



Universitetet Bergen
Det medisinske fakultet
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Seksjon for helsefag
Sykepleiefaglig studieretning

FRISKE PASIENTERS OPPLEVELSE AV DEN PREOPERATIVE PERIODE

EN KVALITATIV STUDIE

*På sykehus der ligger det syke folk, jeg er ikke syk sant, sånn tenker jeg,
vil ikke være her, jeg ønsker meg bort her i fra... ..*

Hovedfagsoppgave

Våren 2004

Sidsel Ellingsen

FORORD

Denne studien som presenteres her er gjennomført som en del av hovedfagstudiet i helsefag. Bakgrunn for valg av emne er tjue års klinisk erfaring som sykepleier.

Det er mange som har bidratt til at denne hovedfagsoppgaven er blitt til og disse ønsker jeg å takke:

Først og fremst alle informantene som velvillig delte sine erfaringer med meg. Det er deres utsagn som er hele bakgrunnen for denne oppgaven.

Til avdelingssykepleiere og sykepleiere ved sykehuset som velvillig har avsatt tid og lagt forholdene til rette slik at studien kunne gjennomføres.

Min veileder Professor Kari Martinsen for vennlig, tålmodig og tydelig veiledning. Jeg har følt meg privilegert som har fått veiledning av en som har så stor visdom og innsikt i temaer som opptar meg sterkt.

Til min leder Berit Waagsbø som hele tiden har inspirert meg, vært pådriver og ikke minst lagt forholdene til rette og båret byrdene for at jeg skulle ha mulighet til å fullføre mitt studium. Det samme gjelder for min nærmeste kollega Sigrunn Drageset som også hele tiden delt av sin erfaring og kommet med nyttige råd på veien.

Alle kollegaer på Videreutdanning i Akutt kritisk syke på Høgskolen i Bergen som har bidratt med nyttige innspill.

Til min kjære venninne Tove Theie som har vært en trofast lytter, hun har provosert og utfordret meg til stadighet ved å se fenomener ut i fra en helt annen synsvinkel, vi kan til stadighet være uenig, dette er noe jeg er veldig takknemlig for og som jeg har følt har hjulpet meg til å se nye perspektiv ved velkjente tema.

Men de som jeg føler mest takknemlighet ovenfor er min kjære mann og barn som har båret over med en kone og mor som har vært bortreist i hodet og har sittet årevis over bøker og skrivemaskin.

Bergen, 7.april 2004

Sissel Ellingsen

Sammendrag

Hensikt og problemstilling: Studiens hensikten er å beskrive hvilke opplevelser som er fremtredende i den preoperative periode. Målet er å søke en større forståelse for pasientens situasjon under den preoperative periode. Fokus er rettet mot friske pasienters opplevelser mens de er på sykehuset og venter på å få utført et elektivt, ortopedisk eller gynekologisk kirurgisk inngrep i regional eller generell anestesi.

Problemstillingen er: Pasientens opplevelse av den preoperative periode.

Metode og teori: Dette er en kvalitativ studie med et utforskende design.

Et fenomenologisk vitenskapelig syn på kunnskap og teori belyser forskningsspørsmålet.

Data er analysert ved bruk av metoden Systematisk tekst kondensering.

Studien ble utført ved to avdelinger ved et Regionalt Universitetssykehus i Norge.

Rekruttering av informanter ble utført ved bruk av strategisk utvalg.

12 pasienter av ulikt kjønn, og med forskjellig alder som skulle få utført ulike kirurgiske inngrep ble intervjuet for å forstå hva som var felles i den preoperative opplevelsen, på tross av individuelle ulikheter.

Intervjuet ble utformet og tatt opp på lydbånd for å kaste lys over betydningen av pasientens opplevelse. Alle informanter ble spurt det samme åpne spørsmålet: Hva tenker og føler du nå mens du venter på å bli operert?

Teoretiske begrep som blir brukt for å kaste lys over studiens tema er: Omsorg, tillit, oppmerksomhet og tid .

Resultater og konklusjon: Tidligere forskning viser til angst og frykt som de dominerende og vanligste opplevelsene i den preoperative periode. Det var ikke tilfelle i denne studien.

Fire hovedtema viste seg som fremtredende på tross av ulikheter blant informantene.

- Pasientene hadde positive forventninger til å få utført inngrepet.
- Usikkerhet, spesielt i forhold til å miste kontroll over situasjonen, og en følelse av å bli oversett med hensikt av personalet.
- En opplevelse av tillit til leger og mistillit til pleiepersonell.
- Ventetiden var en fremtredende plagsom opplevelse.

Nøkkelord: Preoperativ erfaring, usikkerhet, ventetid, forventning, tillit, mistillit, omsorg

Summary

Purpose and approach: The purpose of this study was to describe as closely as possible the individual experience that was prominent during the preoperative period of time. The aim was to seek a better understanding for the patient's situation during the preoperative period. Focus is on healthy patients feelings and experiences while they are waiting in hospital for carry out an elective, no cancer treatment, orthopaedic or gynaecological surgery with regional or general anaesthesia.

The subject of interest was: The patient experience of the preoperative period.

Method and theory: This is a qualitative study with an exploratory design. There is a phenomenological scientific knowledge approach and theoretical perspective to illuminate the subject of interest. The method of data analysis was Systematic Text Condensation.

The study was carried out on two wards of a Regional University hospital in Norway. Data was collected with use of convenient sample. 12 patients of both genders who varied in age, and should carry out different types of surgery were interviewed to understand what was common in the preoperative experience, despite differences. Interview was designed and tape recorded to elicit the meaning of patients' lived experience. All informants were asked the same open-ended question: What are you thinking and feeling now while you are waiting for surgery?

The theoretical major concept used to enlighten the themes of this study is care, trust, attention and time.

Result and conclusion: Previous research refer to anxiety and fear to be the most prominent experiences during the preoperative period. That is not confirm in this study.

Four core themes emerged despite differences among the informants:

- Positive expectation to the outcome of the surgery.
- Uncertainty especially according to lose control over the situation, and a feeling of being overlooked with purpose of the nursing staff.
- An experience of trust to the physician and mistrust to the and nursing staff.
- The waiting time was an unpleasant experience.

Keywords: Preoperative experience, uncertainly, waiting time, positive expectation, trust, mistrust, care

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 Innledning	1
1.1 Hensikt	1
1.2 Bakgrunn	2
1.3 Problemstilling	2
1.4 Disposisjon	3
2.0 Preoperative periode	3
3.0 Tidligere forskning i forhold til den preoperative periode	5
3.1 Angst og frykt	6
3.2 Betydningen av omsorg	9
3.3 Opplevelse av trygghet og utrygghet	9
3.4 Opplevelse av tid	10
3.5 Betydning av informasjon	10
4.0 Vitenskapelig perspektiv og kunnskapssyn	11
4.1 Fenomenologi	11
4.2 Fenomenologi som filosofi	12
4.3 Fenomenologi som metode	14
4.4 Kunnskapssyn belyst ved hjelp av Steinar Kvale og Jette Fog	15
5.0 Teoretisk tolkningsramme	18
5.1 Opplevelse og erfaring	19
5.2 Oppmerksomhet	22
5.3 Omsorg	25
5.3.1. Omsorg som ontologisk fenomen	26
5.3.2. Omsorg som kulturelt fenomen	28
5.4 Profesjonell holdning	32
5.5 Forventning, tillit og makt	33
5.5.1 Forventning	34
5.5.2 Tillit og makt	35
5.6 Tid	37

6.0 Metode	42
6.1 Kvalitativ metode og design	44
6.2 Intervju	45
6.3 Kvalitativt forskningsintervju	45
6.4 Systematisk tekstkondensering	49
6.4.1 Første trinn	49
6.4.2 Andre trinn	49
6.4.3 Tredje trinn	50
6.4.4 Fjerde trinn	50
6.5 Justering av metode	51
7.0 Pålitelighet og gyldighet	52
7.1 Pålitelighet	53
7.1.1 Menneskesyn og virkelighetsoppfatning	54
7.1.2 Erfaringsbakgrunn og forforståelse	55
7.2 Gyldighet	58
8.0 Data innsamling	58
8.1 Utvalg	58
8.1.1 Strategisk utvalg	58
8.1.2 Utvalgets størrelse	59
8.1.3 Frafall	59
8.2 Avgrensning	60
8.2.1 Begrunnelse for avgrensning	60
8.3 Praktisk gjennomføring av data innsamling	61
8.3.1 Prospektivt intervju	61
8.3.2 Sted for intervju	62
8.3.3 Behandling av data	62
8.3.4 Møte med informant	62
8.4 Intervjuguide	63
8.5 Transkribering	64
9.0 Analyse av data	65
9.1 Analyse første trinn. Helhetsinntrykk	65
9.2 Analyse andre trinn. Merking av tema	66
9.3 Analyse tredje trinn. Kunstige og direkte sitater	66
9.4 Analyse fjerde trinn. Innholdsbeskrivelse	67

10 Resultat	67
10.1 TEMA 1: Positiv forventning	67
10.2 TEMA 2: Usikkerhet	69
10.2.1 Undertema: Tap av kontroll	70
10.2.2 Undertema: Oversett	72
10.2.3 Undertema: Ventetid	73
10.2.4 Undertema: Bekymring	74
10.3 TEMA 3: Tillit – Mistillit	75
10.3.1 Undertema: Sett som menneske – Sett som ting	75
10.3.2 Undertema: Tydelig lege – Utydelig sykepleier	76
10.4 TEMA 4: Langsom tid i hurtig rytme	78
11 Drøfting	80
11.1 Positiv forventning	80
11.2 Usikkerhet	82
11.2.1 Tap av kontroll	82
11.2.2 Oversett	85
11.2.3 Ventetid	87
11.2.4 Bekymring	87
11.3 Tillit – Mistillit	90
11.3.1 Sett som menneske – Sett som ting	90
11.3.2 Tydelig lege – utydelig sykepleier	93
11.4 Langsom tid i hurtig rytme	94
11.5 Drøfting av metodologi og metode	96
12 Konklusjon	100
13 Studiens resultater i forhold til praksis	101
14 Forslag til videre forskning	101
15 Litteraturliste	103
16 Vedlegg:	111
16.1 Intervju guide	111
16.2 Skriftlig informert samtykke til informanter	112
16.3 Informasjonsskriv til avdelingssykepleiere ved berørte avdelinger	114
16.4 Matrise 1 og 2	116

16.5	Vurdering fra Regionale etisk komité	118
16.6	Vurdering fra Datatilsynet	119
16.7	Tillatelse fra ledelsen ved sykehusavdelinger til å gjennomføre studien.	121

1.0 INNLEDNING

Astrid er en dame midt i tretti årene. Travelt opptatt med familie, barn og jobb. Hun har alltid likt å trimme. Det var mens hun trimmet hun var uheldig og skadet foten. Nå har hun stått fire måneder på venteliste for å operere en korsbåndskade i foten. Hun ble sendt fra den ene legen til den andre. Endelig kom de fram til at det beste for henne var operasjon. For fire uker siden fikk hun innkalling til sykehuset, og møtte opp på sykehuset kl. 08.00 i dag tidlig. Fri fra arbeid er ordnet, barne plass er også på plass. Hun har visst om dette så lenge nå at hun har hatt tid til å planlegge det..

Det å komme inn på sykehuset var en ny opplevelse, hun hadde heldigvis ingen erfaring som pasient. Sykehus var jo et sted du forbant med syke folk, og hun hadde alltid vært frisk. Astrid følte seg rådvill når hun møtte opp i mottakelses avdelingen, bedre ble det ikke når hun kom opp på avdelingen. Hun visste ikke helt hvor hun skulle henvende seg og hvem hun skulle spørre, folk fartet forbi og virket travle. Det var lett å se at de hadde nok å gjøre. Hun følte at hun forstyrret hvis hun spurte om noe. Til slutt kom en sykepleier å sa at hun måtte vente der på gangen. Det hadde hun gjort i to timer nå, og tiden gikk forferdelig sakte. Hun angret på at hun ikke hadde tatt med seg noe lesestoff. Hun torde ikke gå ned i kiosken heller, det kunne jo hende at de akkurat da kom å spurte etter henne.

Astrid skjønnte ikke helt dette, det var jo sykehuset som hadde kalt henne inn denne dagen, det kunne jo ikke være en overraskelse at hun kom. Hvis de hadde det så travelt måtte de jo ikke ha kalt henne inn i dag. Sykehuset er jo ikke et sted hun ønsket å være, og særlig ikke hvis man er frisk og har tusen andre ting å gjøre.

Ved denne korte fortellingen ønsker jeg å illustrere et typisk inntrykk jeg sitter igjen med etter å ha intervjuet 12 pasienter som er innlagt på sykehus i påvente av å få utført et kirurgisk inngrep. Refleksjoner, analyse og tolkning av de opplevelser og erfaringer pasienter har uttrykt og delt med meg vil jeg presentere i denne studien.

1.1 Hensikt

I denne hovedfagsoppgaven vil jeg utforske hvilke opplevelser som er fremtredende i den preoperative periode på sykehus. Studiens empiri er beskrivelser av opplevelser i den preoperative periode. Kilden er fra friske voksne pasienter, som er på sykehus i påvente av å få utført et elektivt gynekologisk eller ortopedisk kirurgisk inngrep i epidural eller generell anestesi.

1.2 Bakgrunn

Spørsmålet jeg bringer med meg i denne studien har vokst frem fra møter med pasienter i den preoperative periode som anestesisykepleier.

Mangfoldet i møtene jeg har hatt med pasienter i denne fasen, har vist meg ulike opplevelser, uten at jeg med sikkerhet kan si hva som er den typiske opplevelse i denne situasjonen. Som anestesisykepleier er mitt fokus rettet mot ytringer og symptom som er viktig for mine oppgaver og funksjon ovenfor pasienten. Jeg har stilt meg spørsmålet om mitt fokus er så snevert at ytringer pasientene gir til kjenne, ikke blir fanget opp av meg.

Som forsker har jeg nå utforsket pasientens opplevelse i den preoperative fase, fra et annet ståsted og annen stilling. Fordi det var opplevelser som ble utforsket, har jeg valgt en kvalitativ tilnærming og metode for å analysere datamaterialet.

1.3 Problemstilling

Pasientens opplevelse av den preoperative periode på sykehus har vesentlig vært utforsket i forhold til en på forhånd definert opplevelse. Denne opplevelsen har i hovedsak vært angst. Jeg har ønsket å utforske pasientens opplevelse av den preoperative periode ved å la pasientenes egne utsagn være det som er styrende for hvilke opplevelser som trer frem. Dette er gjort ved å intervju pasienter med et åpent spørsmål om opplevelser generelt i den preoperative periode på sykehus.

Fokus er på de betydninger pasienten tillegger sine opplevelser og erfaringer.

Jeg har valgt å samtale med pasienter ved hjelp av et åpent intervju, da standardiserte spørreskjema og skalaer har begrenset mulighet til å løfte frem kvalitative nyanser.

Dette har bundet ut i følgende forskningsspørsmål :

Pasientens opplevelse av den preoperative periode

Dette har blitt formidlet til informantene med følgende intervju spørsmål:

Kan du med dine egne ord fortelle meg hva du føler og tenker nå, når du venter på å bli operert

Alle intervjuene startet med dette spørsmål. Det var ingen andre nedskrevne spørsmål. Det ble brukt intervjuguide som støtte og veileder (vedlegg 16.1).

1.4 Disposisjon

I kapitel 2, beskrives preoperativ periode. I kapitel 3 belyses tidligere forskning som omhandler opplevelser i den preoperative periode. I 4. kapitel redegjøres for det vitenskapelige perspektiv og kunnskapssyn som danner grunnlag for å belyse studien. Kapittel 5, belyser teori om hvordan en får tilgang til andres opplevelse, og teori som blir brukt som støtte for å belyse studiens funn. Begrep som blir omtalt er oppmerksomhet, omsorg, tillit og tid. Kapittel 6 omhandler kvalitativ metode, intervju og analyse metode brukt i denne studien. I kapittel 7 redegjør jeg for mitt menneskesyn, virkelighetsoppfatning, erfaringsbakgrunn og forforståelse som danner grunnlag for studiens pålitelighet. Kapittel 8 beskriver den praktiske utvelgelse av informanter, innsamling av data og behandling av empiri. I kapittel 9 redegjør jeg for den praktisk utførelse av analyse arbeidet. I kapittel 10 presenterer jeg studiens funn som fire tema med undertema. I kapittel 11 drøfter jeg tema i forhold til teori, eget perspektiv og til tidligere forskning. Til slutt i kapitelet drøfter jeg metodologi og metode i forhold til denne studien.

De siste kapitlene 12-15, viser studiens konklusjon, dens betydning for praksis, og forslag til videre forskning.

2.0 PREOPERATIVE PERIODE

Ventetiden før operasjon blir kalt den preoperative periode. Preoperativ periode starter når planleggingen av det kirurgiske inngrepet starter. Tiden pasienten står på venteliste før operasjon er ikke inkludert i den preoperative periode (Moesmand, Kjøllesdal, 1998 s.161). Det er mange som er i den situasjon at de venter på å utført et kirurgisk inngrep. I Norge var det i 2002, et samlet tall på 1.142.886 opphold for kirurgisk inngrep (<http://www.sintef.no>). Bakgrunn for å få utført kirurgisk inngrep er forskjellige. Det kan dreie seg om akutt livreddende kirurgi, diagnostisk kirurgi, behandlende kirurgi, lindrende kirurgi, og kosmetisk kirurgi. Årsakene kan være enkeltstående eller overlappende. På sykehus er det vanlig å dele årsakene inn i to hovedgrupper etter hvor raskt de trenger behandling. Hovedgruppene er øyeblikkelig hjelp og elektiv. Ved øyeblikkelig hjelp er det nødvendig med kirurgisk behandling for en akutt sykdomstilstand eller skade med en gang eller i løpet av noen dager. Elektiv, er planlagt kirurgi for en sykdomstilstand, skade eller ønsket behandling. Den elektive pasient kan ha stått lenge på vente liste.

Pasienter som skal få utført elektiv kirurgi tilbringer stadig kortere tid på sykehus, Det er rapportert om et gjennomsnittlig sykehusopphold på 2.7 dager. Dette medfører at medisinske aspekt blir prioritert i forhold til psykiske aspekt og undervisning. Det er økende vekt på at pasienten skal klare seg selv. Dag-kirurgi hvor pasienten kommer inn på sykehus, blir operert og reiser hjem samme dag er økende. Gjennomsnittelig tid pasienter tilbringer på sykehus i forbindelse med Dag-kirurgi er 6,5 time i Europa (Michell, 2003).

Den økte fokuseringen på å korte ned på tiden pasientene er på sykehuset, har begrenset tiden sykepleiere har tilrådighet for å forberede pasienten til operasjon (Fortner, 1998).

Sykepleierens oppgaver overfor pasienter i den preoperative fase går blant annet ut på å kartlegge pasientens resurser, gi støtte og hjelp, gi undervisning og veiledning om forholdsregler og mulige risiko faktorer i forhold til det kirurgiske inngrep. Den preoperative sykepleien er viktig for å forberede pasienten før inngrepet, og for å forebygge komplikasjoner som kan oppstå under inngrepet og ikke minst i den postoperative fase (Almås 1992,s.143).

Frykt og angst er opplevelser en typisk tillegger den preoperative periode (Mitchell, 2003). Følelser som frykt og angst knyttes opp mot hvor stor trussel pasienten ser i situasjonen. Det kirurgiske inngrep i seg selv og narkosen representerer utfordringer og trusler for pasienten (Moesmand, Kjøllesdal 1998, s.161).

Det er beskrevet en rekke angstfremkallende faktorer i den preoperative fase. Det kan være selve tilstanden som pasienten skal opereres for, selve sykehusoppholdet, det kirurgiske inngrep og bedøvelsen (Moerman, van Dam 1999).

Det er generelt akseptert at pasienter trenger informasjon i forhold til sykehusinnleggelse (Fagermoen 2002, s.38).

Preoperativ informasjon blir tillagt stor betydning i forhold til hvordan pasienten mestrer operasjonen og det videre forløp, og i forhold til å redusere frykt og angst. Innhold og metode i informasjonen og hvem som skal gi informasjonen, varierer frasted til sted.

En pasient som skal få utført et kirurgisk inngrep skal om mulig ha gitt sitt informerte samtykke. Dette forutsetter at legen har innformert pasienten om det kirurgiske inngrep, andre alternative behandlings former, og mulige komplikasjoner av inngrepet. På grunnlag av denne informasjonen velger pasienten å få utført et kirurgisk inngrep (Moesmand, Kjøllestal 1998, s.163).

Når pasienten kommer inn på sykehuset i påvente av operasjon er det forskjellige forberedelser som skal gjøres i forhold til medisinsk diagnose, det kirurgiske inngrep og valgt bedøvelsesform. For friske pasienter som skal få utført elektiv kirurgi er det vanlig å ta blodprøver, hvis pasienten er over 60 år taes EKG som er en registrering av hjertemuskelens elektriske aktivitet. Når et kirurgisk inngrep berører mage tarm kanal er det vanlig med prosedyrer som tømmer tarm.

Da kirurgi og narkose har innvirkning på luftveier og mage tarm kanal er pasientene fastende i ca seks timer før operasjon.

3.0 TIDLIGERE FORSKNING I FORHOLD TIL DEN PREOPERATIVE PERIODE

Artikler og forskning som blir presentert her er funnet ved å se i referanse lister i forsknings artikler og litteratur som omhandler den preoperative periode. Jeg har også funnet artikler ved søk i databasene medline og cinal da ved bruk av søkeordene "preoperative period" og "experience" eller perceptions i tittel og abstrakt. Jeg søkte også i medline med søkeordene "anxiety" i kombinasjon med "anesthesia", "surgery" og "preoperative" i både tittel og abstrakt mellom 1993 og 2004.

Forskning og litteratur tilgjengelig om opplevelser i preoperative periode, omhandler særlig pre operativ frykt, engstelse og angst. Hva denne angsten og frykten består av er det lite fokus på i anesthesiologisk litteratur, særlig i Europa (Moerman,1995, Kindler, 2000). De fleste studiene omhandler virkning av premedisin, preoperativ informasjon, distraksjon, omsorgsfokusering og avslappings prosedyrer og er overveiende kvantitativ (Kindler, 2000). I en litteratur studie av Moerman et al. fra 1995, som omhandlet frykt for anestesi, ble det gjort et litteratur søk i 10 anesthesiologiske tidskrifter, hvor nøkkel ordene var "anxiety" i kombinasjon med "anesthesia", "surgery" og "preoperative" i både tittel og abstrakt mellom 1966 og juni 1993. I løpet av denne tiden ble det produsert 42509 artikler i de 10 journalene. Dette søket resulterte i 248 artikler, 63% av de 248 artiklene omhandlet premedisin, bare 6%, 15 studier, omhandlet pre operativ frykt og eller angst. Som en parentes kan jeg nevne at jeg gjorde et litteratur søk med de samme søkerordene i medline fra juni 1993 til november 2001, og fant da cirka 11 artikler som direkte omhandlet preoperativ angst og frykt.

Angst og frykt er den opplevelsen som er mest utforsket i forhold til den preoperative periode. Andre opplevelser i den preoperative fase er mindre utforsket. Jeg fant lite forskning ved søk i databaser om andre opplevelser i den preoperative periode.

Tilstander som avsky, håp, kjedsomhet, lettelse, spenning, ensomhet og overraskelse er lite eller ikke utforsket. Johnston mener dette skyldes manglende teoretisk vektlegging i studier som for det meste er sett i forhold til stress/ trussel karakteristika (Johnston, 1986).

Forskning som blir presentert her ser jeg som aktuell for å belyse studiens problemstilling. Jeg har begrenset forskningen til å være direkte knyttet til den preoperative periode. Dette er ordnet i fire avsnitt som omhandler angst og frykt, betydningen av omsorg, opplevelse av tid og informasjon.

3.1 Angst og frykt

I følge Moerland, Kjøllesdal 1998, er angst og frykt ord som er synonyme i ordboken, men at det er et tydelig skille mellom disse begreper i psykologisk sammenheng. I psykologisk sammenheng oppstår angst når eksistensielle behov er truet, mens frykt er rettet mot en trussel som kommer uten i fra eller som ligger i fremtiden. De viser til at det kan være forskjellige grader av angst fra; mild til moderat og videre til sterk angst (ibid s.42). I preoperativ forskning sammenheng kan det virke som frykt og angst er synonyme.

På bakgrunn av at mange pasienter relaterer kirurgisk inngrep og anestesi som en stressende og angst skapende erfaring stilte Moerman og van Dam 1999, seg følgende spørsmål: Hva pasientene var redd for? Er alle pasienter redd? Hva er betydningen av pasientens frykt. De viser til studier hvor det er brukt flere forskjellige måleinstrumenter for å måle preoperativ angst, hvor resultatene innhentet ved bruk av forskjellige måleinstrument ikke samsvarte med hverandre. De kom til at forskjellige måleinstrument produserer forskjellige resultater, og at valg av måleinstrument i stor grad bestemmer resultatet. De mener det ikke er overraskende at et psykiatrisk intervju vil dekke flere forskjellige aspekt av preoperativ angst enn et kort spørreskjema (Moerman, van Dam, 1999).

Preoperativ angst har i hovedsak vært gjenstand for kvantitativ utforskning. Kvantitative metoder og kvantitative måleinstrument har vært brukt til å identifisere og måle grad av angst preoperativt.

Forekomst av preoperativ angst hos voksne er rapportert fra 11% til 80% avhengig av vurderings metode (Maranets, Kain, 1999).

Kvantitativ forskning har vist oss at pasienten kan oppleve stress av både fysiologisk og

psykologisk natur preoperativt, (Leach 2000, Caumo 2000, Manyande 1992, Maranets, Kain 1999) og at disse reaksjonene kan påvirke hverandre (Ramsay 1972).

Det er brukt flere måleinstrumenter for å identifisere og måle grad av angst preoperativt. De instrumentene jeg har sett brukt i forhold til preoperativ angst er: Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberger 1968), (Miller 1995, Caumo 2000, Kindler 2000, Manyande 1992, Kerriagan 1993, Domer 1989, Maranets 1999, Johnston 1986, Inglis 1993, Kain 1997). Visual analog scale, (VAS) (Shafer 1996, Boezaart 1998, Klopfenstein 2000, Hick 1988, Millar 1995, Caumo 2000, Kindler 2000, Manyande 1992). Hospital and depression scale, (HAD) (Zigmond, Snaith 1983), (Hick 1988, Millar 1995, Kerriagan 1993). Multiple affect adjective checklist manual, (MAACL) (Klopfenstein 2000, Hick 1988, Manyande 1992). The Yale Preoperative Anxiety Scale, (YPAS) (Kain 1997). The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale, (APAIS) (Moerman 1996).

Undersøkelser ved bruk av disse instrumentene viser følgende resultat:

Kvinner uttrykker mer preoperativ angst enn menn, yngre er mer redd preoperativt enn eldre (Domer et. al.,1989). Pasienter som har ingen eller negativ erfaring med tidligere anestesi uttrykker mer preoperativ angst enn de som har positiv erfaring med anestesi. Pasienter som bruker beroligende medikamenter til vanlig uttrykker mer preoperativ angst enn de som ikke bruker beroligende medikamenter (Kindler,2000).

En undersøkelse av Kindler et. al 2000, viser at pasienter med lav utdanning uttrykker mer redsel preoperativt enn de med høy utdanning (ibid), mens Domer viser til det motsatte i sin studie (Domer et.al.1989).

Voksne pasienter som hadde pårørende med seg hadde et høyere angst nivå enn de som ikke hadde pårørende med seg (ibid). Dette fikk forskerne til å stille spørsmål om tilstedeværelse av pårørende er en indikator på angst.

Pasienter som hadde fått preoperativ forberedelse som senket situasjons angst preoperativt, fikk signifikant økt nivå av stress hormoner under operasjonen i forhold til kontroll gruppen som kun hadde fått generell informasjon (Manyande,et.al. 1992). Forskerne stilte spørsmålet om preoperativ angst er med på å beskytte for stresset som kirurgi påfører.

Detaljert preoperativ informasjon i forhold til enkel informasjon ga ingen forskjell i situasjonsangst (Kerriagan,et.al.1993).

Mitchell, 2003 har utført en litteratur studie om pasient angst i forbindelse med elektiv kirurgi. Studien inkluderte forskningsartikler fra 1990-2002. Utgangspunktet for studien var at situasjonen for pasienter som blir operert for elektiv kirurgi har forandret seg dramatisk i dette tidsrommet ved at pasientene tilbringer mye kortere tid på sykehus, og at egenomsorg er

tillagt økt betydning. Gjennomgang av litteratur viser at det er to hovedutfordringer i forhold til pasient angst og elektiv kirurgi. Første utfordring er at pasient angst blir sett som en generell klinisk sak og ikke en individuell sak. Andre utfordring er en begrenset tid for terapeutisk intervensjon (Mitchell, 2003).

I en kvalitativ studie ønsket Wiens 1998 å utforske og beskrive preoperativ angst hos kvinner. Forskeren som var en erfaren sykepleier gjennomførte observasjoner av 14 pasienter preoperativt, og foretok i tillegg et intervju hjemme hos pasientene 7. dag postoperativt. Studien ble gjort i et fenomenologisk hermeneutisk perspektiv for å få en økt forståelse av pasientenes opplevelse av den preoperative erfaringen.

Innholdet i intervjuene ble delt inn i syv kategorier som var; direkte formuleringer, forbindelser av verdi, trussel mot en selv, erfaringer med dødsfall, tidsfordriv eller sosialt snakk, og mestring.

Det kom frem at operasjon og tanken på operasjon var en plagsom opplevelse, der anestesi var en grunn for frykt. Av de som hadde tidligere erfaring med anestesi, var det innholdet av den tidligere erfaringen med anestesi som var avgjørende for opplevelsen av frykt.

Viktigheten av og behov for sosiale forbindelser blir trukket frem som viktig for de kvinnelige pasientene. Wiens viser her til tidligere forskning som bekrefter at kvinner opplever mer separasjonsangst enn menn. Wiens setter spørsmål om sykepleiere kanskje må tenke nytt når det gjelder å møte angst hos pasientene, spørsmålene sykepleierne stiller er muligens for lukket, og kanskje skal helsepersonell legge mer vekt på pasientenes tidligere erfaringer (Wiens, 1998).

I en studie av Cohen 1995, som brukte fenomenologisk metode, var målet å forstå de opplevelser som sto frem som det unike ved å få utført et kirurgisk inngrep på sykehus.

Pasienter og deres sykepleiere ble intervjuet, i alt 48 informanter. Pasienter og sykepleiere ble intervjuet hjemme 24 – 48 timer etter utskrivning fra sykehus.

Tre tema kom frem; behov for å vite og frykten for å vite, frykten for døden, og betydningen av omsorg.

Alle fryktet døden, selv om få snakket om det direkte. Pasientene var redd for å dø i forbindelse med operasjonen uavhengig om det var et "lite" eller "stort" inngrep de skulle få utført. Pasientene ga uttrykk for at det å dele sine erfaringer virket angst dempende (Cohen i Omery, 1995, s 159 - 174).

3.2 Betydningen av omsorg

I den kvalitative studien til Cohen 1995, var det betydningen av omsorg som var det viktigste for pasienter i den preoperative periode. Det var dette pasientene snakket mest om. Omsorg var tillagt betydning i forhold til det personalet gjorde ved å gi pleie, ved å gjøre det pasientene trengte, og ved å snakke til dem. Pasientene var plaget når pleierne oppførte seg røft, kaldt, nedlatende og var travle. Omsorg fra ens kjære var også viktig for pasientene (Cohen i Omery, 1995, s 159 - 174).

Montin, Suominen og Leino-Kilpi 2002, ønsket å beskrive pasientens erfaring av å være pasient. 17 pasienter ved et finsk sykehus, som hadde fått utført en hoftededdsoperasjon ble intervjuet to ganger. Første intervju var 4 dager etter operasjon, andre intervju fant sted 8 – 12 uker etter operasjon i forbindelse med en etterkontroll. Erfaringen av omsorg ble sammenfattet til pasientenes erfaring av personale, tilgang til omsorg, helsevesenet og deltagelse i omsorg. Erfaringene fra sykehuset var positivt, de følte seg ventet når de kom og avdelingen hadde en god atmosfære. Den viktigste erfaringen av omsorg omhandlet hvordan personale oppførte seg, og hvordan pasientene følte de ble behandlet som individer. Pasientene satte pris på tiden sykepleierne kunne gi dem og muligheten å snakke med sykepleiere. En kompetent sykepleier ble beskrevet som en som visste hva pasienten trengte uten å måtte stille spørsmål hele tiden. Pasientene følte de ble behandlet bra his de ble lyttet til, og sykepleierne ikke var travle. Pasientene hadde gode erfaringer angående kontinuiteten av behandling, de satte stor pris på å ha den samme legen gjennom hele forløpet. Pasientene ønsket at de også kunne hatt en egen sykepleier (Montin et.al. 2002, s.28).

3.3 Opplevelse av trygghet og utrygghet

To finske sykepleiere Sirpa Hankela og Irma Kikkala i 1996, har gjort en hermeneutisk fenomenologisk studie som omhandler erfaringene pasienter hadde under operasjon etter å ha fått nytt hoftededd under epidural anestesi. Forskerne intervjuet pasienten to ganger, første gangen dagen før operasjon og andre gangen mellom tredje og syvende dagen etter operasjonen var utført. Forskerne sier at sykepleie under operasjon er i endring, arbeidet er nå mye mer detaljert, det brukes mer teknologi og arbeidet er nå gjerne mer oppgave orientert noe som resulterer i at pasientene føler seg ignorert som følende mennesker.

