymitet blir ivaretatt gjennom hele forskningsprosessen. Materialet blir oppbevart innelåst, kodet og vil bli makulert når prosjektet er avsluttet. Informantene mine ble skriftlig informert om at deltakelse var frivillig og de har gitt skriftlig samtykke til å delta i studien (se vedlegg 2). De ble informert om at de kunne trekke seg før fokusgruppeintervjuet, men at de ikke kunne trekke seg etter at intervjuet var gjort. Dette ble jeg bedt om å informere om fra NSD, da fokusgruppeintervjuet ville fremstå som meningsløst, dersom en av deltakerne trakk seg i ettertid (se vedlegg 5).

I transkriberingen av fokusgruppeintervjuet, ble navn på personer og institusjoner utelatt for å sikre informantenes anonymitet. Transkriberingen ble også gjort på min dialekt, for å utelukke at noen av informantene skulle bli gjenkjent på dialektord.

4.11 Troverdighet

I følge Drageset og Ellingsen (2010) er troverdighet det overordnede begrepet for gyldighet, pålitelighet og overførbarhet i kvalitativ forskning. Troverdighet i kvalitativ forskning omhandler hele studien. Vurderingen av troverdighet innebærer hvorvidt forskeren har frembrakt resultater som er pålitelige, gyldige og overførbare. Gyldighet henspiller på om forskeren har undersøkt det hun har sagt hun skal undersøke. Dette innebærer blant annet å forsikre seg om at man har forstått sine informanternes uttalelser rett (Drageset og Ellingsen ,2010:334). Jeg har hørt igjennom intervjuet flere ganger og prøvd å forsikre meg om at jeg har forstått mine informanternes utsagn rett. Under fokusgruppeintervjuet stilte jeg kontrollspørsmål til mine informanter, for å forsikre meg om at jeg forstod deres uttalelser slik de var ment. Jeg mener óg at jeg har fokusert på den problemstillingen som var utgangspunkt for min studie.

Pålitelighet handler om nøyaktighet og at forskeren beskriver framgangsmåten slik at andre kan følge hva forskeren har gjort i sin undersøkelse (Dragest og Ellingsen ,2010:335). Jeg har

transkribert fokusgruppeintervjuet ordrett. Jeg har prøvd å beskrive hvordan analyseprosessen har foregått.

Å bruke fokusgrupper er en metode som kan benyttes for å få en dypere forståelse av menneskers tolkning av et fenomen (Wibeck, 2011:24). På grunn av tiden jeg har til rådighet for masteroppgaven har jeg gjort ett fokusgruppeintervju med fire deltakere. Dette er et for lite materiale til at resultatet kan generaliseres. Det kan derimot utkrystallisere seg noen mønstre og faglige problemstillinger som kan sammenholdes med annen forskning og litteratur. Videre håper jeg at mine funn og mine drøftinger av funnene, er noe anestesisykepleiere flest i en nordisk sammenheng, kan kjenne seg igjen i. Det kunne vært interessant å kombinere flere metoder, som for eksempel feltarbeid /observasjon i kombinasjon med intervju for å belyse anestesisykepleiernes bruk av klinisk blikk i det daglige arbeidet. Imidlertid satte min tid til rådighet til å fullføre oppgaven innen normert tid, begrensninger for dette.

4.12 Metodekritikk

Jeg har gjort et fokusgruppeintervju med fire anestesisykepleiere. For å øke studiens troverdighet, kunne jeg gjort flere fokusgruppeintervju. Dette var vanskelig å få til på grunn av tiden jeg hadde til rådighet. Jeg kunne valgt andre forskningsmetoder, for eksempel kunne jeg brukt det kvalitative forskningsintervjuet jfr. Kvale og Brinkmann (2009:43). Jeg kunne også kombinert flere metoder, for eksempel fokusgruppeintervju eller forskningsintervju med deltagende observasjon jfr. Thagaard (2009). En annen mulighet er å kombinere spørreskjema med intervju. Dersom jeg hadde valgt å gjøre forskningsintervju med fire anestesisykepleiere, ville jeg gått glipp av det at mine informanter utløste historier hos hverandre. Dersom jeg hadde kombinert fokusgruppeintervju med deltagende observasjon, ville jeg kunne sammenlignet det informantene sa de gjorde med det de faktisk gjorde. Jeg ville også fått et innblikk i hva de dokumenterte og hvor de dokumenterte sine observasjoner. Ved bruk av spørreskjema kunne jeg spurt et stort antall anestesisykepleiere om hvordan de brukte sitt kliniske blikk og dokumentasjon av sine observasjoner. Hvis jeg hadde kombinert spørreskjema med fokusgruppeintervju, ville jeg også fått vite om informantenes opplevelser, tanker og handlinger omkring min problemstilling jfr. Malterud (1996:30).

5.0 PRESENTASJON AV FUNN

Gjennom analyse av intervjuet kom jeg fram til følgende fem temaer; bruk av klinisk blikk i anestesisykepleien” ”anestesisykepleierens bruk av sansing i arbeidet”, ”kunnskap og erfaring”, ”faglig skjønn” og ”dokumentasjon i anestesisykepleien”. I min presentasjon kommer det ikke frem hvem av mine informanter som uttaler seg. Dette på grunn av det lave antallet informanter og hensynet til deres anonymitet.

Jeg vil i dette kapittelet analysere og drøfte mine funn i lys av relevante teoretiske perspektiver og egen erfaring.

5.1 Klinisk blikk som verktøy

Jeg vil her drøfte mine funn knyttet til bruk av klinisk blikk i anestesisykepleien.

En av mine informanter sa under fokusgruppeintervjuet:

Klinikken er vårt verktøy.

En av mine informanter kaller bruken av klinisk blikk for sitt verktøy. Verktøy oppfatter jeg som et nødvendig redskap for å kunne utføre et arbeidsstykke. Hun omtaler bruk av klinisk blikk som ”klinikken min”. Hun sier videre at hun alltid bruker sitt kliniske blikk som verktøy i situasjoner hvor teknisk apparatur svikter eller ikke er tilgjengelig, og som et supplement til avleste verdier. Denne anestesisykepleieren stoler på at hun har kunnskap og erfaring til å tolke de kliniske observasjonene hun gjør på en god og riktig måte. For henne medfører bruk av klinisk blikk trygghet og er en nødvendighet i det daglige arbeidet. Metaforen verktøy kan også knyttes til den aristoteliske kunnskapsformen, techne (Nortvedt og Grimen ,2004:170). Denne kunnskapsformen omtales også som kunst (Alvsvåg, 1993b:28). Bruk av klinisk blikk kan omtales som en form for kunst.

En av mine informanter sa dette om å bruke sitt kliniske blikk:

Vi har mange tekniske hjelpemidler som viser verdier, måling av blodtrykk, metning, men vi bruker klinikken til å verifisere om dette er til å stole på eller ikke, vi kan se at pasienten har ei metning på 83 men nydelig farge, så da er det feil måling.

Situasjonen som beskrives, viser at det ikke er samsvar mellom målt surstoffmetningsverdi hos pasienten, og anestesisykepleierens observasjon. Her snakker anestesisykepleieren om å

bruke sitt kliniske blikk for blant annet å verifisere om målte verdier er rett eller ikke. Lunde (2011) skriver at dersom man er i tvil om hvorvidt en måling er korrekt, er det viktig å se på pasienten og gjøre kliniske observasjoner som hudfarge, puls og bevegelse av thorax (Lunde, 2011:201). For pasientens sikkerhet, er det alltid viktig å undersøke om avlest verdi er rett, og finne ut hva som eventuelt er feil for å kunne gjøre tiltak i forhold til dette.

Slik jeg tolker min informants utsagn, bruker hun alle de aristoteliske kunnskapsformene når hun bruker sitt kliniske blikk til å verifisere avleste verdier. Hun bruker sin epistemekunnskap som omhandler pasientens medisinske tilstand og de implikasjoner det kirurgiske inngrepet eller undersøkelsen har. Videre bruker hun sin teknisk kunnskap knyttet til hvordan utstyr fungerer og hvordan feilsøking foregår. Hennes fronesiskunnskap gjør henne i stand til å vurdere hele situasjonen og ivareta sikkerheten til pasienten.

Teknisk apparatur kan virke forstyrrende på det kliniske blikket (Elstad, 1995:146). En av mine informanter beskrev starten på anesthesiutdanninga som en teknisk jungel, og hvor hun syntes det var vanskelig å se om en måling var rett eller feil. Hun beskrev en praksissituasjon hvor teknisk apparatur virket forstyrrende på hennes evne til å gjøre observasjoner. Av egen erfaring kan jeg ofte se at studenter i starten av utdanninga blir så opptatt av å mestre teknisk apparatur, at de har problemer med å ivareta pasienten. Alvsvåg skriver vi trenger erfaring for å lære oss å tolke kroppens uttrykksmåter på en god måte (Alvsvåg, 1993b:27). Når en sykepleier starter på videreutdanning i anesthesisykepleie har hun praksis og erfaring fra et annet område av sykepleien. En student trenger derfor tid og opplæring for å lære seg å gjøre kliniske observasjoner knyttet til den anesteserte pasienten. Hun trenger også tid for å lære å bruke sine tidligere erfaringer i en ny praksissituasjon.

Elstad (Elstad, 1995:145) skriver at teknisk apparatur kan virke som en forlengelse av sansene. Dette er ei utvikling som kommer gjennom erfaring, slik mine informanter beskriver at de lærer seg bruk av teknisk apparatur og tolkning av avleste verdier. Jeg tror man som anesthesisykepleier må være trygg på hvordan teknisk overvåkningsapparat skal brukes, før man er i stand til å kombinere de avleste verdier med sin egen sansning. Slik jeg ser det er et godt klinisk blikk i kombinasjon med sikker bruk av teknisk apparatur den beste og tryggeste overvåkningen for pasienten i forbindelse med anestesi.

En informant omtalte bruk av precordialt stetosko:

Før så brukte vi alltid stetoskop på brystet til små barn, du hadde alltid en del i øret, du hørte hele tiden ventilasjon. Jeg klarer ikke å legge det fra meg.

Når informanten snakker om å bruke stetoskop på brystet til små barn, viser hun til en praksis som var svært vanlig på norske sykehus før avansert overvåkningsutstyr kom i bruk, såkalt precordialt stetoskop (Lebowitz, Newberg og Gillette ,1982:329). Stetoskopet blir plassert på barnets thorax , slik at anestesisykepleier kan høre både puls og respirasjon mens barnet er anestesert. I anestesisykepleieboka fra 2011, kan jeg ikke finne denne observasjonsmetoden omtalt (Hovind, 2011). Man kan derfor spørre seg om anestesisykepleiere som utdannes i dag ikke lærer noe om denne kliniske observasjonsmetoden. Min informant hadde erfart at denne måten å overvåke barn på, ga henne viktig informasjon i tillegg til den informasjonen overvåkningsapparatene ga henne. Anestesisykepleieren ga uttrykk for at hun følte seg gammeldags når hun brukte precordialt stetoskop som overvåkningsmetode i kombinasjon med teknisk apparatur. Hun refererte til dette som en ekstra trygghet når hun anesteserte barn. Min informant sier at denne tryggheten savner hun, når hun ikke bruker precordialt stetoskop, og bruker hørselen sin til å overvåke puls og respirasjon hos barnet. Et stetoskop er også et teknisk hjelpemiddel for overvåkning, men ved bruk av stetoskop bruker anestesisykepleieren flere sanser. Hun bruker både hørselen og synet.

Dette er for meg et interessant utsagn. Av egen erfaring vet jeg at når jeg bruker precordialt stetoskop, sitter jeg nært barnet og har min sanselige oppmerksomhet rettet mot barnet. Jeg bruker mitt kliniske blikk. Fanghol og Valla (2011:367) skriver at observasjon av barnets respirasjonsmønster og frekvens, hudfarge og temperatur er spesielt viktig hos de minste barna, da endringer kan skje raskt. Min informant opplever at hun fanger opp endringer i barnets hjertefrekvens og respirasjonsmønster raskere ved bruk av precordialt stetoskop i kombinasjon med teknisk overvåkningsapparat, enn ved bare å bruke teknisk overvåkningsapparat. Til tross for dette, er min oppfatning at precordialt stetoskop for det meste er blitt borte som metode for å overvåke små barn i forbindelse med anestesi. Det kan se ut som om dette er en form for overvåkning som i dag brukes av anestesisykepleiere som er utdannet i en tid hvor det var mindre teknisk overvåkningsapparat i bruk.