Studien viser at opplevelse av trygghet / utrygghet var den mest fremtredende erfaringen til pasientene. Dette ble relatert til følgende seks forhold:

Vellykket kirurgisk resultat. Integritet. Selvbestemmelse. Omgivelser. Sykepleiernes væremåte. Sykepleierens handlinger (Hankela, Kiikkela 1996).

Opplevelse av trygghet / utrygghet i den preoperative periode, ble også belyst i den kvalitative studien til Wiens 1998, som utforsket preoperativ angst hos kvinner. Pasientene i den studien opplevde ubehag ved hendelser der de hadde liten til ingen kontroll (Weins, 1998).

3.4 Opplevelse av tid

I en kvalitativ studie av Holloway, Smith og Warren 1999. Ønsket forskerne å utforske pasientenes erfaring og inntrykk av "tiden" mens pasientene oppholdt seg på sykehus. 11 pasienter av varierende alder og med ulikt sykdom bilde sine erfaringer ble utforsket ved bruk av grounded theory. Forskerne observerte interaksjonen mellom sykepleier og pasient i sykehus. Tiden ble opplevd som et problem under sykehusoppholdet. Pasientene følte de mistet sin egen tid, normalt liv var avbrutt, vanlige hendelser ble permittert og kontroll over tiden var mistet.

Pasientene følte at tiden gikk sakte, spesielt i visse perioder på dagen og natten. Dette førte ofte til en følelse av ensomhet og depresjon. Pasientene opplevde at de hadde alt for god tid, samtidig som de erfarte at helsearbeidere hadde for liten tid. Pasientene opplevde at tiden for helsearbeidere var en for knapp resurs, dette var i direkte motsetning til deres egen opplevelse av egen tid, hvor en opplevde å ha alt for mye tid. (Holloway, Smith, Warren 1999,s.61).

Montin, Suominen og Leino-Kilpi 2002, fremhever at pasienter føler ventetiden før operasjon varer lenge. Usikkerhet og ventetid påvirker humøret. Pasientene følte de ble sinte da de ikke kunne gjøre noe for å påvirke lengden på ventetiden (Montin, Suominen og Leino-Kilpi 2002,s.26).

3.5 Betydningen av informasjon

Preoperativ informasjon har lenge blitt sett på som vesentlig for hvordan pasienten mestrer operasjonen og sykehusoppholdet. Preoperativ informasjon blir sett på som en viktig oppgave for leger og sykepleiere.

Det er utført mange studier som handler om virkningen av preoperativ undervisning. I boken; Å vare akutt kritisk syk, referer Moesmand og Kjøllesdal til sykepleieren Elizabeth C. Devine som har sett på 191 studier om virkningen av preoperativ undervisning og emosjonell støtte.

Undersøkelsen bekrefter at preoperativ undervisning og støtte er viktig for å redusere postoperativ smerte, psykologisk stress og sykehusoppholdets lengde. (Moesmand, Kjøllesdal, 1998 s. 163)

I studien til Cohen 1995, så uttrykte alle pasientene ønske om å få informasjon. Alle meldte et behov for å få vite konsekvenser av sykdommen og den videre behandlingen. Alle ønsket også informasjon om hvordan behandlingen ville påvirke deres daglige liv. Mens informasjon om prosedyrer som ikke ville forandre pasientens virkelighet, ikke var ønsket av alle informantene.

(Coen i Omery, 1995, s 159 - 174)

Montin, Suominen og Leino-Kilpi 2002, viser til at pasientene erfarte at de hadde fått god informasjon. På tross av dette ønsket pasientene at leger og sykepleiere tok alle avgjørelsene i forbindelse med behandling og pleie. (ibid 2002,s.27)

4.0 VITENSKAPELIG PERSPEKTIV OG KUNNSKAPSSYN

”Fornuften og lidenskapen er din sjøfarendes sjels ror og seil. Hvis roret eller seilet knekker, vil du hvirvles tilfeldig omkring eller bli liggende stille midt på havet. For den enerådende fornuft er en begrensende kraft, og den ukontrollerte lidenskap er en flamme som brenner seg selv til døde.” (Gibran 1927, s.55)

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for vitenskapelig perspektiv og kunnskapssyn som danner grunnlag for å belyse forskningsspørsmålet. Når jeg vektlegger betydning av opplevelser og erfaringen er det naturlig å forankre dette i et vitenskapelig og kunnskapsteoretisk perspektiv som legger vekt på det subjektive og fenomenets egenart i stedet for det objektive og generelle.

4.1 Fenomenologi

Fenomenologi er både en forskningsmetode og en filosofi. På den måte kan den tilhøre både den vitenskapelige og den filosofiske arena. Dette belyser Patton i sin bok: *Qualitative evaluation and research methods*, 1990.

”The term phenomenology has become so widely used that it’s meaning has become confused. Sometimes phenomenology is viewed as a paradigm, sometimes as a philosophy or as a perspective, and it is sometimes even viewed as synonymous with qualitative methods or naturalistic inquiry” (Patton, 1990 s.69)

Begrepet fenomenologi ble første gang brukt i 1767 da Johann Lambert innførte det som navn på læren om det tilsynelatende. For den tyske filosofen Georg Wilhelm Friedrich Hegel (1770 – 1831) kom fenomenologi til å stå for beskrivelse av åndens utvikling fra naivt sanselig bevisst, til selvbevisst opp til absolutt vitende.

4.2 Fenomenologi som filosofi

Ordet fenomenologi har vært i bruk innen filosofi og vitenskap siden midten av 1700 tallet. Ved forrige århundre så fikk fenomenologien en ny betydning, da den tyske matematikeren og filosofen Edmund Husserl (1859 – 1938) publiserte sitt arbeidet *"Logische Untersuchungen"* (Bengtsson, 1998 s.13)

Han ønsket en rehabilitering av den sanselige virkelighet på dens egne vilkår. For Husserl er det direkte gitt alle prinsippers prinsipp, og fenomenologiens oppgave er å undersøke alt som kan være gitt på denne måten. Den vil gå til fenomenet (saken) for å gi fenomenet full rettferdighet slik som de erfares i mangfold og kompleksitet. (ibid s.14)

Husserl anklager sin samtidige psykologi, sosiologi og pedagogikk for å tvinge mennesket som forskningsobjekt inn i en tvangstrøye av naturvitenskapelig tingliggjøring og reduksjon. Han snakker derfor om "krisen i de europeiske vitenskaper". Å forske på mennesket som en ting er like galt som å forske på steiner og partikler som om de var menende, villende og bevisst handlende vesener." (Aadland 2002, s.164)

Fenomenologi som filosofi ble som en, eller kom som en opposisjon til gjeldende filosofi, og, eller vitenskapssyn. Innen den positivistiske vitenskap blir virkeligheten redusert til det målbare, blir ordnet og strukturert for å bli objektivt bli studert. Vitenskapelig arbeid i denne tradisjon vil kunne forutsi og kontrollere naturen og mennesket. Denne retningen ble kalt positivistisk. Positivismen er naturvitenskapens vitenskapsteori. Når positivismen også vil forutsi og kontrollere mennesket, dets følelser, samvær og problemer, kan det oppstå dilemmaer. Da går en ikke lenger til saken, men forsker på mennesker som om de var ting.

Det sentrale i fenomenologi som filosofi er at man ikke kan skille erfaring / oppfatning fra årsak, ikke å skille individet fra verden. Individet er alltid i samhandling med livet / verden og må sees som et hele.

Flere fenomenologer har videreført fenomenologi som filosofi, noen har tydelige røtter til Husserl, andre har tatt en annen retning. Den tyske filosofen Martin Heidegger (1889-1976)

var elev hos Husserl. Heidegger blir benevnt som fenomenologens mesterfilosof i forrige århundre etter Husserl (Kirkeby red. Birkelund 2002, s. 211). Han blir også omtalt som omsorgs tenker.

Knud Ejler Løgstrup (1905 – 1981) var teolog og filosof og en betydningsfull fenomenolog. Han har hentet inspirasjon fra Edmund Husserl, Martin Heidegger og Hans Lipps (Birkelund 2002, s.154)

Løgstrup angir et skille mellom vitenskap og filosofi.

”Filosofi og vitenskap, udlægning og systematisering skal holdes ude fra hinanden. Filosofi skal ikke gøres til en slags pseudovitenskap. En fremstilling, der er ment som en udlægning, skal ikke hugges i stykker til en række pseudo-videnskabelige kendemærker.....Kort sagt, medens udlægningen skal legitimere sig overfor den forståelse, der er fænomenet iboende, skal kendemærkerne legitimere sig overfor systemet og tjene determineringen af fænomenet. (Løgstrup 1987, s.126)

Løgstrup gjør det til sin oppgave å bringe det oversette frem i lyset, fenomener som er så allmindelig og selvfølgelig at de lett blir oversett. Han forsøker å tolke den menneskelige tilværelse i en større sammenheng, og i denne sammenheng er vi er skapt. Det skapelses metafysiske er grunnlaget for hans livsfilosofi. Og hans livsfilosofiske prosjekt går på en måte ut på å tyde trekk ved tilværelsen som gjør skapelsestanken sansynlig.

(Birkelund 2002, s.155)

Løgstrup påpeker at livet er større enn jeget. Som mennesker er vi utstyrt med livsmuligheter som gir seg kjenne i suverene livsytringer, livsytringene leder oppmerksomheten bort fra egoistiske interesser og mot den andre. De suverene livsytringer Løgstrup oftest omtaler er; tillit, talens åpenhet, barmhjertighet, medfølelse, men også, håp, livsmot og livsglede. Sansingen er ”den suverene livsytring som leverer energi til alle de andre (ibid s.159 160).

Hos den norske filosofen og sykepleieteoretikeren Kari Martinsen har omsorg, makt og fenomenologi fått en sentral plass. Martinsen har støttet seg til blant annet Heidegger og Løgstrup i sine utlegninger. I boken ”Fra Marx til Løgstrup 2003, står det følgende:

”Vi blir berørt av den ytre verden, men bare slik at vår fornuft får et stoff som kan bearbeides. Sansingen underordnes fornuft og forståelse. Sansingen går under i forståelsen. Men for Løgstrup er ikke sansingen reseptiv for bevissthetens ordnede makt. Sansingen er en selvstendig adgangsvei til verden. Gjennom sansing er mennesket avstandsløst innfelt i universet, mens språk og forståelse utgjør en avstandsskapende makt. Sansingen er

overordnet og går derfor ikke under i forståelsen. Forståelsens avstand til det som blir forstått finner sted på sansingens vilkår. Det er det vi sanser som "bestemmer" hva vi forstår.

Sansemessig er vi mottakende. Vi tar imot den andres og naturens inntrykk på oss i en åpenhet for det som bærer det gode mellom oss, og som ikke skylder oss selv. I denne sansingens fenomener finner Løgstrup til slutt den aksens det hele dreier seg om.

Skapelsen sees på, og vi kan si erfares gjennom livet selv. Det vil si at inntrykkene uttrykkes gjennom tydning av dem. (Martinsen 1993, s.57)

Essensielt i Kari Martinsens teori er å betone omsorgsforhold som primært asymmetrisk. Dette er da spesielt viktig å vektlegge i sykepleie da en som pasient er i dette forholdet som svak og trengende. Omsorg sier primært noe om et forhold, noe om vår relasjon til den andre, og om den makt og ansvar vi har som omsorgs utøver.

"Tydningen, eller utlegningen av den andre i det levende og livgivende samspillet mellom oss, uttrykker seg både gjennom kroppens sanslighet og i de følsomme ordene vi bruker, slik som i talesituasjonen og i fortellingene.

Det skapte liv uttrykker seg både sanselig-kroppslig og språklig. Hva er mest fundamentalt, den ordløse sansing eller språket? Spørsmålet lar seg vanskelig besvare, da sansing forståelse og språk er sammenvevd. Hva som blir viktigst må være det i saken som en vil ha frem. Det må være synspunktets fruktbarhet som avgjør.

I vår kultur har språket likevel forrang" (Martinsen 1993/2003 s.115).

Det er særlig Martinsen og Løgstrup sin fenomenologiske tenkning jeg støtter meg til for å kaste lys over empiriske funn i studien.

4.3 Fenomenologi som metode

Fenomenologi er en metode som går ut på å yte fenomenet full rettferdighet, og ikke innordne det under rådende fordommer, hensikter, teorier eller ferdige kategorier eller lignende (Bengtson, 1998 s.27).

Det fenomenologiske perspektivet kjennetegnes ved at det er deskriptivt. Fenomenologi prøver å kartlegge eller begrepssette den sosiale verden som undersøkes. Motsatsen til dette er forklaringer. Tenker vi nærmere etter finnes det ikke noen motsetning. Beskrivning, tolkning og forklaring befinner seg ikke på samme nivå. De kan ikke settes opp mot hverandre.

Det finnes flere fenomenologiske metoder som er utarbeidet for innhenting av

meningsinnhold fra intervju og analysering av data. Jeg bruker Kirsti Malterud sin "Systematisk tekstkondensering og fenomenologiske metode" til å analysere data. Malterud er professor i allmenntidning i Bergen og i København. Hun sier metoden er inspirert av Giorgis fenomenologiske metode og modifisert av henne (Malterud 2003,s.99).

4.4 Kunnskapssyn belyst med ved hjelp av Steinar Kvale og Jette Fog

I bøkene "Det Kvalitative forskningsintervju" av Steinar Kvale (1997) og "Med samtale som utgangspunkt" av Jette Fog (2001) tar forfatterne opp kunnskapsyn. Begge forfatterne står i den fenomenologiske tradisjon.

Dette er bøker som tar for seg det kvalitative forsknings intervju fra planleggingsstadiet til studien er ferdig utført og rapportert.

Forfatterne vektlegger forskjellige aspekt, utfordrer forskjellige temaer, og bruker forskjellige ord og begreper.

Jeg oppfatter at forfatterne gir uttrykk for det samme kunnskapsyn men uttrykt forskjellig.

Dette vil jeg belyse med eksempler fra bøkene

Innledningsvis så viser Kvale til to metaforer for å belyse forskjellig kunnskapssyn som er rådende ved bruk av intervju som forskning. I den første metaforen er intervjueren en gruvearbeider. Gruvearbeideren ser på kunnskap som skult metall. Intervjueren prøver å lete etter dette metallet / kunnskapen, for å få det frem i lyset. Kunnskapen er konstant, og når den først er funnet kan den objektifiseres og kvantifiseres

I den andre metaforen, er intervjueren /forskeren reisende. Den reisende opplever forskjellige ting på sin reise. Han kan flakke om kring eller bruke kart. Den reisende for ny selvinnsikt og kunnskap gjennom møter, samtaler og refleksjoner disse har satt i gang. Når den reisende har kommet hjem så har han fått nye erfaringer. Den reisende forteller om sine erfaringer og opplevelser og hvordan han tolker dem.

Fog tar for seg to grunnoppfatninger av forholdet er mellom individ og verden. Disse to grunnoppfatninger har konsekvenser for oppfattelsen av det kvalitative forskningsintervju. Den første grunnoppfattelsen illustrerer hun med to atskilte sirkler, hvor den ene sirkelen er subjekt og den andre er objekt. Dette symboliserer at individ og verden er atskilte. Ytre og indre påvirkning seg imellom kan forekomme, da ofte formulert som en vekselvirkning, hvor samfunnet innvirker på individet, eller individet innvirker på samfunnet. I denne oppfatning er den andre, da enten individet eller samfunnet en fremmed. De er historieløse og rommer selv ingen historisk dimensjon. Hvis en har denne oppfatning og stiller spørsmål til individet

om dets livssammenheng, så kan en ikke stole på svaret en får, da svaret er ”subjektiv”. Subjektivt i denne forståelse er unndratt objektiv og saklig vurdering. En undersøkelse som hviler på individets utsagn, blir da prinsipielt upålitelig og ugyldig. Undersøkelsen kan si noe om intervjupersonen og intervjuer sitt følelsesmessige engasjement i feltet, men ingen ting om virkeligheten.

Ved den andre grunnoppfatningen stiger subjekt og objekt opp fra en felles grunn som er kontekst og / eller sammenheng. Subjekt og objekt stiger opp fra en felles grunn, men hver for seg opp langs en søyle kalt livshistorisk dimensjon som to pukler på en kamel. Dette blir belyst ved hjelp av en modell som hun bruker etter Mammen 1989, som har kalt den kamel modell.

Denne oppfatning har det til felles med den første oppfatningen ved at subjekt og objekt er atskilte, den fraviker ved at subjekt og objekt vokser ut fra en felles sosial og kulturell sammenheng (Fog 2001 s.30-34).

Ved bruk av disse metaforer og symboler så sier forfatterne noe om oppfatningen av hva forskningskunnskap er, og hvilke premisser dette gir for hvordan en skal gå frem, for å bidra og forstå forskningsbasert kunnskapsutvikling. Samtidig som det også viser at her er det flere oppfatninger som er rådende.

I den første metaforen som Kvale henviser til og den første grunnoppfatningen som Fog belyser så ligger sannheten der allerede, den er bare enda ikke avdekket. Dette kan minne om naturvitenskapelig forskning. For å finne ut av hva som virkelig er sant må en undersøke nøye, grave dypt, i tingen isolert sett, enten tingen er definert som et individ eller objekt. Slik jeg oppfatter Fog vil de som har oppfattelsen av at subjekt og objekt er totalt atskilte mene at et åpent intervju hvor en søker etter individets erfaringer ikke er en metode for å utvikle forskningsbasert kunnskap. Prinsipielt så har den ikke forbindelse med den virkelige verden og er da ikke gyldig som kunnskap om virkeligheten, men gir kun uttrykk for en oppfatning som ikke kan kalles gyldig etter krav som denne oppfattelsen innehar.

Jeg oppfatter ikke at Kvale ved bruk av sin gruvemetafor legger føringer for at den reisende sin måte å innhente kunnskap på er feil eller resulterer kun i en meningsytring. Både den reisende og gruvearbeideren bruker jo intervju som metode, men de har to alternative oppfatninger og får derfor forskjellige type innsikt. I følge Kvale så bringer gruvemetaforen intervjuet nær en humanteknologi, mens reisemetaforen bringer det nærmere de humanistiske fag. (Kvale 1997 s.21)

Kvale har ikke i sine metaforer utfordret det kvalitative intervju som en metode til kunnskapsutvikling. Han sier senere i samme kapittel at kvalitativ metode innebærer alternativ oppfatning om sosial kunnskap.

” Kvalitativ metode er ikke bare en teknologi som kommer i tillegg til den eksisterende kvantitative, den innebærer alternative oppfatninger om sosial kunnskap: om mening, virkelighet og om hva som er sant innen samfunnsvitenskapelig forskning. Det grunnleggende materiale er ikke lenger objektive data som skal kvantifiseres, men meningsfulle relasjoner som skal tolkes” (Kvale 1997 s.25).

I den andre metaforen til Kvale er intervjueren en reisende som ved møte og samtale med mennesker får opplevelser og erfaringer som gir en annen type kunnskap. Han finner ikke noe skult metall, men opplevelsene fører til ettertanke og refleksjon, som gjerne gjør at det skjer en forandring hos den reisende. Han stiller kanskje nye spørsmål han ikke kunne stille før reisen begynte, kanskje verdier og normer blir utfordret, kanskje skråsikkerheten blir mindre bastant

Fog viser ved hjelp av kamelmodellen en alternativ grunnoppfatning. Vi er alle er født i en sammenheng, av natur og kultur, som i sin historie rommer språk, mimikk, holdninger, verdier og ritualer gjør at premisser for menneskelig samhandling er så grunnleggende i oss at vi tar de som selvsagte, og stiller ikke spørsmål ved dem før de blir utfordret eller er fraværende. Når dette er grunnleggende så kan vi møte et menneske fra vår egen kultur og oppleve at en forstår den andres ytring. Samtidig er den andres erfaringer unike for subjektet, da vi ikke lever identiske liv. Den andres erfaring er unik, men kan bli medelt oss via et felles nonverbalt og verbalt språk vi kjenner. Den andres erfaring kan gi oss innsikt i opplevelser vi selv ikke har erfart. Med denne grunnoppfatning blir den andres erfaring gyldig kunnskap om livssammenhenger og livsbetingelser.

” Vi er som mennesker bundet til at kommunisere, og i denne kommunikasjon ligger der nogle forudsetninger: I en vis forstand genkender jeg aspekter hos den anden, også første gang jeg ser ham og hilser på ham .”(Fog, 2001, s.40)

” Men jo mindre vi kender til en fremmed kultur, des mindre kan vi tage for givet. Det vil være flere områder, hvor kulturens individer vil være ugennemskelig for os og deres udtryk fremmed for os, og når det er tilfældet, vil det være mer risikabelt umiddelbart at stole på, at vi føler rigtigt. Her må der undersøgelse til. Jo mer vi kender af den kontekst, som det andet menneske bevæger seg i, des større mulighed har vi for at forstå hans mer nuancerede udtryk.” (ibid, s.41)

Vitenskapelig kunnskap utvikles både ved bruk av kvantitativ og kvalitative metoder, dette er forskjellig tilgang til kunnskap som kan bidra til forklaring og forståelse av de livsbetingelser vi er underlagt. Kunnskap er ikke statisk, den er hele tiden i endring.

Kunnskap som sådan er jo noe vi erverver oss ved å være i livet, for å klare oss og utvikle oss i livet. Kunnskap er redskap i livets verktøykasse. Hvordan vi får fatt på redskapen, er mangfoldig som livet selv, men jeg synes begrepet "Learning by doing" som er blitt kjennetegnet for Dewey sin pedagogikk, fanger dette med ett utsagn. Det være seg alt fra å kunne praktiske ferdigheter, gjøre valg i etiske dilemmaer og utføre abstrakte teoretiske oppgaver. I livet er dette sammenvevd, ved at vi er samme hva vi gjør. Teoretisk så er det blitt laget begreper som gjør at vi skiller abstrakt fra konkret og teorier fra ferdigheter og en mester fra en lærling. Forskningsbasert kunnskap er kunnskap som berører aspekt ved våre livsbetingelser. Den har krav i seg til å være grundig og systematisk innhentet og utført, og derfor har den som mål å være pålitelig og gyldig.

Teorier med begreper og definisjoner skaper ikke virkeligheten, virkeligheten er. Vi skaper ikke virkeligheten men vi skaper begreper om virkeligheten, og begreper har i seg et perspektiv. Teorier kan oppleves som sanne og gi mening for oss, de kan virke oppklarende og forklarende og kan gi oss forståelse og innsikt for våre livsbetingelser.

5.0 TEORETISK REFERANSERAMME

"Ingen kan lære deg noe som ikke allerede halvveis slumrer i din vitens morgendemning. Læreren som med sitt følge går inn i tempelets skygge, gir ikke så mye av sin visdom som av sin tro og kjærlighet. Hvis han virkelig er vis, ber han deg ikke komme inn i sin visdoms hus, men leder deg til din egen forstands dørterskel" (Gibran 1927, s.62)

Jeg føler stadig jeg blir ført til nye steder, nye terskler av kloke mennesker, som viser vei og retning i verdens mangfoldighet. Mange har skrevet bøker som jeg prøver å fatte med mitt utgangspunkt.

Omsorg, tillit, empati, oppmerksomhet, makt, opplevelse, erfaring og tid er ord og begreper som jeg ser som fremtredende til å kaste lys over denne studien. Dette er begreper som brukes i dagligtale men som også har vært gjenstand for teoretiske utlegging. I dette kapittel vil disse sentrale begreper bli drøftet i en teoretisk sammenheng samtidig som jeg fletter inn min forståelse.

5.1 Opplevelse og erfaring

Opplevelse og erfaring er begreper som blir brukt om hverandre i dagligtale.

Forskningsspørsmålet i denne studien retter søkelys mot andre menneskers opplevelse og erfaring. Innholdet i disse begreper og hvordan vi får tilgang til andres opplevelser og erfaring vil jeg derfor redegjøre for.

Jeg har opplevd”, ”jeg har erfart” er vanlige uttrykk. Skille mellom de to uttrykkene kan være uklart. Engelsk norsk ordbok oversetter både opplevelse og erfaring som ”experience”.

Opplevelse blir også gitt betydningen ”følelse” og blir da oversatt med ”perception”, ”experience” og ”feeling”, mens erfaring blir oversatt til ”experience” og ”knowledge” (Engelsk blå ordbok, 2002). Oversettelsen i ordboken kan indikere at opplevelse er knyttet til følelser, mens erfaring er knyttet til kunnskap.

Opplevelse knytter jeg til følelser og inntrykk i forhold til en situasjon. Situasjonen gir følelser som glede og sinne og andre stemninger. Opplevelse er en altomfattende sansing av situasjonen vi er i nå, ut i fra vårt perspektiv og oppfatning. Opplevelsens form og uttrykk er knyttet til våre tidligere erfaringer, vi møter alle situasjoner med et perspektiv, ingen av oss er historieløse. Erfaringen vi sitter igjen med etter en opplevelse er ikke identisk til den opplevelsen vi hadde når vi var i situasjonen, erfaringen blir gjerne et resymé av opplevelsen, eller et utsnitt i forhold til hele vår bakgrunn. Opplevelsen er større enn erfaringen, mens erfaringen som opplevelsen har gitt kan ha større betydning enn hva opplevelsen i seg selv skulle tilsi. Et nærliggende eksempel er ordtaket ”brent barn skyr ilden”. Dette ordtaket rommer både opplevelse og erfaring. Barnet opplevde noe som gjorde vondt, det opplevde smerte i situasjonen. Erfaringen barnet sitter igjen med i etterkant er en kunnskap. Barnet har lært at en slik situasjon er farlig og at en må ta sine forhåndsregler, være vaksomme og gjerne forsiktig, eller prøve å unngå slike situasjoner da de forårsaker smerte. Det kan hende at barnet bare brente seg litt, men opplevelsen som barnet hadde kan ha vært så skremmende at det for alltid vil sette spor og gi uttrykk som kan være vanskelig for andre å forstå. Ingen kan sette spørsmål ved opplevelsene barnet hadde der og da, hvis vi sto i nærheten ville vi ikke tvile på at barnet opplevde smerte, men vi kan gjerne stille oss undrende til erfaringene barnet tilegnet seg.

I boken ”Fordi vi er mennesker en bok om samarbeidets etikk, Eide et.al 2003, tar flere forfattere alle fra Høgskolen i Agder for seg møte med den andre belyst teoretisk blant annet ut fra Martin Buber og Knud E. Løgstrup sin tenkning.

I boken så utlegges det om følelser. De sier følelsene vekkes i møte med den andre, følelsene kommer så raskt at det virker som de blir skapt av situasjonen. Følelsene relateres til den umiddelbare oppfattelse av situasjonen. Man berøres umiddelbart i møte, følelsene viser hvordan. Følelsene gir mening og betydning til det en stilles ovenfor. Følelsene har noe opprinnelig og ærlig ved seg. Følelsene har et budskap, de har et innhold, de danner et språk som de blir uttrykt igjennom. En følelse er en måte å forholde seg til noe eller noen på, enten en situasjon som helhet eller en spesiell begivenhet eller et spesielt objekt (Eide 2003, s.100-103).

Einar Aadland i skriver i sin bok: ” ”Og eg ser på deg” Vitenskapsteori og metode i helse- og sosialfag” 2002, om forholdet mellom opplevelse og erfaring.

”All forståelse begynner med opplevelsen. Først opplever jeg noe, så kjenner jeg hvordan følelsens ettersmak er, og så tenker jeg gjennom hva som faktisk skjedde. Etter at forståelsens klarhet har slått rot i meg som erfaring, utvikler jeg til slutt en teori om det hele. Jeg er klar til å fortelle andre hva som skjedde” (Aadland 2002, s.25).

Aadland henviser til den tyske filosofen Wilhelm Dilthey (1833-1911) når han gjør rede for menneskers opplevelse. Dilthey var en viktig bidragsyter til at den moderne hermeneutikken vokste fram. Dette til tross for at Dilthey sin tidlige hermeneutikk er blitt kritisert for om vi kan leve oss inn i ett annet menneskes psyke og om vi kan leve oss inn i en annen tid.

Aadland fortsetter slik:

”Til forskjell fra de reduksjonistiske naturvitenskapene, mente Dilthey at man måtte gå i en annen retning og skape en ”forståelsen metodologi”. Denne består av tre elementer: Opplevelse, uttrykk og forståelse.

”Opplevelse” er mer enn spontan inntrykk. Opplevelse er beskrivelsen av en måte å forholde seg på; den innebærer en sammensmelting av den som opplever (subjekt) og de som oppleves (objekt).

”Uttrykk” er alle spor som mennesker etterlater seg. I tekster, bilder, fortellinger, klær, arkitektur og innredninger legger vi igjen noe av vår psyke i konkrete meningsladede gjenstander. Slike ”spor” er formålet for de humanistiske vitenskapene.

”Forståelse” er i følge Dilthey en psykologiske prosess som åpner den andres verden for oss; vi fatter betydningen av andre menneskers livsuttrykk. Vi dras mot hemmeligheten i den andres verden, og gjennom ”forståelsen” trer vi inn i den andres intensjoner, oppfatninger og livstolkning.

Dilthey la vekt på mennesket som et historisk vesen. Man kan ikke forstå verken andre eller seg selv uten å gå veien om de historiske betingelser. Derfor er all forståelse også historisk

avhengig, og dermed også relativ (Aadland 2002, s.161).

Erfaring er dannet av opplevelser som har satt spor etter seg og gitt oss ny kunnskap og forståelse. Opplevelser er en kilde til våre erfaringer. Opplevelse kan da relateres til inntrykk som berører oss i forhold til en bakgrunn som vi bærer med oss og en situasjon som skjer nå. Inntrykkene kan gi oss følelser som setter spor, slik at vi husker dem. Noen inntrykk kan være så flyktige at vi kan ha vansker med å skjønne sporene de setter, mens andre inntrykk kan være så dagligdagse at vi ikke er oppmerksom på dem. Det er noen inntrykk som berører oss mer enn andre og setter tydelige spor.

Andre menneskers opplevelser kan vi bare anta og forestille oss. Jeg vet ikke om jeg opplever akkurat det samme som en annen, men jeg kan kjenne meg igjen i andres beskrivelser av opplevelser. Jeg får tilgang til andres opplevelser via mine sanser, jeg kan lese om hva andre har opplevd, jeg kan høre hva de sier, og jeg kan se deres uttrykk som kan formidle glede, sorg, usikkerhet, sinne og smerte. Ved å prøve og stille meg åpen og ha tillit til det som formidles til meg kan jeg få en anelse om og gjerne øke min innsikt i hvordan enkelte situasjoner kan oppleves. Jeg kan ikke vite at andre vil oppleve det på samme måte. Ingen lever like liv, men livene våre har så mange likhetstrekk, vi gjør ofte de samme tingene og er ofte utsatt for de samme hendelsene, slik at følelser og opplevelser kan være kjennbare. Noen ganger er andres beskrivelser av følelser og opplevelser så dekkende og like mine egne følelser at jeg har tenkt; ja sånn er det. På det grunnlag så tror jeg andre mennesker som er interessert i meg langt på vei kan forstå hvordan jeg har det. En illustrasjon på dette er igjen fra Aadland:

”Roberta Flack sang om opplevelsen av møtet med en tilfeldig pianist og hans sang: ”He was strumming my pain with his finger, singing my life with his words. Killing me softly with his song, telling my whole life” (Aadland 2002, s.31).

Det å vente på å få utført et kirurgisk inngrep er en situasjon som kan gi mange inntrykk. Anna Maria Moesmand og Astrid Kjøllestad som er høgskolelektorer innen sykepleie har skrevet en bok Å være akutt kritisk syk 1998, som tar for seg pasientens og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov. Innholdet i boken er typisk rettet om den akutt kritisk syke pasient sitt møte med et sykehus som er preget av høyteknologi, men er også veldig interessant for å belyse pasienters opplevelse generelt. De skriver at:

”opplevelse er den mening en får gjennom sanseintrykkene”

(Moesmand, Kjøllestad 1998, s.37).

De skriver at et av spørsmålene en kan stille til pasienter for å få tilgang til denne opplevelsen er: Hva opplever du nå?

De tar for seg fire fremtredende opplevelser for den akutt kritisk syke, og belyser dette ved hjelp av teori og forskning. Opplevelsene er; endret opplevelse av kroppen, hjelpeløshet, frykt og angst og fremmedgjøring (ibid s.37-45).

Å bli innlagt på sykehus er ikke en dagligdags hendelse, inntrykkene kan være sterke og sette tydelige spor. Jeg stilte informantene spørsmålet; hva tenker og føler du nå?. Da inntrykkene til informantene var så nærværende i tid ser jeg det som mest sansynlig at det er opplevelser jeg får tilgang til, og ikke erfaring, selv om dette sikkert kan være kilde til diskusjon.

5.2 Oppmerksomhet

Det å få oppmerksomhet er betydningsfullt for vår helse. Fra vi er små trenger vi at andre er oppmerksomme mot oss, og handler ut i fra det de ser. Vi trenger andres oppmerksomhet ikke bare når vi er hjelpeløse og sårbare, men også som en bekreftelse på at vi er til og av betydning.

Vi søker oppmerksomhet som en bekreftelse på vår egen verdi.

Jeg har ofte hørt om bråkete barn at de ber om oppmerksomhet. Det er så viktig å bli sett at de bråker for å bli bekreftet. I dette utsagn kan det menes at noen barn tyr til uakseptabel oppførsel for å tvinge til seg oppmerksomhet da det oppleves vondt å bli oversett.

I boken Øyet og kallet 2000, kommer Martinsen inn på betydningen av oppmerksomhet; dens form og forutsetninger. Vi sanser og får inntrykk som leder til oppmerksomhet. Hun skriver at oppmerksomhet er å være der en befinner seg, å være tilstede når en er tilstede (Martinsen 2000, s.29).

Sentralt i boken er lignelsen om den barmhjertige samaritan. Den barmhjertige samaritan handlet annerledes enn presten og levitten. De så alle det samme, men inntrykkene sansingen ga dem ledet til forskjellig handling. Dette får henne til å spørre:

”Hadde presten og levitten registrerende øyne og ikke sansende? Var det slik at de registrerte ut fra teori og kultur, og da ble den halvdøde registrert som en fremmed og uvedkommende, en de ikke skulle hjelpe? De så ham ikke som et menneske som angikk dem” (Ibid s.18).

Hvis oppmerksomheten er kulturell, er det nærliggende å spørre om det er noe i vår kultur

som er førende for oppmerksomhetens vilkår. Er det noe i vår kultur som hindrer helsearbeidere å være tilstede i situasjonen. Gir teorier i vår kultur oppmerksomheten gode eller dårlige kår, eller en form og hensikt som ikke oppleves god for dem som oppmerksomheten er rettet mot.

Fog vektlegger at oppmerksomhet ikke er en naiv kapasitet, hun skriver det slik:

"Ligesom intutionen, spontaniteten og empatien ikke er naive kapasiteter så at sige, er oppmerksomheten det heller ikke.....De er, i hvert fald for den trænede psykoterapeuts vedkommende, raffinere uddannede udgaver af almenmenneskelige kapasiteter, som også findes i dagligdagens naive og "naturgroede" udgaver.

Den opmærksomhed, som jeg bringer til situationen, bliver formet af, men ikke skabt af, mine teoretiske begreper. Jeg har al min viden, den praktiske og den teoretiske, med mig. Alt hva jeg har erfaret, og alt hva jeg har læst. Dette er min baggrund, og det er en fleksibel kontekst for det, jeg er opmærksom på" (Fog 2001,s. 65 og 71).

Når pasienter kommer som ny og fremmed inn på en sykehusavdeling så ønsker de trolig å bli sett.

"Vi appellerer til den andre om oppmerksomhet, om å bli sett som betydningsfull og vedkommende, selv om vi er fremmede for hverandre." (Martinsen 2000, s.24)

Mennesket søker bekræftelse på egen verdi i møte med den andre. Derfor blir oppmerksomhetens preg noe som er viktig å tillegge betydning. Møter mellom mennesker formidler mer enn det som var møtet sin opprinnelige hensikt.

Kjente fraser som; *"takk for oppmerksomheten"* og *"hun var så oppmerksom"* viser til at det er en almen oppfatning om at oppmerksomhet er noe som er godt å få. Men det er også en annen type oppmerksomhet hvor hensikten med oppmerksomheten gjerne ikke føles god. Eksempler fra media og kulørt ukepresse viser oss personer som flykter fra en oppmerksomhet som virker invaderende og kynisk.

Det kan også være oppmerksomhet som føles krenkende, vi kan bli oversett og bli sett på som ting. Vi kan bli sett i øyeblikk og situasjoner, hvor vi ønsker å være for oss selv, vi blir sett med "buksa nede". Dette gir et inntrykk av at det er oppmerksomhetens preg, hensikt og hvordan den oppfattes, som er avgjørende for at den oppleves god eller dårlig.

Oppmerksomhet i visse situasjoner kan føles krenkende, samtidig som det i andre situasjoner føles krenkende å ikke bli vist oppmerksomhet.

Oppmerksomhetens ulike betydninger når det gjelder å se, uttrykker Martinsen i boken *Øyet og kallet*:

” Den enkelte har alltid noe av det annet menneskes liv i sitt blikk, og med sitt blikk også i sin makt. Med den holdning til den andre som mitt blikk uttrykker, kan jeg være med å bidra til at den andres verden blir vond og isolert. Men med mitt blikk kan også den andre bli satt fri, våge seg ut av sin egen innesperring og komme ut i relasjon til andre. Det er mange ulike måter å se på ” (Martinsen 2000, s.9-10).

Oppmerksomhet i faglig sammenheng har en hensikt, en ser gjerne etter spesielle symptom og ytringer. Vår faglighet preger oppmerksomheten. Det kan hende vi ser mer og det kan hende vi ser mindre, eller helt andre ting enn andre med en annen bakgrunn og hensikt med sin oppmerksomhet. Vår oppmerksomhet kan bli så fokusert og preget av vårt fag at vi kun ser det som vi skal se etter. Beskrivelser etter en slik faglig oppmerksomhet kjenner jeg godt fra min yrkesbakgrunn som anestesisykepleier. Blodtrykk, puls og hudfarge er alle symptom som jeg er oppmerksom på, dette kalles objektive data som forteller noe om pasientens sirkulatoriske tilstand. Som anestesisykepleier er disse data viktig for min funksjon ovenfor pasienten. Utfordringen blir å ikke miste oppmerksomheten for det menneskelige uttrykk. Oppmerksomheten bør, og er rettet mot det som er viktig for vår funksjon. Men er vår funksjon rettet mot helhet eller deler?

I boken *”Og eg ser på deg”* (2002) kommer Einar Aadland med noen spørsmål etter å ha fortralt en historie om et møte med en terapeut og en schizofren pasient. Terapeuten kunne sitt fag og klarte å analysere situasjonen presist, men pasienten følte seg ikke sett på som et menneske, men en diagnose (Aadland 2002, s.80).

” Hvordan vet vi hvordan vi skal omgås andre mennesker? Hva slags kunnskap eier vi som gir oss ansiktsuttrykk, ord og holdninger overfor mennesker vi møter? ” (ibid s.80)

Martinsen har rettet kritiske blikk på at en naturvitenskapelig tenkning også skal prege møte med mennesker i en sårbar situasjon, særlig i de situasjoner hvor den profesjonelle helsearbeider har makt i form av å være bærer av kunnskap, og ferdigheter som den hjelpetrengende pasienten er søker og er avhengig av får å lindre sine plager. Hun setter søkelys på oppmerksomhet og kulturen som setter føringer og regler for oppmerksomheten. *” Øyet reduseres til et instrument, til et apparat. Det som objektivt kan registreres, er mest troverdig. Med en slik kunnskap blir øyet frikoblet fra det sansede nærværende og kan fritt bevege seg uavhengig av situasjonen inn i andre rom ”*

”Det rent registrerende øye derimot er et øye som har trukket seg ut av situasjonen, og det finner ikke sted noe samspill i rommet. Øyet stiller seg i en utenfor situasjon, opptatt av å se etter og trekke ut felles kjennetegn for å ordne disse under et på forhånd definert begrep eller klassifikasjon. Den abstraherer fra den konkrete sammenhengen og ser etter likheter som kan underordnes et felles begrep (det abstrakt allmenne). Det ser ikke forskjelligheten som det egenartede. Det som er forskjellig, er kun det som kan bevege seg på en skala fra mye til lite innenfor en allerede definert likhet som begrepet eller klassifikasjonen rommer. (Martinsen 2000, s.34 og 30).

5.3 Omsorg

Den gode oppmerksomhet er en forutsetning for omsorg, vi er avhengig av å sanse den andres uttrykk, vi er avhengig av å se den andre, men hvordan vi ser og hvordan vi handler ut ifra det vi ser er grunnleggende for om det blir oppfattet som omsorg.

Omsorg er et begrep som har vært gjenstand for teoretisk utlegging. Det er et ord vi bruker i dagligtale. Det er også et ord vi bruker for yrkesutøvere som kalles omsorgsarbeidere.

I boken Moderne omsorgsbilder drøfter flere forfattere med forskjellig bakgrunn begrepet omsorg. Der sier Løvlie 1990 det slik:

” Hva er omsorg? Det finnes ikke noe godt svar på det spørsmålet. Kanskje er det feilt stilt? For spørsmålet forutsetter at omsorg er noe fiks ferdig, noe som kan gis en definisjon eller settes inn i et resultat: Det her er omsorg! Jeg vil derimot gå ut fra at omsorg ikke er noe ”ting”, men heller et forhold som må leses ut fra den sosiale tekst vi befinner oss i. Spørsmålet antyder da snarere en oppgave av typen: Hvordan forstå omsorg?” (Løvlie, i Jensen 1996, s.34)

I samme boken tar Rønning utgangspunktet i dagliglivets omsorgsbegrep da han søker å finne kjernen i omsorg. Å finne kjernen i dette begrepet ser han som problematisk, men han trekker frem fire elementer det synes å være stor enighet om :

a) Omsorgen må være begrunnet i følelser.

Den ”dagligdagse” omsorg tar utgangspunkt i noe personlig i mine spesielle følelser overfor den andre.

b) Omsorg har et handlingsaspekt, en praktisk side.

Det er ikke nok med medfølelse overfor lidende, det må også resultere i handling.

c) Omsorgen har et relasjonelt aspekt.

Omsorgbegrepet er ikke meningsfylt uten i forhold til andre.

d) Omsorgen har en moralsk side.

"Riktigheten" av et moralsk ståsted kan ikke bevises, men den kan begrunnes.

Min forståelse er at omsorgsbegrepet har to vidt forskjellige betydninger:

1. Ontologisk, hvor omsorg viser seg som grunnleggende i menneskelige forhold.
2. Kulturelt, ved omsorg i privat og offentlig virksomhet

Det er problematisk når et ord blir brukt og har flere betydninger, det kan oppstå misforståelser, da en bruker samme ord, men kan tillegge ordet forskjellig betydning.

Samtidig er det også utfordrende da en blir utfordret til å diskutere den ene teoretiske utlegging og forståelse av begrepet opp mot det andre.

Jeg vil nå belyse de to betydningene hver for seg.

5.3.1. Omsorg som ontologisk fenomen.

Ved at jeg betegner omsorg som ontologisk så betyr det at jeg ser det som grunnleggende, det er noe som *er*, som en nødvendig forutsetning ved det værende i verden som menneske.

Jeg tror omsorg for hverandre er nedfelt i vår natur slik at vi reagerer og handler helt uten begrunnelse. Vi handler uten begrunnelse når vi ser og oppfatter at noen eller noe trenger støtte, hjelp og beskyttelse.

Vi trenger ikke å begrunne at vi handler omsorgsfullt, men vi trenger gode begrunnelser for hvorfor vi ikke gjør det.

Man snakker om "morsinstinktet" som en selvsagt ting, som er ensbetydende med å beskytte, ta hånd om med kjærlighet. Mor - barn er en nær relasjon. Men dette *instinktet* går også utover den nære relasjonen.

"Hvor var du når Oddvar Brå knakk staven", var et uttrykk som oppsto etter et spennende skiløp hvor han var så uheldig å brakk staven. Under de Olympiske vinter leker i Lillehamar i 1994 var det en finsk skiløper som var like uheldig. Skiløperen gikk forbi en norsk hjelpemann som hadde flere skistaver stående i tilfelle en norsk utøver skulle brette staven. Hjelpemannen skulle, som en naturlig respons på det han så, til å ta en stav å gå bort til den uheldige finske utøver, men tenkte seg om og ble stående uten å hjelpe til. Mange ble oppriktig forbauset. Det at han valgte å ikke hjelpe til krevde gode begrunnelser og de begrunnelsene var det stor uenighet om.

Hele livet står vi ovenfor valg. Valgene vi tar kan ha store konsekvenser for oss selv og andre. Det blir sett på som et privilegium å ha frihet til å velge. Men mulighet til å velge gir oss også utfordringer. Samhandling med andre gir oss etiske og moralske utfordringer. Kjernen i sykepleiefaget er samhandling med andre mennesker.

Kari Martinsen er den i Norge som har skrevet om sykepleiens natur. Hun vektlegger omsorg som betydningsfullt i sykepleie. Slik jeg forstår henne begrunner hun omsorg som et ontologisk fenomen.

"Moralsk praksis bygger på omsorg. Omsorg utgjør ikke bare sykepleiens verdigrunnlag, men det er en fundamental forutsetning for våre liv" (Martinsen 1990, s.60).

Hennes tanker har hatt stor innflytelse på den teoretiske utvikling av sykepleiefaget i Norge og i Skandinavia for øvrig (Kirkevold 2001, s.168). Kirkevold betegner Martinsens teori for omsorgsteori.

Relasjonen i møte med vår neste (pasienten) er hos Martinsen fremtredende, og hun begrunner verdien i denne relasjonen ved hjelp av filosofiske betraktninger, nestekjærlighet og solidaritet. Omsorgen har en moralsk side, omsorgs teorien til Martinsen inneholder et "bør" og dette bør er tuftet på bevissthet om verdier som gir seg til syne ved at sykepleieren bør være for de svakeste stilte, og ta vare på livet med omtanke.

Slik jeg ser det, så forutsetter Martinsen fagkunnskapen hos sykepleieren. Hun beskriver ikke de praktiske gjøremål, men forutsetter solid faglig viten og kunnen:

"Det kan bli til følsomhetens ufølsomhet når holdningen til pasienten ikke bæres oppe av solid faglig viten og kunnen. Uten fagkunnskap vil omtanken for pasienten bli til sentimental omsorg. På den andre siden vil den faglige kunnskapen forvandles til den motsatte karikatur av seg selv hvis den ikke forbindes med en vilje til å hjelpe den andre på best mulig måte. Da vil fagkunnskapen selvstendiggjøre seg på en slik måte at bruken av den blir en rutinisert, mekanisk anvendelse. (Martinsen 1990 s.63)

Omsorg er en grunnverdi som tar vare på livet. Det er en kjærlighetshandling til livet.

"Et øye som ikke gjør noen forskjell, men som likevel gjør en forskjell er aktelsens eller nestekjærlighetens øye" (Martinsen, 2000, s.26).

Et øye ser, holdningen vi ser med har betydning for vår handling.

Omsorg er selvsagt og naturlig for oss som har vært heldige å vokse opp og være omgitt av omsorgsfulle personer. Vi blir omsorgen først bevist når den er fraværende, eller når den oppstår uventet. Omsorg er nødvendig for å opprettholde livet når vi er hjelpeløse. Men også nødvendig for å utvikle oss som mennesker. Vi blir født totalt hjelpeløse og vårt liv er totalt

avhengig av at andre tar vare på oss til vi klarer å ta vare på oss selv. Det er ikke nok bare å bli tatt vare på, for å gi mennesket en følelse av verdi.

Omsorgssvikt er derfor et begrep vi bruker på fravær av den handling og holdning som ligger i omsorgens natur. Det er dessverre mange eksempler på at mennesker trenger mer enn å bli plassert i en institusjon for å få dekket sine grunnleggende behov for mat, still aktivitet og søvn for å føle seg verdsatt. De må også være omgitt av en omsorgsholdning. Denne omsorgsholdning må vise at en tar vare på livet med omtanke.

5.3.2. Omsorg som kulturelt fenomen.

Kultur er et begrep som har flere betydninger, det kan knyttes til holdninger, verdier og normer som er rådende hos en viss gruppe mennesker i forhold til kontekst og tid.

Kulturen er menneskeskapt, den har vi innflytelse til å endre. Det er i vår kultur vokst frem normer og regler, fag profesjoner og yrkesutøvere som har til sin hensikt å ta vare på livet til dem som av en eller annen grunn trenger det. Det kan være alt fra personlig service til å beskytte mennesket mot seg selv og andre.

Jensen sier det slik i *Moderne omsorgsbilder*, 1996:

”Vi har fått to distinkt forskjellige omsorgssystemer: Det private og uformelle, med nære pårørende som viktigste omsorgskilde, og det offentlige og formaliserte, med ulike profesjonsgrupper som viktigste kilde.....Mens den private omsorgen blir beskrevet som spontan, intim, spesifikk og personorientert, blir den profesjonelle formen beskrevet i motsatte termer som planlagt, distansert, regelstyrt og oppgaveorientert” (Jensen, 1996, s. 10)

Når vi blir rammet av sykdom har vi ofte nedsatt evne til å ta vare på oss selv. Martinsen og Wærness, 1979 sier det slik:

”Sykdom skaper avhengighet. Den som er syk, trenger alltid mer eller mindre personlig service, det vi kaller omsorg. Det gjelder også i de situasjoner der behandling ikke er nødvendig, eller ikke lenger har noen hensikt” (Martinsen, Wærness, 1979, s. 102).

Omsorg og menneskeverd blir tatt hånd om av kulturen og omdannet til konkrete normer for handling og holdning for hvordan vi skal ta vare på hverandre. Det er på det grunnlag at forskjellige omsorgsykker har vokst frem. Normene har i seg ett sett av regler, forskrifter og prinsipper som skal til for at en oppgave skal kunne løses og en relasjon fungere. Disse normene er knyttet til oppgavene som ligger i fenomenets egenart.

I omsorgs yrker som sykepleie og yrker hvor en er satt til å behandle, hjelpe, støtte, lære og ta

vare på andre mennesker, er det situasjoner hvor oppgavene kan være vanskelig å utøve. I slike yrker møter en mennesker som kan vekke avsky og sinne. Det kan være situasjoner som er preget av grusomhet og håpløshet, da er det viktig å ha normer og yrkesetiske retningslinjer som ledetråd for handlinger. Gradvis kan det skje at det kun blir handlinger uten rot i den opprinnelige hensikt. Oppgavene har mistet sitt fundament, eller fått et nytt fundament i reglene, normene og kulturen.

I sin utlegging om den barmhjertige samaritan og diskuterer Martinsen også fortellingen i forhold til kultur. Til forskjell fra presten og levitten så blir samaritanen rammet av den andres lidelse, han registrerer ikke først, men blir umiddelbart rammet av appellen fra den andre. Hun sier at

”En måte presten og levitten syntes å tenke på kunne være: først må vi registrere den andres og hans tilstand. Derav slutter vi: han lider. Så overveier vi om vi er forpliktet til å gjøre noe. Det er vi ikke ut fra vår kultur og våre lover” (Martinsen, 2000, s.18).

Det kan hende at samaritanen også handlet kulturlig, men ut fra en annen kultur som gjorde det mulig å se mennesket sitt uttrykk, og å handle deretter.

Ved først å registrere beskytter presten og levitten beskytter seg mot den andres appell. Kulturen innebar at de søkte svar i reglene. Reglene var styrende for valg av handling. Dette setter store utfordringer til kulturer hvor regler og registrering er en nødvendighet og norm.

Florence Nightingale, Virginia Henderson og Joyce Travelbee er alle sykepleie teoretikere som har uttrykt mening om hva som er riktig holdning i sykepleien. Denne holdning sier noe om hva sykepleie inneholder og hvordan den skal utføres. De har bidratt til kulturen ved å være førende for normer regler og verdier i sykepleie.

Det er et stort behov for omsorgsutøvere og sykepleiere i dagens samfunn, og deres oppgaver er mange. At dette ikke er noe nytt fenomen sier Martinsen Wærnes noe om.

”Historien viser at behovet for sykepleietjenester stort sett har vært langt større enn det sykepleieprofesjonen har kunnet dekke. Det er spesielt den konkrete ”ta- hånd- om” omsorgssykepleie som det har vært og er stor mangel på. Ønsker egentlig sykepleieprofesjonen dette som arbeidsfelt? Når vi nå har vist at den moderne sykepleier historisk vokste fram av borgerskapet kvinneverk i familien, bør vi være oppmerksomme på at omsorgsideologien innenfor den borgelige familie på denne tid, var en annen en det som gjelder i dag. Husmoren i bedre stilte hjem var administratorer. Det var tjenere fra de lavere klasser, som oftest kvinner, som utførte det konkrete arbeid med hus, barn og gamle.” (Martinsen, Wærness 1991, s. 105)

Innen sykepleie og annet omsorgsarbeid kan det synes som at dess mer medisinsk teknisk utstyr pasienten trenger som del av behandling og pleie og dess mer akutt syk pasienten er, jo nærmere er sykepleieren pasienten. Stemmer dette står vi ovenfor en utfordrende diskusjon rundt hva som utløser omsorg.

Florence Nightingale (1820 – 1910) blir omtalt som den første sykepleieteoretiker.

Det var en kvinne som kom fra det engelske borgerskap.

Ingrid Wyller skriver at den moderne sykepleie ble til ved påvirkning av Florence Nightingale (Wyller 1969, s.189).

Hun har utvilsomt vært med på å gi sykepleie som fag anseelse og bidratt til at sykepleie er en naturlig tjeneste i vår kultur. Hun var også en fremdragende statistiker.

Florence Nightingale tar ikke opp omsorg som eget emne, men sier noe om handlingene for, og omgivelsene sin betydning for å bidra til god pleie.

Det er lett å bli fylt med undring når en leser hennes bok, jeg får da en fornemmelse av at de gamle er eldst. Nightingale skriver:

“Jeg kommer aldri til å glemme hvor oppstemte noen feberpasienter ble av en bukett fargerike blomster. Jeg husker (i mitt eget tilfelle) en bukett markblomster som ble sendt inn til meg. Fra det øyeblikket gikk helbredelsen raskere.

Folk sier ofte at virkningen bare gjelder sinnet. Slik er det ikke. Virkningen er kroppslig også. Selv om vi vet aldri så lite om virkningens form, farge og lys har på oss, så vet vi i hvert fall at disse tingene har en direkte fysisk innvirkning.....Det snakkes og skrives i vår tid mye om sinnets virkning på kroppen. Mye av det stemmer. Men jeg skulle ønske det ble fundert litt mer om hvilken virkning kroppen har på sinnet.(Nightingale, 1984, s.62)

Virginia Henderson (1897-1996) er en sykepleie teoretiker jeg i min sykepleiepraksis har hatt praktisk nytte av. Fordi hun etter min mening er tydelig på handlingene i sykepleie. Hun nevner ikke omsorg direkte, men hun bruker mye ordet hjelpe. Hennes definisjon og hennes beskrivelse av generelle sykepleie komponenter gir en konkret beskrivelse av hva sykepleie handler om. Hennes definisjon er som følger:

” Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål, som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til fredfull død), noe han ville ha gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at individet gjenvinner uavhengighet så fort som mulig”

(Henderson 1990, s. 9)

Hun konkretiserer dette i 14 sykepleie komponenter (ibid s. 14-15) og dekker slik jeg ser det sykepleierens gjøremål og ansvarsområde i forhold til pleie av syke. På den måten fremhever hun også de områder sykepleieren trenger å tilegne seg teoretisk og praktisk kunnskap.

Hver av komponentene begynner med ”å hjelpe pasienten å...”

Dette kan være nyttige ledetråder for hvilke områder en som sykepleier trenger fag kunnskap og det en bør være oppmerksom på i sin praksis. Spesielt nå hvor praksis tiden for sykepleiestudentene stadig blir redusert til fordel for akademisk kunnskap.

Joyce Travelbee (1926 – 1973) er en sykepleieteoretiker som har et annet utgangspunkt og fokus enn Henderson. Travelbee hevder at for å forstå hva sykepleie er og bør være, må man ha en forståelse av hva som foregår mellom pasient og sykepleier, hvordan denne interaksjonen kan oppleves, og hvilke konsekvenser dette kan ha for pasienten og hans tilstand (Kirkevold 2001, s.113).

Travelbee sin definisjon av sykepleie rommer følgende:

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig finne mening i disse erfaringene” (Travelbee 1999, s.29)

Hun er opptatt av at sykepleierne setter kritisk søkelys på seg selv, da en som sykepleier er utsatt for dyptgripende erfaringer og krav. Det å erkjenne og akseptere seg selv er en forutsetning for å akseptere andre som mennesker. Sykepleie er et menneske til menneske forhold der sykepleieren gjør terapeutisk bruk av seg selv. Hun betoner viktigheten av omsorgsevne og å møte mennesker som mennesker og ikke ting. Hun belyser fravær av omsorgsevne slik:

”Hvis sykepleiere, leger og andre helsearbeidere ikke oppfatter og behandler mennesker som mennesker, ikke viser omsorgsevne, ikke kommuniserer til den syke at han betyr noe for dem som individ, da har de heller ingen rett til å reagere med forskrekkelse når syke mennesker skriver seg ut fra sykehusene på eget ansvar og i stedet søker mer uautorisert hjelp fra kvakksalvere. Oppfatninger av andre mennesker har alltid en gjensidig innvirkning både på den som oppfatter og den som blir oppfattet. Avhumaniseringen av et menneske består ikke bare i at helsearbeideren gir den syke dårlig hjelp og kan være direkte ansvarlig for at han tyr til kvakksalvere. Også helsearbeideren selv påvirkes av avhumaniseringen, slik at han finner liten eller ingen tilfredsstillelse i arbeidet med de ”objektene” eller avhumaniserte tingene han har skapt. (ibid 1999, s.63)

5.4 Profesjonell holdning

Etter å ha lest Ulla Holm sin bok "Empati" (1987) og Jette Fog sin bok "Med samtale som utgangspunkt" (1994/ 2001), fikk jeg ny interesse for betydningene som ble tillagt profesjonell holdning. Både Holm og Fog er psykologer. Det kan synes som Holm ligger nærmere den naturvitenskapelige tradisjonen som ennå er dominerende innen psykologifaget. Forfatterne har litt forskjellig utgangspunkt, Holm diskuterer vilkårene for den som i sitt yrke har til hensikt å hjelpe andre og undersøker hvilke krav som ligger i begrepene empati og profesjonell holdning. Fog derimot det kvalitative forskningsintervju og den forskningsprosess som har samtalen som utgangspunkt, hun redegjør for de mellommenneskelige og psykologiske prosesser i intervjuet.

Holm definerer profesjonell holdning slik:

" professionell hållning innebär en ständig strävan att i yrkesutövandet styras av det som – på kort och lång sikt – gagnar den hjälpsökande, inte av de egna behoven, känslorna och impulserna. (Holm 1987, s.35)

Holm fremhever kunnskap, selverkjennelse og empati, som den kompetanse som trengs for å få en profesjonell holdning.

Hun utlegger hva hun legger i denne kompetanse

Kunnskap er her ikke fakta kunnskap men kunnskap om psykologiske og sosiale forhold, og praktisk kunnskap i å takle problem

Selverkjennelse mener hun er grunnleggende i profesjonell holdning, da selverkjennelse om egne følelser og behov. Det er viktig å prøve å utvide sin erkjennelse om egne problemområder, egne typiske måter å reagere på, eget forsvar og egne behov. Det kan være nyttig å dele disse problemområdene opp i tilfeldige, i forhold til situasjonen, og mer konstante som en del av ens personlighet. Dette kan være behov for å bli likt, og redsel for nærhet, være dyktig osv.

Holm skriver at det er en myte som særlig er gjeldende innen helsevesenet at man bare bør kjenne "fine" følelser som sympati, medfølelse, hjelpsomhet og omtanke. Denne misoppfatningen kan grunne i at en ikke skiller mellom å ha følelser og å ureflektert leve dem ut. Dette kan føre til fortrenghing av følelser man har. Følelser som blir fortrenghet eller undertrykt kommer imidlertid til å uttrykk, men da ofte uten at hjelperen er klar over det. Om følelsene fortrenghes mister vi muligheten til å kontrollere hvordan vi uttrykker dem. Er følelsene bevist så kan vi velge om vi skal si hvilke reaksjoner den hjelpesøkene vekker i oss eller la vær alt etter om vi ser det som nyttig for den hjelpesøkende.

De som har fått hjelp til å utvikle sin bevissthet om egne behov og følelser, blir i mindre grad utbrent i sitt yrke. (ibid s36-39)

Empati Som innebærer evnen til å sette seg inn i og forstå et annet menneskes følelser og psykiske situasjon. En hjelper som er empatisk kan oppfatte hva som ligger bak pasientens utspill og provokasjoner, og ta hånd om disse reaksjoner på en måte som er tilpasset den andres behov og ikke styrt av egne følelser. (ibid s.39)

Holm uttrykker at empati er en form for kommunikasjon, en aktiv handling som gir en opplevelse av gjensvar, empatien blir opplevd hos den hjelpesøkende. Det at vi er oppmerksom mot hverandre, blir opplevd og føles godt hvis den er ekte og spontan, den gjør noe med oss slik at vi ønsker å gi et gjensvar på en eller annen måte.

Jette Fog ser på empati som sentral for den praktiske kunnen som den profesjonelle samtale er (Fog 2001, s. 39)

Hun utlegger at hvis man tenker på empatibegrepet med en forutsetning om at et menneske alltid er et medmenneske så er det ikke noe mystiske med empati. Vi er ikke så enestående og utilgjengelig at innføling krever et sprang over i andre personer eller situasjoner. Menneskene er fundamentalt forbundet til hverandre som medmenneske. Det andre menneske er alltid et medmenneske med samme kroppslige utstyr og i en materiell og kulturell virkelighet som jeg kjenner til. Men jo mindre en kjenner til en fremmed kultur, jo mindre kan jeg ta for gitt. (ibid s.41, 42)

” Både i den almindelige dagligdagse samtale og i det kvalitative forskningsinterview gjør empatien sig gældende, hvis den lyttende hører etter med et åbent sind, og det vil sige uden at forgribe meningen med og uden at fordømme det sagte (Fog 2001, s.43).

5.5 Forventning, tillit og makt

I Ulla Holms bok *Empati Att förstå andra människors känslor* 1987, belyser hun i første kapittel den viktige relasjonen mellom helpere og hjelpesøkende. Hun fremhever tre ulike utviklingslinjer som til sammen har endret synet på kontakten mellom den hjelpesøkende og hjelperen. Den første sier hun er ideologisk, her blir den hjelpesøkendes rett til å bli møtt med respekt og omtanke vektlagt. Den andre utviklingslinjen er økt kunnskap om de nære forbindelser mellom sosiale, psykiske og fysiologiske faktorer og deres innvirkning på menneskers helse og velbefinnende. Den tredje utviklingslinjen gjelder økt kunnskap om menneskelig kommunikasjon og interaksjon. Hun sier at tradisjonelt sett har den hjelpesøkendes reaksjoner i møtet med sykehussystemet blitt sett på som konstante variabler

ved pasienten. Det vil si at de ha vært konstante uavhengig av det møtet hjelpesøkende har hatt. Når noe har gått galt har man overført "patologien" til den hjelpesøkende særtrekk. Siden midten av 70 tallet har i midlertidig oppmerksomheten blitt rettet mot den profesjonelle hjelperens innvirkning på godt og vondt.

5.5.1 Forventning

Forventning kan være antagelser om hvordan situasjoner vil bli, og personer vil være. Det kan knyttes håp, krav, tillit og mistillit og likegyldighet i forventninger.

Holm sier at i hvert møte mellom den hjelpesøkende profesjonelle finnes det forventninger. Hun utdyper ved å si at forventningene gjelder for forskjellige områder. Forventninger kan være rettet mot egen person og den andre. Forventningene kan være knyttet til de normer som har betydning for at en person henvender seg til sykehuset, og om den profesjonelle aksepterer personen som pasient.

Forventningene kan og være relatert til en spesielle situasjonen og til forskjellige relasjoner, posisjoner og roller som personene har som for eksempel lege, sykepleiere, psykolog og pasient.

Holm sier at forventninger kan være individuelle på grunn av livshistorie og personlighet. (Holm 1987, s. 13-18)

Forventning kan ha betydning for møte for både pasient og helsearbeider. Moesmand og Kjøllesdal 1998, sier noe om pasientenes forventninger i sin bok om den akutt kritisk syke pasient. De sier at pasienter som skal til elektiv kirurgi har hatt kortere eller lengre tid til å forberede seg både fysisk og psykisk til det forestående inngrep. Å ha forventninger til fremtiden gir pasienten mulighet til å forberede seg og om mulig endre på situasjonen ved å forebygge den eller redusere eller forberede kravene situasjonen stiller. Forventningene pasientene bringer med seg til situasjoner kan ha betydning for om pasientene opplever at de har personlig kontroll over situasjonen. Når situasjonen ikke opptrer slik pasienten forventer kan det gi en følelse av manglende opplevelse av personlig kontroll som igjen kan gi en følelse av usikkerhet. (Moesmand og Kjøllesdal 1998, s. 60-62)

Når pasientene oppsøker en lege har de forventninger til hvordan dette møte vil bli, de kan ha forventninger til relasjonen, forventninger til rollen og forventninger til behandlingen.

Forventninger vi bærer med oss i møte med andre er av betydning for hvordan vi opptrer i forhold til den andre. Min oppfatning er at det er forskjellige forventninger til lege og sykepleierrollen. Rollen lege blir i utgangspunktet blir knyttet til behandling, mens rollen sykepleier i utgangspunktet blir knyttet til omsorg og pleie.

Forventningene pasientene bærer med seg når de kommer inn på sykehuset er mange og forskjellige, det kan være forventninger knyttet til omgivelser, til roller og til hvordan hele situasjonen vil arte seg. For at pasientens forventninger skal bli sett må pasienten våge seg frem og ytre den. Forventningen blir ytret ved pasientens handling og opptreden. Dette sier Løgstrup noe om:

Ytringen er nemlig nødvendig for å tilveiebringe oppfyllesen – kanskje til og med for å gjøre den andre oppmerksom på ens forventning til ham. Hvis oppfyllelsen så ikke finner sted, blir ytringen forgjeves og kanskje meningsløs. Men det er i og for seg ikke det verste. Nei, det verste er at man har blottstilt seg. Ens forventning, avslørt i ytringen, er ikke oppfylt. Og det er denne blottstiltesen som er forklaringen på at sammenstøtet eksploderer i moralske bebreidelser og beskyldninger.” (Løgstrup 1999, 31)

5.5.2 Tillit og makt

”Om det gode i dere kan jeg snakke, men ikke om det onde. For hva annet er det onde enn det gode som blir pint av sin egen sult og tørst? Når det gode sulter, søker det føde selv i mørke huler, og når det tørster, drikker det endog av forgiftet vann.” (Gibran 1927, s.70) Jeg trekker paralleller mellom det gode og det onde, og tillit og mistillit. Profeten Kahlil Gibran sier at det onde er fravær av det gode, det gode kan ha så dårlige kår. Han vil ikke snakke om det onde, men det gode. Det gode er der i utgangspunktet. Jeg forstår Løgstrup sin utlegging om tillit på samme måte, tilliten er der i utgangspunktet og mistillit er såret tillit.