Om å tolke klinisk tegn sa en informant:

Du har en pasient som har fått spinal bedøvelse, og så sier pasienten at han er kvalm. Du måler blodtrykket flere ganger, så kjenner du at pasienten blir svett, da vet du ganske sikkert at blodtrykket har falt, kanskje fra 180 til 100, og du ser at pulsen endres, så det er typisk.

Anestesisykepleieren oppfatter pasientens kvalme som et uttrykk for blodtrykksfall før den tekniske overvåkningsapparatene har registrert blodtrykksfallet. Hun vet på bakgrunn av sin

erfaring at kvalme i forbindelse med spinalanestesi, kan være et tegn på blodtrykksfall. Hun sier at hun måler flere ganger, før hun får verdien registrert. Hun berører pasienten og kjenner at huden er klam. Hun gjør en totalvurdering av sine observasjoner og handler i samsvar med sine vurderinger. Anestesisykepleieren har opplevd liknende situasjoner tidligere, og kan kjenne fenomenet igjen. Hun har klinisk kunnskap til å tolke sine kliniske observasjoner på en riktig måte (Alvsvåg, 1993b:20). En annen av mine informanter sa at hun brukte sitt kliniske blikk til å verifisere om målte verdier var til å stole på eller ikke. Den situasjonen som beskrives her, er motsatt. Her bruker anestesisykepleieren teknisk overvåkningsapparat for å få bekreftelse på om hennes kliniske observasjoner er i samsvar med målte verdier. Imidlertid er det hennes kliniske blikk som først forteller henne at det har skjedd en endring i pasientens tilstand. Overvåkningsapparatet gir henne senere svar enn hennes kliniske blikk.

En informant bekreftet bruk av klinisk blikk til egen profesjon. Hun sa:

Jeg synes det ligger i hele vårt yrke eller profesjon, det med klinisk blikk, det er jo utgangspunktet ditt.

Informanten sier at bruk av klinisk blikk i anestesisykepleien er viktig og slik hun oppfatter det, utgangspunktet for dine handlinger. For henne er bruk av klinisk blikk eller kliniske observasjoner blitt en integrert del av hennes handlingskompetanse. Hun sidestiller bruk av klinisk blikk med å være profesjonell, og sier dette er en viktig del av yrkesutøvelsen som anestesisykepleier.

Alle mine informanter beskriver hvordan de bruker sitt kliniske blikk når de møter pasienten første gang, for eksempel på previsitt. Previsitt gjennomføres av anestesisykepleier eller anestesilege gjerne dagen før pasienten skal opereres. Valeberg (2011:317) sier at previsitten har som hensikt å redusere stress, samt øke mestringsfølelsen hos pasienten. Videre skal anestesisykepleier innhente data og opplysninger om pasienten og vurdere behovet for nye prøver, undersøkelser og eventuell forbehandling (Valeberg, 2011:317).

En av mine informanter sa:

Jeg ringer ikke previsitt. Jeg ringer ikke til pasienter og spør om de har rødt hår og utstående tenner!"

En annen av mine informanter sa om previsitt:

Det med previsitt kontra klinisk blikk er kjempeviktig. Du avslører ganske mye der altså, du ser hele kroppen på pasienten.

Dette utsagnet henspeler på at noen av anestesisykepleierne ringer hjem til pasienten for å gjøre previsitt telefonisk, hvis pasienten ikke er tilstede i sykehuset når previsitt skal gjennomføres. Min informant mente at den informasjon hun fikk når hun møtte pasienten ansikt til ansikt var viktig. Hun mente at hun ikke kunne spørre om utseendet til pasienten, dette var noe hun måtte se og vurdere i møtet. Hun uttrykket derfor at previsitt via telefon ikke var et alternativ for henne å utføre. Mine informanter beskriver at de legger merke til hvordan pasienten beveger seg, puster, om han er nervøs eller gruer seg og ikke minst pasientens utseende. De ser etter tegn som kan indikere at det kan bli problematisk å ivareta pasientens luftveier, for eksempel om pasienten er overvektig, har kort eller lang hals, utstående tenner eller liten hake. De har alle erfart at pasienter hvor disse tingene er til stede, kan by på utfordringer med hensyn til luftveishåndtering. En av anestesisykepleierne sier at du danner deg et bilde av hva du må gjøre i forhold til pasienten og hva som kan skje.

De sier videre at når de er forberedt på utfordringene, kan de øke sin handlingsberedskap og ivareta pasienten på en tryggere måte. Informantens uttalelse understreker betydningen av det fysiske møtet mellom anestesisykepleieren og pasienten. I møtet bruker anestesisykepleieren sitt kliniske blikk og vurderer pasientens helhetlige situasjon.. De understreker også hvor viktig det er at pasienten er godt informert om anestesen og inngrepet og føler seg trygg.

Anestesisykepleierne snakket også om viktigheten av berøring i forbindelse med pasientmøter. En av dem, understreket betydningen av håndtrykket. Hun sa at hun alltid la merke til om pasienten hadde et sterkt godt håndtrykk eller ikke, også om huden var tørr og fin, eller om pasienten var bleik og klam. Det første møtet ble også brukt til å vurdere om pasienten var klar og orientert eller forvirret. Informantene understreket at de brukte alle sansene sine for å observere ting og utfordringer som hadde betydning for deres arbeid. Alle de aristoteliske kunnskapsformene blir tatt i bruk for å vurdere pasienten.

5.2 Klinisk blikk og erfaring

Jeg spurte mine informanter om hvordan de mente at deres kliniske blikk hadde utviklet seg med erfaringen som anestesisykepleier. En av dem brukte en metafor fra dataspråket. Hun sa at hun la alt hun erfarte på ”harddisken” og brukte det til å underbygge sine kliniske observasjoner med. Hun mente også at hun hele tiden lærte og erfarte, noe som hun opplevde

gjorde henne sikrere i sine kliniske vurderinger. En av anestesisykepleierne sier at når hun står i situasjoner kan hun gjenkalle andre liknende situasjoner hun har erfart før og bruke sine erfaringer i den nye situasjonen. Dette kunne hun ikke gjøre da hun var nyutdannet og ikke hadde erfaring som anestesisykepleier. Dette henspeler på det Hamran omtaler som taus kunnskap (Hamran, 1995:71). Nortvedt og Grimen (2004:166) omtaler dette som indeksert kunnskap. Det er erfaringer anestesisykepleieren har gjort med egen kropp og denne erfaringen bruker hun i nye situasjoner. Kunnskapen er personlig og kontekstuell. Kunnskapen hennes er ikke taus, den vises i hennes vurderinger og handlinger.

En illustrasjon på dette kan være en anestesisykepleier som sa:

Og så ser man på pupillene, høy puls trenger jo ikke å være på grunn av smerter, hvis pasienten har bitte små pupiller.

Min informant gir her et eksempel på en viktig klinisk observasjon, pasientens pupillestørrelse. Hun sier at det at pasientens puls stiger, ikke trenger å være et tegn på at pasienten føler smerte. Det kan være andre årsaker til pulsstigningen. Hun bruker sitt kliniske blikk når hun prøver å finne årsaken til at pasientens puls stiger. Hun utelukker først smerter, før hun går videre på å lete etter årsaker. Når hun prøver å finne ut av pasientens pulsstigning, bruker hun både sin kunnskap om medisinske årsaker og sin erfaringskunnskap. Når hun har utelukket smerte som årsak, kan hun tenke på om pasienten for eksempel trenger mer væske, om hypovolemi er årsaken til en pulsstigning hos pasienten. Hun går systematisk til verks for å finne årsaken til at pasientens puls stiger. For at hun skal kunne analysere situasjonen trenger hun både påstandskunnskap og fortrolighetskunnskap. Anestesisykepleieren bruker både sin kunnskap og sin erfaring i sin analyse av situasjonen.

Mine informanter sier at erfaringen har gitt dem mer respekt for arbeidet enn det de hadde som uerfarne anestesisykepleiere. De omtaler sin erfaring som en kilde til ydmykhet. Jeg tolker her ordet ydmykhet som respekt for faget og de pasientene man har ansvar for. De nevner eksempler på at man aldri må velge lettvinde løsninger eller å tenke at noe er en ”filleting”. Jeg tolker disse utsagnene som at erfaringen har vist mine informanter at man alltid må ta sine observasjoner til ettertanke og refleksjon og dermed være som forberedt på det uforutsigbare. Å være forberedt omhandler både viktigheten av å bruke sitt kliniske blikk hele tiden og å ha en handlingsberedskap. Å ha en god handlingsberedskap innebærer å ha klargjort utstyr og medikamenter som kanskje kan komme til anvendelse.

En av mine informanter beskrev følgende situasjon:

Og det er jo kjempeviktig å kunne det (kliniske observasjoner) for jeg har flere ganger vært nødt til å skifte anestesibord under operasjonen og hvis du plages litt med det så tar det ei stund, du står med baggen og hvis du kjører gass så må du jo nødvendigvis bruke propofol eller noe annet i mellomtid der. Du må jo vite nårtid du trenger det.

Det informanten omtaler som anestesibord, er både en ventilator og avansert overvåkningsapparat. Ventilatorens funksjon er å ventilere pasienten med oksygen og en anestesigass. Kontinuerlig tilførsel av anestesigass opprettholder tilfredsstillende anestesydybde hos pasienten. Når anestesimaskinen må skiftes, må pasienten tilføres et sovemiddel intravenøst, for å forbli sovende. Pasienten må også ventileres manuelt. For å kunne være i stand til å forberede seg til en uforutsett hendelse, trenger man både kunnskap og erfaring. Dette er hva Benner et al. omtaler som å være klinisk forutseende og ha klinisk klokskap (Benner et al., 2011:70). Forfatterne (Benner et al., 2011:11) sammenligner det å analysere situasjonen med å legge puslespill. De skriver at ettersom sykepleieren får erfaring, blir flere og flere situasjoner lettere å analysere og forutse, fordi sykepleieren kjenner til forventede reaksjoner og komplikasjoner hos pasienten. Sitatet over synliggjør at sykepleieren kjenner igjen flere og flere brikker i puslespillet. Informanten gjør rede for en situasjon hvor det oppstår teknisk svikt på apparatur som brukes til overvåkning og ventilasjon av pasienten. I denne situasjonen må anestesisykepleieren både kunne gjøre kliniske observasjoner og utføre tekniske prosedyrer. Å ha klinisk klokskap innebærer både å ha kunnskap og erfaring, og å være i stand til å gjenkjenne og analysere situasjoner som oppstår og handle rett i situasjonen. Slik jeg ser det utviser denne anestesisykepleieren klinisk klokskap.

En av mine informanter beskrev en situasjon hun hadde opplevd hvor hun mente hun ikke hadde brukt sitt kliniske blikk:

Jeg var på røntgen med en eldre dame som skulle få satt inn et stentgraft. Damen var våken og kjekk. Jeg lurte på om det hadde blødd, men pasienten var stabil og kjekk. Men jeg valgte å måle en hemoglobinverdi på pasienten, og den var sunket fra 12 til 7, så noe var det som ikke stemte. Da vi tok bort oppdekninga så vi at pasienten hadde blødd. Dette var kanskje et eksempel på dårlig bruk av klinisk blikk.

Jeg tolker ikke dette som et eksempel på dårlig bruk av klinisk blikk. På spørsmål fra meg om hvorfor hun valgte å måle hemeoglobinverdien, svarte hun at hun ønsket å være sikker på at pasienten ikke hadde blødd. Det at anestesisykepleieren velger å måle pasientens hemoglobinverdi, kan være et uttrykk for at hun intuitivt fornemmer at noe er galt, selv om hun ikke kan se at pasienten har blødd og at hun klinisk vurderer pasientens tilstand som stabil. Kanskje har hun tidligere erfart at denne prosedyren kan føre til blodtap hos pasienter?

Kanskje fornemmer hun noen endringer hos pasienten, selv om hun ikke er i stand til å sette ord på dem?

På en moderne anestesivdeling har avansert overvåkningsapparat en stor og viktig plass i det daglige arbeidet. En av mine informanter kom med en uttalelse som kan tyde på at hun opplever at kliniske observasjoner blir mindre verdsatt i fagmiljøet:

Jeg føler jeg nesten blir kritisert for det, eller nå begynner hun å snakke om gamle dager, det er ikke borte, men liksom lagt litt på hylla, det som før var grunnleggende for oss, ting vi passet på, vi observerte på en spesiell måte. Nå har du apparaturen som viser verdiene, så nå trenger du ikke å gjøre ditt og datt lenger.

I dette utsagnet ga informanten uttrykk for bekymring for at bruk av klinisk blikk og kliniske observasjoner er blitt mindre vektlagt i anestesisykepleien. Hun er selv utdannet i en tid hvor det var mindre overvåkningsapparat tilgjengelig, og hvor anestesisykepleierne i stor grad var avhengig av egne observasjoner for å ivareta pasienten. Jeg oppfatter at anestesisykepleieren mener det stilles mindre krav til kliniske observasjoner og bruk av sansing fordi man har avansert overvåkningsapparat. Almås (2001) skriver at avansert teknisk apparat ikke gjør klinikerens observasjoner overflødige. Bruk av sanser og intuisjon er fremdeles viktig i møter med pasienter. Elstad (1995:145) skriver at bruk av teknisk overvåkningsapparat kan virke som en forlengelse av sansene. Men det kan også forstyrre sansingen slik at oppmerksomheten rettes mot avleste verdier og at tall får en større plass enn kliniske observasjoner. Det er en slik bekymring min informant gir uttrykk for. I anesivdelinger tas det i bruk stadig mer avansert teknisk overvåkningsapparat. Dette kan føre til at anestesisykepleierens oppmerksomhet rettes mot utstyret og at kliniske tegn hos pasienten på at noe er galt, blir oversett. Det at bruk av precordialt stetoskop er blitt gammeldags, som tidligere nevnt, er et eksempel på at avansert teknisk overvåkningsapparat erstatter klinikerens bruk av sine sanser i observasjonen av pasienten.

Anestesisykepleieren sier at hun føler seg litt gammeldags når hun snakker om hvordan hun ble opplært til å gjøre kliniske observasjoner. Hun føler hun blir kritisert for dette, og at de yngre kollegaene har lagt bort denne måten å observere på. Man kan da spørre seg om bruk av klinisk blikk i anestesisykepleien blir oppfattet som gammeldags og noe som før var nødvendig fordi man ikke hadde avansert overvåkningsapparat?

Bakgrunnen for mitt prosjekt, er at jeg ønsker å løfte klinisk kunnskap i anestesisykepleien frem i lyset. Hvis den bekymringen min informant uttrykker medfører riktighet, er det viktig å sette søkelyset på klinisk blikk og klinisk viten i anestesisykepleien. Jeg tror dette kan stå i

fare for å bli mindre vektlagt i et høyteknologisk miljø slik som en anestesivdeling er. Dersom teknisk overvåkningsapparat blir en erstatning for anestesisykepleierens bruk av klinisk blikk, vil det ut fra informantens oppfatning forringe kvaliteten på den sykepleien som pasientene får og føre til dårligere pasientsikkerhet.

Følgende utsagn fra en av mine informanter viser hvordan informanten ser på ulike kunnskapsformer og sine erfaringer:

Det her blodtrykket det er bare et tall. Pasienten kan være dårlig perfundert og ha høyt blodtrykk, det kan han jo. Men er han klam og gusten, så er det et uttrykk for at blodtrykket er for lavt. Du kan ikke lære deg og bare gå etter tall.

Informanten min snakker her om betydningen av å gjøre observasjoner og sammenstille flere opplysninger for å få et helhetlig bilde av situasjonen. Hun sier du ikke kan bruke tall alene. De verdier hun leser av fra overvåkningsapparatet gir henne ikke hele bildet av situasjonen, hun ser nødvendigheten av å kombinere tallverdiene med sitt kliniske blikk. Hun bruker sin kliniske viten og sin kunnskap om kroppens måte å reagere på sykdom på jfr. Alvsvåg (Alvsvåg, 1993b:26). Min informant er bevisst på at blodtrykksverdien bare er et tall, og at hun må vurdere hvilken blodtrykksverdi som er tilstrekkelig for at hennes pasient skal være godt perfundert. Denne kunnskapen handler om det spesielle i situasjonen. Anestesisykepleieren som sier dette, gir uttrykk for at klinisk blikk er en nødvendighet for å kunne gi god anestesisykepleie til pasienten.

5.3 Sanselighet i anestesisykepleien

Mine informanter hadde mange utsagn knyttet til hvordan de oppfattet sanselighet som vesentlig i utøvelsen av anestesisykepleie. Jeg vil drøfte utvalgte utsagn om sanselighet i anestesisykepleien.

Slik beskrev en av mine informanter hva hun la i klinisk blikk:

Når jeg tenker på klinisk blikk, så tenker jeg på det her med alle sansene våre, altså syn, og følelse, at du tar på pasienten, det er lukt eller intuisjon eller hva du fornemmer. Hva som skjer rundt deg og at du samler alt det her. Det er en sånn intuisjon om er det her riktig det jeg gjør, eller er det noe som skjer med pasienten.

Når informanten skulle beskrive hva hun la i klinisk blikk, beskrev hun sansingen og intuisjon. Slik jeg tolker dette er sansingen og intuisjon for henne en viktig del av anestesisykepleien. Gjennom sansingen får anestesisykepleieren tilgang til pasienten og kan

gjøre sine observasjoner og kliniske vurderinger. Hun beskriver at hun gjør sine observasjoner og ”samlar alt”. Med det forstår jeg at hun i tillegg til sine sanselige observasjoner og avleste verdier, legger til sin kunnskap og erfaring for å tolke sine sanseinntrykk og bruke dette i arbeidet med pasienten. Anestesisykepleieren nevner også at hun bruker sin intuisjon. Hennes bruk av intuisjon kan være det Benner (1995:44) omtaler som ekspertens måte å analysere situasjoner på. Informanten bruker sin erfaring, kunnskap og sanselighet for å tolke situasjonen hun står i, og dette gjør hun uten å tenke over det. Disse opplysningene forteller henne om det hun gjør med pasienten er rett, eller om hun må endre på noe ved anestesen. Dette underbygges også av Alvsvåg når hun beskriver bruk av klinisk blikk som sansing sammenholdt med kunnskap og erfaring (1993b:26). Ved hjelp av sansing får anestesisykepleieren for eksempel informasjon om pasientens hud, om pasienten er kald og klam eller tørr og varm. Disse opplysningene forteller om hvorvidt pasienter har et godt nok blodtrykk, om pasienten er godt nok perfundert. En pasient som kjenner smerter, som ikke er godt nok smertestillet, vil ha tåreflod og store pupiller (Lunde, 2011:202). Dette er eksempler på viktige sanselige observasjoner for en anestesisykepleier. Det min informant uttrykker er i overensstemmelse med det Kristoffersen skriver at alle våre sanser brukes ved observasjon (Kristoffersen, 1993:135).

En av mine informanter sa:

Vi bruker hørselen, hører om dem puster og om de er besværet i respirasjonen, rask respirasjon.

Dette utsagnet fra en av mine informanter henspiller på at anestesisykepleieren bruker hørselen for å observere pasientens respirasjon. Hun lytter til hvordan pasienten puster, og får gjennom den informasjon om hvorvidt pasienten er besværet i respirasjonen eller for eksempel puster fort. Gjennom bruk av hørselen og sin kunnskap og erfaring, har anestesisykepleieren lært seg å vurdere hvordan pasientens respirasjon er. Hun har gjennom mange kliniske møter trent seg opp til å bruke hørselen på en sanselig måte. Dette er i tråd med hva Alvsvåg skriver om bruk av sanser og hvordan dette utvikles i kliniske situasjoner (1993b:28). Synet og hørselen er de sansene som mest berøres av våre erfaringer og kunnskap (Alvsvåg, 1993a:113). Når anestesisykepleieren kombinerer sin sansing om pasientens respirasjon med tidligere erfaring og den kunnskapen hun har om hvordan hensiktsmessig respirasjon er, gir dette henne et godt klinisk bilde å arbeide ut i fra.

Når anestesisykepleieren møter pasienten på previsitt eller på operasjonsstua, bruker hun sitt kliniske blikk. I dette blikket er man opptatt av pasientens diagnose og hva dette innebærer for oss som anestesisykepleiere og den pleien og behandlingen vi skal gi pasienten.

Anestesisykepleieren prøver å skaffe seg et overblikk over pasientens tilstand, prøver å finne ut av om pasienten er stresset og redd. For at det første møtet skal bli godt og skape trygghet og kontakt, må det kliniske blikket kombineres med medmenneskelighet og varme. Dette vil jeg kalle det empatiske blikket, det Martinsen (2000:26) omtaler som å se med hjertets øye. Det kliniske blikket innbefatter både observasjoner og empati.

Møtet på operasjonsstua mellom pasienten og anestesisykepleieren er et meget viktig møte. I dette møtet skal pasienten oppleve trygghet slik at stress og angst reduseres. Pasienter som skal opereres, er ofte engstelig for anestesen. De kan uttrykke bekymring for ikke å våkne etter operasjonen, eller å våkne opp midt under inngrepet. Noen pasienter er også engstelig for utfallet av operasjonen. Min erfaring er at mange pasienter er bekymret for tap av kontroll. I dette møtet er det viktig at anestesisykepleieren er bevisst på at hun påvirker pasienten gjennom sin væremåte, at det foregår en gjensidig sansing i møtet mellom pasient og anestesisykepleier (Alvsvåg, 1993b:25). Martinsen (2000:23) sier at følelsen for den andre, er en følelse sansene åpner for og på denne måten åpnes den andres verden for meg. Gjennom at anestesisykepleieren stiller seg åpen for pasientens uttrykk, kan hun få tilgang til pasientens verden. Ved at anestesisykepleieren ser pasientens situasjon med hjertets øye eller et empatisk blikk, kan hun legge til rette for at pasienten føler trygghet og blir møtt med respekt.

Å gi anestesi kan sammenlignes med en flytur. Hvis man tar av i dårlig vær, må man regne med mye turbulens og uro. Med dette mener jeg at hvis pasienten er stresset og redd i innsøvningen, vil det kunne medføre et ustabil og vanskelig anestesiforløp.

En av mine informanter sa:

Du kjenner pulsen her og når du flytter pasienten over så har du fingeren på pulsen, du flytter ikke fingrene når du flytter pasienten fra operasjonsstua til postoperativ avdeling, det er dine observasjoner.

Denne anestesisykepleieren beskriver berøring som en viktig sansning i anestesisykepleien. Hun forteller at hun alltid kjenner på pasientens puls for å vurdere pasientens tilstand. Å kjenne på pasientens puls, beskrives som en viktig og direkte observasjon (Lunde, 2011:201). Observasjon av pasientens puls er en viktig klinisk observasjon å bruke i tillegg til teknisk apparatur. Ved å berøre pasienten får anestesisykepleieren informasjon om pasientens puls,

men også opplysninger om pasientens hud. Ved hjelp av denne informasjonen, kan hun registrere om pasientens puls forandrer seg, eller om pasienten blir kald og klam. Disse observasjonene kan være tegn på smerte eller at pasienten får et blodtrykksfall etter anestesian. Berøring har også en annen funksjon i anestesisykepleien. Ved å berøre pasienten kan vi berolige og vise medmenneskelighet. Berøringen kan også gi trygghet til pasienten som nylig er våknet fra narkose. Berøringen forteller pasienten at anestesisykepleieren er til stede, passer på og gir omsorg.

I fokusgruppeintervjuet illustrerte en informant et grep for å hjelpe pasienten med å holde fri luftvei, og sa følgende:

Jeg holder alltid hånda over pasientens munn, selv om jeg ikke trenger å holde frie luftveier.

Dette utsagnet henspiller på at anestesisykepleier holder sin hånd foran pasientens nese og munn for å kjenne varm ekspirasjonsluft, og på denne måten observere pasientens respirasjon. Det å føle ekspirasjonsluft kan kombineres med et grep for å løfte pasientens kjeve, for å hjelpe pasienten med å holde fri luftvei. Hun sier videre at dette er en veldig praktisk måte å observere pasientens respirasjon på, for da trenger hun ikke å ha blikket festet på pasienten hele tiden. Hun bruker både følelsessansen og blikket når hun observerer pasientens respirasjon. Hun har lært seg å kombinere flere sanser for å gjøre en klinisk observasjon. Hennes kropp og hennes sanser er det redskapet hun bruker i observasjonen av pasienten.