Tillit er et fenomen Løgstrup har tillagt stor betydning. Han sier det er en av grunnforutsetninger ved livet.

”Det hører til vårt menneskeliv at vi normalt møtes med en naturlig tillit til hverandre. Dette er ikke bare tilfellet når vi treffer et menneske vi kjenner godt, det gjelder også når vi møter vilt fremmede. Det skal spesielle omstendigheter til for at vi skal møte en fremmed med forutinntatt mistillit” (Løgstrup, 1999, s.29).....

Hvor grunnleggende tilliten og dens selvutlevering hører menneskelivet til, ser vi i midlertidig ikke bare når det begås urett og tilliten misbrukes. Vi ser det i like høy grad ved de konflikter som ikke skyldes at den ene begår urett og den andre lider urett, men at deres sinn og verdener støter mot hverandre. (ibid, s. 30)

Regner Birkelund legger ut om Knud Eilert Løgstrup i boken *Eksistens og livsfilosofi* utgitt i 2002. Løgstrup var teolog utdannet. Han nærte også stor interesse for filosofi. I hans omfattende forfatterskap er det i hovedsak filosofiske spørsmål som blir behandlet. Hans

filosofi omhandler spørsmål om mennesket i verden og de vilkår som ligger til grunn for den menneskelige tilværelse. Birkelund skriver:

”Det vil sige fænomener, der er så almindelige og selvfølgelige, at vi let mister blikket for deres betydning, men som ikke desto mindre udgør fundamentet for den enkeltes tilværelse og det menneskelige fællesskab. Livsmod og livsglæde, tillid og barmhjertighed, tro og håb er eksempler på sådanne fænomener, som med Løgstrups sprogbrug – bærer hele tilværelsen oppe. Uden dem ville livet visne; det menneskelige fællesskab ville gå til grunde.” (Birkelund 2002, s.155)

Boken *Den etiske fordring* av Løgstrup kom ut i 1956 og blir betraktet som hans gjennombruddsverk. Den etiske fordring sier at vi skal ta vare på det av vårt nestes liv vi har i vår hånd men den sier ikke hvordan.

Løgstrup skriver:

”Den enkelte har aldri med et annet menneske å gjøre uten å holde noe av dette menneskets liv i sine hender. Det kan være svært lite, en forbigående stemning, en oppstemthet en vekker eller får til å visne, en tristhet en forsterker eller letter. Men det kan være skremmende mye, slik at det simpelthen er opp til den enkelte om den andre lykkes med livet sitt eller ikke.” (Løgstrup, 1999, s.37)

Det er noen grunnvilkår ved tilværelsen som er gitt, disse grunnvilkårene er ofte så selvfølelige at de vanskelig lar seg begrunne. Ved mistillit derimot har man erfart brudd på tillit. Mistillit kan ofte begrunnes, det var noe som var, som det ikke skulle være.

I en artikkel i tidskriftet *Sosiologi* i dag tar Svein Aage Christoffersen, 2000 opp tillit og konvensjon i Løgstrups etikk.

Tillit er grunnleggende og født etisk god i seg selv. Det er vanskelig å være tillitsfull i alle situasjoner derfor trenger vi normer som veiledning i situasjonen. Men normene er ikke grunnleggende det er derimot etikken, slik Løgstrup redegjør for den som suverene livsytringer, hvor tillit er en suveren livsytring. Om forholdet mellom etikk og norm skriver Christoffersen om Løgstrups tenkning:

”Tror vi at etikk og moral begynner med normer, da blir vi gående i en sirkel. Normene blir avledet av andre normer, som igjen må avledes av nye normer. I motsetning til denne måten å tenke på mener Løgstrup at etikk og moral ikke begynner med normer, men med ”livsytringer”. Etikk og moral vokser fram av livsytringer som i seg selv er etiske, og det på et så elementært vis at vi ikke engang tenker på at de er det.” (Christoffersen 2000, s.50)

Den etiske fordring bunner i at livet forutsetter avhengighet, og at avhengighet gir makt. Makten har vi, den kan vi ikke fornekte fra, spørsmålet er hvordan vi bruker den. Derfor melder den etiske fordring seg som et bør. Vi *bør* ta vare på vår nestes liv. Hvordan vi går det er individuelt og kulturelt betinget. Hvilke løsninger vi velger er vårt ansvar og i vår makt.

Et lite dikt kan gjerne beskrive hvordan verden ville være uten tillit

”Da tvilens guder, gudene for mistro, mistillit tok bolig, rant alle fargene ut av landskapet”
(Yosano, 1997,s.42)

5.6 Tid

”Men hvis du i din tanke må inndelegge tiden i årstider, så la hver årstid omslutte alle de andre årstidene. Og la i går omfatte fortiden med minner og fremtiden med lengsler”

(Gibran, 1923, s.69)

I dag deler vi ikke bare tiden inn i årstider, men i timer, minutter og sekunder.  yeblikkene kan synes så hastige at vi ikke rekke å omfatte øyeblikket med fortidens minner og fremtidens lengsler.

Begrepet tid er i vår tid en avgjørende faktor i v rt marked styrte helsevesen. Tiden er interessant i forhold til kostnad. Utrykket ”tid er penger” som er hentet fra dagligtale, kan være en indikator for hvorfor dette tillegges betydning.   drive et sykehus er kostbart den største utgiften er lønnskostnader. Det er lønnsomt å bruke personalet mest mulig effektivt og rasjonelt, slik at de får gjort og utført flest mulige oppgaver på kort tid. Samtidig er det i dag et stadig krav fra de bevilgende myndigheter, pasienter og sykehusledelse at tjenestene de ansatte yter skal være av høy kvalitet. Det er ønskelig at en skal få gjort mest mulig på kortest mulig tid, og arbeidet som utføres skal være av høy kvalitet. Det sykehus som driver mest kostnadseffektiv, og samtidig har fornøyde pasienter er flinkest i klassen. Man skal bruke tiden sin fornuftig. Tiden vi som helsepersonell bruker på visse g rem l blir målt. Data teknologiens inntog i helsevesenet har gjort dette enklere. Pasientflyt er et begrep som blir brukt over hvor lang tid det tar fra pasienten kommer inn på sykehuset, blir behandlet og til utskrivelse skjer. Dette har jeg personlig erfaring med som anestesisykepleier ved en operasjonsstue. Ved hjelp av enkle taste trykk på datamaskinen og eller å ”skanne” navneb ndet pasienten bærer rundt armen, blir pasienten logget inn i datasystemet når vi møter dem i operasjonsavdelingen. Vi får pasientopplysninger frem på dataskjermen. Ved å

skru på en bryter inne på operasjonsstuen som er tilknyttet datasystemet, blir hele forløpet til pasienten inne på operasjonsstuen oppdelt i perioder og tidsangitt. Vi kan se hvor lang tid vi bruker på å motta pasienten i operasjonsavdelingen, til å forberede, til å bedøve, til å klargjøre til operasjon, operasjonstid, og hvor lang tid det tar fra operasjonen er ferdig utført til pasienten er logget ut av operasjonsstuen og tar fatt på den neste periode, den postoperativperiode. Hurtighet og effektivitet er et ideal, som samtidig skal kombineres med høy faglig kvalitet og pasienttilfredshet. Ved å måle denne tiden søker en å frigjøre tid og ressurser til andre viktige gjøremål. "Mer helse for hver krone" er et slagord som kan indikere dette.

Hvordan skal helsesektoren effektivt få redusert ventelisten av pasienter? Dette er stadig et aktuelt tema, med stor betydning særlig for dem som venter på å få behandling. Økt hurtighet, økt effektivitet, økt produksjon og stadig mer bruk av tidssparende teknologi er nærliggende svar på spørsmålet.

Thomas Hylland Eriksen, professor i sosialantropologi, kom i 2001 ut med en bok: *Øyeblikkets Tyranni* Rask og langsom tid i informasjonsalderen. I den setter han kritisk søkelys på bivirkningene av all tidsbesparende teknologi og dens innvirkning på våre liv. Mot slutten av boken etter en historisk redegjørelse for fremveksten og betydningen av teknologi generelt og informasjonsteknologi spesielt spør han:

"Blir vi nå egentlig så effektiv av dette her

Det finnes tre mulige svar:

- a) Ja det gjør vi, men det er ikke så bra, for i farten glemmer vi alt som virkelig betyr noe.*
- b) Ja, og det er kjempefint, for så får vi økonomisk vekst*
- c) Nei, paradoksalt nok er det en tendens – kall det tingens iboende faenskap – til at effektivitetsfremmende teknologi virker mot sin hensikt." (Hylland Eriksen 2001, s.179)*

Han dveler mye ved punkt c. Og gjør oss oppmerksom på at vi må stoppe opp og tenke over konsekvensene av økt effektivitet på alle plan. Det er en enorm økt produksjon av informasjon og et økt krav til tilgjengelighet til alle døgnets tider og alle steder. Den nye informasjonsteknologien har visket vekk fysiske avstander som barriere. Nærhet og avstand er begreper som har endret innhold.

Han skiller mellom langsom tid og hurtig tid. Hvor hurtig tid krever stadig mer plass, da det er et av hastighetens mest generelle prinsipper. Hastighet, sier han, fører igjen til krav om enda mer hastighet.

Langsom tid derimot har en annen rytme og logikk. Den er ikke styrt utenifra, men heller innenifra av opplevelser, refleksjon og hendelser som oppstår. Hendelser som hver for seg

gjærne ikke er så viktige. Opplevelser som vanskelig kan måles og angis en verdi. Tanker og refleksjoner som gjærne ikke er så betydningsfulle og presist formulerte at de egner seg på trykk. Alt dette samlet er et fundament som er kilde til langsom vekst som en kan høste av etter mange års modning. Frukten kan kanskje kalles visdom og klokskap. Hylland Eriksen trekker paralleller mellom langsom tid og familieliv.

"Familieliv er langsomt og derfor utidsmessig. Øyeblikkets logikk rammer inn deler av familielivet, og den står i direkte strid med familiens logikk. Familieliv er nemlig verken spesielt arbeidsintensivt eller kapitalintensivt, men veldig tidsintensivt. Parodien er "kvalitetstid" med barna, der travle far og /eller mor har et kvarters samvær på usedvanlig høyt nivå med barna hver kveld mellom barne TV og sengetid." (ibid 169)

Jeg trekker paralleller mellom langsom tid og omsorg. Fordi omsorg heller ikke trenger å være spesielt arbeidsintensivt eller kapitalintensivt, men det fordrer at man er til stede og slik sett er det tidsintensivt.

Hylland Eriksen setter spørsmålsteget om det er sammenheng ved økt krav til effektivitet, tilgjengelighet og helse.

"Bruken av antidepressive midler og andre psykofarmaka har økt spektakulært på 90 tallet, i takt med utviklingen med utviklingen av "The new economy".

I Norge så økte sykefraværet med 12,2% fra 1999 til 2000." (ibid, s. 162).....

"Utbrethet og depresjoner som skyldes en følelse av å ikke strekke til, er i ferd med å bli informasjonssamfunnets folkesykdommer. (ibid, s.163")

Han tar til orde for at den langsomme tiden aktivt må beskyttes, gjennom at hver og en gir rom for den i vårt daglige liv. Dette må gjøres ved at ledelsen i bedrifter aktivt prioriterer dette ved å legge inn langsomme "rom" i arbeidstiden. Og at politiske myndigheter vier dette oppmerksomhet ved tiltak som har betydning for samfunnet. Han sier at den hurtige tiden ikke trenger beskyttelse.

"Hurtigheten klarer seg selv, det finnes ikke noe som er mer konkurransedyktig enn den" (ibid, s.198).

Kan hende den må beskytte fra overforenkling og raske løsninger, historieløshet og uvitenhet eller rett og slett dumhet. Martinsen skriver med referanse til Kierkegaard:

"Den travle verdens dumme øyne ser bare menneskets verdi knyttet til virksomhet og produktivitet." (Martinsen 2000, s.28)

Tidsfaktor er en kalkulert faktor i kostnadsberegning av helsetjenester. Martinsen har utfordret klassifiseringskunnskapenes pregning av helsevesenet av i dag.

"Produktivitet, effektivitet, kostnad-nytte-analyser, klassifiseringskunnskaper og et eget

fagspråk der vi kan hente alt ut fra datamaskinen, er ord, begreper og fenomener som er mer dekkende til å beskrive helsevesenet i dag. Er det ikke også slik at vi først må registrere og finne problemet? For vi har jo liten tid, og da slipper vi å være i situasjonen først. Vi må jo følge med, og vi løper etter tiden som går, så godt vi kan. Vi har dårlig tid og stiller ikke spørsmålet: Kanskje kunne tiden komme til oss, er det mulig å holde tiden i rommet, slik at vi kan være i rommets oppgaver?” (Martinsen, 2000, s.33).

Ved at hvert gjøremål får en cirka tid er det lett for en som er helsearbeider å føle at en har dårlig tid. Neste arbeidsoppgave ligger å venter, en forsinkelse i ett ledd har ringvirkninger.

En kan undres over hvordan pasientene opplever tiden når de er på sykehus.

Elisabeth Hagemann har skrevet boken *Sykepleieskolens etikk*, den ble utgitt i 1930 for 74 år siden. Der skriver hun noe om hvordan pasienter kan oppleve møte med tiden.

”Vi kjenner alle til hvor velgjørende det er å treffe mennesker som alltid synes å ha god tid. Er det fordi de har det mindre travelt enn andre? Sikkert ikke. Men de har lært den store kunst å være helt der hvor de er. I det øieblikk de holder på med en ting, legger de hele sin interesse og alle sine tanker i dette ene, og det samme vil de gjøre hver gang de står overfor et menneske som trenger råd og hjelp.” (Hagemann 1930, s.16).....

”Når det gjelder våre pasienter, så skal vi huske at like hurtig som tiden går for oss, like langsomt går den for dem ”(ibid, s. 22):

Boken er tydeligvis fremdeles aktuell. Et tegn på det er at den nå er utgitt på nytt omgitt av perspektiver fra flere forfattere som utlegger om dets innhold. Blant annet Kari Martinsen som ser på hennes tekster i forhold til disiplin og rommelighet som hun diskuterer ut i fra den franske filosofen Michel Foucault sin tenkning.

Hagemanns tekster minner meg på at ny kunnskap bør settes i forhold til og sees i lys av erfaring som andre har gjort lenge før oss. Hun kommer med ytringer som er svært aktuelle også i dag.

Bodil Jönsson har skrevet en liten bok hun har kalt *”Ti tanker om tid til deg som har alt – unntatt tid”* utgitt i 2000. Selv om boken er liten og rask å lese, så har innholdet i boken brukt lang tid på å formes. I innledningen sier hun at hun har arbeidet med boken i over tjue år. I de tjue årene har hun erfart at mange andre også tenker mye over sitt forhold til tiden. De ønsker tankestøtte og idéutveksling. Ikke for å fortrenge tiden, men for å tenke over og kanskje til og med trives med tiden og dens gang. Jönsson sier vi bør skjelne mellom to slags tid og holde dette fra hverandre.

”Jeg tror vi bør holde oss med to slags tid og skjelne mellom dem: personlig (opplevd) tid og klokketid (egentlig atomær tid). Mellom dem er ikke likheten spesielt påfallende. Menneskene er ikke flinke til, med seg selv som målere, å registrere objektiv klokketid. Våre innebygde klokker går forskjellig fra den ene dagen til den andre, fra time til time, ja, kanskje fra minutt til minutt. De er altså ikke særlig pålitelige.

Men den opplevde tiden er egentlig like sann som den mekaniske eller atomære klokketiden. Det er bare det at de to tidene er sanne i ulike dimensjoner.” (Jönsson 2000, s.28)

Thomas Hylland Eriksen utdyper dette ved å trekke inn historien og hensikten med klokken. Han sier at klokken ble innført for å styre bønnetidene for kristne munkere i Europas middelalder, og spør samtidig hva styrer den nå.

Tiden er blitt objektiv og målbar. Motsatsen kaller han handlingens tid der er det handlingene som styrer tidens gang ikke omvent.

Klokketiden gjør tiden til noe selvstendig, noe som eksisterer uavhengig av hendelser.

En time er noe (abstrakt) som finnes oppi våre hoder, den er en tom enhet som kan fylles med hva som helst. Den måles i presise enheter, disse enhetene forutsettes til å være samme for andre mennesker.” (Hylland Eriksen, 2001, s59)

Videre sier han det er to aspekt ved klokketiden:

1. Det gjør tiden til en eksakt, nådeløs og objektiv størrelse, en tvangstrøye for opplevd tid.
2. Klokken fungerer synkroniserende for alle som er underlagt den. (ibid s.60)

Handlingens tid eller den personlige tid er noe vi selv har og bør ta råderett over.

”Den personlige tiden derimot, den er din. Både når det gjelder hvordan du håndterer den og hvordan du opplever den i tankene og med følelsene.” (Jönsson 2000, s.32)

Jönsson vektlegger på linje med Hylland Eriksen betydningen og viktigheten av den personlige tiden.

”Den opplevde, personlige tiden er den viktigste for enkeltmennesket. Ulike miljøer er mer eller mindre velegnet til å tillate opplevelsen av personlig tid, av egen rytme” (Jönsson 2000, s.32)

Man kan spørre seg om hvordan sykehusmiljøet er egnet til å tillate personlig tid. Kanskje pasienten og helsearbeideren har forskjellig rytme? Jönsson sier at tiden har rytme, Martinsen sier at rommene har tone. Jeg tenker at tonene ofte har en rytme.

Jönsson skriver om rytme:

”Tid gjenspeiles ikke bare i klokketid, tidsintervaller og hastighet, men også rytmer. Og rytmer finnes det mange av: biologiske, sosiale, tankemessige, musikalske osv.....

Grunnen til at jeg har interessert meg for rytme, er at jeg tror forskjeller i rytme er en meget undervurdert kilde til vansker både mennesker imellom og mellom menneske og miljø.”
(Jönsson 2000, s.109)

Martinsen skriver om tone:

”Rom som lar tonen tone ut, kan ikke være hastige. Disse rommene synes i dag mest å være helsevesenets siderom. Det er rom som ikke nødvendigvis er effektive, men som en kan få være i. Rommets tone gir en fortolkningskontekst til det som foregår i rommet, tonen er et eget betydningsbærende lag. Tonen gir mening og sammenheng til vår eksistens. Den enkelte tone høres etter sitt forhold til andre toner.” (Martinsen 2002, s.262)

I forhold til dette har jeg noen refleksjoner.

Rommet kan ha dårlig eller god akustikk. Rommet kan bære tonen eller bryte den raskt av. Rommet kan være fylt av støyende og vonde rytmer, eller rytmer som er så gode at en får lyst til å danse.

Barnet i mors liv er hele tiden omgitt av rytmen fra morens hjerteslag. Rytmen er selve grunnlaget for barnets liv. Rytmen endrer karakter i løpet av dagens mange gjøremål, det er naturlig. Noen ganger må vi løpe, noen ganger kan vi gå, noen ganger leke og andre ganger sove. Det meste vi gjør har innvirkning på hjerterytmen. Variasjon er helt normalt til et visst punkt. Hvis rytmen dør hen eller løper løpsk trenger vi hjelp fort, ellers dør vi. Noen ganger er det dessverre for sent, uansett. Slik er livet foranderlig og endelig.

6.0 METODE

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for det teoretiske grunnlag for måten empiri er samlet inn, ordnet og analysert.

Det er den *tilfredsstillende måten* som har i seg krav og føringer til metode.

Lorensen sier det slik

”..at forskeren er forpliktet til at tilpasse metoden således at fænomenets særegenhet kan opfanges på bedst mulig måte. (Lorensen 1998 s.37)

Koch og Vallgård 1996 sier at ordet kvalitativ og kvantitativ henviser både til et gjenstandsområde og til metode.

Begrepene "kvalitativ" og "kvantitativt" anvendes i forskjellige betydninger. Begrepene kan anvendes dels som begreper for forskjellige forskningsmetoder og dels som begreper for forskjellige gjenstandsområder.

I mitt hovedfagstudie har jeg fått teoretisk innføring i begreper som helse, håp, mening og lykke. Disse begreper er vektlagt betydning i forhold til livskvalitet. Forskning på livskvalitet er i dag et satsingsområde for samfunnsmedisinsk institutt i Bergen.

Begrepenes innhold er tillagt betydning for hvordan mennesket opplever og forstår sin situasjon, og klarer seg gjennom livets mange utfordringer. Man kan si at det er kvalitative gjenstandsområder ved livet. Fysiske, biologiske, tekniske, økonomiske og materielle forhold er også av betydning for menneske livet, dette kan angis som et kvantitative gjenstandsområde.

Umiddelbart bare ved bruk av ordene kvalitativt og kvantitativt skulle man tro at en brukte kvalitative forskningsmetoder ved studier på kvalitative gjenstandsområder og kvantitative forskningsmetoder på kvantitative gjenstandsområder. Slik er det ikke, og dette har vært gjenstand for diskusjon innen vitenskapeligteoretisk og filosofiske miljø.

Både et "kvalitativt" og "kvantitativt" gjenstandsområde kan utforskes med begge typer metoder. Jeg lærte at det er det konkrete forskningsspørsmål, som avgjør hvilken metode det vil være mest velegnet at anvende.

Dette blir belyst av Schmidt i boken Samfunnsmedisinske forskningsmetoder 1996.

"Et Kvalitativt genstandsområde, som fx kvinders oplevelse af fødselssmerter, kan enten udforskes ved kvalitative interviews om oplevelser, tanker, erfaringer med smerte og smertens betydning i relation til fødsel af et barn. Eller fødselssmerter kan udforskes ved spørgeskemaer beregnet til kvantitative opgørelser af smertevarighed og intensitet angivet på skalaer. Tilsvarende kan et kvantitativt genstandsområde som gravide kvinners forbruk af medicin belyses med spørgeskjemaer eller journaloplysninger om medicinpræparater, indikasjon, dosis og varighed. Mens en interviewundersøkelse kunne fokusere på grunde til medicinforbrug, overvejelser om medicin og graviditet og betydningen af/meningen med at være syk og gravid (Schmidt og Dyhr i Koch, Vallgård red 1996 s. 19-20).

Den preoperative periode har innenfor medisin og sykepleie i hovedsak vært et kvantitativt gjenstandsområde, hvor en ved bruk av kvantitative metoder og kliniske vurderinger har målt virkningen av for eksempel premedisin og informasjon på en på forhånd definert tilstand som for eksempel angst. Ved kvantitative studier har pasientene krysset av sine erfaringer på et

utarbeidet spørreskjema. Eller en har tolket pasientenes ytringer i forhold til en definert tilstand.

6.1 Kvalitativ metode og design

Vitenskapelig forskning innen et fag hviler i ett paradigme som har i seg tro og overbevisning for hva vitenskapelig kunnskap er, hvordan den utvikles, innhentes og ordnes. Dette stiller krav, begrunnelser og føringer til måten en innhenter og analyserer det en ønsker å utforske. Metoden i seg selv er en måte å innhente det fenomen eller de opplysninger en søker. At metodevalget er viktig kan belyses ved et sitat fra Koch og Vallgård

For den, der har besluttet sig for at forske, oppleves valget af forskningsemne formentlig som den vigtigste beslutning. Men for at udføre sit forskningsprojekt på tilfredsstillende måde er det afgørende, at man vælger metoder, der egner sig til at indfange det emne og den problemstilling, an har valgt (Koch, Vallgård 1996 s.5)

”Det kvalitative forskningsinterview er en af flere kvalitative metoder, hvor andre kan være f.eks observation eller deltagende observation, og metoden bruges alene eller i kombination med andre metoder, kvantitative som kvalitative. Metoden er ikke i sig selv den rigtigste eller viktigste metode, men riktig og viktig, hvis valget af metoden hviler på begrunnelser hentet i det, metoden skal bruges til.” (Fog 200 s.12)

Når man ønsker å innhente kvalitativ kunnskap om den preoperative periode kan man ta i bruk ulike tilnæringsmåter. Pasienter kan skrive ned sine erfaringer, eller man kan velge å være sammen med pasienten i denne perioden som observatør. Begge disse tilnæringsmåter mener jeg er egnet, men de dekker intensjonen med min oppgave. Jeg har valgt intervju, intervju i form av samtale med pasienten for å mulighet til å bringe med meg et åpent spørsmål i samtalen. Dette for at fenomenets særegenhet kan oppfanges da fokus vil bli gitt. Ved å tale sammen og ved å være oppmerksom på pasientens ytringer ha mulighet til å fange opp opplevelser som er av betydning for pasienten. Ved samtale så søker jeg direkte uttalelser om fenomenet, ved at vi samtaler om det som er av min interesse og for pasienten av betydning. Samtalen tar jeg opp på lydbånd slik at jeg i etterkant kan tolke samtalen etter premisser som metoden gir, mine preferanser og teori jeg velger.

6.2 Intervju

"Du snakker når du ikke lenger har fred med dine tanker; Og når du ikke lenger kan hvile i hjertets ensomhet, lever du med leppene, og lyd blir en flukt og et tidsfordriv. Og i mye av ditt snakk blir tanken halveis drept. For tanken er en av luftens fugler, og i et bur av ord kan den nok folde ut vingene men ikke fly." (Gibran 1927, s.66)

I mine til årskomne oppslagsverk fra 70 tallet; leksikon og fremmedord bok, blir intervju forklart nesten identisk, dog litt mer utfyllende i leksikon.

Intervju, et, eng., samtale en journalist har med en person for å få en uttalelse i et bestemt spørsmål; avisartikkel som gjengir en slik samtale (Fremmedordbok 1974 s.156)

Intervju, (eng interview, etter fr. entrevue, eg. sammenkomst), samtale en journalist har med en person for å få hans uttalelser om en sak av interesse; gjengivelsen i avis, tidsskrift el.l av en slik samtale. Som avisteknisk ord dukket intervju opp i amerikanske aviser 1889, men samtaleformen hadde vært brukt tidligere. I 1870- årene ble intervjuformen overført til engelsk presse, og i slutten av århundret ble den alminnelig også i Skandinavia (Aschehoug og Gyldendals store norske leksikon 1979 s.294).

Dette viser til at intervju er et begrep som i dagliglivet forbindes med media og journalistikk. Intervjuformen blir i begge eksempler fremstilt som en *samtale*. Hensikten med samtalen er å *få en uttalelse* av en person om en *sak av interesse* og / eller få belyst *et bestemt spørsmål*.

Dette beskriver mitt valg av intervju som redskap. Pasientenes opplevelse av den preoperative perioden er en sak av interesse. Jeg ønsker pasientenes uttalelse om denne saken.

6.3 Kvalitativt forskningsintervju

Kvale 1997, sin definisjon, belyser min hensikt for å bruke intervju som metode.

"Formålet ved det kvalitative forskningsintervjuet er å innhente beskrivelser av intervjupersonens livsverden, særlig med hensyn til tolkninger av meningen med fenomenene som blir beskrevet." (Kvale 1997, s.39)

Intervju er i denne oppgave definert som en samtale. En samtale med en spesiell hensikt. Hensikten er kunnskapsutvikling, man ønsker som intervjuer å få mer kunnskap ved å

intervjue noen som innehar en erfaring en selv ikke har.

Hvis intervju er en form for samtale, hva er det da som gjør denne form som samtale spesielt egnet som vitenskapelig metode. Kvale sier at *"hvis samtaler ikke fantes ville det knapt eksistere noen allmenngyldig kunnskap om den sosiale arena"* (Kvale 1997, s.23)

Videre sier Kvale at samtaleformen har tilhørt filosofien og de humanistiske fagene, mens intervjuformen lenge er blitt brukt for å innhente bakgrunns kunnskap innen samfunnsvitenskapene forut for en kvantitativ analyse.

De siste tiår er intervjuformen blitt en metode i seg selv.(ibid s.23-24)

Jeg vil påstå at det er grunnleggende allmenngyldig at samtalen er egnet til å skaffe seg kunnskap om den sosiale arena. Samtidig som premissene i livet er i endring reflekteres det også inn fakulteter og universiteter, som består av mennesker som har sin oppgave å drive med kunnskapsutvikling og formidling. Vitenskapssyn er blitt utfordret og er i endring.

Dette har gitt rom for mangfoldighet i måten en produserer vitenskapelig kunnskap.

Det er nettopp i den sosiale arena den kvalitative metode blir brukt, da gjerne for å løfte frem betydninger og meningsinnhold nettopp om den sosiale arena.

Hvis man med vitenskapelig mener grundig og systematisk produksjon av ny kunnskap, så medfører det innen fag som påberoper seg å være vitenskapelig, en grundig redegjørelse av de begreper en benytter seg av, i motsetning til en dagligdags kunnskapsutvikling hvor slik begrunning vil være overflødig, hvor det å begrunne gjerne kan virke latterlig og til og med virke mot sin hensikt.

Det er i de senere år skrevet flere bøker om forskning ved bruk av kvalitative metode og intervju, dette er en predikator for økt aksept for kvalitativ metode som sådan, ved en forelesning av Steinar Kvale så advarte han mot en tendens til inflasjon i intervju forskning. Han gir i sin bok referanse til flere bøker som omhandler kvalitativ metode forskning (ibid, s.217-223).

Lorensen sier at *"intervju er et overordnet begrep og kan i realiteten betegne mange forskjellige varianter"* (Lorensen 1998 s. 37)

Hun ordner variantene i tre forskjellige kategorier. Informasjonsintervjuet, hvor man er direkte ute etter det saksforhold utenfor personen som personen i motsetning til forskeren har direkte kjennskap til. Det diagnostiske intervju, hvor man søker å kategorisere personer forut for en senere individuell diagnose. Og det analytiske intervju, hvor hun henviser til Kvale sin definisjon av det kvalitative forskningsintervju. Hun ordner dem i hovedformer; det narrative intervju, det problemsentrerte intervju, fokus intervju og dybde intervju som har i seg

forskjellige metode premisser til åpenhet, teoretisk forståelse og hypoteseanvendelse.
(Lorensen 1998 s.40-45)

Ting som tilsynelatende er enkelt kan raskt problematiseres hvis man utfordrer forskjellige premisser for det en ønsker å gjøre. Kvale, 1997 strukturerer samtalen etter dens formål og hensikt

I *den dagligdagse samtale* vil tema ofte være det viktigste, samtalens formål og struktur blir som regel ikke problematisert.

I *faglige samtaler* så reflekteres det over spørsmålenes mål og form, faglige samtaler har ofte et asymmetrisk maktforhold.

Faglige samtaler har en rekke former som jobbintervju, terapeutiske samtaler som legger vekt på personlig forandring, juridiske utspørring eller forskningsintervjuer som legger vekt på intellektuell innsikt. Forskningsintervjuet kan være basert på den dagligdagse samtale, men samtalens formål og struktur er bevist valgt. Det at intervjuet har sin form som en dagligdags samtale, men en faglig hensikt er noe som opptar Fog

”Det modsigelsesfulde forhold mellom den fortrolige samtals ”natur” på den ene side og bruken af samtalen som middel og redskap på den anden side indebærer en bestemt prægning af forskerens holdning i situationen”.(Fog 2001 s.60)

Fog ser på hele intervjuundersøkelsen som en prosess, en prosess som er regulert av psykologikker, som alltid er virksomme blant mennesker (ibid s.11).

Og om man da er ”objektiv” eller ”subjektiv” så blir vi fremdeles regulert av de psykologikker

Neutralitet er også en måte at være på. Vi er i verden, og vi påvirker den med vores måte at være tilstede på. Vi er således også, i kraft af vores tilstedeværelse for interviewpersonen, en del af betingelserne for det, vi får at vide. Vi er personer, og som sådann deltagere.

Mennesket har bånd til sin (om)verden, til ting og sager og andre mennesker, og bånd har to ender. Der er og bliver tale om en relation mellom mig og ikke-mig for begge parter, når to mennesker står over for hinanden, og det gælder også i forskningsprocessen. (ibid, s145)

Forskerens perspektiv, personlighet og holdning og dens betydning for forskningsprosessen er noe som ligger som et fundament i hennes bok *Med samtale som utgangspunkt*. Det er med det utgangspunkt hun belyser begreper som subjektivitet og objektivitet, empati og oppmerksomhet og samtale som redskap i kunnskapsutvikling. Implisitt i hennes analyse av

begrepene så er den etiske eller den moralske dimensjon alltid førende og tilstede.

Dette er viktig å belyse da det i intervjusituasjonen er to parter som virker på hverandre.

"Kunnskapen som innhentes produseres gjennom den interpersonlige interaksjon i intervjusituasjonen" (Kvale, 1997 s.39).

Kvale sier at det ofte er en naivitet ved dagens intervjuundersøkelser, da en ofte begynner undersøkelsene uten å ha utarbeidet noen teori for temaene som blir undersøkt, og uten at man har gjennomgått forskningslitteraturen som finnes på området. Kvale henviser til en allmenn definisjon på vitenskap som en *"en systematisk produksjon av ny kunnskap"* (Kvale, 1997 s.53)

Jeg har til dels selv denne naive forestilling om at ved en kvalitativ studie så skal en gå inn i intervjusituasjonen så åpen som mulig uten å være forutinntatt på hva som vil møte en. Hvis jeg hadde utarbeidet teori for temaene jeg berører, så kan det være en mulighet for at jeg hadde plassert utsagnene slik at de passet inn i de ferdige utarbeidete teoriene. Jeg hadde en formening om at opplevelsene i den preoperative periode ville berøre angst, usikkerhet, mestring og håp. Men jeg var ikke sikker, jeg fordypet meg i forskningslitteratur om den preoperative periode, men ikke spesielt om håp, usikkerhet, mestring og angst. Dette er begreper som jeg har kjennskap til, gjennom å ha møtt dem selv. Jeg har møtt mennesker som har uttrykt dem, og gjennom klinisk erfaring som sykepleier. Dette er tema som er blitt berørt både i min profesjon og akademiske utdanning. Det var et bevisst valg å ikke løfte disse begrepene fram før intervjuene, da det kunne farge min oppmerksomhet i intervjusituasjonen og tolkning i etterkant. Jeg har en begrepsmessig og teoretisk forståelse av fenomenet preoperativ periode, og det anser jeg som viktig for å kunne stille spørsmål, som berører denne situasjonen. Temaene i intervjuguiden er i hovedsak dannet på bakgrunn av tidligere forskning om preoperativ periode, men jeg utarbeidet ikke begrepsmessig og teoretisk forståelse for de opplevelser pasientene eventuelt ville uttrykke.

Jeg har valgt et fokus, og det er dette fokus jeg ønsker å få belyst ved intervjuet.

Forskningsintervju er ikke en tilfeldig samtale, med erfaring som anestesisykepleier kommer jeg ikke inn i samtalsituasjonen uvitende om den preoperative periode. Det er ikke uten grunn jeg har fattet interesse for emnet, jeg har ikke den erfaring som informantene besitter, den er annerledes enn min og jeg har en formening om at det er mer i den erfaringen enn hva jeg har kunnskap om. Det er denne erfaringen jeg som forsker jeg ønsker innsikt i.

6.4 Systematisk tekstkondensering

Kirsti Malterud er norsk allmennmedisiner. Hun har bidratt til å gjøre kvalitative forskningsmetoder kjent og anerkjent i nordisk og internasjonal sammenheng. (Malterud 2001,2001,2002) Hun har også bidratt til utvikling av kvalitative metoder. Hun sier Giorgisk fenomenologiske analyse og grounded theory er to prosedyrer med ulik teoretisk forankring som særlig peker seg ut til å være detaljert beskrevet og teoretisk forankret. Hun har utarbeidet en metode som hun sier er inspirert av Giorgi og som er modifisert av henne. Den kaller hun Systematisk tekstkondensering. Metoden står detaljert beskrevet i hennes bok: *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (Malterud 2003, s.99)

Metoden kan sammenfattes i fire trinn:

6.4.1 Første trinn

Første steg i analysen består i å lese gjennom datamaterialet som en helhet, og samtidig være åpen for de inntrykk som materialet kan formidle. Vi skal aktivt arbeide for å legge vår forforståelse og teoretiske referanseramme til side. I denne fasen skal vi ikke systematisere. Etter å ha lest alt oppsummerer vi våre inntrykk. Vi spør oss hvilke temaer vi ser i materialet som intuitivt vekker vår interesse i forhold til den problemstillingen vi skal belyse. Vi lager en liste over tema. Hvert av temaene er ikke utviklet som følge av systematisk refleksjon, men representerer første intuitivt steg i organiseringen av informantenes utsagn. (ibid, s.100-101)

6.4.2 Andre trinn

Andre trinn i analysen består i å sortere den del av teksten som belyser problemstillingen. Teksten studeres systematisk linje for linje for å se etter utsagn som er av interesse i forhold til det som skal belyses. Vi velger ut og merker tekst som sier noe om ett eller flere av de temaene vi fant i første trinn, og systematiserer den. Dette kalles koding. På dette trinnet er det gjerne nødvendig å endre den intuitive benevnelsen av temaene. En har nå fått en større nærhet til datamaterialet, vi ser gjerne nye spor i informantenes utsagn. Det kan vise seg at ett tema representerer to eller flere ulike tema, eller kanskje to eller flere temaer viser seg å omhandle ulike sider av samme sak.

I denne metoden velges det ut tekst som på en eller annen måte bærer i seg kunnskap om problemstillingen, resten av teksten blir ikke merket. Vi systematiserer og koder deler av teksten og sorterer den til tema. Vi merker og koder de deler av teksten som belyser

problemstillingen. I følge Malterud kan det gjøres på flere måter. Malterud gir et eksempel og bruker en *matrise* som er en form for en tabell, som blir et redskap for å holde orden og ha et system på informantenes utsagn / den kodete teksten, og som viser oss hvor tekstbitene hører hjemme i forhold til tema og informant. Kodingen er et middel for å holde orden på datamaterialet, ikke et mål.

Kodingen innebærer en systematisk oppdeling av teksten ut av sin naturlige sammenheng. Det er viktig at det også foreligger en komplett versjon av datamaterialet som verken er merket eller oppdelt. Det er opp mot denne helheten vi til slutt skal vurdere våre funn. (ibid, s.102-106)

6.4.3 Tredje trinn

Tredje trinn i analysen består i å dra ut den kunnskap som hver av kodegruppene representerer. Det skal systematisk hentes ut mening ved å kondensere innhold i de meningsbærende enheter. I følge Malterud blir dette gjort ved å lage kunstig sitat. Vi konstruerer et sitat som beskriver tema med en språkdrakt og et innhold som er tro mot informantenes utsagn og språkdrakt.

Det arbeides med hvert tema som en enhet.

Materialet i hvert tema kan bli sortert i flere undertema som Malterud kaller subgrupper. Hun sier vi tolker teksten ut i fra vårt faglige perspektiv og ståsted. Hele tiden spør vi oss selv om hva disse tekstene forteller oss om problemstillingen. Det er nå hver subgruppe som er analyseenheten. Innholdet i hver subgruppe blir sammenfattet og fortettet ved å utvikle et kunstig sitat hvor en prøver å gjenfortelle innholdet i det som er subgruppe.

Vi legger foreløpig til side den delen av materialet som ikke er merket og kodet.

(ibid, s.106-108)

6.4.4 Fjerde trinn

Fjerde trinn i analysen består i å sette sammen innholdet i informantenes utsagn til nye helheter som belyser problemstillingen. Først skal kunnskapen fra hvert enkelt tema og subgruppe sammenfattes. For hvert tema blir det laget en innholdsbeskrivelse, hvor det formidles til leseren hva materialet forteller om en utvalgt side av prosjektets problemstilling. Omtalen av hver subgruppe får sitt eget avsnitt. Når innholdsbeskrivelsen er sammenfattet, går en tilbake til hvert tema med informantenes egne utsagn for å finne noen utvalgte sitater som blir som en illustrasjon og gir et best mulig treffende bilde av det som står i innholdsbeskrivelsen. Det lages en overskrift som sammenfatter hva innholdsbeskrivelsen

handler om. Det settes et navn på det som er beskrevet. I følge Malterud vil det i prosjekter som ønsker utvikle nye beskrivelser brukes navn eller begreper som allerede foreligger fra teori eller forforståelse, det vil da som regel ikke være så stor forskjell på tema, koder eller overskrifter. I prosjekter som ønsker å utvikle nye begreper er terminologien justert atskillig etter hvert som materialet viser hva som kan være relevante kategorier for inndeling og sortering. De nye begrepene har sine røtter i de opprinnelige temaer og informantenes utsagn, men bærer i seg den økte innsikten som analyseprosessen og teorigrunnlaget har åpnet for. Innholdsbeskrivelsen skal formidles på en måte som er lojal mot informantenes stemmer og gir leseren innsikt og tillit. Det skal nå vurderes om resultatene fortsatt gir en gyldig beskrivelse av den sammenheng hvor den opprinnelig var hentet i fra.

Vi skal til slutt validere funnene, innholdsbeskrivelsen og de eventuelle nye begrepene i forhold til den sammenheng de var hentet fra. Vi henter frem det opprinnelige datamaterialet og ser om det virker gyldig i forhold til innfoldsbeskrivelsene.

(ibid, s.108-111)

6.5 Justering av metode

I dette avsnitt vil jeg klargjøre hva jeg vektlegger, hva jeg setter i parentes og hva jeg endrer i forhold til Malteruds beskrivelse av Systematisk tekstkondensering.

Jeg velger å følge Malteruds metode i forhold til å systematisere informantenes utsagn.

Analyse arbeidet ser jeg som en kontinuerlig prosess som starter fra intervjusituasjonen.

Intervjuet er en dialog mellom informant og forsker hvor problemstillingen er utgangspunktet for samtalen. Jeg blir hele tiden berørt av det som uttrykkes i dialogen, dette har innvirkning på samtalens innhold. Den ordrette transkriberingen ga meg nye inntrykk og tanker, samtidig som jeg er distansert fra konteksten ser jeg også informanten for meg. Alle disse inntrykke har jeg med meg når jeg begynner på analysens første trinn. Når jeg leser alle intervjuene som ett ser jeg noe som fremtredende og beskrivende i forhold til problemstillingen. Det er dette som blir tema, som i økende grad får min oppmerksomhet.

Thagaard skriver i boken "Systematikk og innlevelse en innføring i kvalitativ forskning" 2002, under kapittel 8: Temabaserte tilnærminger:

"Temasentrerte tilnærminger kan knyttes til presentasjoner av materialet hvor temaene er i fokus. Analyser av materialet knyttet til temabaserte tilnærminger innebærer at forskeren sammenligner informasjon fra alle informantene om hvert tema. Et hovedpoeng er å gå i dybden på de enkelte temaene." (Thagaard 2002, s.153)

Jeg har ikke til hensikt å sammenligne informasjon, jeg ser heller ikke at Malterud vektlegger det i sin metode, jeg vektlegger å beskrive innholdet i temaene. Jeg har fokus på temaene da dette var noe jeg intuitivt så informantene uttrykte. Ved å omformulere informantenes utsagn til kunstig sitat ved bruk av egne ord, får jeg en større nærhet til utsagnene og kan da lettere beskrive dette innholdet.

Malterud sier hun ordner tema i subgrupper. Jeg velger å bruke ordet undertema, om det Malterud kaller subgrupper.

Malterud sier under trinn tre, at vi hele tiden tolker teksten ut fra vårt faglige perspektiv og ståsted. Tolkning av teksten belyser jeg under drøftnings kapitlet.

Thagaard sier videre om kvalitativ analyse og temabaserte tilnærminger:

”Innvendinger mot at kvalitative analyser ikke ivaretar et helhetlig perspektiv, er først og fremst rettet mot temasentrerte tilnærminger. Når utsnitt av tekster fra ulike informanter sammenlignes, løsrives tekstbitene fra sin opprinnelige sammenheng. For å ivareta et helhetlig perspektiv er det derfor viktig at informasjon fra hver enkelt informant eller situasjon settes inn i den sammenhengen som utsnittet av teksten var en del av.”

(Thagaard 2002, s.153)

Malterud vektlegger akkurat dette sterkt under fjerde trinn i analysen:

”Vi skal ikke vente å gjenfinne sammenheng opp mot hver enkelt informant, men vi bør stoppe opp og stusse dersom vi ser at vi operer med begreper som er vanskelig å tilbakeføre til situasjonen som datagrunnlaget stammer fra” (Malterud, 2003, s.111)

7.0 PÅLITELIGHET OG GYLDIGHET

Pålitelighet og gyldighet er begreper som særlig har vært brukt innen kvantitative forskningstradisjoner. Begrepene har ikke hatt en direkte overførbarhet til kvalitativ forskning da bruk av de samme analyse metoder ikke har noen hensikt. Innen kvantitativ forskning er det snakk om statistisk å beregne om man faktisk måler det man har til hensikt å måle og om forskningsresultatet kan generaliseres til å gjelde forhold utenfor selve forsøkmaterialet. Innen kvalitativ undersøkelse er det heller snakk om å undersøke, belyse og å løfte frem betydninger, det å generalisere er ikke et mål i seg selv. Intensjonen ved å anvende pålitelighet og gyldighet innenfor vitenskapelig forskning er å skaffe seg en formening om forskningen er av god kvalitet, det er noe som er av interesse i så vel kvalitativ som kvantitativ forskning. Felles for vitenskapelig forskning uansett metodevalg er at den skal være grundig og systematisk og forhåpentlig bidra til kunnskapsutvikling og økt innsikt.

En nøyaktig redegjørelse av alle trinn i forskningsprosessen er viktig for at andre kritisk kan bedømme det arbeid som er gjort.

”Det finnes mange veier til målet. Felles for dem alle er at leseren har krav på å kunne følge veien som er fulgt” (Malterud 2003, s.111)

Det å være oppmerksom i intervjusituasjonen er også avgjørende for å få med seg det den andre formidler, det er jo hele hensikten med intervjuet. Oppmerksomhet er derfor en viktig premiss for undersøkelsen sin gyldighet og pålitelighet.

Det er viktig, at interviewer er 100% oppmerksom hele tiden, således at det bliver mulig at få uddybet væsentlige emner og sammenkoble udtalelser med tidligere relevante udtalelser.

Alt efter interviewform og dermed formål er det nødvendig at være enten åben og lydhør eller også styrende, og mest sandsynlig begge dele, alt efter behov. (Lorensen 1998, s39-40)

Jette Fog 2001, ser det ikke som meningsfylt å skjelne mellom pålitelighet og gyldighetsbegrepet innen forskningsintervju. Men når hun likevel skjelner mellom de to begreper innenfor intervjuforskning så sees pålitelighet som en forutsetning for gyldigheten. Hun ser intervjueren som avgjørende for pålitelighet. Hun tar for seg flere aspekt ved forskeren; for det første hva som skjer mellom intervjuer og informant, da med henblikk på hvordan intervjueren virker som instrument, og for det andre det som skjer mellom forskeren og hennes utskrifter med særlig betydning på egne analytiske redskaper. Hun setter også fokus på oppmerksomhet og erfaringsbakgrunn.

”Den oppmerksomhet, som jeg bringer til situationen, bliver formet af, men ikke skabt af, mine teoretiske begreper. Jeg har al min viden, den praktiske og teoretiske, med mig. Alt hva jeg har erfaret, og alt hva jeg har læst. Dette er min baggrund, og det er en fleksibel kontekst for det, jeg er opmærksom på. Jo rigere en indre kontekst, praktisk og teoretisk, des mer smidig og velbegrunnet kan forskeren se. En pointe ser man kun, hvis man så at sige har baggrund for den. Intervjueren ser med de øjne, hun har. Og de øjne beror på hendes erfaring i bred forstand – praktiske og teoretiske – og på hendes emotionelle og kognitive åbenhed over for konkrete tilsynekomster i deres egenart.” (Fog 2001, s.71)

7.1 Pålitelighet

Mitt menneskesyn, vitenskapsfilosofisk ståsted og min virkelighetsoppfatning og erfaringsbakgrunn preger min oppmerksomhet og inntrykkene livet gir meg. Dette er grunnlag for valgene jeg gjør. Da dette også vil sette preg på denne studien vil jeg redegjøre for mitt ståsted så langt i livet.

7.1.1 Menneskesyn og virkelighetsoppfatning

Mitt menneskesyn og virkelighetsoppfatning legger føringer for min oppmerksomhet.

Min oppfatning er at bak enhver teori og bak ethvert tiltak som et menneske utøver overfor et annet menneske ligger et menneskesyn til grunn. Dette kan ytre seg som antakelser om menneskets natur, holdninger til mennesket via seg selv og til andre og en oppfatninger om menneskets verdi. Vårt menneskesyn er gjerne ikke klart definert for hver og en av oss, og begrepene vi har til rådighet og bruker er gjerne ikke dekkende for vår oppfatning. Språket er det vi uttrykker oss igjennom, språket i seg selv kan skape avstand for våre opplevelser og erfaringer. De forskjellige kulturer kan ha forskjellige begreper for å dekke opplevelse, erfaringer, og livssyn.

Mennesket har gjennom alle tider søkt svar på spørsmål om livets opprinnelse, betydning og verdi. Noen har formulert rundt dette i skriftform, slik at vi kan reflektere over det som er skrevet. Men det meste er nok muntlig formidlet mellom mennesker, og gjenspeiler seg i tanker ord og gjerninger i møte med den andre. Mennesker har søkt blant annet til filosofi og forskjellige livssyn for å vinne mer innsikt, trygghet, visdom og forståelse, i en verden hvor sammenhengen og meningen kan være vanskelig å begripe.

Mitt ståsted er at menneske er skapt, vi har en verdi i utgangspunktet. Verdien er ikke noe vi mennesker har konstruert. Vi mennesker konstruerer normer, kultur og regler og etiske retningslinjer som best mulig skal ivareta mennesket som verdifullt.

Vi har fått bolig på en jord som har mulighet til å gi rom og mat til alle. Det er vårt ansvar og vår utfordring å ta vare på hverandre. Ikke kun her og nå, men vi skal også forvalte jordens resursene gir til gagn for vår neste og til kommende generasjoner. Til dette bruker vi de evner vi er utstyrt med, vår erfaring og våre kunnskaper.

Gjennom våre sanser opplever vi og erfarer livet. Erfaringene blir uttrykt og formidlet via handlinger, språk og tegn. Opplevelsene og erfaringene skjer i omgivelser, en tidsramme og i en kultur og blir uttrykt via et språk og ytringer som legger begrensninger og premisser for hvordan erfaringene kan forstås.

Vi er et helt menneske, og kan ikke splittes, sansene ser, hører, berører, lukter og smaker.

Mennesket tolker det som blir opplevd i forhold til et perspektiv som er tid, kultur og erfaringsbakgrunn. Dette blir uttrykt som handling, tale eller skrift, og videreført. Vi er kropp som lever av og på jorden. Vi ser, hører, lukter og berører og erfarer alltid med kroppen tilstede. Vi lever og er i livet sammen med andre, vi er bundet til å samhandle med

andre, vi er født inn i en sammenheng og en avhengighet til vår neste.

Den vitenskapsteori som reflekterer mitt ståsted og det jeg vil undersøke, er så langt jeg vet den fenomenologiske vitenskaps teori og filosofi. Innen denne tradisjon finner jeg tenkere som jeg kan støtte meg til når det gjelder synet på omsorg, for liv og for tilgang til erfaring og kunnskapsutvikling.

Innen denne tradisjon er oppdeling av menneske i deler. Samtidig er innholdet i begrep som subjektivt og objektiv gjenstand for diskusjon.

7.1.2 Erfaringsbakgrunn og forforståelse

”Det er umulig å forstå noe som helst uten at man har et skjema å sette det som skal skjønnes inn i. Forutforståelsen er gjerne den forutsetning for forståelse man ikke setter spørsmålstegn ved; den utgjør en naturlig del av verdensordenen.

(Aadland 2002 s.168 og 169)

Det er flere grunner innen forskning til å belyse forskers forutforståelse.

I boken Metodisk Feltarbeid 1997, tar Gry Paulgård opp i et eget kapittel; Feltarbeid i egen kultur. Det er flere innfallsvinkler til å se på forskerens forutforståelse, den kan sees på som en feilkilde som må elimineres, men den kan også sees på som en forutsetning for innsikt. To av dem kan være at: 1. Forskers forforståelse en forutsetning for innsikt. Forskers forforståelse er en feilkilde som må elimineres. (Paulgaard 1997, red. Aase s.71 og 73)

Dette vil redegjøre for:

1. Forskers forutforståelse en forutsetning for innsikt.

Jeg ønsker å redegjøre for min egen forutsetning.

Jeg er utdannet sykepleier fra 1981, og har klinisk erfaring ved somatisk sykehus, fortrinnsvis da ved akuttmedisinske avdelinger. Jeg har siden 1981, med et opphold på tre år vært tilsluttet klinikken i praktisk utøvelse som sykepleier og som sykepleielærer

Jeg har videreutdanning i anestesisykepleie fra 1987.

De siste fem år har jeg arbeidet ved Høgskolen avdeling for Helse og Sosialfag som lærer i anestesisykepleie, jeg har en bistilling ved Haukeland Universitetsykehus som anestesisykepleier.

Det har vært mange møter med pasienter som har vist meg sider ved livet og virkeligheten som har vært ukjent for meg.

Som lærer, har mitt perspektiv blitt utfordret på mitt perspektiv fra reflekterte studenter. Nye studenter og nye øyne har ofte vist meg aspekt ved omgivelsene som har vært skjult for meg. Det kan være alt fra spørsmål om rutiner , til møter med pasienter.

Kollegaer har ofte gitt av sin innsikt og kunnskap.

Når arbeidstiden er over går jeg hjem. Venner og familie er av stor betydning for meg. De gir meg ofte en mer direkte tilbakemelding på min væremåte og mine synspunkter. Mange av dem har heldigvis en helt annen bakgrunn enn meg. Ting som interesserer meg i arbeidet er også med hjem, hendelser og teoretiske emner blir gjerne da diskutert med en annen orddrakt. I tillegg av å arbeide som sykepleier og lærer, har jeg siden 1985 tatt fag ved høgskole og universitet, fortrinnsvis i helsefag sykepleievitenskapelig retning, men også innen pedagogikk, ledelse og veiledning.

I min yrkes utdanning og fra min yrkeserfaring er jeg bruker og innlemmet i et system som er preget av den naturvitenskapelige tradisjon. Pasienter, kollegaer, studenter, veiledere, venner, familie og teori og forskning har gitt meg erfaring og kjennskap til andre tradisjoner og perspektiv som har utfordret, endret og bidratt til min forståelse og mitt perspektiv så langt.

2. Forskers forutforståelse en feilkilde som må elimineres.

Medisinsk kunnskap preger mye av min tenkning om kroppen som materie. Med den bakgrunnsforståelse forstår jeg kroppen som materie, sykdom prosesser og kroppslige symptom. Dette har blitt ytterligere forsterket ved at jeg arbeider som anestesisykepleier. Registrering av kroppens vitale funksjoner er en absolutt nødvendighet i dette yrket.

Målfrid Råheim gir en redegjørelse for kroppen som fenomen sett i lys av helsefagenes grunnlagsforståelse i boken Kunnskap Kropp og Kultur 1997.

Menneskekroppen er helsefagenes felles kunnskapsområde. Arbeid med og sentrering på kroppen forener fagene. Kroppen er imidlertid et særdeles kompleks fenomen, og å forstå den på en fyllestgjørende måte har vist seg vanskelig.

I vår kultur er kropp det motsatte av sjel, dette er et konstruert abstrakt skille. Gjennom våre dagliglivserfaring vet vi at slikt skille ikke eksisterer. Det finnes ikke en ren åndelighet eller ren kroppslighet. I oppdeling av fagdisiplinene og også i språket, synes kropp og sjel som atskilte vesener fra hver sin klode. Medisinen er preget av disse dilemmaer, det samme er helsefagene med sine dype røtter i medisinen: den relasjonelle, følende og opplevende kroppen har så å si falt utenfor det medisinske kunnskapsområde. Psyken først og fremst til

psykologien, det sosiale først og fremst til samfunnsvitenskapene. Siden rådende tenkning indikerer atskillelse, har vi som helsearbeidere også store vansker med å forstå og møte det syke mennesket på en ikke reduksjonistisk måte.

(Råheim, Alvsvåg red. 1997 kap. 4)

Sykepleie er et helsefag. Det er ikke medisin, men i store deler av sin utøvelse er sykepleie nær knyttet opp mot medisin særlig hvis pasienten er akutt og kritisk syk. Min oppfatning er at hvis sykepleiere blir mer behandlere enn omsorgsutøvere står pasienten i fare for både å få dårligere behandling men også å få mindre omsorg og pleie. Som omsorgsutøver har sykepleiere et spesielt ansvar for å ivareta omsorgen til pasienten og også for å gi beskjed ut hvis den står i fare for å bli redusert vekk. Som sykepleier i møte med pasienter, har jeg lenge sett betydningen av å møte pasienten som et medmenneske. Det er viktig å møte pasienten med utgangspunkt i hans forståelse av sin situasjon, men jeg synes ofte det er vanskelig å få til i den praktiske situasjon.

Fordi jeg er sykepleier er forskningsarenaen velkjent for meg. Jeg er vant til føre meg i sykehusmiljøet, og kjenner til og bruker deler av det medisinske fagspråk som er nødvendig for å kommunisere presist og kortfattet med andre som har pleie og behandlings ansvar.

Aadland 2002, belyser problemene dette kan medføre ved hjelp av et kinesisk ordtak:

”Et kinesisk ordtak sier at fisken er den siste som oppdager vannet. For fisken er vannet en kontekst. Alt den gjør forutsetter vann – svømming, jaging, gyting – vannet er selvfølgelig. Våre omgivelser er vår nødvendige kontekst. Våre forestillinger og vårt språk blir skapt innen de rammer vi lever i.” (Aadland 2002, s.39)

Jeg ser det som et fortrinn at jeg tidligere har møtt mange pasienter som har vært i den situasjon at de skal få utført et kirurgisk inngrep. Det er alle disse møtene som er grunnlag for min problemstilling. Samtidig kan det at omgivelsene er velkjent og at jeg er vant å møte mennesker som pasienter innebære en utfordring. Premisser og føringer som ligger i omgivelsene kan jeg se som så selvfølgelig at jeg ikke oppdager dem.

Som sykepleier kan jeg ha blitt så fastlåst i min rolle og funksjon slik at min oppmerksomhet som forsker blir begrenset. Dette merket jeg godt i intervju situasjonen, relasjonen er annerledes som forsker til informant, enn som sykepleier til pasient. Til tider blandet jeg rollene, dette belyser jeg i underpunkt 8.4.

7.2 Gyldighet

Ved å presentere metoden, og ved å redegjøre for analyse av empiri, og til alle steg i forskningsprosessen har andre mulighet til å følge skrittene jeg har gått og beslutningene jeg har fattet.

8.0 DATA INNSAMLING

Dette kapittel tar for seg den praktiske gjennomføringen av innsamling av data med begrunnelser.

8.1 Utvalg

Utvalget er det datamaterialet vi velger ut fra den store sammenhengen. Utvalget er forskerens kilde til svar på de spørsmål som problemstillinger stiller. Kjennetegn ved utvalget som alder, kjønn, sosial status, kontekst og kultur er kjennetegn som har betydning for våre tolkninger og funn. Dette er kjennetegn som er viktig å belyse og avgrense særlig hvis vi har til hensikt å generalisere våre funn utover den sammenhengen som utvalget består av. Et tilfeldig valgt utvalg kan da være hensiktsmessig hvis vi skal våge å antyde sammenhenger og årsaksforhold.

8.1.1 Strategisk utvalg

Målsetningen ved et strategisk utvalg er at det har potensial til å belyse den problemstillingen som utforskes. Sentralt er hva slags materiale som best kan danne grunnlag for tolkninger og funn som lærer oss noe nytt om det vi lurer på (Malterud 2003 s.59). Utvalget blir derfor ikke tilfeldig valgt, men blir valgt målrettet ut i fra problemstillingen.

Jeg valgte å gjøre datainnsamlingen ved en gynekologisk og ortopedisk avdeling ved et stort regionalt sykehus i Norge. Jeg så det som sannsynlig at en del av pasientene tilhørende de avdelinger ville falle inn under inklusjonskriteriene og kunne belyse problemstillingen.

Det ble sendt skriftlig forespørsel til avdelingens ledelse om å få tillatelse til å gjennomføre prosjektet. Jeg fikk positiv tilbakemelding fra begge avdelinger med oppfordring om å kontakte avdelingssykepleierne ved de respektive avdelinger (vedlegg 16.7).

Etter avtale med avdelingssykepleierne ved de respektive avdelingene, valgte sykepleiere ut

informantene, og delte ut informasjonsskriv og skriftlig samtykke erklæring til aktuelle informanter (vedlegg16.2).

Jeg kontaktet avdelingen, eller avdelingen ringte meg, når det var aktuelle informanter som hadde sagt seg villig til å delta på studien.

8.1.2 Utvalgets størrelse

I et ustrukturert kvalitativt forskningsintervju søker forsker etter den individuelle historie som inneholder kunnskap som belyser problemstillingen, det er den individuelle historie sitt innhold som er av interesse ikke antall historier. Hver informant hadde sitt særpreg og ingen historie var identisk. Når det nærmet seg 6 – 7 informanter ble det åpenbart gjentakelse av informasjon angående sentrale tema som belyste problemstillingen, på det tidspunktet var de fleste informantene av samme kjønn. Jeg ønsket en lik kjønnsfordeling på utvalget. Når jeg hadde intervjuet 12 informanter hadde jeg en lik kjønnsfordeling på utvalget. Jeg fant dette datamateriale tilstrekkelig for å belyse problemstillingen.

Andre moment som også var av betydning for utvalget sin størrelse, var studiens omfang, og praktisk mulighet å håndtere datamaterialet innen for en gitt tidsramme.

Utvalget sin størrelse ble avgjort i samråd med veileder.

Utvalget består av 12 informanter. 6 kvinner og 6 menn fra 23-77 år (mean = 41 år).

8.1.3 Frafall

To av informantene hadde tidligere fått gjennomført større kirurgiske inngrep. Disse opplysningene kom frem først under intervjuet, jeg valgte å fortsette intervjuene og bruke datamaterialet, da det viste seg at informantene kom med verdifull informasjon som var interessant i forhold til problembeskrivelsen.

Det var selvforskylte tekniske problemer i forhold til lydbåndopptaker tre ganger. En gang slo jeg kun på "play" knappen og glemte å slå på record knappen, intervjuet ble derfor ikke tatt opp. En gang ble ved et uhell "record" knappen slått på etter at intervjuet var innspilt og dermed ble nesten hele intervjuet slettet, og en gang var det åpenbart at informanten ikke gikk inn under inklusjonskriteriene, intervjuet ble ikke tatt opp på lydbånd. Fire intervjuer ble derfor ikke analyseres i forhold til valgt analysemetode. Jeg noterte imidlertid ned mitt inntrykk av pasientenes opplevelser, dette er del av min referanse ramme ved analyse av data. Jeg satt igjen med ni lydbåndopptak til transkribering.

Utvalgets størrelse er 12 informanter, men det er kun materiale fra 9 informanter som ble analysert i henhold til systematisk tekstkondensering.

8.2 Avgrensning

Pasienter over 18 år Pasienter som for første gang skal få utført et elektivt inngrep, hvor det behøves enten regional eller generell anestesi.

Det kirurgiske inngrep skal ikke være ledd i en cancer diagnostisering og eller behandling.

Pasienter tilhørende ASA gruppe 1 og 2.

Pasientene må være orientert for tid og sted.

Intervjuet vil foregå på norsk, informantene må derfor forstå og snakke norsk.

Tilstrebe en lik kjønnsfordeling.

8.2.1 Begrunnelse for avgrensning

Denne studien fokusere på de opplevelser voksne mennesker som er orientert for tid og sted uttrykker når de er i den situasjon at de venter på å få utført et kirurgisk inngrep. Det vil være vel så interessant å fokusere på barn og personer som ikke er orientert for tid og sted sine opplevelser, men det krever en annen forberedelse både etisk, metodisk og teoretisk.

Det kirurgiske inngrep skulle være planlagt (elektivt). Jeg ønsket at innleggelsen skulle være en hendelse som pasienten hadde hatt mulighet til å forberede seg til. Jeg ønsket å få beskrivelser over hvordan denne ventetiden hadde vært.

Jeg ønsket å innhente de opplevelser mennesker har første gang de skal få utført et planlagt kirurgisk inngrep som krever sykehus innleggelse. Da jeg er interessert i hvordan det oppleves å komme fra dagliglivet mange gjøremål og inn på sykehus uten tidligere egenerfaring på å være i denne situasjonen.

Informantene skulle være friske, da jeg ser det som mer sannsynlig at de informantene har mindre egenerfaring med å være pasient.

Hva som er å være frisk kan være gjenstand for diskusjon. Jeg har valgt den anesthesiologiske klassifikasjon som jeg bruker i min praksis som anestesisykepleier som grunnlag for avgrensning.

American Society Of Anesthesiologists (ASA) har utarbeidet et system for vurdering av pasientens fysiologiske status før anestesi. Pasienter blir vurdert preoperativt av anestesilege eller anestesisykepleier og plassert uavhengig av operasjon i en av fem grupper, fra ASA 1 som er en helt frisk pasient og til ASA 5 som er en døende pasient, dette blir kalt ASA

klassifikasjon.

ASA 1 Frisk pasient. Ingen organisk, fysiologisk, biokjemisk eller psykiatrisk forstyrrelse. Aktuell lidelse er lokaliser og gir ikke generelle system forstyrrelser. Røker < 5 sigaretter pr. dag. Alder < 80 år.

ASA 2 Moderat organisk lidelse eller forstyrrelse som ikke forårsaker funksjonelle begrensninger, men som kan medføre spesielle forholdsregler eller anestesitekniske tiltak. Lidelsen(e) kan enten være forårsaket av den aktuelle sykdom pasienten skal opereres for, eller av en annen patologisk prosess. Alder > 80 år og nyfødte < 3 mnd. Røker > 5 sigaretter pr. dag. (Finstad, Valeberg. Hovind red. s.64 2002)

Det kirurgiske inngrep skulle ikke være ledd i en cancer diagnostisering. Jeg ser det som sannsynlig ut i fra min erfaring at opplevelsen av å ha en mulig cancer diagnose sterkt vil prege informanten og at dette vil kreve en annen tilnærming både etisk, metodisk og teoretisk.

Det var en lik kjønnsfordeling, da et spesielt kjønnperspektiv ikke var i fokus i denne studien.

8.3 Praktisk gjennomføring av data innsamling

Innsamling av data foregikk ved hjelp av intervju i form av samtale med pasienter som ventet på å få utført et kirurgisk inngrep.

8.3.1 Prospektivt intervju

Intervjuene fant sted i tidsperioden 05.06.02 – 07.08.03. Tidspunktet for selve intervjuet var dagen før eller samme dagen det kirurgiske inngrep skulle bli utført. En informant ble intervjuet tre dager før det kirurgiske inngrepet. Denne informanten ble intervjuet fredag og ble operert mandag, informanten reiste hjem på perm i helgen.