Informantene mine snakket også om betydningen av luktesansen. De henviser til at de lukter om pasienten har røykt eller lukter alkohol. Hvis pasienten har røykt mindre enn to timer før han skal få anestesi, kan man ikke være sikker på at han er fastende, altså at magen er tom for mageinnhold. Dette kan utgjøre en fare ved innledning av anestesi. Hvis pasienten har diabetes, er acetonlukt en viktig observasjon for anestesisykepleier.

Slik jeg oppfatter mine informanter ser de både pasienten med det diagnostiserende øyet eller registrerende øyet og det øyet som inneholder fagkunnskap. De ser både pasientens medisinske utfordringer knyttet opp mot anestesisykepleien og som et lidende menneske. Dette bygger jeg på at de er opptatt av om pasienten er nervøs og om han har fått tilstrekkelig informasjon før anestesian. Mine informanter gir uttrykk for at de er opptatt av hele mennesket i møtet med operasjonspasienten.

5.4 Kunnskap, erfaring og faglig skjønn i anestesisykepleien

Jeg vil nå drøfte mine funn som omhandler kunnskap og erfaring i anestesisykepleien med utgangspunkt i min empiri.

Jeg oppfatter at erfaring blir vektlagt i anestesisykepleien. Når det kommer en ny kollega på min arbeidsplass, blir det opplyst om hvor lang og type erfaring hun har.

En av mine informanter sa om erfaringens betydning:

Jeg hadde kontaktsykepleiere som maste om bruk øynene, bruk hendene, kjenn etter, men den jungelen av teknisk utstyr var overveldende, men jeg kunne ikke se i samme grad som i dag at ei måling var feil.

Skal vi lære et håndverk må vi være tilstede og delta i handlingen. Veien til praktisk kunnskap går via deltakelse i arbeidet, sammen med noen som kan arbeidsoppgavene som skal læres. Håndlag og rytme overføres til andre gjennom deltakelse i arbeidet (Hamran, 1995:68).

Min informant hadde som student kontaktsykepleiere med erfaring. Hennes kontaktsykepleiere ønsket å lære studenten å gjøre kliniske observasjoner, bruke sin sanselighet og å utvikle sitt kliniske blikk. Informanten jeg snakket med, ga uttrykk for at hun som student var mest fokusert på det medisinske tekniske utstyret, og måtte påminnes om å bruke sitt kliniske blikk. Hun sier at hun i dag med sin erfaring, i motsetning til som student, i større grad kan vurdere om en teknisk måling er feil eller ikke. Dette tolker jeg som at hun gjennom sin kunnskap og erfaring har utviklet indeksert kunnskap jfr. Nortvedt og Grimen (2004:166). Hun har gjort sine erfaringer og dette er blitt en del av hennes fagspesifikke kunnskap som anestesisykepleier.

Denne situasjonen kan sammenlignes med når man lærer å kjøre bil. Det viktigste for en sjåfør er å ha oversikt over trafikkbildet for å forhindre at ulykker inntreffer. Når en begynner sin kjøreopplæring blir det ofte bruk av gir, clutch, bremses, blinklys osv. som står i fokus og som må læres. Oppmerksomheten mot dette i begynnelsen av opplæringen gjør ofte at eleven i liten grad klarer å rette blikket mot det totale trafikkbildet. Først når de tekniske ferdigheter er innlært og blir gjennomført mer eller mindre automatisk, klarer eleven å rette blikket mot helheten (trafikkbildet) for så å bruke bilens tekniske hjelpemidler på en slik måte at eleven unngår ulykker.

Fra egne veiledningssituasjoner har jeg ofte erfart at studenter har større fokus på medisinsk overvåkningsapparat enn på pasienten for eksempel ved innledning av anestesi. Jeg pleier ofte å si til studenter at det er pasienten som er fasiten, så hennes fokus må være rettet primært mot pasienten, og sekundært mot overvåkningsapparat. Jeg mener at ved å ha fokuset på pasienten, kan kliniske observasjoner øves opp og læres.

Dette er et eksempel på hvordan erfaringskunnskap kan bli videreformidlet i anestesisykepleiernes praksisfellesskap ved at erfarne anestesisykepleiere veileder studenter og nye kollegaer. I veiledningssituasjoner er det viktig å vektlegge kliniske observasjoner for studenten, og artikulere egne observasjoner og vurderinger. Erfarne anestesisykepleiere må synliggjøre sine observasjoner, vurderinger og handlinger for studenter og mindre erfarne kollegaer.

Dette er et utsagn fra en av mine informanter:

Du ser hvordan pasienten ser ut når han kommer, du danner deg et inntrykk, du tenker hva du skal gjøre i forhold til måten han ser ut på, pusten, du danner deg et bilde av hva du må gjøre og hva som eventuelt kan skje.

Dette utsagnet fra en av mine informanter tolker jeg som at hun bruker sin kunnskap og erfaring når hun møter pasienten. Hennes vurdering gjøres på bakgrunn av både episteme-techné- og fronesiskunnskap jfr Nortvedt og Grimen. (2004:170-171). Hun danner seg et bilde av hvilke utfordringer hun kan møte når hun skal anestesere pasienten. Inntrykket hun danner seg får hun på bakgrunn av pasientens medisinske tilstand hvilket inngrep eller undersøkelse som skal utføres, pasientens utseende og tidligere erfaringer. Anestesisykepleier innhenter opplysninger fra pasientens journal, fra pasienten selv og bruker egne observasjoner for å danne seg et helhetlig bilde før anestesi oppstart. På bakgrunn av de opplysningene anestesisykepleier har framskaffet og tilegner seg i møtet med pasienten, lager hun en plan og en handlingsberedskap i forhold til den anestesen pasienten skal få. Bildet hun danner seg, bygger på hennes kunnskap om pasienten og erfaring fra tidligere situasjoner hun har opplevd. Dette utsagnet underbygger betydningen av forberedthet før et anestesiforløp.

Under fokusgruppeintervjuet sa en informant:

Se på fargen og at de puster, det må sitte i ryggmargen til sist.

Slik jeg forstår informantens utsagn, mener hun at det å observere pasientens farge og respirasjon, er en grunnleggende kunnskap hos anestesisykepleierne. Når vi sier at dette er

noe jeg kan på ”ryggmargsnivå”, mener vi at kunnskapen er blitt en del av oss, den er blitt indeksert (Nortvedt og Grimen ,2004:166). Å være i stand til å vurdere pasientens respirasjon, er så basalt at det må kunne gjøres intuitivt. Denne måten å tenke på, er hva Benner (1995:44-46) beskriver som ekspertens måte å løse oppgaver på. For å kunne observere pasientens respirasjon på en tilfredsstillende måte, benytter anestesisykepleier seg av alle tre aristoteliske kunnskapsformer. Hun trenger kunnskap om respirasjonsfysiologi og sykdomslære, kunnskap om hvilke faktorer som påvirker respirasjonen og hvilket utstyr hun kan bruke for å hjelpe pasienten med å oppnå tilfredsstillende ventilasjon. Fronesis hjelper henne å ivareta pasienten på en god og tilfredsstillende måte i en kritisk situasjon. Men denne kunnskapen er blitt en integrert del av anestesisykepleierens vurderings- og handlingskompetanse, slik at hun kan gjøre en slik vurdering intuitivt og handle i forhold til det. Dette kan også benevnes som taus kunnskap (Hamran, 1995:71). En erfaren anestesisykepleier kjenner det i ”ryggmargen” når pasienten ikke puster tilfredsstillende og begynner å bli cyanotisk. Denne følelsen sier henne intuitivt at hun må handle raskt og vite hva hun skal gjøre.

Dette kan illustreres med et utsagn fra en av mine informanter:

Man legger jo det man har lært på harddisken og tar det fram. Altså er jeg veldig glad for at jeg har den erfaringen som jeg har, jeg erfarer hver dag og lærer stadig noe nytt som bare underbygger klinikken min.

Informanten snakker her om viktigheten av erfaring for å kunne gjøre gode kliniske vurderinger. Anestesisykepleieren uttrykker at erfaringen hun tilegner seg, utvider hennes kunnskapsområde. Jeg forstår at denne anestesisykepleieren reflekterer over sine opplevelser og erfaringer, og på denne måten tilegner seg ny kunnskap. Dette er i tråd med det Josefson (1991:36) og Molander (2004:138) skriver om utvikling av fortrolighetskunnskap eller praktisk kunnskap. Fortrolighetskunnskap utvikles når erfaringer blir bearbeidet og anestesisykepleieren reflekterer omkring sine erfaringer. Molander (1997:136) bruker begrepet oppmerksomhet når han skriver om kunnskap. Oppmerksomhet er en forutsetning for å utvikle kunnskap. Dette kaller Nightingale (1997) iakttakelsen. Informanten er bevisst sin egen kunnskap, men hun vet også at det er mulig å gjøre feil. Hun sier at hun erfarer og lærer hver dag. Dette kan ses som et uttrykk for at hun ser at hun hele tiden kan bli bedre i sin yrkesutøvelse. Hun retter blikket både framover og bakover, hun reflekterer. Hun legger sine erfaringer på ”harddisken” sin.

Anestesisykepleierens uttalelser, understreker betydningen av å gjøre gode, verdifulle kliniske vurderinger i praksissituasjoner. For henne er hennes lange erfaring en forutsetning for å gjøre

vurderinger. Hun er en ekspert (Benner, 1995:44). Hun forbedrer sitt håndgrep, hun lærer nye knep og enklere måter å gjøre ting på. Molander (2004:47) understreker betydningen av at for å forbli ekspert, må man fortsette å lære.

En av informantene sa følgende om ydmykhet:

Det er den ydmykheten, det er slik at det finnes ikke små anestesier, du kan ha den største tabbe på det vi kaller en filleting.

Alle mine informanter understreket viktigheten av ydmykhet og respekt for arbeidet de utfører. De ga også uttrykk for at denne respekten og ydmykheten for anestesisfaget noen ganger manglet hos samarbeidspartnere, slik som kirurger. De nevnte eksempler på at kirurgen ønsket en "lett" anestesi eller sedering, og at pasienten ikke var tilstrekkelig undersøkt eller utredet for sykdommer som kunne ha betydning for et anestesisforløp, fordi det bare var en "filleting" som skulle gjøres. Anestesisykepleierne hadde imidlertid erfart at det ikke finnes store og små anestesier. Pasientens medisinske tilstand tilsier at selv en liten undersøkelse kan medføre komplikasjoner, hvis ikke anestesispersonalet utviser stor forsiktighet og bruker sin kunnskap og erfaring.

Kunnskap omtales av mine informanter som en kilde til ydmykhet og respekt for det arbeidet de utfører. Hvordan kan ydmykhet forstås i en slik kontekst? Jeg tolker at ordet ydmykhet kan romme alle de tre aristoteliske kunnskapsformene (Nortvedt og Grimen ,2004:170-171). Anestesisykepleierne har epistemekunnskap. De har kunnskap om pasientens medisinske tilstand, og om hvordan anestesi midler og for eksempel kunstig ventilasjon vil påvirke pasientens tilstand. De vet også hvilket utstyr de må bruke, hvilke prosedyrer de må følge og hvilke forholdsregler de må ta for å gi pasienten en trygg anestesi. Det sist nevnte kan defineres som techne. Deres lange erfaring har også gjort at anestesisykepleierne har utviklet fronesis, eller klokskap (Nortvedt og Grimen ,2004). De har lært å bruke faglig skjønn for å vurdere situasjoner og hvordan de skal handle. De har lært seg å bedømme pasienter og situasjoner, og ønsker å gjøre det beste for pasienten, slik at skade eller komplikasjoner ikke oppstår. Mine informanter kan kjenne igjen sine erfaringer fra tidligere situasjoner de har stått i, og på bakgrunn av dette kjenne respekt og ydmykhet i den nye situasjonen. Slik jeg forstår det tar anestesisykepleierne i bruk sin kunnskap og erfaring, og dette er en kilde til ydmykhet og respekt i yrkessammenheng.

En av mine informanter fortalte følgende:

Pasienten ligger med 50 i systolisk blodtrykk og sykepleieren henter en ringer⁹ til, mens jeg tipper senga og trykka inn ei ny måling og snakket med pasienten. Var det rett måling? Jeg snakket med pasienten, pasienten svarte, så det kunne jo hende hun hadde høyere trykk. Det er ikke mange som fører en normal samtale med blodtrykk på 50.