Tidspunkt for intervjuet er valgt med den intensjon å intervju informantene mens de var i den situasjon at de ventet på å få inngrepet utført. Da jeg ønsket å få beskrivelser av hva informantene opplevde der og da, før inngrepet var funnet sted. Jeg har en formening om at erfaringene pasienten har fått under og etter inngrepet kan overskygge opplevelsene de har før inngrepet. Moerman og van Dam 1995, undersøkte hva som hva blitt skrevet i anesthesiologisk litteratur om frykt og eller angst før anestesi. De mener at det har begrenset verdi å spørre pasientene om de hadde angst før operasjonen etter at operasjonen er utført.

"It is hardly surprising that asking patients about anxiety in the preoperative phase generally produces a higher percentage of anxiety than asking them postoperatively once the anesthetic

is behind them. In our view, asking patients about preoperative anxiety retrospectively is of limited value. Any unpleasant experience during anesthesia, for example, an awareness experience, could result in a distorted view, as could the feeling of relief that the operation had been success. It is also possible that after surgery people will admit how afraid they really had been, while before the operation they had not been prepared to do so.” (Moerman, van Dam 1995, s.62)

8.3.2 Sted for intervju

Intervjuet foregikk på sykehuset i avdelingen der informanten oppholdt seg.

Åtte av intervjuene foregikk på et rom som vi ble tildelt hvor vi fikk sitte uforstyrret. Et intervju foregikk på et kontor hvor i hvert fall jeg ble distraheret av en telefon som ringte og en person som var innom et kort ærend. Tre av intervjuene foregikk på pasient rom, i et tilfelle var vi alene og uforstyrret, mens to foregikk ved pasientsengen med skjerm Brett rundt sengen og andre pasienter tilstede. I ett tilfelle var det relativt med støy i rommet, jeg følte imidlertid vi hadde en fin dialog, og at ikke støyen var til hinder for vår samtale.

Personalet prøvde så godt det var mulig å legge til rette for at intervjuene skulle foregå på egnete steder, men det var ikke alltid praktisk mulig der og da.

8.3.3 Behandling av data

Intervjuene ble tatt opp på lydbånd. Dette for å slippe å ha fokus på annet enn samtalen under intervjusituasjonen.

Umiddelbart etter intervjuet skrev jeg ned førsteinntrykket jeg hadde fra møte med informanten.

8.3.4 Møte med informant

Jeg kontaktet sykepleier ved avdelingen som ledet meg til informanten som hadde lest informasjonsskriv og skrevet under på skriftlig samtykke. Jeg hadde på meg private klær, men hadde identitetskortet både fra Sykehuset og Høgskolen på meg. Informanten og jeg presenterte oss for hverandre, og sammen gikk vi til anvist sted for intervjuet. Jeg fortalte om min bakgrunn og hensikten med studien.

Før intervjuet begynte informerte jeg om det som stod på informasjonsskrivet; hva informert samtykke innebar, forklarte hvordan data ville bli behandlet, og fortalte at intervjuet ville bli tatt opp på lydbånd.

8.4 Intervjuguide

Intervjuguiden var ment som en støtte, hvis samtalen stoppet opp under intervjuet, og til hjelp for å holde fokus på problembeskrivelsen hvis at samtalen innhold ikke var relevant for studiens hensikt. Intervjuguiden bestod ikke av spørsmål, men av tema (vedlegg 16.1) som var skrevet ned med stor skrift på et ark som lå tilgjengelig slik at jeg kunne se på det under intervjuet.

Tema i intervjuguiden ble arbeidet frem på bakgrunn av tidligere forskning og egne erfaringer. Som anestesisykepleier har jeg teoretisk kunnskap og praktisk erfaring om den preoperative periode, jeg har gått preoperativt til mange pasienter og har dannet meg en oppfatning om hva pasienter er opptatt av når de er i denne situasjon.

Samlet så blir dette min erfaringsbakgrunn og er den forforståelse som jeg bringer med meg inn i denne studien.

Under forberedelsen til denne studien fordypet jeg meg i forskning som omhandlet preoperativ periode.

Det er overveiende kvantitativ forskning tilgjengelig om dette emnet, det var særlig en artikkel som fanget min interesse:

Kindler et.al sin artikkel *The Visual Analog Scale Allows Effective Measurement of Preoperative Anxiety and Detection of Patients Anesthetic Concerns*. Der er det listet opp flere tema hvor pasienter har uttrykt høy grad av engstelse ved bruk av "Visual Analog Scale (VAS) De tre første tema er "Waiting for operation", "Being at mercy of medical staff" og "Result of the operation" et femte tema er "Time after waking up after operation" (Kindler et. al 2000) Det vil si at disse på forhånd utarbeidete utsagnene hadde pasientene avmerket på en skala fra 1 – 10 angst og bekymring i den preoperative periode. Fire av de tema som pasientene avmerket engstelse for har jeg fritt oversatt og brukt i intervjuguiden :

Ventetid før operasjon.

Møte med personale.

Resultat av operasjon.

Tilstand etter operasjon.

Bedøvelse:

I en survey fra 1972, hvor Ramsay ønsket å analysere preoperativ frykt, ble 183 menn og 199 kvinner intervjuet på sykehuset preoperativt. Pasientenes tidligere erfaring angående operasjon og anestesi var av spesielt av interesse. Av pasientene utrykte 73% preoperativ redsel. Derav 76% kvinner og 70 % menn. Årsaken til redsel viste fordelingen; 62% for

anestesi, 15% for operasjon og 23% forskjelligartet. Gruppen forskjelligartet inneholdt i hovedsak bekymring for diagnosen kreft eller frykt for det ukjente (Ramsay 1972).

De andre temaene er bygget på egne erfaringer som sykepleier i møte med pasienter som er i denne situasjon

De andre tema er:

Operasjon.

Hjemmesituasjon.

Informasjon.

Operasjon:

Når jeg har gått preoperativt visitt for jeg ofte spørsmål om operasjon, det kan være hvordan det kirurgiske inngrepet blir utført, hvor lang tid den vil vare, hvem som skal operere. Dette er spørsmål jeg legger spesielt merke til da jeg ikke kan svare på disse spørsmål, hvis de ikke er av generell karakter. Spørsmål i forhold til det kirurgiske inngrep skal besvares av kirurg.

Hjemmesituasjon:

Jeg så det som mulig at hjemmesituasjonen kunne være av betydning for opplevelser i den preoperative periode.

Informasjon:

God informasjon ser jeg som et viktig redskap for at pasienter kan få ha en viss grad av kontroll over egen situasjon.

8.6 Transkribering

Etter hvert intervju nummererte jeg intervjuene, og skrev ned umiddelbare inntrykk jeg hadde i møte med informanten. Senere på et mer beleilig tidspunkt skrev jeg ordrett ned hva som var sagt på lydbåndopptaket. Malterud 2003, påpeker at når muntlig samtale skal omsettes til skriftlig tekst, så skjer alltid en fordreining av virkeligheten. Ordrett skriftliggjøring av muntligheter kan paradokssalt nok gi leseren et annet bilde av samtalen enn det samtalepartene hørte i situasjonen. Transkripsjonen innebærer en ny sammenheng som kan gi rom for andre ettertanker og slutninger. Transkripsjonen utgjør en begynnelse på de spørsmål vi stiller mer systematisk i analysefasen. Hun påpeker at når vi skriver ned akkurat det som blir sagt får vi ikke nødvendigvis en gjengivelse av det som blir hørt, og at forskeren

spesielt skal være oppmerksom på risikoen for latterliggjøre informantens uttrykk ved å tilstrebe en mest mulig ordrett skriftliggjøring av en samtale. (Malterud 2003 s. 78 og 80) Kvale påpeker at transkripsjon ikke bare er en teknisk prosess men en tolkningsprosess i seg selv (Kvale 1997, s.101). Slik sett er transkripsjonen allerede en analyse.

Jeg opplevde raskt at transkribering var en tidskrevende prosess, og at det var vanskelig å oppfatte alt som var sagt. Når jeg leste igjennom intervjuet etter jeg hadde skrevet det ned, var uttrykket mye fattigere enn hva jeg opplevde i intervjusituasjonen, hele konteksten var borte og kun det verbale uttrykk var igjen. Samtidig merket jeg at jeg fikk nye tanker ved å lese det som var skrevet ned. Kvale påpeker at transkripsjoner ikke er gjengivelser av virkeligheten de er abstraksjoner, akkurat som et kart er abstraksjoner over et landskap. Et kart vektlegger aspekter som elver, fjell og utelukker andre, de utvalgte trekkene er resultat av hensikten med kartet. Hva som er korrekt transkripsjon er umulig å besvare, det finnes ingen objektiv, sann oversettelse fra muntlig til skriftlig form. Et mer konstruktivt spørsmål er; hva er nyttig transkripsjon for min forskning. (ibid, s. 104-105)

9.0 ANALYSE AV DATA

Dette kapittelet belyser trinnvis den praktiske utførelse av analyse arbeidet.

9.1. Analyse første trinn; helhetsinntrykk

154 sider med ordrett nedskrevet samtaler ble gjennomlest Det ga nye inntrykk å lese gjennom teksten som en helhet. Det var nye spor i teksten. Noe vakte mer interesse, noe dvelte informantene lenge ved, noe var av større betydning i forhold til problemstillingen, noe igjen ble oppfattet som en bakgrunn for det som skulle belyses. Det var forskjellige uttrykk som gikk igjen i større eller mindre grad.

Innholdet i samtalene dreide seg mye om hvordan den aktuelle skade, eller plage eller lidelse hadde oppstått, og hvordan dette hadde påvirket deres liv. Informantene snakket mye om bakgrunnen for at de nå skulle få utført et kirurgisk inngrep.

Intervjuene ble gjennomlest en gang til, og temaer i teksten som belyste problemstillingen ble skrevet ned.

TEMA A: Inngrep / Bedøvelse (Forventning, håp og tillit)

TEMA B: Spenning usikkerhet

TEMA C: Ventetid

TEMA D: Sykdommens historie og innvirkning og betydning for det daglige liv

TEMA E,M: Møte med sykehusets personale, og sykehuset. Opplevelse av å være ventet

TEMA F,G: Pasientrolle, Mistet kontroll

TEMA H: Sykehus oppholdet sin betydning for hjemmesituasjon og pårørende

TEMA I: Fravær av sosialt samvær

TEMA J: Andres og egen erfaring av sykdom operasjon og sykehusopphold. (tidligere erfarings betydning)

TEMA K: Ikke bli sett, ikke bli trodd / bli trodd

TEMA L: Sykdom – Sykehusopphold, sykemelding sin innvirkning på arbeidssituasjonen

TEMA N: Informasjon

TEMA O: Oppmerksomhet

TEMA Q: Å ha tillit / mistillit, Være på vakt

9.2 Analyse andre trinn; merking av tema

Hvert intervju ble på nytt gjennomlest og utsagn fra informantene ble kodet med en bokstav for hvert tema som hadde fremkommet da hele materiale ble lest som en helhet. Det var deler av teksten som ikke ble merket eller kodet, dette var innhold som ikke hadde noe med problemstillingen, og ikke inneholdt noe informasjon i forhold til de forskjellige temaene. Etter at teksten i alle intervjuene var kodet, ble dette ordnet og systematisert ved hjelp av en matrise (vedlegg 16.4.1). Dette gjorde det mulig å se hvilke informant som hadde bidratt til hvert tema og på hvilken side i intervjuet dette stod skrevet.

Det fremsto mange temaer. Temaer for hva informantene snakket om. Temaene hadde innhold som sykehistorie, familie, og arbeidssituasjon, tidligere erfaringer. Det var ikke alle tema som uttrykte noe i forhold til opplevelsene de hadde nå, men heller individuelle historier som var bakgrunnen for den situasjon de var i nå. Jeg ønsket færre mer presise temaer direkte knyttet til problemstillingen. Jeg kopierte opp ett nytt sett av intervjuene og gikk igjennom dem på nytt og merket og kodet det på samme måte. Nå fikk hvert tema navn i forhold til opplevelser informantene uttrykte i forhold til den situasjon de nå var i. Jeg lagde en ny matrise (vedlegg 16.4.2) for å ha dette i system.

9.3 Analyse tredje trinn; kunstige og direkte sitater

Datamaskinen ble nå brukt til å kopiere alle intervjuene til ett dokument som bestod av 154 sider med datamateriale. Dette dokumentet ble kopiert opp i fem eksemplarer, ett for hvert tema som jeg hadde kommet frem under 2. trinn i analyse arbeidet. I utgangspunktet hadde jeg kommet frem til fem tema, hvor det femte tema var bekymring. Etter hvert i analyse

prosessen så jeg at dette sammenfalt med tema usikkerhet, slik at jeg satt igjen med fire tema.

Hvert tema fikk navn:

1. Positiv forventning
2. Usikkerhet
3. Tillit - Mistillit
4. Langsom tid i hurtig rytme

De kodete intervjuene og matrisen (vedlegg 16.4.2) ble brukt som veiviser for hva som skulle fremheves i forhold til tema. Jeg hadde nå fire dokumenter, ett for hvert tema som kun bestod av kodet innhold i forhold til tema. Det ble arbeidet videre med ett og ett tema. Dette innholdet ble delt inn i undertema som utdypet forskjellige sider av tema.

Hvert tema ble sammenfattet og fortettet i kunstige sitat og belyst med direkte sitater fra informantene

9.4 Analyse fjerde trinn; innholdsbeskrivelse

Jeg så nå igjen på informantenes utsagn i forhold til tema og de kunstige sitatene jeg hadde laget på bakgrunn av informantenes utsagn. Utfra dette ble det laget en innholdsbeskrivelse for hvert tema, som beskrev hva hvert tema omhandlet. Til slutt leste jeg igjennom råmaterialet, de opprinnelige intervjuene for å se om innholdsbeskrivelsene var gyldige i forhold til innholdet som var formidlet i intervjuene.

10 RESULTAT

Følgende resultatet er fremkommet ved analyse av datamaterialet. Dette er ordnet i fire tema med undertema. Hvert tema og undertema blir presentert med innholdsbeskrivelse, kunstige konstruerte sitater og direkte sitater fra informantene.

10.1 TEMA: 1 Positiv forventning

Innholdsbeskrivelse:

Positiv forventning var en fremtredende opplevelse for alle informantene i denne studien. Dette ble uttrykt ved en forventning til at det kirurgiske inngrep skulle gå bra, og en utålmodighet etter å få det kirurgiske inngrepet overstått. Det ble uttrykt en gledelig forventning til å leve et liv uten begrensninger og smerter. Det kirurgiske inngrepet ble sett på som noe positivt, som innebar kortvarig ubehag, men ville gjøre slutt på plagene som satte begrensninger for deres liv. Plagene som var årsaken til det kirurgiske inngrep, ble ikke

beskrevet som sykdom, men heller som noe som hadde tatt kontroll og styrt over livet. Ved å bestemme seg for operasjon hadde informantene gjenvunnet kontroll over livet sitt. Samtidig som det var uttrykt glede og forventning til å få det kirurgiske inngrepet utført, var det også en følelse av spenning og uro for det som skulle skje og for eventuelle konsekvenser for hva det kirurgiske inngrep kunne medføre.

Kunstig sitat:

Jeg gleder meg veldig og er utålmodig etter å få denne operasjonen overstått, rett og slett bli ferdig med det å komme ut igjen herifra, å fungere normalt igjen.

Jeg tror og håper på at dette går bra. Det skal bli en sann lettelse og bli kvitt smertene, slippe å leve et liv med begrensninger, ikke bli styrt av disse plagene, men kunne gjøre det jeg har lyst til. Få tilbake kontrollen over livet mitt.

Samtidig som jeg gleder meg til å få dette inngrepet overstått ligger det liksom og lurert en uro i bakhodet. Jeg er jo spent på om det vil bli plager med smerter og kvalme etter operasjonen. Jeg er og selvfølgelig spent på resultatet, om de finner noe galt, og om det blir noen varige men. Men jeg tenker i grunnen ikke på det, jeg gleder meg mest til å bli ferdig og få dette overstått.

Direkte sitat:

Nei, jeg må si at selve operasjonen tenker jeg i grunnen ikke så veldig mye på, altså, jeg gleder meg veldig til å få det overstått, fordi at det vil bli en sann lettelse, og for at det er en plage å gå med det sånn som det er.

Em akkurat nå så, jeg er vel litt sånn spaltet da. Jeg, jeg ser frem til å bli ferdig.

Og gruer meg jo litt for eventuelle smerter

I etterkant.

Ja, så jeg håper at det er bra.

Men jeg kan ikke fri meg fra at, for de har jo ikke sagt alt

Det endelige resultatet får jeg vel når de får sett det de skal ta ut

Jeg skal.....selv om legen var veldig, var optimistisk.....eh...positiv på mine vegne da så.....er det vel.....ligger å sniker bak der.

Ja det er ikke så godt for sånne utålmodige personligheter som meg altså for jeg ville gjerne

hatt alt sånn okey , kommer inn, gjør det ferdig, inn på operasjonsbordet, ut igjen, latter. Ja , vil helst fungere med en gang sant, og helst hjem igjen så kjapt som mulig.

Jeg har veldig forventninger til å slippe smerter

Sant, så det gjør jo liksom sånn at det altså det er vondt å gå sitte, alt på en måte.

Så.....sånn sett ser jeg jo fryktelig frem til å bli kvitt det. Det er som , altså jeg føler at jeg har vært i krig med meg selv i ganske mange år, og at jeg endelig er den som har overtaket etter at andre har styrt meg veldig lenge. Så er det nå meg på en måte som endelig kan få styre det.

10.2 TEMA: 2 : Usikkerhet

Innholdsbeskrivelse:

Usikkerhet var en fremtredende opplevelse for informantene i den preoperative periode. Det var ulike inntrykk som gav opplevelse av usikkerhet. Usikkerhet ga seg til utrykk gjennom en følelse av å miste kontroll over egen situasjon. Pasientrollen var vanskelig å bli fortrolig med og forholde seg til.

Omgivelsene var kilde til usikkerhet, da det var vanskelig å finne frem. Informantene utrykte usikkerhet i forhold til å ikke vite hvor og til hvem en skulle henvende seg, og hvor en kunne oppholde seg. Uvisshet over hvor lenge en måtte vente ga grobunn for usikkerhet.

Det var lite usikkerhet knyttet til selve operasjonen. Usikkerhet var heller knyttet til konsekvensene av operasjonen og særlig i forhold til om de ville bli plaget med smerte og kvalme etter operasjonen. Narkosen var en kilde til usikkerhet, da som en følelse av å miste kontroll, redsel får å dø, og at narkosen ikke skulle virke.

Yrkesaktive var usikker i forhold til hvilke følger operasjonen vil ha for arbeidssituasjon, og lengde på sykemelding.

Travel oppførsel fra personale, og det å ikke bli sett og mottatt av personale bidro til usikkerhet og irritasjon.

Usikkerheten kunne ha ulike uttrykks former og ble begrunnet i ulike årsaker. Dette er ordnet i fire undertema: Tap av kontroll, Oversett, Bekymring, Ventetid

Kunstig sitat:

Det jeg synes er mest plagsomt er usikkerheten. Jeg føler meg usikker på hva som skal skje og når ting skal skje og hvor jeg kan oppholde meg. Jeg har aldri vært pasient før så jeg vet

ikke helt hvordan jeg skal forholde meg.

Det var jammen ikke lett å finne frem her heller, øst, nord og syd blokken er ikke lett å forholde seg til. Og så måtte jeg liksom komme inn bakveien, jeg følte meg ganske forvirret når jeg endelig kom opp på avdelingen. Når jeg kom opp på avdelingen ble det ikke bedre, det hadde vært veldig greit at noen tok i mot meg og visste at jeg kom. Jeg følte jo folk måtte se at jeg var ny her på avdelingen. Det hadde jo vært veldig fint om de hadde kommet bort til meg istedenfor at jeg måtte henvende meg til dem. Men nei da, her raste folk forbi, og det var jammen ikke greit å vite hvem du skulle spørre. Det er jo lett å se at de har det travelt her. Jeg liker å ha kontroll over livet mitt, men den mister du totalt når du kommer inn her, da blir du usikker på de mest vanlige ting, som hvor du skal oppholde deg, hva som skal skje, og når ting skal skje.

Det er ikke så lett å vite hva en skal spørre om heller. Det er jo ikke meg som jobber her. Selve operasjonen har jeg ikke tenkt så mye på, men mer på hva som skjer etterpå, hvor lang sykemelding og sårne ting. Jeg er jo spent på om det blir mye smerter og kvalme og sånn. Jeg gruer meg litt for narkosen, som sagt så liker jeg å ha kontroll. Jeg gleder meg veldig til å få dette overstått, få inngrepet gjort og komme ut herifra. Her er ikke noe sted å være. Et sykehus er jo et sted for syke folk og jeg føler meg ikke sånn.

Direkte sitat

Det var liksom den derre der første,.....liksom du kommer opp på gangen , står litt sånn, for det du ikke vet altså, det er jo ikke merket så veldig tydelig, hvor du skal henne mener jeg.

Det suser 6 sykepleiere forbi deg uten å se på deg en gang, og du står liksom bare der og er litt sånn og altså. Det jeg er mest redd for , det var jo det der å brase inn på feil rom , sånn at du plutselig kommer inn til pasienter og sårne ting og at det må man være forsiktig med.

Og da var det sånn at, kjære vene, dette, det koster veldig lite å bare gå forbi og si at bare sett deg ned et øyeblikk, så, så skal jeg komme.

10.2.1. Undertema usikkerhet: Tap av kontroll

Innholdsbeskrivelse:

Informanter hadde en følelse av å miste kontroll over egen situasjon når de kom inn på sykehus. Dette ble tydelig uttrykt særlig i forhold til:

Av å ikke finne frem og ikke vite hvor og til hvem en skal henvende seg.

Av en ny rolle.

Uvisshet i forhold til når ting skal skje, og nøyaktig tidspunkt for operasjon.

Hva inngrepet vil medføre av begrensninger.

Hvor lang sykemelding

Kunstig sitat:

Plutselig mistet jeg liksom hele kontrollen, ikke viste jeg hvor jeg skulle gå, ikke viste jeg hvem jeg skulle henvende meg til, ikke vet jeg når ting skal skje og ikke vet jeg hvor lenge jeg må vente. Samtidig tør jeg ikke gå noen steder heller, i tilfelle noen ville ha tak i meg. En føler seg helt dum og utilpass, og helt på feil sted, jeg er jo ikke syk.

Direkte sitater:

Av å ikke finne frem og ikke vite hvor og til hvem en skal henvende seg.

Øst og syd og alt det der, det var ikke enkelt.

Nei jeg måtte forhøre meg, jeg tror det var en annen pasient, måtte spørre han hvor øst og vest og syd og nord og...

Så liksom sånn, du må gå videre den veien der. Og så var det inn til neste, og så havnet jeg på vaktrommet, og der var det en som tok i mot meg, og sa du må stå utenfor å vente, og så kom hun ut og presenterte seg, og sa at det er ikke meg du skal snakke med, og så ventet jeg litt til også kom det en.

Så det der med kontroll går jo meir på det at en føler at en må ha kontroll i dagliglivet ellers, plutselig så blir man satt i en situasjon der du ikke har den kontrollen.

Det er jo så veldig, det er jo ikke så veldig lett å spørre noke som du veit..... litt om

- Av en ny rolle

På sykehus der ligger det syke folk, jeg er ikke syk sant, sånn tenker jeg. Derfor vil jeg ikke være her, jeg ønsker meg bort i fra.

Så det der med kontroll går jo meir på det at en føler at en må ha kontroll i dagliglivet, plutselig så blir en satt i en situasjon der du ikke har den kontrollen

Ja du føler deg litt liten

Forsker: Ja, man er jo avhengig av hjelp fra noen

Ja, det kan man være i andre situasjoner, men det er ein heilt annen måte allikevel.

- I forhold til når ting skal skje, nøyaktig tidspunkt for operasjon

Så jeg, selvfølgelig er jeg litt spent og sånne ting, men altså jeg har ikke noen sånne tanker rundt at jeg synes det er skummelt eller spennende eller sånn. Jeg har mye mer tanker rundt at jeg synes liksom at det at det der at man vet ikke ja altså jeg vet at det blir i morggen men når på dagen ingen peiling sant altså og den der vente tiden.

- Hva inngrepet vil medføre av begrensninger

Og så er eg veldig spent på kor lenge eg må holde meg i ro, og korleis eg kjenner meg etter kvart og kor forsiktig eg egentlig må være, og sånne ting.

- Hvor lang sykemelding

Den informasjonen jeg fikk antydde to til fire uker, jeg har en tendens til å korte ned på alt så sant jeg kan, så nå antydde hun at det plutselig ble lenger.

10.2.2. Undertema: Oversett

Innholdsbeskrivelse:

Informantene opplevde å bli oversett med hensikt av personale.

Måten en ble møtt og mottatt på av personale hadde betydning for følelsen av usikkerhet.

Personalet ble opplevd som travle. Dette medvirket til at det var vanskelig å vite når, og til hvem en kunne henvende seg til.

Kunstig sitat

De måtte jo se at jeg var ny her på avdelingen. Det hadde vært veldig fint om de hadde kommet bort til meg istedenfor at jeg måtte henvende meg til dem. Men det var jo tydelig at det var en travel avdeling dette her. Jeg synes det er litt merkelig det hele, hvis de har det så travelt så måtte de jo ikke kalt meg inn nå, det er jo ikke meg som har bestemt denne dagen. Når de i tillegg de er litt sånn sure så tenker jeg det er ikke jeg som arbeider her. Her raste folk forbi, og da er det jammen ikke greit å vite hvem du skulle spørre. Når jeg endelig fikk kontakt med en så var jeg visst ikke hennes pasient, jeg tror jeg spurte tre stykke før jeg endelig traff på en som visste noe om meg. Hun ba meg vente her på gangen, og det er det jeg

gjør nå. Her sitter jeg helt låst, tør ikke å bevege meg herifra, i tilfelle det akkurat da skal komme noen å spørre etter meg.

Direkte sitater:

Jeg skulle jo ønske liksom, da jeg kom , alle måtte jo se at jeg kom som ny da. Det hadde vært grådig kjekt , jeg gikk forbi sykesøstrene.

Det hadde kanskje vært ålreit hvis de hadde, kan jeg hjelpe deg med noe.

I stedet for at jeg måtte gå også måtte jeg banke på vaktrommet. Men det var bare sånne flyktige tanker.

Forsker: De hadde ikke gitt beskjed her oppe at du var ...

Ikke som jeg vet, det var jeg som måtte fortelle hvorfor jeg var her, og hvem jeg var, og hva jeg skulle gjøre liksom, så, men jeg tror ikke det er noe sånn enestående altså, men jeg kjenner at det er jo litt sånn, ja , ja hvis der er, altså hvis det er travelt , hvis de ikke er forberedt på det , hva er da grunnen til at jeg sitter her.

10.2.3 Undertema: Ventetid

Innholdbeskrivelse:

Ventetiden ga grunnlag for usikkerhet i den preoperative periode, særlig hvis det var uvisst hvor lenge ventetiden vil vare. Det å vente uten å ha noe konkret tidspunkt å forholde seg til gå en følelse av at andre styrte over ens egen tid. Det å ikke ha mulighet til å påvirke ventetiden opplevdes frustrerende.

Kunstig sitat:

Den der ventetiden virker jo helt endeløs. Og hvis man i tillegg er en sånn utålmodig person som meg er det virkelig en prøvelse. Man er jo vant til å a kontroll over sin egen tid, så blir en plutselig satt helt ut. Det er jo helt bortkastet tid å vente på denne måten. Jeg merker jeg blir irritert over det. Men noen klarer kanskje å innstille seg på den lange ventetiden.

Direkte sitater:

Jeg understreker det er på en måte mye større sånn irritasjonsmoment enn at jeg er engstelig for selve operasjonen, men det er at det selvfølgelig, andre må gå inn i forhold til rutiner.

Men de styrer deg så veldig og du får på en måte, må du vente en hel dag, så må du vente en hel dag.

10.2.4 Undertema: Bekymring

Innholdsbeskrivelse:

Den preoperative periode var for noen preget av bekymring i forhold til om det ville bli smerte og kvalme i etterkant av operasjonen. Det ble uttrykt usikkerhet i form av bekymring for kompetansen og oppmerksomheten til kirurg. Narkose var forbundet med usikkerhet til flere forhold; til å miste kontroll, at den ikke skulle virke, miste pusten, og for å dø. Informantene var bekymret for om de hjemme klarte seg bra mens de oppholdt seg på sykehus.

Kunstig sitat

Selve operasjonen gruer jeg meg i grunnen ikke for. Men jeg liker ikke helt at alle sier at det er en rutineoperasjon jeg skal ha, jeg tror at de er mye mindre oppmerksom da. Jeg er mer spent på hva som skjer etter operasjonen, og om de finner noe galt og om det blir mye smerter og kvalme og sånn. Jeg innrømmer at jeg er mer usikker for narkosen, som sagt så liker jeg å ha kontroll. Jeg tenker på de hjemme og håper de klarer seg bra mens jeg er her.

Direkte sitater:

Og , jeg er jo selvfølgelig og opptatt av, selvfølgelig dette er jo rutine operasjon , mange av dei tingene som er operasjoner er jo operasjoner

Så tenker eg vel og at,.....det hadde vore mye sikrere og vore prøvekanin for noe nytt,.....all oppmerksomhet

Veit jo det at når det er noke som er nytt og ukjent, så har vi konsentrasjonen på topp. Blir det lett en rutine sak så tror en at en kan alt, så skjer det overraskelser.

Så det å være kirurg er sant et håndverk.. Det er jo type for kirurg, og de veit jo at ikke alle er like flinke. Og sånn sett og er jeg jo veldig spent på hvem av de som er snekkeren.

Em akkurat nå så, jeg er vel litt sånn spaltet da. Jeg, jeg ser frem til å bli ferdig.

Og gruer meg jo litt for eventuelle smerter, i etterkant.

Og akkurat det med oppvåkningen den har eg ikkje, eg går ut i fra at eg kjem til å være i en døs, så er det dette med kvalme, det høres jo ubehagelig ut.

Jeg er redd for narkosen. Jeg har ikke lyst til å miste pusten. Har lyst til å ha kontrollen.

Jeg har en fantasi om (at narkosen) at det ikke skal virke.

Samtidig som en, jeg vil, beholde. Være våken sant. Det er sikkert begge tingene.

Det kan jo være farlig å være i narkose. Kanskje, jeg er redd for at jeg skal kjempe sånn å miste bevisstheten at ikke det virker.

Jeg tror jeg, jeg tror jeg dør, jeg vil kjempe i mot.

10.3 TEMA:3 Tillit Mistillit

Innholdsbeskrivelse:

Informantene uttrykte en tillit eller mistillit til pleiepersonale avhengig av den holdning pleieren formidlet i møte med informanten. De følte seg godt eller dårlig mottatt, sett eller oversett. Pleiepersonale virker travle og vanskelig å få kontakt med, eller snille på alle måter. Måten en ble møtt, snakket til, og behandlet på av pleiepersonale hadde innvirkning for om det føltes som en ble sett og var av betydning, eller om man ble oversett og var som et nummer i rekken.

Måten informasjon blir formidlet og måten en blir snakket til, hadde betydning for om informantene fikk tiltro til den og det som ble sagt. Klar tale og tydelig fremtreden vekket tillit, mens uklar tale, utydelig fremtreden vekket uro og mistillit. Det ble uttrykt tillit til legene som arbeidet på sykehus. Det var lagt vekt på at legene var spesialister som kunne sitt fag. Det var betryggende å snakke med leger da de ga konkret og tydelig informasjon i forhold til spørsmål som var viktige for pasienten. Det blir satt spørsmålstegn ved den enkelte kirurgs kompetanse. Kirurgi ble sett på som et håndverk hvor en kunne være mer eller mindre dyktig.

Kunstig sitat:

Jeg vet ikke helt om jeg kan tro på pleierne, de sier så forskjellige ting, og har det så travelt, at de liksom ikke har tid til deg. Men jeg har tillit til legene, de vet hva de snakker om.

Direkte sitat:

Ja, så, så jeg mener jeg er ikke mer spesiell enn noen av de andre som kommer inn døren, men det er, altså vi kommer her, og de som jobber her, jobber her, og der er det en stor forskjell.

10.3.1 Undertema: Sett som menneske – Sett som ting

Kunstig sitat:

Enten:

Jeg føler jeg har blitt møtt på en veldig fin måte, personale er snille på alle måter.

Jeg har fått konkrete beskjeder og vet hva jeg har å forholde meg til.

Legene er spesialister og jeg stoler på dem, jeg føler de hører på meg og at jeg blir tatt på alvor.

Eller:

Jeg følte meg totalt oversett når jeg kom inn her, de måtte jo se at jeg var ny her på avdelingen, men de bare suste forbi meg akkurat som jeg var luft.

Så kom det en og sa at du skal det, og i neste øyeblikk så kom det en annen og sa noe helt annet, uten at de tenkte på hvordan det måtte føles å få så mange forskjellige beskjeder.

Direkte sitater:

Enten:

Forsker: Hvordan synes du det var å møte personale når du kom inn her på sykehuset?

Jo det var veldig greit, altså de var snille, på alle måter

Jeg er blitt møtt på en svært fin måte, det synes jeg.

Eller:

Det suser 6 sykepleiere forbi deg uten å se på deg en gang, og du står liksom bare der og er litt sånn og altså. Og da var det sånn at, kjære vene, dette, det koster veldig lite å bare gå forbi og si at bare sett deg ned et øyeblikk, så, så skal jeg komme.

Ja, ja, om det ikke er mer enn de fem minuttene de ser på meg da må de liksom konsentrere seg om min tilværelse og så er det, de andre de for da vente til mine fem minutter er over.

Ja, ja, men samtidig så skulle jeg jo ønske liksom, da jeg kom, alle måtte jo se at jeg kom som ny da. Det hadde vært grådig kjekt, jeg gikk forbi sykesøstrene.

Og det hadde det kanskje vært ålreit hvis de hadde, kan jeg hjelpe deg med noe. I stedet for at jeg måtte gå også måtte jeg banke på vaktrommet, eller ja.

Men det var bare sånne flyktige tanker

10.3.2 Undertema: Tydelig lege – Utydelig sykepleier

Innholdsbeskrivelse:

Sykehusavdelingen ble av informantene omtalt som en spesial avdelingen, hvor legene hadde stor kompetanse og var spesialister. Legene formidlet faglig trygghet og var tillitsvekkende.

Å få snakke med legen og særlig den som skulle utføre inngrepet blir sett på som betydningsfullt. Informasjonen som ble gitt av legene ble oppfattet som klar og tydelig. Pleiepersonalet ble omtalt i større nyanser, de formidlet utrygghet ved å virke travle, avvisende, å gi sprikende beskjeder, eller formidlet trygghet ved å være omsorgsfulle og snille.

Kunstig sitat:

Legene her er spesialister, jeg stoler fullt og fast på dem. Det er godt å snakke med dem, fordi de vet og tar beslutninger. Jeg synes det er greit å ha noe konkret å forholde meg til da føler jeg meg trygg. Det er stor forskjell på pleiepersonalet, de har jo det så travelt hele tiden. Men de fleste er jo veldig snille. Men jeg skulle ønske at de ikke ga så mange forskjellige beskjeder da vet jo du ikke helt om du kan tro på dem eller ikke.

Direkte sitater:

Nei, jeg stoler på de som er rundt meg

Jeg stoler på legene. Uhemmet, jeg gjør det, så jeg er ikke redd for nå, latter, men hvis jeg skulle jeg gjør meg ingen tanker kanskje altså, det interesserer meg ikke, jeg gjør meg ingen tanker. Nei, det som skjer som skjer.

Men jeg synes alltid det er betryggende å få snakke med de som har tatt en beslutning. Og ikke bare de som har overhørt.

Altså de som har vært med på å tatt beslutningen.

Ja, så jeg synes egentlig at når beslutningen er fattet, eller det er fattet et vedtak så, da er det på en måte konkret, da har en noe å forholde meg til.

Mens, hvis der er, at de liksom ikke helt har bestemt seg og du kanskje får vite at de tenker på det, eller tenker på det, eller det er ikke så. Men når det er konkret så. Når den endelige beslutningen er tatt.

Så den prosessen på veien, den kan de bare.

Ja, for i dag tidlig så kom hun og sa at hun skulle bestille ultralyd. Og så kom en annen og sa det skulle jeg ikke ha. Også tok det litt, og så kom en å sa at jeg skulle ikke få spise.

Så ble det liksom,..... litt mye å forholde seg til.

Ja, så no når jeg skal snakke med legen seinare i ettermiddag. . Så forstod jeg at legen ville sei litt om snitting og sånne ting, og det er klart, det er, er jo standpunkt, man ønsker jo ikke

ett arr langt opp i ryggen for eksempel. De tar litt hensyn til , mitt liv ellers.

Og det er jo sånn som en opplever å bli tatt på alvor i dag.

Jeg føler meg veldig trygg. Dette er en spesial avdeling på dette

Det hadde vore annerledes kanskje på et lite sykehus som ikke hadde samme, det eg kaller for kompetanse da

Så sånn sett så føler eg meg trygg, på det, så langt har eg hørt bra folk å tro på (7)

F. Det blir etter hvert snudd på hodet.

Det gjør jo det, men, altså, jeg holdt på å si det forundrer meg egentlig ikke så veldig, altså jeg traff en bekjent som var på vei ut, i dag når jeg kom inn, hun hadde vært her i overkant av en uke og vi snakket litt om det der at det er jo veldig mye dette her at du skal være veldig frisk for å være på sykehuset, for du skal være veldig bevisst at, jeg holdt på å si du skal, alt fra minne deg, folk om at nå skulle du hatt medisin, til å tørre å stille krav til, og på måte å signalisere at du har noen forventninger i forhold til at du er pasient eller du har rettigheter, og vil ha ting gjort, sant, så.

10.4 TEMA: 4 : Langsom tid i hurtig rytme

Innholdsbeskrivelse:

Tiden i den preoperative periode opplevdes langsom og kjedelig. Mange savnet noe å fylle tiden med. For noen var ventetiden det eneste som det ble uttrykte misnøye ovenfor. Tiden ble beskrevet som bortkastet langsom tid som en heller kunne ha fylt med andre gjøremål. Tiden for de ansatte ble oppfattet som travel, de ansatte hastet forbi og virket opptatt og utilgjengelig.

Sykehus ble sett på som et sted for syke folk. Informantene som ventet på operasjon så seg selv som friske og følte derfor de ikke passet inn i rollen som pasient. Tiden ble derfor oppfattet som meningsløs. Det å være frisk å vente på et sykehus ble av noen beskrevet som utholdelig.

Det ble uttrykt at tiden ville fortone seg annerledes etter operasjonen, da ville de være sengeliggende og trenge hjelp.

Personlige karaktertrekk, som utålmodighet, ble gitt som årsak til enkelte ikke klarte å tilpasse seg en lang ventetid.

Noen hadde forventet en lang ventetid. De hadde innfunnet seg med den langsomme tiden, og tilpasset seg med situasjonen.

Kunstig sitat:

Jeg kjeder vettet av meg, tiden føles endeløs, føler det er helt bortkastet tid. Hadde jeg vært syk så hadde det sikkert vært annerledes, men jeg er jo frisk. Det er så mye annet jeg kunne ha gjort på en å sitte her i timevis. Hadde jeg bare hatt noe å ta meg til.

Direkte sitater:

På sykehus der ligger det syke folk, jeg er ikke syk sant, sånn tenker jeg, vil ikke være her, jeg ønsker meg bort her i fra.

Men altså sånn som denne dagen her, er jo egentlig, altså jeg føler jo at det blir helt bortkastet, når du skal opp for å ta en blodprøve og så skal du kanskje få snakke litt med en lege i to tiden og resten av dagen er bare, ja du kunne like gjerne vært på jobb eller hjemme eller tur eller hva som helst liksom.

Nei det er som å sitte på venterom hos tannlegen. Det er ikke noe kjekt for å si det sånn. Kunne heller gjort masse andre ting, isteden for å vente. Jeg synes det er bortkastet tid.

Sant, så lenge man liksom ikke har behov for å ligge, eller hvile eller sove ut eller noe som helst, så blir det jo en sånn endeløs.....dag.

Ja, nei, altså jeg må si altså, når jeg kom opp her i dag, og min mann var med et par timer, og han tenker, jeg viste at jeg kommer til å kjede skosålen av meg.Så var det liksom et sånn minutt at jeg tenkte, nei, jeg kan leve med dette i åtte ti år til. Altså, til det slutter av seg selv, la meg bare komme hjem igjen for dette her orker jeg ikke, det er for tregt, det er for,...ja.

Ja og det er liksom noe med som sagt altså når du er ferdig med operasjonen, så har man sikkert nok med seg selv, hadde jeg nær sagt, og komme, altså våkne, bli bra. Komme til hektene igjen og sånn, ja, men akkurat den dagen du går og egentlig ikke gjør noen ting, så er det klart at dette her er vel et av de kjedeligste stedene du kunne tilbringe en dag,.....og være frisk og oppegående.

Ja det er ikke så godt for sånne utålmodige personligheter som meg altså for jeg ville gjerne hatt alt sånn okey , kommer inn, gjør det ferdig, inn på operasjonsbordet, ut igjen, latter.

F. Hva synes du om den dagen da?

Den gikk sent.

F. Var det noe annet du kunne ha gjort eller?

Nei sikkert ikke, jeg hadde gått hjemme og ventet allikevel.

F. Hadde du noen bok med deg

Jada, så på fjernsyn, dagen gikk.

11. DRØFTING

I dette kapittelet drøftes de opplevelsene som var fremtredende for informantene i forhold til min erfaring, forståelse og tolkning. Jeg belyser dette ved å henvise til valgt teoretisk referanse ramme og tidligere forskning presentert kapitlene 3 og 5.

11.1 Positiv forventning

I følge Holm 1987, er det forventninger knyttet til og rettet mot situasjoner, roller og normer. Kulturen vi lever i, og vår erfaring ser jeg som grunnlag for forventninger vi bringer med oss i en situasjon og i møte med andre. Selve ordet forventning tyder på at vi har en forutantagelse for det som venter oss. Når forventningen er positiv kan en ha en antagelse til noe som bringer lykke, lyst og velbehag.

Forventningene til våre omgivelser, mennesker, roller, profesjoner og institusjoner styrer våre valg og handlinger. Informantene hadde forventninger. De hadde forventninger til egen og andres person, roller og situasjon.

Først og fremst hadde informantene tydelig forventning til behandling. De skulle nå behandles for den plagen de hadde og de forventet å bli behandlet og håpet at det gikk bra.

De hadde også forventninger til legen. Alle informantene hadde ytret sin forventning ved å oppsøke en lege for sin plage. Ytringen var nødvendig for at forventningen om behandling skulle bli oppfylt. Det var et selvsagt valg å gå til lege, de hadde en konkret plage og de hadde forventninger til legen som behandler. Forventningene til pasientene ble bekreftet i møte med legen på sykehus. Legen viste en profesjonell holdning, dette ved sin faglighet, og tydelige informasjon i forhold til den plagen informanten hadde.

Det at plagen var konkret med en klar årsak virkning, ser jeg som medvirkende til den positive forventningen de hadde til lege som behandler. Informantene hadde ulike erfaringer av å bli trodd på av lege når sykdomsbilde var diffust. Dette gjaldt i forhold til andre sammenhenger og situasjoner enn den plagen de nå hadde og skulle bli behandlet for. Det ble fortalt historier om kroniske smerter og ubehag hvor symptomene ikke umiddelbart kunne knyttes til en klar årsakssammenheng. Ytringen til legen i forhold til disse plagene hadde satt dype spor på å ikke bli trodd. Dette ble beskrevet slik av en informant:

For hver gang du går til lege, at du ikke bli trodd. Det å ikke bli trodd, det er forferdelig.

De må jo stole på det du sier, når de ikke kan måle noe.

Men de tror på meg her, de kan jo måle blodprosenten og alt

Derimot når det gjaldt plagene informantene hadde nå, så var det avgrensede tydelige symptom, som lot seg knytte til en årsakssammenheng.

Informantene gledet seg ikke til operasjonen, men de gledet seg til å få operasjonen overstått. Operasjonen ble sett på som noe de måtte gå igjennom for å få et bedre liv. Det var knyttet usikkerhet til ubehag som behandlingen ville medføre, de håpet rekonvalesent tiden ville bli kort, men de satte ikke spørsmål ved behandlingen som sådan. De hadde tillit til sin forventning om behandling. Dette kan bety at sykehus som behandlingsinstitusjon og legers rolle som behandlere av sykdom med klar diagnose og tydelige symptom hvor sammenhengen mellom årsak og virkning er klar, er befestet i vår kultur og livserfaring slik at den er forventet. Ingen satte spørsmål for at de måtte være på sykehus for å få selve behandlingen, men de ønsket at tiden før behandlingen skulle være så kort som mulig, de gledet seg til å bli ferdig, og gledet seg til å komme ut igjen for å leve et liv uten plager. Det var også stilt forventninger til sykepleiere, men der ble ikke alltid forventningene innfridd. To utsagn som beskriver det er følgende:

Ja, så, så jeg mener jeg er ikke mer spesiell enn noen av de andre som kommer inn døren, men det er, altså vi kommer her, og de som jobber her, jobber her, og der er det en stor forskjell.

Det suser 6 sykepleiere forbi deg uten å se på deg en gang, og du står liksom bare der og er litt sånn og altså. Og da var det sånn at, kjære vene, dette, det koster veldig lite å bare gå forbi og si at bare sett deg ned et øyeblikk, så, så skal jeg komme.

Disse utsagn bygger på frustrasjon over at forventninger ytret til sykepleierne med tillit ikke ble innfridd. Forventninger til sykepleiere innebærer omsorg både som ontologisk og kulturelt fenomen. Når de ikke ble innfridd ble de forarget. I følge Løgstrup 1999, resulterer blottstillelse av ytringer i moralske bebreidelser og beskyldninger.

Informantene hadde forventninger både til sykehuset som sted, og til sykehusoppholdet. Mange hadde nok ikke forventet at det skulle være så vanskelig å finne frem og at tiden skulle føles så langsom. Det var de ikke forberedt på. Dette tror jeg er medvirkende til at informantene opplevde usikkerhet i situasjonen.

Moesmand og Kjøllesdal 1998, sier at når et kirurgisk inngrep er elektivt så har pasienten lenger tid til å forberede seg. Alle informantene skulle få utført elektiv kirurgi og hadde hatt tid til å forberede seg. Forventningene til informantene hadde derfor hatt mulighet til å bli mer befestet og tydelige.

11.2 Usikkerhet

Usikkerhet kan være så mangt, man kan være rådløs, tvilende og forvirret i mange av livets gjøremål og situasjoner. Livet selv er jo befestet med usikkerhet, ingen kan med sikkerhet si hva morgendagen bringer. Det å tre inn i nye situasjoner som er ukjent for oss, medfører ofte mer usikkerhet enn situasjoner vi er vant med og har erfaringer fra. Vi kan ha en forventning til en ny situasjon som gjør at vi har en formening om hva som møter oss. Usikkerhet kan ytre seg forskjellig fra person til person, og gi ulike følelsesmessige uttrykk. Noen kan uttrykke sinne og irritasjon, andre blir engstelig, mens noen kan bli forlegne.

Det ble uttrykt usikkerhet ovenfor mange forhold i den preoperative periode. Fremtredende var usikkerhet om hvor skal jeg gå, hvem skal jeg henvende meg til, når skal ting skje, og hva blir konsekvensene av behandlingen. Usikkerhet over disse forhold ga en opplevelse av å miste kontroll over sin egen situasjon.

11.2.1 Tap av kontroll:

Drøftes i forhold til en markedsstyrt holdning i møte med den enkelte pasient.

Rommenes utforming og tydelighet og atmosfære er med på å ønske deg velkommen når du kommer som ny til et sted. I følge Martinsen har rommene en tone. Selve utformingen av rommet og dets symboler kan være formet slik at du raskt vet hvor du skal gå, eller at du usikker står og leter etter tegn som kan gi deg anvisning for videre retning. Rommene og dets form kan formidle distanse eller imøtekommenhet, trygghet eller forvirring, respekt og respektløshet, høytidlighet eller en uhøytidelig atmosfære. Alt dette er inntrykk vi mottar og medvirkende til å fargelegge opplevelsen vi får når vi kommer til ett nytt sted.

I denne studien ble det uttrykt usikkerhet i forhold til at det var vanskelig å finne frem og å vite hvor og til hvem en skulle henvende seg. Tonen i rommet var ikke tydelig og klar, og rytmen var rask.

Informantene var friske og oppegående og selvhjulpne som kom rett fra sitt daglige virke. Selv de synes det var vanskelig å orientere seg i sykehusets rom.

Førsteinntrykket pasienter og pårørende får av sykehuset er av betydning for tillit til stedet som sådan, derfor er det viktig å tillegge dette betydning.

Studien til Montin et al. 2002, viser til at pasienter har gode erfaringer fra sykehus hvis pasientene følte seg ventet, og avdelingen har en god atmosfære.

Informantene uttrykte usikkerhet i forhold til hvem og hvor de skulle henvende seg når de kom til sykehuset. Dette var særlig fremtredende når de kom opp som ukjent på avdelingen. I tillegg så ga personale på avdelingen inntrykk av at de var opptatt med andre gjøremål, de hastet forbi og virket travle. De formidlet en tone med rask rytme som ikke ga rom for innspill. Alle disse inntrykkene gjorde at pasientene fikk en opplevelse av å miste kontroll over sin egen situasjon. Det at de i tillegg heller ikke visste tidspunkt for når prosedyrer og det kirurgiske inngrepet skulle skje, gjorde at de ikke viste hvor lenge de skulle være i denne situasjonen. Dette ble treffende uttrykt av en informant:

Så det der med kontroll går jo mer på det at en føler at en må ha kontroll i dagliglivet, plutselig så blir en satt i en situasjon der du ikke har den kontrollen.

Informantene var nok vant til å ha stor grad av kontroll over egen situasjon. Dette var friske pasienter som kom rett fra sitt daglige virke. Kontrasten av å miste kontroll kom så plutselig, og opplevdes veldig ubehagelig. Så ubehagelig at enkelte informanter vurderte å heller gå reise hjem med uforrettet sak.

Når en mister kontroll kan en føle et ubehag. Weins 1998, belyser også i sin studie at pasienter opplevde ubehag ved hendelser der de hadde liten kontroll.

Når en mister kontroll kan en få en følelse av hjelpeløshet som kan være en ydmykende opplevelse.

Moesmand og Kjøllesdal 1998, belyser dette:

"Hjelpeløshet er et resultat av at en person ikke har personlig kontroll over situasjonen. Hjelpeløshet kan erfares i det daglige liv. Graden av hjelpeløshet kan variere. Jo mer en er vant til å ha kontroll i sitt daglige liv, jo større traume kan det være å oppleve at en ikke har kontroll." (Moesmand, Kjøllestad 1998, s.41)

Det var knyttet usikkerhet i forhold til å ikke passe inn i rollen som pasient. Pasient rollen var ukjent for dem. De hadde forventninger til pasientrollen som innbefattet å være syk. De var pasient, men ikke syk. Forventningene de hadde til pasient rollen samsvarte ikke med hvordan de følte seg. Dette trodde informantene ville endre seg etter operasjonen, da ville de passe inn i rollen, for da ville de trenge hjelp, behandling og pleie. Sykehuset var ikke et godt sted å være som frisk.

På sykehus der ligger det syke folk, jeg er ikke syk sant, sånn tenker jeg. Derfor vil jeg ikke være her, jeg ønsker meg bort i fra.

Jeg tror at alle som arbeider på sykehus ønsker at pasienter skal føle seg velkommen og ikke måtte bruke mye tid og krefter på å finne frem. Når det likevel føles sånn for enkelte kan det belyses i forhold til at sykehuset rommer så mange forskjellige funksjoner og hensikter.

Sykehuset kan sees på som et samfunn i miniatyr. Det bor syke, men også relativt friske folk der, som får behandling og pleie. Sykehuset er og en arbeidsplass for mange forskjellige yrkes utøvere. På sykehuset drives det behandling, pleie, undersøkelser, høyteknologisk virksomhet, undervisning og forskning.

Arbeidstiden til de ansatte er hurtig tid, fylt av mange gjøremål som blir styrt av klokken. Klokketiden styrer når arbeidsfolkene kommer og går, hvem som er på vakt når, og når planlagte oppgaver skal skje.

I tillegg skal hele sykehuset drive seg selv, som byråkratisk system, og ivareta seg selv og sine virksomheter. Dette kan være alt fra ledelsesstrukturer til virksomheter som vaskeri, kjøkken, rengjøring, oppvarming og vedlikehold. Sykehuset hadde sikkert hatt nok å gjøre i lang tid uten at det var en eneste pasienter tilstede på sykehuset overhodet. I fleipete ordelag har jeg hørt bemerkninger om at vi har nok å gjøre, vi har ikke tid til pasienter. Eller kanskje er det menneskelighet vi ikke har tid til.

Alle funksjoner og virksomheter i sykehuset har navn som gjerne står skrevet på skilt og dører. Navn som gjerne er ukjent og uforståelige for den vanlige pasient uten helsefaglig utdannelse, men nødvendige for dem som arbeider der. Sykehus kan gjerne sees på som et hus hvor sykdom oppholder seg i kortest mulig tid. Sykdom utløser oppgaver og behandling som skal utføres hurtig og effektivt.

Endringer er jo også et tegn i tiden, som Hylland Eriksen 2001, har påpekt i boken *Øyeblikkets Tyranni*, dette gjenspeiler seg også i sykehuset på alle nivå. Økt kvalitet og økt kostnadseffektivitet er gjerne begrunnelsen for disse endringene. Kjente begreper får til stadighet nytt innhold og betydning, og nye yrkesgrupper tar form. Det er mulig at alle disse

funksjoner, hensikter og virksomheter i sykehusets rom setter spor som gjør det vanskelig som pasient å orientere seg.

Tydighet er godt når vi er usikker, en kan sette spørsmålstegn ved hva sykehuset og personale er tydelig på. Kanskje sykehuset er tydeligere på at det er en kunnskapsbedrift og en arbeidsplass hvor effektivitet og etter hvert markeds tenkning er en norm, enn at det er et hus hvor mennesker bor når en er sårbar og trenger behandling og pleie. Innen markestenkning må en jo reklamere, en må markedsføre hva en er god på. Vi vil nok merke mer ut av denne markedsføring nå når sykehusene skal konkurrere med hverandre om pasientenes oppmerksomhet. Hensikten med reklamen er å selge sitt produkt. For å øke inntjeningen. En må objektivt regne ut hvilket produkt som lønner seg og handle deretter. Sykdom og behandling har fått navn og koder som gir ulik inntjening. Noen sykdommer er mer lønnsomme enn andre. Mennesket er redusert vekk, sykdom og behandlings oppgavene er blitt stående igjen som et produkt eller vare, noe objektivt, slik at sykdommen fremtrer som en sak i seg selv, hvor det menneskelige blir variabler til sykdom. Bak hvert tilfelle og bak hver diagnose er der et menneske, det vet jo alle godt som arbeider på sykehus. Det er ikke i noens hensikt at menneskene skal føle seg som ting. Alle ønsker bare å være forberedt på de oppaver og krav som møter en, slik at en kan bruke tiden sin effektivt. Avhumanisering som Travelbee 1999, belyser kan være en utilsiktet bivirkning som kommer snikende og som er vanskelig effektivt å diagnostisere. Kanskje behandlingen fordrer at en må tenke helt nytt.

Hvem har ansvar for at pasientene mister kontroll, og hvem har makt til å endre situasjonen. Hvem har makt i relasjonen. Både Martinsen og Løgstrup påpeker at det er makt i en hver relasjon, men det er opp til den enkelte hvordan makten utøves. Man kan ved sitt blotte blikk og ved sin holdning ta i mot den andre i sin menneskelighet eller vise den vekk. Når pasienter søker hjelp av noen som er i besittelse av kunnskap de selv ikke har men trenger, er det i utgangspunktet et misforhold i maktforholdet. Hjelperen har mer makt enn den hjelpesøkende. Makten kan vi ikke løpe fra, den har vi alle som mennesker. Den som har makt i form av sin rolle og profesjon har et større ansvar for hvordan makten blir utøvd.

11.2.2 Oversett

Drøftes i forhold til oppmerksomhet og omsorg

I en hverdag preget av travelhet og markedsstyring som setter målbar effektivitet som det høyeste ideal, er det av største viktighet at det fundamentale, det enkle og grunnleggende vies

oppmerksomhet. Det vil si at vi trenger å bli møtt med omsorg, vi trenger å bli sett når vi våger oss frem, vi trenger lys, luft, omtenkksomhet og varme. Disse ting er så selvsagt for vår eksistens og grunnleggende for vårt velbefinnende at de står i fare for å bli oversett, og ikke tillagt betydning. Travelbees bok, Mellommenneskelige forhold i sykepleien ble utgitt første gang i 1966, det er snart 40 år siden og mye har skjedd siden da. Der sier hun at avhumaniseringen gjør at vi ikke bare gir dårlig hjelp, men også er årsak til at pasienter tyr til kvakksalvere. Jeg for min del er glad for at mange yrkesgrupper ikke lenger blir omtalt som kvakksalver, jeg tror at de yrkesgrupper kan bidra med mye for mange, allikevel synes jeg hun har et poeng. Hun setter søkelys på vår oppførsel sin betydning, og gjør oss oppmerksom på at mennesker ikke må sees på som ting. Det er ikke krav om utdanning i danning og oppmerksomhet, det er en menneskelig egenskap som må få lov til å få grobunn. Det å opparbeide seg danning tar tid. Tiden oppfattes som knapp for mange i dag, og særlig innen helsesektoren. Det kan virke som det er dårlige vekstvilkår for det som krever lang tid, men gode vekstvilkår for mangfoldighet i stadig endring. Hverdagen i et sykehus er preget av behandling, teknologi, utdanning, markedstilpassning og alt dette er i stadig endring. Det er flott at det skjer utvikling som kan gi behandling til sykdom og som lindrer lidelser som før var uhelbredelige. Men det er ikke alt som er i endring. Det er spesielt viktig i vår tid som er preget av endring at vi verner om det som ikke endrer seg, slik at vi ikke blir stående igjen historie og rotløse. Oppmerksomhet, omsorg, tillit som grunnleggende fenomen kan i denne sammenheng være begreper med et innhold det kan være verd å dvele ved. Jeg har tidligere belyst oppmerksomheten sin betydning for menneskers følelse av verdi.

Omsorg som tar vare på livet med omtanke har jeg sett mange eksempler på i sykehus. Det er mange som har vist med sin holdning og handling at de ser menneskets unike uttrykk og menneskelighet. Min erfaring er at dette ikke er yrkes eller profesjonsavhengig. Jeg er usikker på om omsorgsevne er spesielt fremtredende hos sykepleiere i forhold til andre yrkesgrupper. Det som er utfordringen for sykepleiere er at omsorg er spesielt forventet. Forskning utført av Cohen 1995, Montin et al. 2002, og Hankela, Kiikkela 1996, viser at sykepleiers væremåte, handlinger og evne til å gi omsorg er av stor betydning for pasienter. I en behandling og pleiesituasjon har hjelperen fokus rettet mot det området som trer frem for en som det mest betydningsfulle i situasjonen, og kanskje særlig i forhold til det ansvarsområde en er tillagt i kraft av å besitte en rolle og profesjon. Utfordringen blir å søke pasientens forståelse, og ikke miste fokus på mennesket. Man registrerer symptom for å avklare fysisk og psykisk tilstand og for å se om symptomene samsvarer opp mot en objektivt

definert sykdomstilstand Selv om en sykdomstilstand er objektivt definert er det ikke hensikten at pasienten føler seg definert som et objekt.

Florence Nightingale som døde i 1910 sa den gang at: *"Det skrives i vår tid mye om sinnets virkning på kroppen. Mye av det stemmer. Men jeg skulle ønsket det ble fundert litt mer om hvilken virkning kroppen har på sinnet."* (Nightingale, 1984, s.62)

Mennesket deles inn psykiske, fysiske, sosiale og åndelige aspekter. Dette er abstrakte konstruerte begreper som kan være hensiktsmessig som en pedagogisk innføring i forhold til å forstå det komplekse ved et menneske

Ved å distansere seg fra det individuelle uttrykk, så ønsker en å vinne innsikt i det som er felles og typisk ved det å være menneske og typiske spor i forhold til sykdomstilstand. De individuelle uttrykk kan da bli en feilkilde som en distanserer seg fra for å kunne stille en presis diagnose. Hvis den distansen også reflekteres i møte med mennesker kan det føles krenkende. Den opprinnelige hensikt med distanse som er å forstå sykdom, kan da skape sykdom.

11.2.3 Ventetid

Ventetiden ble oppfattet som langsom og kjedelig, den ga og opphav til usikkerhet. Det å ikke vite hvor lenge ventetiden varte skapte usikkerhet og en følelse av å miste kontroll. De fleste informantene var ikke innstilt på ventetiden, av dem ble den beskrevet som den verste opplevelsen ved den preoperative periode. For noen var ventetiden det eneste som opplevdes som negativt ved den preoperative periode. Noen få var innstilt på ventetid og hadde forberedt seg på den, de også synes ventetiden var kjedelig, men de uttrykte ikke så mye ubehag ved ventetiden. Ventetiden blir ytterligere drøfter under punkt 11.4.

11.2.4 Bekymring

Belyst i forhold til tidligere forskning

Angst og frykt er en veldokumentert opplevelse i den preoperative periode. Som anestesisykepleier ser jeg etter tegn fra disse opplevelser da jeg forventer dem.

Da det er velkjent at mange er redd for anestesi og operasjon, kan det være så innlysende at en tar det som selvsagt (Hernandez, et.al.2000, Domer, et.al. 1989). Det kan være en av grunnene til at det er lite kvalitativt forskningsbasert anesthesiologisk kunnskap tilgjengelig om hva som kjennetegner preoperativ opplevelse generelt. En annen grunn kan være at fagets tradisjon er naturviteskapelig og at en kvantitativ tilnærming er det som er naturlig for faget og for forskeren.

I følge Moerland og Kjøllesdal 1998, er frykt og angst de reaksjoner som er mest gjennomgripende hos akutt kritiske syke. De viser til forskjellige grader av angst fra; mild, moderat og til sterk angst. (ibid s.42)

Informantene i denne studien var ikke akutt kritisk syke. Det kirurgiske inngrepet var en planlagt hendelse som de hadde forberedt seg på og hadde forventninger til. I denne studien var det usikkerhet og bekymring som var fremtredende opplevelser, ikke direkte angst og frykt.

Jeg stiller meg åpen for om usikkerhet og bekymring kan være kvalitative nyanser av definerte tilstander som angst og frykt. Jeg fant ikke, ved søk i data baser, forskning som omhandlet opplevelser som usikkerhet og bekymring i den preoperative periode. Jeg er spørrende til om opplevelsene; angst, frykt, bekymring og usikkerhet i den preoperative sammenheng kan være forskjellig uttrykk for et grunnleggende fenomen, valgte jeg å vise til forskning som omhandler opplevelsene angst og frykt i preoperativ sammenheng. Moerland og van Dam 1999, påpeker i sin litteratur studie at forskjellige spørreskjema som har til hensikt å måle forekomst og grad av samme tilstand, produserer forskjellige svar, og at de svarene ikke nødvendigvis samsvarer med hverandre. Tilstedeværelse av følelser kan vi merke og kjenne igjen. Hvorvidt det er mulig å måle og angi grad av følelser og opplevelser er en diskusjon innen den vitenskapelig filosofiske arena. Hvis følelsene er blitt målt og angitt en verdi er de blitt tingliggjort.

Å forske på mennesket som en ting er like galt som å forske på steiner og partikler som om de var menende, villende og bevisst handlende vesener.” (Aadland 2002, s.164) Aadland skriver dette i sin utlegging om Husserl. I dagens helsevesen er det meste tingliggjort. Vi hadde nok reagert hvis steiner ble tillagt følelser, men vi reagerer ikke lenger ved at følelser blir tingliggjort.

Det var kvalitative nyanser i bekymring og usikkerhet for narkose og operasjon. Det var større usikkerhet for narkose enn for kirurgi. En informant uttrykte redsel for å dø i forbindelse med narkose. En informant var usikker på om det kirurgiske inngrepet kunne avdekke en kreft diagnose. En kan anta at narkose er forbundet med angst for å dø, mens det kirurgiske inngrepet er forbundet med frykt for komplikasjoner, usikkerhet i forbindelse med å avkare diagnose og konsekvenser for hva det kirurgiske inngrepet kan medføre.

Inngrepet som sådan var ikke forbundet med usikkerhet. Dette tror jeg har sammenheng med utvalgets avgrensning. Det kirurgiske inngrepene som informantene skulle få utført skulle ikke være ledd i en cancer diagnostisering eller behandling.

Weins 1998, kvalitative og Moerman, van Dam 1999, kvantitative studier om angst og frykt i preoperativ sammenheng, viser at tanken på narkose og tanken på operasjon gir forskjellige opplevelser. Det viser også denne studien. Bekymring var en opplevelse som var knyttet til usikkerhet til selve operasjon, kompetanse og kirurgi. Det var også knyttet bekymring for eventuelle konsekvensene det kirurgiske inngrep kunne medføre for arbeidssituasjon. Tanken på narkose ga opplevelse av å miste kontroll.

Informasjon er sett som en avgjørende faktor til å gi mulighet til å få kontroll over sin egen situasjon. Hvilken form informasjonen skal ha og hvilket innhold informasjon skal ha er til stadig utforskning. Informantene i denne studien synes informasjon var viktig, men de ønsket forskjellig informasjon. Dette er noe som Cohen 1995, også så i sin kvalitative studie, i den studien ønsket pasientene å få informasjon, men type og mengde informasjon de ønsket var varierende. De meldte et behov for å få vite konsekvenser av sykdommen og den videre behandlingen, og hvordan konsekvensene ville påvirke deres daglige liv. Informasjon om prosedyrer som ikke ville forandre pasientens virkelighet, var ikke alltid ønsket. (Cohen 1995) I denne studien belyser en av informantene dette slik:

Men jeg synes alltid det er betryggende å få snakke med de som har tatt en beslutning.

Ja, så jeg synes egentlig at når beslutningen er fattet, eller det er fattet et vedtak så, da er det på en måte konkret, da har en noe å forholde meg til.

Mens, hvis der er, at de liksom ikke helt har bestemt seg og du kanskje får vite at de tenker på det, eller tenker på det, eller det er ikke så. Men når det er konkret så. Når den endelige beslutningen er tatt.

Jeg vektlegger Løgstrup 1999, tenkning med å snakke tydelig åpent ut. Åpen tale virker betryggende. Løgstrup sier ikke hvordan vi skal tale åpent ut, der må vi bruke vår kunnskap. Helsearbeidere som informerer pasienter bør snakke åpent ut. Innholdet i den faglige samtale bør i følge Holm 1987, reflektere profesjonell holdning, i følge Nightingale 1984, og Henderson 1990, et klinisk skjønn, og i følge Travelbee 1999, og Martinsen 2000, den gode oppmerksomhet. Oppmerksomhet som ser med sitt blikk slik at pasienten kan bli satt fri fra usikkerheten han strir med. Eller ved bruk av Martinsen 2000, sine ord, våge seg ut av sin egen innesperring å komme ut i relasjon til andre.