En erfaren anestesisykepleier kommer inn på ei operasjonsstue for å hjelpe en uerfaren kollega som opplever at pasienten hun har ansvaret for, har fått et blodtrykksfall. Den erfarne sykepleieren vurderer pasienten intuitivt, som en ekspert. Hun ser at pasienten er våken og i stand til å føre en normal samtale. Hennes erfaring og kunnskap sier henne at målingen kanskje er feil. Hun vet at pasienter som har så lavt blodtrykk, vil være påvirket av dette og vanligvis ikke i stand til å svare adekvat. Hun har påstandskunnskap om sirkulasjonen som hun bruker i denne situasjonen. Hun sier hun tipper senga. Dette innebærer at hun hever pasientens fotende for på denne måten å aktivisere pasientens venøse reserver og bedre sirkulasjonen. Dette tiltaket kan være et resultat av både påstandskunnskap og techne. Hun vet hva som skjer med pasientens sirkulasjon når hun tipper sengen, samtidig er det å tippe sengen en del av en prosedyre ved blodtrykksfall. Den uerfarne kollegaen virker redd og konsentrerer seg om å gi pasienten væsketilførsel. Ekspertsykepleieren bruker også sitt kliniske blikk og faglige skjønn og vurderer at dette kanskje er en feilmåling, basert på pasientens kliniske tilstand. Derfor foretar hun en ny måling for å sjekke om hun får samme blodtrykksverdi.

Situasjonen som er referert ovenfor, synliggjør den erfarne anestesisykepleierens evne til iakttakelse (Nightingale, 1997). Hun iakttar situasjonen som hun trer inn i, og bruker sin kunnskap og erfaring til å vurdere hele situasjonen. Hun vurderer at dette kanskje handler om en teknisk feilmåling og at pasienten ikke er i en umiddelbar fare. Hun har sin oppmerksom rettet mot situasjonen. Hun observerer også sin yngre kollegas handlinger. Molander (Molander, 1997:136) bruker begrepet oppmerksomhet om å være nærværende tilstede. Denne typen kunnskap leder oss til å gjøre det beste. Dette kan også beskrives som fronesis.

Alvsvåg (2007a:207) beskriver praksisfellesskapet som en viktig arena for å utvikle og utveksle erfaring. Som jeg tidligere har nevnt, arbeider anestesisykepleierne stort sett alene. Situasjonen min informant forteller om, kan være en situasjon hvor kunnskap kan utvikles og bli utvekslet. For at dette skal bli en god læresituasjon for den uerfarne anestesisykepleieren, forutsetter det at ekspertsykepleieren setter ord på sine vurderinger og handlinger, for på denne måten å dele sin erfaring. En viktig forutsetning for dette, er at det finnes tid for å

⁹ Ringer acetat er en infusjonsvæske

diskutere og utveksle erfaringer. Dersom dette skal bli en god læresituasjon, må det også være trygghet i praksisfellesskapet. Det må være rom for å kunne stille spørsmål og gi uttrykk for usikkerhet.

En av mine informanter fortalte følgende historie som en illustrasjon på kunnskapsutveksling i praksisfellesskapet:

En anestesilege der jeg jobbet før pleide å komme inn på operasjonsstuen og spørre: hvorfor har du gjort det her? Hva har du gjort her? Kan du forklare dette? Det var ikke vondt ment, han ville bare ha meg til å begrunne hva jeg hadde gjort. Ja, men det er jeg enig med deg i, kunne han si, før han gikk ut.

En av anestesisykepleierne hadde arbeidet på et annet sykehus hvor en av overlegene pleide å komme inn på operasjonsstuen til anestesisykepleierne og stille spørsmål. Han ønsket å få høre vurderingene deres og begrunnelsene for de handlinger de hadde gjort. Dette er et eksempel på at anestesileger og anestesisykepleiere kan ha erfarings- og kunnskapsutveksling på tvers av profesjonsgrensene. Min erfaring er at det ofte er anestesilegen som anestesisykepleieren diskuterer sine vurderinger og handlinger med. For at en slik kunnskapsutveksling skal kunne finne sted, er det en forutsetning at anestesisykepleieren setter ord på sine vurderinger og handlinger. Gjensidig respekt for hverandres kompetanse og ansvarsområde må også ligge til grunn for en god kunnskapsutveksling. I dette tilfellet blir anestesilegen en viktig ”medskjønner” for anestesisykepleieren.

En av mine informanter omtalte postoperativ visitt:

Jeg tenker på postoperativ visitt, tenk på alt vi kunne få tilbakemelding på. Jeg pleier ofte på slutten av dagen å gå på postoperativ avdeling og se til pasientene jeg har bedøvd, om de har hatt smerter og om de har vært kvalm, for det er jo ei tilbakemelding på mitt håndverk, kan du si.

Å få tilbakemelding på sitt håndverk omtales som en kilde til kunnskap og erfaring. Josefson (1991:36) skriver at fortrolighetskunnskap utvikles gjennom erfaring og refleksjon.

Fortrolighetskunnskapen utvikles når anestesisykepleieren reflekterer omkring sine handlinger og erfaringer. Å gå postoperativ visitt til pasientene man har bedøvd, er å se seg tilbake. Dette gir en mulighet til vurdering av eget arbeid. Vurderingen innebærer også refleksjon, hva gjorde jeg bra, hva kunne jeg gjort annerledes? Uten refleksjon eller det Molander (1997:136) kaller oppmerksomhet, utvikles ikke kunnskap. Blikket må rettes både framover og bakover.

Å gå postoperativ visitt til pasientene du har bedøvd, er å se både framover og bakover.

Gjennom refleksjon og oppmerksomhet kan anestesisykepleieren utvikle sin fortrolighetskunnskap.

Anestesisykepleierne står i et skjæringspunkt mellom det Molander (2004:68) beskriver som den vestlige teoretiske kunnskapstradisjon og den vestlige praktiske kunnskapstradisjon. Den teoretiske kunnskapstradisjonen rommer vitenskapelig kunnskap, kunnskap om det som ikke kan være annerledes. I denne kunnskapstradisjonen er det også en overbevisning om at kunnskap kan artikuleres og at man kan inneha kunnskap uten å kunne tilpasse den til situasjonen. I motsetning til den teoretiske kunnskapstradisjonen beskriver Molander (2004) den praktiske kunnskapstradisjonen. I denne tradisjonen omtales kunnskap-i –handling, en levende kunnskap som vises i handlingen. Denne kunnskapsformen inneholder også taus kunnskap, den kunnskapen som ikke kan verbaliseres. Den praktiske kunnskapen har sin forankring i levende tradisjoner. I anestesisykepleien er det i stor grad den teoretiske kunnskapen som blir satt ord på og dokumentert skriftlig. Den praktiske handlingskunnskapen synliggjøres for eksempel i veiledningen av studenter, hvor kontaktsykepleier understreker viktigheten av å gjøre kliniske observasjoner av pasienten.

Jeg ser en stor fare ved at praktisk kunnskap ikke blir verbaliser i praksisfellesskapet. Dersom praktisk kunnskap ikke blir vektlagt, er det en stor fare for at den blir borte når eldre anestesisykepleiere slutter i yrket. Avgang fra yrket vil da kunne føre til ”kunnskapsmangel”

Arbeidssituasjonen for anestesisykepleierne kan ofte være preget av stor kompleksitet og uoversiktighet. Anestesiavdelingene har nedskrevne prosedyrer for hvordan forskjellige situasjoner skal håndteres. Slik jeg ser det er det viktig å ha nedskrevne prosedyrer for hvilket utstyr som skal brukes og hvilke hensyn som må tas i gitte situasjoner. Alvsvåg og Førland (2007:12-13) skriver om å vite hvorfor og å vite hvordan. Men i noen komplekse, sammensatte situasjoner, må regler og prosedyrer settes til side. Det kan være øyeblikkelig hjelpsituasjoner hvor pasienten er kritisk syk eller skadet. I slike situasjoner må anestesisykepleier og anestesilege bruke faglig skjønn for å håndtere situasjonen på en god og forsvarlig faglig måte. Jeg kan tenke tilbake på da jeg var nyutdannet og hvordan jeg hadde lært meg prosedyrer for spesielle situasjoner. Det jeg hadde memorert var hvilket utstyr og anestesiform jeg skulle bruke, samt hvordan jeg skulle forholde meg i situasjonen. Denne kunnskapen ga meg en trygghet og dette kunne sammenlignes med en livbøye. Jeg følte jeg hadde noe å flyte på når jeg kom på dypt vann.

Som anestesisykepleier må man ha kjennskap til prosedyrer og regler som gjelder for den virksomheten man er en del av. For at skjønnnet skal få et rom å bevege seg i (Alvsvåg, 2007a:210), trengs erfaring. I utøvelse av skjønn finnes det læring. Mine informanter sier alle at de stoler mer på sine vurderinger nå enn det de gjorde da de var nyutdannede anestesisykepleiere. De har erfart og lært og prøvd ut sitt faglige skjønn og opparbeidet seg en handlingskompetanse. Alvsvåg (2007a:210) skriver at prosedyrer og standarder kan bli en sovepute for uerfarne yrkesutøvere og bli et hinder for utvikling av et godt faglig skjønn. Jeg er av den oppfatning at et trygt, åpent og omsorgsfullt arbeidsmiljø er viktig for at faglig skjønn skal vokse fram. Med dette mener jeg at det må være rom for å diskutere og lære skjønn. Situasjoner hvor skjønnsmessige avgjørelser er brukt, kan deles i praksisfellesskapet. Kanskje er ikke dette alltid så enkelt fordi erfarne anestesisykepleiere og anestesileger ikke er seg bevisst at de bruker faglig skjønn. Å vurdere situasjoner og treffe tiltak på bakgrunn av skjønn, er kanskje blitt en så integrert del av yrkesutøvelsen at de ikke reflekterer over det. Hvis skjønnsmessige avgjørelser skal bli en del av praksisfellesskapet, må det lages rom for det. Ledere må være bevisst på dette og skape felles møteplasser hvor erfaringer kan deles og skjønnnet kan diskuteres. I et helsevesen hvor krav til effektivitet og produksjon er svært uttalt, kan skjønnnet få dårlige vekstvilkår.

Dåvøy (2005) skriver at man i et høyteknologisk miljø som en operasjonsavdeling, er avhengig av flere kunnskapsformer. Hun mener at man ikke bare må vite hva man skal gjøre, men også vite hvordan og i hvilken rekkefølge handlinger skal utføres. I noen situasjoner kan bruk av skjønn være livreddende. Dette gjelder i øyeblikkelighjelp situasjoner eller akutte situasjoner. Videre skriver hun at mangel på tid utfordrer skjønnnet. Hun uttrykker derfor bekymring for skjønnets plass i et travelt og økonomistyrte helsevesen hvor evidensbasert forskning har fått stor plass (Dåvøy, 2005).

Anestesisykepleierne står ofte i akutte situasjoner hvor det faglige skjønnnet blir utfordret. I slike situasjoner er det ikke nok å ha teoretisk kunnskap og å kunne prosedyrer. Akutte situasjoner stiller store krav til handlingskompetanse og bruk av faglig skjønn. Tidsfaktoren kan være avgjørende for utfallet av situasjonen og det kreves rask og riktig handling. Anestesisykepleieren må både vite hva som skal gjøres, hvordan det skal gjøres og i hvilken rekkefølge tiltak skal utføres. Situasjonene er forskjellige og dette stiller krav til god dømmekraft. Slike situasjoner krever bruk av faglig skjønn.

For at skjønn skal vokse fram i et praksisfellesskap, er det behov for både erfarne og uerfarne kollegaer (Alvsvåg, 2007b:208). Vi lærer skjønn av hverandre og deler erfaringer. I dagens helsevesen er kravet til effektivitet og høyt arbeidstempo merkbart. Dette fører ofte til arbeidssituasjoner hvor erfarne sykepleiere ikke klarer å stå i arbeidspresset i en aktiv sykehusavdeling. Hvis ikke erfarne sykepleiere klarer å stå i jobb, vil mye erfaringskunnskap, godt håndlag og gode ”medskjønnere” bli borte for de mindre erfarne sykepleierne.

5.5 Anestesisykepleiernes dokumentasjon av eget arbeid

Mine informanter snakket om og diskuterte hvordan og hva de dokumenterte. De var også opptatt av hva de ikke dokumenterte, og hvorfor de ikke dokumenterte sine sykepleiefaglige observasjoner og vurderinger. Jeg vil nå drøfte utsagn knyttet til dette.

En av mine informanter fortalte:

Når vi observerer ting så gjør vi ting, vi skriver ikke det vi observerer, men vi skriver tiltakene.

I følge Spjelkevik et al. (2004) har det ikke vært tradisjon at anestesisykepleierne har dokumentert sine kliniske observasjoner. Informantene mine sa at de ikke dokumenterte sine observasjoner, men de tiltakene de utførte på bakgrunn av observasjonene. Moen et al (2008:16) skriver at sykepleiere skal dokumentere sine observasjoner og de vurderinger de bygger sine tiltak på. Anestesisykepleierne jeg intervjuet, sa at de bare dokumenterte sine tiltak. Det er liten plass i anestesisjournalen til å dokumentere observasjoner. Respondentene i undersøkelsen til Spjelkevik et al (2004) sa også at anestesisjournalen var lite egnet til å dokumentere sykepleieobservasjoner. Anestesisjournalen består av utkrysningsfelt, og det kan derfor være lett å la seg styre av skjemaets rubrikker. Hvis anestesisykepleieren bare holder seg til skjemaets rubrikker, vil informasjon det ikke finnes rubrikker for, kunne gå tapt. Dersom anestesisykepleierne skal dokumentere sine observasjoner og vurderinger, tror jeg det må dokumenteres i sykepleiedokumentasjonen. I Spjelkevik et al.(2004) sin undersøkelse, sier respondentene at de delvis dokumenterer sin sykepleie på skjema for sykepleiedokumentasjon. I den samme undersøkelsen kommer det fram at anestesisykepleierne er usikre på hva de skal dokumentere. I følge ”Standard for anestesi i Norge” (Norsk anestesiologisk forening og Anestesisykepleiernes landsgruppe av norsk Sykepleierforbund ,2010), skal vesentlige sider ved anestesian dokumenteres. Hva er vesentlige sider ved anestesian? Slik jeg oppfatter det er det uklare retningslinjer for hva som

skal dokumenteres. Det kommer ikke klart nok fram hva som kan sies å være vesentlig i et anestesisforløp. Det at anestesisykepleierne dokumenterer sine tiltak, er fordi det ofte innebærer å gi medikamenter eller utføre en prosedyre, for eksempel å suge i endotracheal tuben.

Beyea (2001) skriver at dokumentasjon av intraoperativ sykepleie må gjenspeile sykepleiernes rolle og de vurderinger og handlinger de gjør. Hun tar til ordet for å bruke sykepleiediagnoser i dokumentasjon. Jeg tror ikke bruk av sykepleiediagnoser vil gjøre det enklere for anestesisykepleierne å dokumentere sitt arbeid og sin rolle i forbindelse med anestesi og akutt situasjoner. Jeg tror det er viktigere å definere hva som skal dokumenteres. Beyea (2001) skriver også at anestesi- og operasjonssykepleierne må samarbeide om å dokumentere sykepleien til pasienten. Dette tror jeg er et viktig moment. Begge faggruppene utfører sykepleie til samme pasient samtidig, så for meg er det naturlig at dokumentasjon bør foregå i et samarbeid mellom faggruppene. Slik er det ikke i dag på norske sykehus. Anestesisykepleierne dokumenterer i anestesijournalen, eventuelt i sykepleierrapporten, og operasjonssykepleierne dokumenterer på et skjema i sykepleierrapporten. Det er mange overlappende arbeidsoppgaver mellom anestesisykepleierne og operasjonssykepleierne. Som et eksempel kan nevnes opprettholdelse av pasientens kroppstemperatur peroperativt. Dette samarbeides det om, og forebygging av hypotermi er ofte gjenstand for faglige diskusjoner mellom anestesi- og operasjonssykepleiere. På min arbeidsplass blir dette delvis dokumentert av begge faggrupper.

Et annet aspekt ved at skjønnsmessige vurderinger ikke dokumenteres kan være at all dokumentasjon skal være gyldig og etterprøvbart (Børmark, 2011:70). En av mine informanter sa at: ”*vi skriver ned alt som er målbart som vi tror er rett*”. Dette utsagnet kan forstås som at alt som er målbart anses som gyldig og etterprøvbart, i motsetning til kliniske observasjoner. All kunnskap skal være sann og etterprøvbart (Molander, 2004; Nortvedt & Grimen, 2004). Det vi vet, skal vi kunne fremme som en påstand som er sann og kan begrunnes. Det er også et krav til sykepleiedokumentasjon at det som dokumenteres, skal kunne etterprøves og være gyldig. Kliniske observasjoner inneholder et element av tolkning. Anestesisykepleieren tolker sine observasjoner og utfører tiltak på bakgrunn av dette. Det kan derfor være vanskelig å dokumentere kliniske observasjoner fordi de ikke er etterprøvbare. I et høyt teknologisk fagmiljø som jeg oppfatter at en anestesiavdeling er, er kravene til vitenskapelig kunnskap åpenbare. Jeg tror derfor at den vitenskapelige kunnskapen får forrang i forhold til erfaringskunnskapen, og at dette gjenspeiler seg i anestesisykepleiernes manglende

dokumentasjon. Det som kan måles og dokumenteres anses som sant og gyldig og blir dokumentert. Slik jeg ser det er kliniske observasjoner gyldige, men ikke etterprøvbare fordi pasientens tilstand ikke er statisk. Pasientens tilstand vil endre seg i forhold til de tiltak som blir satt i verk.

Dette er et utsagn fra en av mine informanter:

Du dokumenterer for eksempel hvis en er kort i halsen, eller hvis du går previsitt, man dokumenterer observasjoner og sånn i hvertfall rapportere, men dokumentasjon blir det ikke, ja, noen ganger på operasjonskjema.

Anestesisykepleieren sier hun noen ganger dokumenterer på anestesijournalen hvis pasienten er kort i halsen, altså hvis det kan forventes å oppstå problemer med luftveishåndteringen.

Videre sier hun at hun muntlig rapporterer til kollegaer hva hun har observert.

Anestesisykepleierne har som andre sykepleiere, lange tradisjoner i å bruke muntlig rapport for å sikre kontinuitet og kvalitet i sykepleien. Før sykepleierne ble pålagt dokumentasjonsplikt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011), var den muntlige rapporten et viktig redskap for å sikre kontinuitet i sykepleien til pasientene. Den muntlige rapporten gir også mulighet for diskusjon og meningsutveksling om sykepleiefaglige problemstillinger (Moen et al., 2008). Språket som brukes i den muntlige rapporten, er det dagligdagse språket. Det dagligdagse språket er i følge Josefson(1991) og Martinsen (2003) det som best beskriver fortrolighetskunnskapen. Min erfaring er at det ofte muntlig rapporters observasjoner, vurderinger og handlinger som ikke er nedskrevet på anestesiskjema eller i sykepleierrapporten. Dette ga også mine informanter uttrykk for.

Om dette, sa en av mine informanter:

Ikke dokumentert, ikke utført, det har vi lært, hvis vi skal gjøre det rett med den her journalen, hvis det ikke er dokumentert, så er det ikke utført.

Moen et al. (2008) skriver at en følge av dokumentasjonsplikten er at det som ikke er dokumentert, anses som ikke utført. Informanten tar opp dette problemet, og sier vi har lært at ikke dokumentert, betyr ikke utført. Hun er opptatt av at det ikke blir gjort rett i forhold til journalføring. Jeg forstår det slik at hun da henviser til det juridiske aspektet ved dokumentasjon. Slik jeg forstår anestesisykepleierne i min undersøkelse, mener de at når de dokumenterer tiltak, er observasjoner og vurderinger inneforstått.

En av dem sier:

Hvis jeg har sugd i en tube, skriver jeg ikke at jeg har lyttet på pasienten, men det har jeg selvfølgelig gjort. Men jeg skriver bare at jeg har sugd i tuben.

Hun anser det at hun har lyttet på pasientens lunger, som en selvfølgelighet. Hun dokumenterer bare tiltaket som er en konsekvens av de observasjonene og vurderingene hun har gjort. Hvis jeg skal tolke Moen et al.(2008) bokstavelig, så kan man ikke ta for gitt at en handling som ikke er dokumentert er utført. På bakgrunn av dette kan man spørre seg om anestesisykepleiernes dokumentasjon er god nok juridisk sett? Respondentene i undersøkelsen til Spjelkevik et al (2004) opplever dokumentasjon av anestesisykepleien som vanskelig og utfordrende. De ønsker standarder og retningslinjer for hva som skulle dokumenteres. For anestesisykepleierne i Norge er det ”Norsk standard for anestesi”(Norsk anestsilogisk forening og Anestesisykepleiernes landsgruppe av norsk Sykepleierforbund ,2010) som gir retningslinjer og en standard for hva som skal dokumenteres. Kravene som kommer fram i ”Norsk standard for anestesi” anser jeg for å være minstekravet til hva som skal dokumenteres i et anestesiforløp. Jeg tror anestesisykepleierne først må sette ord på hva de observerer, vurderer og handlinger de utfører i et anestesiforløp. Videre må anestesisykepleierne ha en bevissthet i forhold til betydningen av dokumentasjon for å synliggjøre og overføre kunnskap. Deretter må faggruppen diskutere hva som skal dokumenteres og hvor i pasientens journal dokumentasjon skal gjøres.

En av mine informanter uttalte:

Vi skriver ikke ned at pasienten er kald og gusten, men det kan være veldig lurt å gjøre det, for da har du et utgangspunkt i tillegg til at du har et tall. Det er viktig å få det kliniske dokumentert.

Mine informanter diskuterte viktigheten av å dokumentere kliniske observasjoner. En av anestesisykepleierne mente det var viktig å dokumentere de kliniske observasjonene for eksempel i forhold til pasientens blodtrykk, og ikke bare skrive et tall. Det er de kliniske observasjonene som viser om pasientens blodtrykk er tilfredsstillende, og ikke tallet. Hvis pasienten i utgangspunktet har hypertensjon, vil han kunne bli klam og blek selv om det målte blodtrykket er innenfor normalområdet. Dersom pasienten er påvirket av et for lavt blodtrykk, vil det være mulig at anestesisykepleieren gir et medikament for å øke blodtrykket. Hvis bare tiltaket, medikamentet, er dokumentert, vil det være vanskelig å tolke vurderingen som ligger bak handlingen, hvis blodtrykket som er målt er innenfor normalområdet. Dette er et godt eksempel på at tiltak ikke alltid reflekterer observasjoner og vurderinger som anestesisykepleieren legger til grunn.

I følge Børmark (2011) og Moen et al.(2008) skal dokumentasjon sikre muligheten for å etterprøve den helsehjelpen som er gitt. Hvis det er slik at anestesisykepleiere unnlater å dokumentere kliniske observasjoner som ligger til grunn for deres handlinger, kan det stilles spørsmål ved om de dokumenterer den helsehjelpen de gir godt nok. Kan den helsehjelpen som ytes etterprøves? Jeg tror også en av grunnene til at anestesisykepleierne synes det er problematisk og utfordrende å dokumentere sitt arbeid, er at de arbeider så nært anestesilegene. Med dette mener jeg at det er anestesilegen som har det medisinsk faglige ansvaret for anestesen, mens anestesisykepleieren har utøveransvar (Norsk anestesilogisk forening og Anestesisykepleiernes landsgruppe av norsk Sykepleierforbund ,2010). Mange arbeidsoppgaver innenfor anestesisfaget kan ivaretas av begge yrkesgruppene, og jeg tror dette gjør dokumentasjonen utfordrende for anestesisykepleierne. Et eksempel kan være problemer med luftveishåndtering. Hvem skal dokumentere at det var problemer med luftveishåndtreingen? Skal den som opplevde håndteringen problematisk gjøre det? Eller skal den som klarte å løse oppgaven dokumentere? Hvordan skal anestesisykepleier dokumentere det hvis hun og anestesilegen gjør forskjellige vurderinger av situasjonen? Kanskje er det vanskelig for anestesisykepleierne å skille mellom hva de skal dokumentere og hva anestesilegen skal dokumentere?

Det er kun det øyeblikket det er store problemer at vi dokumenterer.

Anestesisykepleierne står ofte i akutte situasjoner og problematiske situasjoner. I akutte situasjoner vil dokumentasjon skje i ettertid (Moen et al., 2008). Det er naturlig at anestesilege og anestesisykepleier dokumenterer sin helsehjelp sammen i akutte situasjoner. Dette gjøres delvis på min arbeidsplass. Dette gjelder også for problematiske situasjoner. Dette utsagnet fra en av mine informanter, forstår jeg henspiller på akutte - og problematiske situasjoner. I akutte situasjoner er det spesielt viktig at all helsehjelp som utføres kan etterprøves. Akutte situasjoner kan være gjenstand for granskning i ettertid.

I helsepersonelloven står det at dokumentasjon skal gjøres i tråd med god yrkesetikk (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Dette tolker jeg slik at alt som utføres skal dokumenteres, og at ikke noe skal skjules fra pasienten, andre helsearbeidere eller tilsynsmyndighet.

Dokumentasjonen som utføres skal sikre kontinuitet og være lett å forstå for annet helsepersonell (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Man kan spørre seg om anestesisykepleiernes inneforståthet er lett å forstå for annet helsepersonell? Kan sykepleierne på postoperativ avdeling og på sengepostene tolke observasjoner og vurderinger

som ligger bak et tiltak når det ikke er dokumentert? Det tror jeg er meget vanskelig. Jeg tror derfor at når anestesisykepleierne bare dokumenterer sine tiltak og ikke sine kliniske observasjoner og vurderinger, har de ikke ivaretatt dokumentasjonsplikten sin godt nok i forhold til lovverket. Anestesisjournalen er ikke alltid like lett å lese for sykepleierne på sengeposter. Jeg er derfor ikke sikker på at kontinuitet i sykepleien til pasienten er sikret dersom anestesisykepleierne ikke også dokumenterer sin sykepleie i sykepleierapporten.

I henhold til Helsepersonelloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011) skal ikke opplysninger om pasienten dobbeltføres, det vil si at samme opplysning ikke skal føres flere steder i pasientens journal. Dette kan være med på å gjøre dokumentasjon utfordrende for anestesisykepleierne. Det anestesisykepleierne bør dokumentere i sykepleierapporten kan være et sammendrag av hvordan anestesen har forløpt, hvor også de kliniske observasjonene kommer fram.

Både anestesisykepleierne som deltok i undersøkelsen til Spjelkevik et al (2004) og sykepleierne som deltok i undersøkelsen til Blix (2005) sier at tidspresset er et problem. De opplever at de har for liten tid til dokumentasjon. På ei anesthesiavdeling er tidspresset stort og det er fokus på at det skal være kortest mulig tid mellom hver pasient. Jeg kan derfor se at det å skrive et sammendrag av anestesen i pasientens sykepleiedokumentasjon kan bli vanskelig. Etter at operasjonen eller undersøkelsen er avsluttet kan pasienten være i en ustabil situasjon og anestesisykepleierens oppmerksomhet er rettet mot å gjøre observasjoner av våkenhet, sirkulasjon og respirasjon. Dersom hun skal skrive i sykepleiedokumentasjon må det skje etter at pasienten er overlevert til sykepleier på postoperativ avdeling. Det er da en forutsetning at det avsettes tid til dette.

Muntlig rapport har lange tradisjoner blant anestesisykepleierne. I den muntlige rapporten blir kliniske observasjoner og vurderinger viderefremmet. I denne rapporten er det det dagligdagse språket som brukes (Moen et al., 2008). I følge Josefson (1991) og Martinsen (2003) er dette språket velegnet for å formidle erfaringskunnskap. Påstandskunnskapens språk er ikke velegnet til å få fram det spesielle. I anestesisjournalen er det påstandskunnskapens språk som synliggjøres. Her registreres det som kan måles, ofte tallverdier.

Anestesisjournalen består av avkrysningsfelt og det er liten plass til fritekst. Dette mener jeg blir førende for hva som skal dokumenteres. Det som blir dokumentert er påstandskunnskap, det som ikke kan være annerledes. Anestesisjournalen gir lite rom for å dokumentere kunnskap som ikke lar seg overføre i påstands form, kunnskap om det som kan være annerledes. Noe av

denne kunnskapen blir formidlet gjennom muntlig rapport, mens noe bare deles og vises gjennom handling.

I min undersøkelse kommer det fram at anestesisykepleiernes dokumentasjon av eget arbeid er ufullstendig. Dette kan være både fordi det er en usikkerhet tilstede om hva som skal dokumenteres, og hvor i pasientens journal det skal dokumenteres. Stort tidspress i der daglige arbeidet kan også bidra til manglende dokumentasjon i anestesisykepleien. Jeg tror en økende bevissthet om betydningen av å dokumentere eget arbeid og vise hva anestesisykepleierne faktisk gjør, er nødvendig.

6.0 OPPSUMMERING

Å gjøre kliniske observasjoner og bruke sitt kliniske blikk er en viktig del av anestesisykepleien. Oppøvelse av klinisk blikk skjer gjennom erfaring og refleksjon. Anestesisykepleierne bruker sin sanselighet i observasjon av pasienten, dette er en viktig del av å lære seg klinisk klokskap. I klinisk blikk inngår alle tre aristoteliske kunnskapsformer, episteme, techne og fronesis. Anestesisykepleiernes bruk av klinisk i kombinasjon med teknisk overvåkningsapparat gir en sikker og trygg overvåkning og observasjon av pasienten i forbindelse med anestesi. Bruk av teknisk overvåkningsapparat kan virke forstyrrende på anestesisykepleiernes sanselighet. Innføringen av stadig mer og mer avansert teknisk overvåkningsapparat kan føre til at anestesisykepleiernes oppmerksomhet rettes mot apparaturen i større grad enn mot pasienten. Dette kan tilsløre det kliniske blikket. Klinisk blikk kan bekrefte at målinger gjort med teknisk overvåkningsapparat er rett eller gi en mistanke om at det er en feilmåling. I anestesisykepleien brukes faglig skjønn. Faglig skjønn kommer til anvendelse i komplekse situasjoner hvor standarder og prosedyrer ikke gir tilstrekkelige retningslinjer for handling. Oppøvelse i bruk av klinisk blikk og faglig skjønn krever kunnskap, erfaring og refleksjon.

Anestesisykepleierne dokumenterer i liten grad sine observasjoner og vurderinger. De dokumenterer tiltak de utfører på bakgrunn av sine observasjoner og vurderinger. Mangelfull dokumentasjon av anestesisykepleiernes arbeid kan være begrunnet i usikkerhet om hva som skal dokumenteres og at anestesijournalen gir klare føringer for hva som skal dokumenteres. Det som dokumenteres er verdier fremkommet gjennom tekniske målinger og i stor grad medisinske faktaopplysninger. Anestesisykepleiernes vurderinger og handlinger blir i stor grad synliggjort i muntlig rapport. Min mening er at dokumentasjon av kliniske observasjoner er viktig for å utvikle faget og synliggjøre anestesisykepleiernes arbeid og ansvarsområde.

Å synliggjøre bruk av klinisk blikk er viktig for å sette fokus på at erfaringskunnskapens betydning er viktig i anestesisykepleien og at anestesisykepleiefaget er en kunst. Mitt fokus har vært å synliggjøre bruk av klinisk blikk og erfaringskunnskap i anestesisykepleien fordi jeg er opptatt av at denne delen av anestesisykepleiernes fagutvikling ikke må bli nedprioritert.

6.1 Noen ord til slutt

Det har vært et privilegium å få lov til å arbeide med masteroppgaven. Til tross for at det har vært slitsomt, har det vært en meget lærerik prosess. Å forske på anestesisykepleiernes bruk av klinisk blikk og faglig skjønn har gitt meg større innsikt og forståelse for faget. Jeg har også sett viktigheten av å fokusere på den sanselige delen av anestesisykepleien, og å sette fokus på erfaringskunnskapens betydning for faget.

Det jeg ser i ettertid, er at det kunne vært spennende å gjøre et fokusgruppeintervju med anestesisykepleiere som hadde arbeidet kortere tid, og som var utdannet senere enn mine informanter. Jeg ville da kunne fått en forståelse hvordan de så på bruk av klinisk blikk og hvordan dette hadde utviklet seg i tråd med deres erfaring. Deretter kunne jeg ha sammenliknet funnene fra disse gruppene. På denne måten ville jeg kunne fått et inntrykk av hvordan bruk av klinisk blikk og kliniske observasjoner har utviklet seg i anestesisykepleien.

Litteraturliste

- Almås, H. (2001). *Klinisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Alvsvåg, H. (1993a). Det gode blikket og de gode hendene. I K. Martinsen (red.), *Den omtenksomme sykepleier*. Oslo: TANO A.S.
- Alvsvåg, H. (1993b). Hvor beveger sykepleien seg- mot viten eller klokskap? I M. Kirkevold, F. Nortvedt og H. Alvsvåg (red.), *Klokskap og kyndighet*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.
- Alvsvåg, H. (2007a). Læring av sykepleie- gjennom personlige og profesjonelle erfaringer. I H. Alvsvåg og O. Førland (red.), *Engasjement og læring. Fagkritiske perspektiver på sykepleie*. Oslo: Akribe AS.
- Alvsvåg, H. (2007b). På kollisjonskurs med arbeidsgivers interesser? Sykepleiernes syn på opplæring av nyansatte. I H. Alvsvåg og O. Førland (red.), *Engasjement og læring*. Oslo: Akribe AS.
- Alvsvåg, H. og Førland, O. (2007). Innledning Refleksjoner om utdanning og kunnskap i sykepleien. I H. Alvsvåg og O. Førland (red.), *Engasjement og læring*. Oslo: Akribe AS.
- Benner, P. (1995). *Fra novice til ekspert: mesterlighet og styrke i klinisk sykeplejepsaksis*. København: Munksgaard.
- Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P. og Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: a thinking-in-action approach*. New York: Springer Publ.
- Beyea , C. S. (2001). The Ideal State for Perioperativ Nursing. *Association of Operating Room Nurses, AORN Journal*, 73, 5;(May 2001;), 897-901.
- Blix, B. H. (2005). *"Korthuset": sykepleieres erfaringer med elektronisk sykepleiedokumentasjon i egen praksis*. Universitetet i Tromsø, Tromsø.
- Børmark, S. R. (2011). Dokumentasjon. I I. L. Hovind (red.), *Anestesisykepleie*. Oslo: Akribe AS.
- Dahlberg, K., Nyström, M. og Dahlberg, H. (2008). *Reflective lifeworld research* (2nd. utg.). Lund: Studentlitteratur.
- Drageset, S. og Ellingsen, S. (2010). å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien forskning* 4/2010(332-325).
- Dåvøy, G. A. M. (2005). *Faglig skjønn på operasjonsavdelingen: en kvalitativ studie av operasjonssykepleieres bruk og utvikling av det faglige skjønn*. [G.M. Dåvøy], Bergen.

- Ekeli, B.-V. (2002). *Evidensbasert praksis: snublestein i arbeidet for bedre kvalitet i helsetjenesten?* (vol. 2/2002). Tromsø: Eureka forlag.
- Elstad, I. (1995). Å forstå arbeid på ulike måtar. I I. Elstad og T. Hamran (red.), *Et kvinnefag i moderniseringen. Sykehuspleien mellom fagtradisjon og målstyring*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Fanghol, R. og Valla, A. (2011). Barn. I I. L. Hovind (red.), *Anestesisykepleie*. Oslo: Akribe AS.
- Gjengedal, E. (1997). Kriser i helsevesnet: Utfordringer for omsorgsarbeideren. I H. Alvsvåg, N. Anderssen, E. Gjengedal og M. Råheim (red.), *Kunnskap, kropp og kultur*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.
- Gran Bruun, A. M. (2011). Anestesisykepleierens kompetanse. I I. L. Hovind (red.), *Anestesisykepleie*. Oslo: Akribe AS.
- Gran Bruun, A. M. og Grell Ulrik, A.-M. (2008). *Udviskede professionsgrænser - interprofessionelt samarbejde mellem læger og sygeplejersker inden for klinisk anæstesi*. Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, Göteborg.
- Graneheim, U. H. og Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, 24(2), 105-112.
- Grimen, H. og Molander, A. (2008). Profesjon og skjønn. I A. Molander og L. I. Terum (red.), *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Hamran, T. (1995). Taus kunnskap som kritisk potensiale. I I. Elstad og T. Hamran (red.), *Et kvinnefag i moderniseringen. Sykehuspleien mellom fagtradisjon og målstyring*. Oslo: Ad Notam gyldendal AS.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). Helsepersonelloven. Hentet 22.03.2012, fra <http://www.lovdato.no/all/nl.1990702-064.html>.
- Hovind, I. L. (red.). (2011). *Anestesisykepleie*. Oslo: Akribe.
- Josefson, I. (1991). *Kunskapens former: det reflekterade yrkeskunnandet*. Stockholm: Carlssons.
- Kristoffersen, I. (1993). Det gode stellet. I K. Martinsen (red.), *Den omtensomme sykepleier. Artikkelsamling i forbindelse med at diakonhjemmets Sykepleierhøgskole Haraldsplass er 75 år i mai 1993*. Oslo: TANO.
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Langdridge, D. (2006). *Psykologisk forskningsmetode: en innføring i kvalitative og kvantitative tilnærminger*. Trondheim: Tapir.
- Lebowitz, P. W., Newberg, L. A. og Gillette, M. T. (red.). (1982). *Clinical Anesthesia Procedures of the Massachusetts General Hospital*. Boston: Little, Brown and Company.
- Lunde, E. M. (2011). Klinisk overvåkning og monitorering. I I. L. Hovind (red.), *Anestesisykepleie*. Oslo: Akribe AS.
- Lykkeslet, E. (2003). *Bevegelig handlingskunnskap: en studie i sykepleiens praksis*. Universitetet i Tromsø.
- Malterud, K. (1996). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, K. (2003). *Fra Marx til Løgstrup: om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.
- Moen, A., Hellesø, R. og Berge, A. (red.). (2008). *Sykepleieres journalføring Dokumentasjon og informasjonshåndtering*. Oslo: Akribe AS.
- Molander, B. (1997). Kunnskapsmångfold och olika kunskapstraditioner. I H. Alvsvåg, N. Anderssen, E. Gjengedal og M. Råheim (red.), *Kunnskap, kropp og kultur*. Oslo: Ad notam Gyldendal AS.
- Molander, B. (2004). *Kunnskap i handling*. Gøteborg: Daidalos AB.
- Nightingale, F. (1997). *Notater om sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Norsk anesthesiologisk forening og Anestesisykepleiernes landsgruppe av norsk Sykepleierforbund. (2010, 23.10. 2011). Norsk standard for anestesi, fra <http://www.alnsf.no/Alnsf-Nyheter/Siste-nytt/st>.
- Nortvedt, P. og Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon: filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Polit, D. F. og Beck, C. T. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Sim, J. (1998). Collecting and analysing qualitative data: issues raised by the focus group. *Journal of Advanced Nursing*.
- Spjelkevik, M.-L., Nilssen, C. M., Sagafos, E. K., Storteig, M. H. og Kielland, J. (2004). *Bak lukkede dører*. Skien: Sykehuset Telemark HF.

- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Utdannings- og forskningsdepartementet. (2005). Rammeplan for videreutdanning i anesthesisykepleie. Hentet 27.03 2012, fra www.regjeringen.no/.../269383-rammeplan for anesthesisykepleie.
- Valeberg, B. T. (2011). Preoperativ informasjon og vurdering. I I. L. Hovind (red.), *Anesthesisykepleie*. Oslo: Akribe AS.
- Wibeck, V. (2011). *Fokusgrupper: om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.

INTERVJUGUIDE

Hva legger du i klinisk blikk ?

Kan dere fortelle meg om en hendelse hvor dere fornemmet / sanset / følte at noe var galt med pasienten til tross for at alle objektive data var normale, og det i ettertid visste seg at du hadde rett

Hvordan mener du at ditt kliniske blikk har utviklet seg i takt med din erfaring som anestesisykepleier?

Dokumenterte du dette, i tilfelle hvor og hvordan?

Hvis du ikke dokumenterte dette, kan du si noe om hvorfor?

Samtykke til deltakelse mastergradsprosjekt

"Anestesisykepleiernes bruk av klinisk blikk- både fakta og fornemmelser? Hvordan dokumenteres klinisk blikk i anestesisykepleien? En kvalitativ studie.

Jeg har lest informasjonsskrivet vedrørende prosjektet og har hatt anledning til å stille spørsmål. Jeg er inneforstått med at alle opplysninger vil bli anonymisert i publikasjoner og bli behandlet konfidensielt i henhold til gjeldende regler for forskning. Jeg er også kjent med at deltakelsen er frivillig.

Jeg sier meg herved villig til å delta i studien.

.....

(signert av prosjektdeltaker, sted og dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

Tromsø, 20.10.2011.....

(signert, masterstudent, sted og dato)

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt i forbindelse med masteroppgave:

Anestesisykepleiernes bruk av klinisk blikk- både fakta og fornemmelser? Hvordan dokumenteres klinisk blikk i anestesisykepleien? En kvalitativ studie.

Jeg er anestesisykepleier og jobber ved Universitetssykehuset Nord Norge. Jeg er for tiden masterstudent ved Universitetet i Tromsø, Institutt for helse- og omsorgsfag. Denne studien er mitt mastergradsprosjekt. Veileder for prosjektet er postdoktor Mari Wolff Skaalvik ved UiT.

Jeg ønsker i mitt prosjekt å fokusere på anestesisykepleiernes bruk av klinisk blikk og hvordan dette blir dokumentert. Jeg ønsker å løfte fram den tilsynelatende "tause" kunnskapen i anestesisykepleien, da jeg tror det er viktig for fagets kvalitet og utvikling.

Jeg har selv opplevd å fornemme at noe er galt, til tross for at alle målbare parametre er normale. Følgende historie fra en kollega kan illustrere hva jeg mener:

"Jeg bedøvde en pasient med en ikke erkjent medisinsk tilstand som medførte alvorlige komplikasjoner i det postoperative forløpet. Denne pasienthistorien ble senere tatt opp til diskusjon i et fellesmøte mellom anestesileger- og sykepleiere. Da jeg så min anestesijournal blåst opp på veggen ble jeg forundret. Jeg hadde dokumentert at pasienten var blitt kvalm og uvel i forbindelse med epiduralinnleggelse, videre at jeg og anestesilegen var uenige om tolkning av pasientens EKG, og at pasienten før anesthesi avslutning var blitt kald og klam. Dette er ting som vanligvis ikke blir dokumentert, så da hadde jeg vel hatt en fornemmelse av noe".

Jeg ønsker å få anestesisykepleiernes fortellinger om situasjoner hvor dere har fornemmet/sanset at noe ikke stemte, men hvor dette ikke har gitt seg utslag på teknisk overvåkningsapparat, og hvor det i ettertid viste seg at du hadde rett og hvordan du eventuelt har dokumentert dette. Jeg ønsker også å få vite hvordan du tenker om å bruke klinisk blikk i det daglige arbeidet ditt.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Jeg ønsker å gjennomføre et fokusgruppeintervju, det vil si at jeg snakker med alle som sier seg villig til å delta samtidig (max 4-6 deltakere). Det vil bli tatt lydopptak av intervjuet, og jeg vil også gjøre notater underveis. Jeg planlegger å gjøre fokusgruppeintervjuet i oktober 2011.

Mulige fordeler og ulemper.

Om du takker ja til å delta, kan du bidra til økt kunnskap om anestesisykepleierens kliniske blikk og dokumentasjon av dette. Jeg håper du vil bidra med din erfaring, da dette vil være nyttig kunnskap for fagets utvikling og kvalitet. Denne kunnskapen er også viktig i forhold til undervisning av studenter og nyutdannede kollegaer.

En mulig ulempe er eventuelt tidsbruk på fritida, dersom intervjuet må gjennomføres utenom arbeidstid. Jeg vil imidlertid tilstrebe å gjøre intervjuet innenfor deres arbeidstid.

Anonymisering

Alle opplysninger du gir, vil bli anonymisert i publikasjoner. Informasjonen som kommer fram vil kun bli brukt i min masteroppgave. Materialet fra gruppeintervjuet vil bli skrevet ut. Navneliste på deltakerne vil oppbevares separat. Lydopptak og utskrifter vil bli oppbevart på pc med passordbeskyttelse, utskrifter vil være innelåst og slettet / makulert når prosjektet er avsluttet i juli 2012.

∴ Jeg vil minne om at dere er underlagt taushetsplikt når det gjelder opplysninger om pasienter. Ved bruk av eksempler og lignende, må opplysningene gis i anonym form – dvs. at opplysningene ikke skal kunne tilbakeføres til en enkeltperson.

Prosjektet er tilrådd av NSD (personvernombudet for forskning).

Frivillig deltakelse:

Det er frivillig å delta i studien. du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Etter at intervjuet er gjennomført, vil det ikke være mulig å trekke sin deltakelse, da dette vil medføre at hele intervjuet må forkastes. Det vil ikke få konsekvenser for ditt forhold til arbeidsgiver om du ikke ønsker å delta eller om du senere velger å trekke deg

Dersom du ønsker å delta, sender du meg en e-post med din adresse. Jeg vil da sende deg samtykkeerklæring, samt en frankert svarconvolutt.

Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen og returnerer til meg i vedlagte convolutt.

Om du har spørsmål vedrørende studien, kan jeg kontaktes på telefon 99018431 eller e-post: sylvint@live.no

Veileder: Mari Wolff Skaalvik

Institutt for helse-og omsorgsfag

Universitetet i Tromsø

9037 Tromsø

Vennlig hilsen

Sylvin Thomassen

sylvint@live.no

telefon: 99018431

Vedlagt: NSD godkjenning (ettersendes)

Vedlegg 3



Mari Wolff Skaalvik
Institutt for helse- og omsorgsfag
Universitetet i Tromsø
MH-bygget
9037 TROMSØ

Vår dato: 06.09.2011

Vår ref: 27650 / 3 / JSL

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 29.07.2011. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 02.09.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

27650

Anestesi- og sykepleierens bruk av klinisk blikk - både fakta og fornemmelser? Hvordan dokumenteres klinisk blikk i anestesi- og sykepleien? En kvalitativ studie

Behandlingsansvarlig
Daglig ansvarlig
Student

Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder
Mari Wolff Skaalvik
Sylvin Thomassen

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

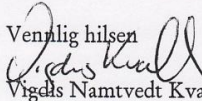
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

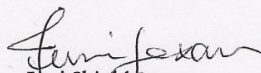
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.07.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Juni Skjold Lexau

Kontaktperson: Juni Skjold Lexau tlf: 55 58 36 01

Vedlegg: Prosjektvurdering

✓ Kopi: Sylvin Thomassen, Malmveien 126, 9022 KROKELVDALEN

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarve@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-arne.andersen@uit.no

Vedlegg 4

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 27650

Formålet med prosjektet er å innhente kunnskap om bruk av klinisk blick i anestesisykepleien. Med dette menes historier hvor anestesisykepleiere i sitt arbeid med pasienter har fornemmet at noe var galt, til tross for at parametre ikke har vist dette.

Utvalget består av 4-6 erfarne anestesisykepleiere. Førstegangskontakt etableres i henhold til e-post sendt og mottatt 02.09.2011.

Opplysningene samles inn gjennom gruppeintervju. Det vil bli benyttet lydopptak under intervjuet. Det registreres direkte personidentifiserende opplysninger i prosjektet, men disse lagres separat fra det øvrige datamaterialet, men kan kobles mot det øvrige datamaterialet ved hjelp av en referanseliste som kun student har tilgang til.

I tråd med opplysninger gitt i meldeskjemaet, skal det ikke behandles pasientopplysninger i prosjektet. Det innebærer at eksempler og fortellinger som framkommer under intervjuet ikke skal kunne tilbakeføres til en enkeltperson.

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet (jf. informasjonsskriv mottatt 02.09.2011) og samtykker skriftlig til deltakelse i prosjektet. Informasjonsskrivene og samtykkeerklæringene finnes tilfredsstillende, forutsatt at følgende endres:

- Kontaktopplysninger til veileder oppgis.
- At understreket tekst fjernes.
- At setningen slettes: "Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien". (Dette fordi de sannsynligvis ikke kan trekke seg siden det er et gruppeintervju).

Vi ber om at revidert informasjonsskriv sendes til personvernombudet@nsd.uib.no.

Personvernombudet ber om at student og veileder setter seg inn i og etterfølger Universitetet i Tromsø sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc og privat lagring av lydopptak til oppbevaring av deltakernes personopplysninger.

Det innhentes tillatelse fra angjeldende sykehus til gjennomføringen av prosjektet.

Datamaterialet anonymiseres senest ved prosjektslutt, 01.07.2012, ved at navneliste, lydopptak og eventuelle andre personidentifiserende opplysninger slettes.