Profesjonell holdning innebærer i følge Holm 1987, empati. Empatisk kunnskap har helsearbeiderens opparbeidet seg ved teoretisk refleksjon og praktisk erfaring. Dette innebærer evnen til å sette seg inn i og forstå pasientens følelser og psykiske situasjon, med tanke på å tilrette legge behandling og pleie etter individuell forståelse. Empati blir da en form for kommunikasjon som gir en opplevelse av å ha blitt forstått.

Den ontologiske omsorg tar vare på livet med omtanke og den enkelte i sin menneskelighet og særegenhet. Hvis en som helsearbeider er oppmerksom i forhold til det som kommer til syne der og da, vil en ha en mulighet til å gi informasjon som er basert på den enkelte pasient og ikke gi en generell informasjon som er utarbeidet fra et gjennomsnitt for hva pasienter som en stor gruppe ønsker.

11.3 Tillit / mistillit

Pasientene kommer til sykehuset med forventning om behandling, men også og usikkerhet og bekymring for smerte, narkose og konsekvenser av det kirurgiske inngrepet. De ønsker å få bekreftet sin forventning til behandling, samtidig som de ønsker å bli tatt i mot som et menneske og bli tatt hånd om på en måte som også bekrefter deres verdi. Pasientene møter et system som er preges av markedstekning, travelhet, fremmedgjøring, distanse og kjølighet. Dette er ikke i noens hensikt, det er heller utilsiktede bivirkninger av et system som har objektivitet, effektivitet og hurtighet som ideal. I følge Løgstrup 1999, har hvert møte betydning, og at vi i utgangspunktet møter andre mennesker med tillit. Han sier at for vår sjelefreds skyld er det bra at vi ikke har anelse om, hva vi har hatt av andres livsmot i vår hånd.

11.3.1 Sett som menneske / Sett som ting

Å være pasient i sykehus som er preget av naturvitenskapelige forklaringsmodeller, effektivitet og markedstekning, kan oppleves krenkende og gi grobunn for mistillit til sykehus og profesjonelle helsearbeider hvis denne tenkningen også gjenspeiler seg i møte mellom helsearbeidere og pasienter. I følge Mitchell 2003, er et vanlig sykehusopphold for elektiv kirurgi stadig blitt kortere. Oppgavene helsepersonell har i forhold til den enkelte pasient som skal få utført elektiv kirurgi er i økende grad tiknyttet direkte behandling, dette har fått prioritet i forhold til undervisning og psykiske aspekt. Det er jo også for behandling pasienter oppsøker sykehus, så dette kan virke ganske logisk. Informantene var godt fornøyd med sykehus som behandlingssted, og leger som behandlere.

Når det gjaldt sykepleierne så hadde de andre forventninger enn behandling.

Kanskje sykepleierne må være seg bevist hvilken rolle de har og hvilke forventninger det er knyttet til rollen. Jeg mener at sykepleieren skal ha medisinsk fagkunnskap, det er tross alt syke mennesker eller mennesker som oppsøker behandling sykepleieren er satt til å ivareta, uten fagkunnskap blir det da i følge Martinsen 1990, sentimental omsorg. Men uten omsorg blir det bare oppgaver uten verdiforankring. Jeg lærte på sykepleierskolen at sykepleieren var pasientens advokat, sykepleierens oppgave var å fremme hans sak og interesser. Sykepleieren skulle bidra til behandling og utføre pleie. Jeg har i økende grad etter som årene har gått og jeg har hatt mulighet til å reflektere over sykepleierrollen fått den oppfatning at sykepleieren bør tilstrebe en tydeligere forankring i omsorgsrollen. Da kan pasientens situasjon og sak av interesse sees ut i fra flere perspektiv og synsvinkler. Hvis legen er en dyktig behandler og har dette som sitt hovedfokus og sykepleieren en dyktig omsorgsutøver og har dette som sitt hovedfokus tror jeg samlet dette kan gi et godt sykehus opphold for pasienten. Begge yrkesgrupper er jo interessert i at pasienten skal ha det bra. Det snakkes mye om at tverrfaglighet er nyttig for å se flere aspekt ved en sak, men hvis sykepleieren blir en mini doktor eller legeassistent så reflekterer ikke det tverrfaglighet.

Naturvitenskapelig kunnskap som legen og representerer og forskning i denne tradisjon, er i den gode hensikt. Denne forskning har objektivitet og distanse som ideal for å ha mulighet til å generalisere. Forskning innen denne tradisjon har gjort det mulig å forstå sykdomsprosesser, ha kontroll over og behandle sykdom, bedre, raskere og med gode resultater. Dette er pasienter glad for. Reaksjoner fra pasienter kommer når objektivitet og distanse også preger vår holdning i møte med pasienten. Omsorgstenkning som Travelbee og Martinsen er førende for, kan være en motvekt mot utvikling av en slik holdning i møte med den enkelte. Pasienten kommer til oss med ønske om hjelp. Hjelpen de ønsker er individuelt uttrykt ved sin menneskelighet.

Boken "Et liv der ikke dør" av Kemp og Kemp (1998) gir oss en sørgelig historie og eksempel på at menneskelighet oppleves som fraværende. Årsaken blir, slik jeg oppfatter det, tillagt den naturvitenskapelige tradisjon sin innvirkning på vår holdning og vårt menneskesyn. I denne studien var det pleiere og ikke leger som ga opphav til mistillit. Til rollen lege var det knyttet forventninger til behandling, denne forventningen ble oppfylt, samtidig viste legene en profesjonell holdning som ga pasientene en følelse av trygghet.

Hos sykepleiere er forventninger knyttet til omsorg. Omsorg som består av oppmerksomhet, gode handlinger som lindrer og formidler trygghet. Når forventningene ikke ble møtt, reagerte pasientene og ble forarget

Det var ikke mye pasientene krevde, men de ønsket å bli sett som et menneske. Dette uttrykte en informant slik:

Ja, ja , om det ikke er mer enn de fem minuttene de ser på meg da må de liksom konsentrere seg om min tilværelse, de andre for da vente til mine fem minutter er over.

Dette kan være en påminnelse om at pasienten ønsker å bli sett som et enkelt individ. Det kan indikere at likeså viktig som utforskning på kropp, sykdom og helse, er utforskning og kritisk søkelys på vår kultur og hvordan vår oppmerksomhet blir oppfattet av andre. Er omsorg i dag kun oppgaver, eller er det en grunnholdning som gjenspeiler seg i oppgaver.

Hvilken rolle ønsker selv pleiestanden å tilhøre omsorgsrollen eller behandler rollen.

Kan hende distanse og kjølighet er en beskyttelse mot den andres tillit. Tillit krever tydelighet, tilstedeværelse, oppmerksomhet og engasjement i møte med den andre, noe som kan sette følelser i sving og gi krav og utfordringer som krever mer av helsepersonalet som i utgangspunktet har knapt med tid til rådighet.

Det gjør vondt å ikke bli møtt når en utleverer seg selv. Dette viser Løgstrup oss i sin utlegging.

”Men at vise tillid betyder at udlevere sig selv. Derfor reagerer vi så voldsomt, når vor tillid misbruges, som det heder – selv om det ikke har været så meget, der har stået på spill.

Misbruget af tilliden består rent håndgribeligt i, at tilliden bruges imod den, der har vist den.

Det kan være galt nok. Men det værste, når det kommer til stykket, er måske ikke den forlegenhed eller fare, som misbruget af ens tillid bringer en i, men derimod at den anden ikke har taget imod den. For at den anden skal kunne misbruge ens tillid må den have ladet ham kold.”(Løgstrup, 1956, s18)

Gjør objektivitet oss distanserte og kalde også i møte med den andre.

Våre holdninger vil prege møte og handlingen ovenfor medmennesker. Særlig er dette viktig å betone når relasjonen er begrunnet i faglig kunnskap og når handlingen har betydning for den andres liv. Da er det også en maktubalanse i relasjonen. Det er helseprofesjonenes ansvar å bruke det beste av kunnskap tilgjengelig i våre handlinger over for den andre. Det er igjennom en profesjon en har fått den rett å være nær et menneske når de er syk og sårbar. Det er viktig at det er retningslinjer som sikrer handlinger ovenfor den andre, slik at handlingene ikke er tilfeldige og individuelt betinget. Pasienten har rett til å forvente kontinuitet i behandling og pleie uavhengig av hvem som er på vakt.

Pasienten kommer til sykehuset i tillit til at de møter fagpersoner som kan sitt fag, men de kommer med et ønske å bli møtt på en måte som ivaretar deres menneskelige verdi

Holdingen og måten vi møter pasienten med vil reflektere vårt menneskesyn. Måten handlingene blir utført på vil bli farget av en grunnholdning men samtidig vil tiltakene også reflektere faglighet og travelhet.

11.3.2 Tydelig lege / Utydelig sykepleier

I denne studien var legene pasientene syntes det var godt å snakke med. De formidlet trygghet, ved å snakke tydelig med faglig tyngde, og de formidlet til pasienten at de var verdifull som menneske. Pasientene følte de ble tatt på alvor av legene. Legene befestet den forventning pasientene hadde til rollen lege som behandler, og når pasientene ytret sin forventning så ble ytringen tatt på alvor. Sykehus som behandlings institusjon styrt av naturvitenskapelig tenkning kan være en trygg arena for en behandlende lege som bruker kunnskap og teknologi som overveiende er fremkommet ved forskning innenfor denne tradisjon.

Det er en rivende utvikling innen teknologi som har fått enorme konsekvenser for faget medisin. I følge Moesmand, Kjøllestad 1998, har dette resultert i økt helbredelseshyppighet for flere sykdommer, direkte livreddende behandling og behandlingsmetoder som er mindre smertefulle.

Sykepleiere har en annen rolle enn legene, hvor det er rettet forventninger mot dem som innbefatter omsorg. Omsorg er noe alle har en formening om hva er, selv om en kan ha problemer med å definere begrepet entydig.

Martinsen 1989, 2003, tar for seg tre særtrekk ved omsorg i dagliglivet, det første er at omsorg er et relasjonelt begrep, det andre at det er et praktisk begrep og det tredje at omsorg har en moralsk side.

Pasientene synes sykepleierne virket travle, de ble oversett og viste ikke en god oppmerksomhet. Relasjonen var ikke god. Når pasientene ytret sin forventning så ble den ikke tatt i mot, de følte seg avvist og ble utrygg og moralsk forarget. Dette illustrerer et utsagn:

Det suser 6 sykepleiere forbi deg uten å se på deg en gang, og du står liksom bare der og er litt sånn og altså. Og da var det sånn at, kjære vene, dette, det koster veldig lite å bare gå forbi og si at bare sett deg ned et øyeblikk, så, så skal jeg komme.

Det kan hende at sykepleiere har en annen forventning til sin rolle enn hva pasientene har. Det kan og hende at det er så mange oppgaver som må gjøres på kort tid, at en kun ser oppgavene og ikke makter å se pasientene som mennesker. Hylland Eriksen 2001, sier at vi kan gjøre mange oppgaver samtidig og at det er bra. Noen kan gjøre flere oppgaver samtidig

enn andre. Når vi får flere og flere oppgaver vi må gjøre innen en gitt tidsramme så kan det gå bra til et visst punkt. Vi blir da veldig konsentrert om oppgavene. Men plutselig kan vi få en oppgave til som gjør at vi overskrider vår egen grense, vi mister oversikten og kvaliteten på alt vi gjør blir dårlig.

Innen et sykehus system som er markedsstyrt, teknologisert, styrt av hurtig tid og fundamentert i den naturvitenskapelige tradisjon kan det være utfordrende å la omsorg som ontologisk fenomen få gode vekstvilkår. Omsorg krever langsom tid, ro, kontinuitet, oppmerksomhet, som gjenspeiler seg i en handling som føles god og gjenkjennes som omsorg.

Martinsen 1990, forutsetter faglighet hos sykepleiere. Da det er syke mennesker som oppsøker behandling sykepleiere er satt til å ivareta må sykepleiere også ha kunnskap om sykdomsprosesser og hvordan disse skal behandles og pleies. Virginia Henderson (Henderson 1990) gir nyttige råd i forhold til hva denne fagkunnskapen skal inneholde.

Å tilegne seg faglig skjønn hvor teknologi er et hjelpemiddel er en stor utfordring, større blir utfordringen når teknologien stadig er i utvikling og endring. Det trengs tid til å opparbeide seg fortrolighet til apparatur og teknologi. Tiden er en knapphets resurs som møter stadige nye krav til nye oppgaver som skal gjøres innen en angitt tidsramme.

Som lærer i anesthesisykepleie som er et fag som er bruker av mye medisinsk teknisk utstyr i sin utøvelse, ser jeg at det er individuelt hvor lang tid hver enkelt bruker til å bli fortrolig med medisinsk teknisk utstyr. Før vi er fortrolig med utstyret så opptar utstyret mye av vår oppmerksomhet, når vi er fortrolig med utstyret, så kan det bli et hjelpemiddel som kan frigjøre vår oppmerksomhet til den som vi er satt til å ivareta. Men å opparbeide fortrolighet både til mennesker og ting krever tid.

11.4 Tema 4: Langsom tid i hurtig rytme,

Informantene opplevde tiden på sykehuset som belastende. Noen synes den var så belastende at de vurderte å reise hjem før operasjon.

Jönson 2000, og Hylland Eriksen 2001, skiller mellom klokkeid og opplevd / handlings tid. Den første er hurtig den andre er langsom. Den første blir vi styrt av, den andre styres av handlinger og opplevelser. Tiden til informantene gikk veldig sakte, den var fylt av opplevelser som forventning, men også usikkerhet. I studien til Montin, Suominen og Leino-Kilpi 2002, utaler pasienter at lang ventetid og usikkerhet påvirker humøret. Jeg hørte irritasjon fra informantene i forhold til ventetid. I motsetning til pasientene som opplevde

langsom tid, kan det virke som tiden til de ansatte er hurtig tid. Jönson 2000 sier at hurtig og langsom tid ikke går godt sammen og er grunnlag for konflikt.

I følge Holloway, Smith, Warren 1999, så opplevde pasientene at tiden til helsearbeiderne var en knapp resurs, mens de selv opplevde å ha alt for mye tid.

Hvem og hva styrer tiden for de ansatte i sykehus. Er det alle oppgavene som skal gjøres, eller det enkelte mennesket appell til oppmerksomhet og handling. Er det markedstenkning hvor lønnsomhet er førende. Eller er det enkelte mennesket som kommer for å søke hjelp og omsorg for sine lidelser og plager. Min erfaring er at det ikke er enten eller, det er heller både og. Utfordringen slik jeg ser det er at oppgavene og markedstekning har objektiv klokkeid som sin tidsskala, mens oppmerksomhet, hjelp og omsorg har en annen tidsskala som er styrt av opplevelser. I følge Jönson så har de to formene for tid lite til felles, og vi mennesker har vanskeligheter med oss selv som parameter å angi eksakt klokkeid for våre opplevelser. Har vi som helsearbeidere mulighet innen dagens sykehus system for selv å styre tiden. Kan tiden kan være der vi er i møte med den andre. Eller som Martinsen 2000, skriver er det mulig å beholde tiden i rommet slik at vi kan være i rommets oppgaver. Når andre styrer tiden kan både den hjelpesøkende og hjelper få en opplevelse av å bli styrt, noe som kan fremkalle hjelpeløshet og maktløshet. Hvis vi selv styrer tiden så har vi en opplevelse av kontroll over vår egen situasjonen.

I dagens sykehus så styres tiden for de ansatte av hendelser, gjøremål og oppgaver. Men det er klokkeiden som styrer hvor lang tid en kan bruke på de forskjellige gjøremål og oppgaver. Når det er mange oppgaver som skal utføres på en fastlagt tidsramme er det lett å få en følelse av å ha dårlig tid. Oppgavene blir utført i rask rytme, som ikke gir rom for innspill og pauser. Hvis det blir for mange oppgaver som skal løses raskt på en gang kan vi nå en individuell grense hvor vi ikke klarer flere oppgaver, da kan det i følge Hylland Eriksen 2001 hende at alt arbeidet blir av dårlig kvalitet og slett ikke effektivt gjort. Han sier at langsom tid må aktivt beskyttes, den hurtige tiden trenger ingen beskyttelse, den øker av seg selv

Studiene til Cohen 1995, og Montin, Suominen og Leino-Kilpi 2002, viser at pasientene merker at personale har det travelt og de liker det ikke.

Hagemann 1930, minner oss på at det er godt å treffe mennesker som alltid synes å ha god tid, det er ikke mindre aktuelt når vi er usikker og trenger hjelp.

Det kan virke at tiden og hvordan den oppleves trenger oppmerksomhet i dagens helsevesen, slik at den ikke forsvinner i sekunder effektivitet og produksjon.

11.5 Drøfting av metodologi og metode

Kvalitativ åpent intervju som metode Nå i etterkant av studien ser jeg intervju som en egnet metode får å innhente kvalitative opplysninger. Ved at det var kun ett åpent spørsmål som innledet intervjuet så fikk informantene selv være styrende for intervjuets innhold og fikk selv være premissleverandør for hvilke opplevelser som ble belyst.

Problemstillinger til utvalget Utvalget sin sammensetning var mangfoldig i forhold til alder bakgrunn og alder. Dette ser jeg som en styrke da opplevelsene som fremsto som fremtredende kunne bli drøftet som allmenne fenomen.

Utvalgets var avgrenset til at informantene måtte snakke norsk, være friske og ikke ha tidligere erfaringer med å ha utført et inngrep som krevde generell eller regional anestesi. Avgrensningen medførte at informantene var norske, og derav innlemmet i en kultur med normer, verdier og uttrykk som er typiske for den norske kultur. Analysen som er utført og funn som blir presentert må sees i lys av norsk kultur. I følge Fog 2001, så må vi være varsom med å ta allmenne fenomen for gitt hvis kulturen er ukjent for oss. Jeg som forsker er også norsk, kulturen er derfor velkjent for meg.

Avgrensningen til kun å inkludere friske pasienter med liten eller ingen erfaring med å være pasient gjør at mangfoldet i opplevelser i den preoperative periode blir begrenset.

Problemstillinger knyttet til gjennomføringer av samtalen I de første intervjuene var jeg usikker i rollen som forsker, jeg var ikke avslappet i intervjusituasjonen. Etter det første intervjuet var jeg ille til mote, noe som ble forsterket etter jeg hørte på lydbandopptaket når jeg kom hjem rett etter intervjuet. Jeg oppfattet det slik at jeg hadde for mye fokus på meg selv og at jeg konsentrerte meg for mye om å stille de riktige spørsmål. Etter hvert så slappet jeg mer av. Alle intervjuene er forskjellige. Dette var forskjellige mennesker med ulik livshistorie, som hadde havnet i samme situasjon. Ett intervju var mer anstrengende enn de andre, informanten virket for meg reservert og svarte mye med ja og nei uten om å utdype det mer. Det var til tider tungt å holde samtalen i gang. Ved de andre intervjuene følte jeg at samtalen gikk av seg selv. Min nysgjerrighet og interesse for hva informantene uttrykte og muligheten jeg hadde til å få innblikk i deres erfaringer, gjorde at jeg ofte glemte min stilling og stand i samtalsforløp. Det var da godt å ha intervjuguiden som referanse og påminnelse om forskerrollen.

Intervjuguide Erfaringen i etterkant av å ha utført intervjuene, er at temaene i intervjuguiden stort sett ble berørt uten at jeg aktivt brukte intervjuguiden underveis. Jeg opplevde det som trykt å ha den som en støtte hvis samtalen stoppet opp. På slutten av intervjuet pleide jeg å komme med en oppsummering. Jeg gjenga hva jeg hadde oppfattet som var av betydning for informanten. Jeg så da på intervjuguiden for å se om det var temaer vi ikke hadde belyst i løpet av samtalen, de fleste tema var da berørt.

Problemstillinger knyttet til analyse og tolkning. Det å være nybegynner i et fagområde har sine ulemper. Jeg har følt meg usikker i forhold til hvordan jeg skulle analysere empiri, og i hvert trinn i forskningsprosessen. Det er en rekke bøker om kvalitativ forskning tilgjengelig som har vært til nytte, men de jeg har lest er ikke så konkret på hvordan. Jeg har merket at det er stor forskjell på å lese om, og å utføre. Jeg ønsket en oppskrift som jeg kunne støtte meg til. Det var en av årsakene til at jeg valgte Systematisk tekstkondensering som metode. Metoden var tydelig og konkret beskrevet i detalj, logisk i sin oppbygging og utfordrene og arbeide etter. Den dekket slik jeg ser det også min hensikt i forhold til problemstillingen. Analysearbeidet har vært utfordrene og jeg har brukt lang tid. Det har vært en lærerikt og interessant prosess. Jeg merker jeg ikke er ferdig med å drøfte temaene, det dukker stadig opp nye refleksjoner. Analysearbeidet og fordypning i begreper har skapt interesse og lyst til videre utforskning av tema belyst i studien.

Kan man stole på resultatene Jeg har ikke ønsket å få vite hvor ofte, hvor mye eller om noe er mer effektivt enn noe annet, heller ikke om noe samsvarer eller kan sammenlignes med andre ting. Jeg har ønsket å utvide min forståelse og innsikt i pasienters situasjon før operasjon. Resultatene må sees i forhold til mitt perspektiv. Resultatene er gyldig for meg. Det kan godt hende at en annen forsker med en annen bakgrunn og væremåte hadde sett andre ting som fremtredende. Ved at samtalen består av to parter i en relasjon som gjensidig påvirker hverandre vil det ikke bli en identisk samtale med en annen forsker. Samtalen kunne ha gått i en annen retning slik at funnene viste andre opplevelser. Det er ikke studien sin intensjon å finne frem til sannheter. På den andre side så er vi mennesker i like situasjoner og andres beskrivelser av situasjoner og opplevelser kan være gjenkjennelig for andre. På det grunnlag så kan resultatene i denne studien gjøre oss oppmerksom på fenomen som kan ha betydning for flere som kommer i samme situasjon.

Forskningsetiske betraktninger. Prosjektplan for studien ble sent til vurdering til Regional komité for medisinsk forskningsetikk og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Regional komité for medisinsk forskningsetikk ville ikke motsette seg gjennomføring av studien, men forutsatte at en ikke foretok intervjuene for tett opptil operasjonen. Ett intervju ble foretatt tre dager før operasjon, syv intervju ble foretatt dagen før og fire intervju ble foretatt samme dag som operasjonen. Det er vanskelig å angi hva som er for tett opp til operasjon. Tre av de som ble intervjuet samme dag, kom inn på sykehuset den dagen de skulle opereres. Min vurdering er at alle informantene synes det var kjekt å snakke om sine opplevelser.

I tillegg ga Regional komité for medisinsk forskningsetikk råd om at overskriften på forespørselen til informantene burde være ”Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt om”.. Jeg endret forespørsel til informantene etter anvisning. (vedlegg16,5) Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste fant ikke at prosjektet medfører behandling av personopplysninger i henhold til Lov om behandling av personopplysninger, og derav ikke utløser meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33. (vedlegg 16.6).

Etiske retningslinjer har til hensikt å ivareta menneskeverdet, den enkeltes grenser, integritet og menneskelighet. Når det gjelder medisinsk forskning på mennesker er Helsinkideklarasjonen fra Verdens legeforening rådende. Legen eller andre som utfører medisinsk forskning som omhandler mennesker har plikt til å verne om forsøkspersonens liv, helse, privatliv og verdighet (Malterud 2003).

Å ivareta menneskeverdet er utfordrene i de nære relasjoner med våre nærmeste, og i samhandling med mennesker i det offentlige rom. Det krever en konstant oppmerksomhet og følsomhet for alt og alle som er rundt oss. Etikkers tanke er god. Dette sier Peter Kemp, 1991 noe om: *Selve etikken er en vision om det gode liv. Dette kræver ikke blot, at man er følsom, men at man har følelser for andre mennesker. I hvert fald i vor kultur ville det være svært at forestille sig et godt liv uden et eller andet fællesskab med andre.* (Kemp 1991, s.32)

I situasjoner hvor min fremtreden og mine handlinger er av betydning for andre mennesker, har jeg en redsel for at jeg ikke skal strekke til og at jeg kan være grunnlag for at mennesker får ubehag.

Jeg hadde betenkeligheter i forkant av intervjuene om fokus på og spørsmål om opplevelser i den preoperative periode ville øke angsten eller ubehaget informantene hadde for det kirurgiske inngrep og bedøvelse. Bakgrunn for denne betenkeligheten var min forforståelse og erfaring som tilsier at mange pasienter er redd for operasjon og bedøvelse. Jeg opplevde heller det motsatte, flere synes at det var kjekt å snakke om sine opplevelser, informantene var

heller redd for å ikke kunne bidra med nyttig informasjon. Informanter ga uttrykk for at det var fint å bruke tiden til å snakke med en. Samtalen var noe som slo i hjel langsom tid. I intervju situasjonen kan ordene komme og samtalen gradvis dreie seg over til å dreie seg om private forhold. Etter intervjuet kan informantene få en følelse av å ha utlevert seg eller sagt ting de angrer på. Dette var jeg oppmerksom på, det var ikke i min interesse eller studiens hensikt å avdekke private forhold. Men det kan være vanskelig å vite hvor grensene til det private for den enkelte går. Fog 2001, belyser at vi skal respektere informantenes grenser, samtidig som hun sier at dette er vanskelig:

”Jeg spurte tidligere om, med hvilken ret jeg kan gå ind i et andet menneskes indre liv, og svaret er, at jeg overhodet ikke har nogen ret. Udelukkende den ret, som dette andet menneske giver mig. Eller den ret, som min, forhåbentlig riktige perception af og respekt for hans grænser, giver mig. Det at være forsker giver mig ikke mer eller anden ret end det at være medmenneske giver mig, ligesom det at være forsker kræver akkurat lige så megen usikker og besværlig moralsk stillingtagen, som det i øvrig at leve sit liv gør det.” (Fog 2001, s.229)

Jeg har et ønske og en intensjon om å være tro mot informantenes utsagn, og ikke være utleverende på bekostning av en annens intrigeritet. Jeg presiserer at tolkningen og valgt referanse ramme er mitt ansvar og mitt perspektiv. Den teoretiske sammenhengen jeg tolker utsagnene opp mot og mitt perspektiv kan være helt ukjent og ugyldig for informantene. Jeg har ingen rett til å forutsi at funn i denne studien er gyldig ovenfor hver enkelt informant, men det er en gyldig sammenfatning for meg i en forskningssammenheng.

Problemstillinger knyttet til forforståelse I det første intervjuet var jeg særlig oppmerksom på ikke å la min erfaringsbakgrunn som anestesisykepleier tre frem. Dette opplevde jeg som problematisk da informanten skjønnte at jeg måtte ha kunnskap om forhold informanten lurte på da jeg er anestesisykepleier. Jeg opplevde dette som et dilemma i intervjusituasjonen, jeg følte det som galt å ikke bruke min erfaring som eventuelt kunne berolige informanten. Samtalen ga ikke rom for åpen dialog som jeg hadde ønsket ved at jeg holdt informasjon tilbake som jeg naturlig ellers hadde bidratt med. Dette var en ny faglig utfordring for meg, jeg er vant til å være i en faglig dialog som sykepleier til pasient, men ikke som forsker til informant. Som sykepleier er jeg opptatt av å lindre ubehag. Jeg måtte på ny reflektere på hvilken form dialogen skulle ha og hva jeg skulle gjøre med min erfaringsbakgrunn. Jeg kom frem til at jeg på et generelt grunnlag kunne bidra med det jeg visste hvis det var naturlig der

og da og hvis informantene kom med direkte spørsmål. Den avklaringen gjorde meg mer avslappet i de neste intervjusituasjonene.

12 KONKLUSJON

Hovedfunnene i denne studien er at den preoperative periode er preget av mange opplevelser. Det å la pasienter selv være førende for å beskrive hvilke opplevelser som er fremtredende i forhold til en situasjon kan gi andre opplysninger enn hva en på forhånd skulle anta. Det var ikke redsel og angst som viste seg som de mest fremtredende opplevelser for friske pasienter som skulle få utført et elektivt kirurgisk inngrep, slik det er beskrevet i forskning og litteratur. I denne studien var fire opplevelser fremtredende:

Opplevelse av positiv forventning til å bli behandlet og til å få det kirurgiske inngrepet overstått. Pasientene gledet seg til å komme ferdig behandlet ut av sykehuset og gjenoppta sitt daglige liv uten plager.

Opplevelse av usikkerhet ved å miste kontroll over egen situasjon. Dette var særlig gjeldene i forhold til:

Ikke vite hvor og til hvem en skal henvende seg.

Utydelig og tvetydig tale fra personalet.

Ikke vite hvor lenge ventetiden skal.

Usikkerhet i forhold til pasientrollen.

Følelse av å bli oversett med hensikt.

Opplevelse av tillit eller mistillit til omgivelser og personalet. Omgivelsene gav opplevelse av trygghet eller utrygghet. Pasientene opplevde stor tillit til leger som behandlere.

Pleiepersonell ble opplevd ulikt. Travel fremtreden og ulik informasjon ga opplevelse av mistillit til pleiepersonalet.

Ventetiden i seg selv var en plagsom opplevelse for friske pasienter som venter på å få utført et elektivt kirurgisk inngrep. Ventetiden opplevdes uendelig lang, og for noen følte denne tiden som utholdelig.

13. STUDIENS RESULTATER SETT I FORHOLD TIL PRAKSIS

Det er ikke studiens hensikt å generalisere funn til å gjelde utover datamaterialet. Temaene fremkommet i denne studien kan kun gi en antagelse om opplevelser som er fremtredende for informantene i denne studien. Temaene belyser menneskelige opplevelser i forhold til situasjoner, situasjoner som mange mennesker vil oppleve. Det er grunnlaget for å belyse studiens funn i forhold til praksis.

Tiden til informantene var fylt av mange inntrykk. Omgivelser og væremåte, holdning og oppmerksomhet fra helsearbeidere ga inntrykk som ble oppfattet av informantene. Hvert møte med andre mennesker kan formidle mer enn det som er møtet sin opprinnelige hensikt. Møte med sykehus og personer som representerte sykehuset medvirket til at informantene fikk tillit eller mistillit til sykehus, leger og pleiepersonell. Informantene følte seg oversett av pleiepersonell med hensikt. Dette kan indikere at det kan være nyttig med en bevisstgjøring på hva som preger sykehus og helsearbeiders holdning i møte med andre mennesker. Dette er spesielt viktig å vektlegge for yrkesutøvere som i tillegg har makt over andre mennesker i form av sin profesjon. Det hadde vært ønskelig å legge forholdene til rette slik at informantene følte seg ventet og ble mottatt når de kom opp på sykehusavdelingen. Det hadde og vært ønskelig at informantene fikk tydelig og konkret informasjon som var individuelt basert i forhold til den enkeltes opplevelse av sin situasjon. Da ventetiden opplevdes langsam og kjedelig for informantene, kunne konkret informasjon som omdølet hvor lenge ventetiden ville vare og hva de som pasienter kunne og ikke kunne gjøre i løpet av ventetiden kanskje også vært av betydning for andre pasienter i samme situasjon. Informantene i denne studien synes det var vanskelig å finne frem og orientere seg i sykehuset. Informantene kunne hatt nytte av en mer konkret og tydelig beskrivelse på hvordan de skulle finne frem til aktuelt sted, og for hvor de skulle henvende seg, og hvem de skulle kontakte. Dette kan være en indikator for at det kan være behov for tydeligere og mer forståelig merking av hvordan man som ukjent kan orientere seg i sykehusets rom og system.

14 FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING

Det kunne vært av interesse å utarbeide, for eksempel ved hjelp av fokusgrupper bestående av pasienter, et informasjonsskriv om hva som er nyttige å vite noe om og være forberedt på når man som pasient blir innlagt på sykehus i påvente av å skulle få utført et kirurgisk inngrep. Økt utforskning på pasienters egen opplevelse av egen situasjon kan være opphav til innsikt og oppmerksomhet mot fenomen som er av betydning for pasienter. Det kan hende at en ikke

ser skogen for bare trær, eller sagt på en annen måte det kan hende vi overser det grunnleggende da vi bare ser enkelt deler.

Fokus på andre grupper av pasienter sine opplevelser av den preoperative periode kan gi oss innsikt i hvordan denne situasjonen oppleves for disse menneskene. Dette kan for eksempel være barn, foreldre, eldre og mennesker med en diagnose som oppleves som truende for livet.

15 LITTERATURLISTE

- Almås Hallbjørg (red) *Klinisk Sykepleie*
1992 Universitetsforlaget AS 2.opplag
- Alvsvåg Herdis, Andersen Normann, Gjengedal Eva, Råheim Målfrid
Kunnskap Kropp og Kultur Helsefaglige grunnlagsproblemer
1997 Notam Gyldendal AS
Målfrid Råheim kapittel 5: Kroppen I spenningsfeltet nature – kultur
- Aschehoug og Gyldendals STORE NORSKE leksikon
1979 Kunnskapsforlaget
- Bengtsson Jan *Fenomenologiska utflykter*
1998 Daidalos MediaPrint i Uddevalla AB,
- Berulfsen Bjarne og Gundersen Dag *Fremmedordbok*
1974 Gyldendal Norsk Forlag
- Birkelund Regner (red) *Eksistens og livsfilosofi*
2002 1. udgave 1.opplag © Munksgaard Danmark A/S, København
- Boezaart, Berry, Laubscher, Nell *Evaluation of Anxiolysis and Pain Associated with Combined Peri- and Retrobulbar Eye Block for Cataract Surgery*
1998 Journal of Clinical Anesthesia 10: 204-210
- Christoffersen Svein Aage *Tillit og konvensjon i K.E. Løgstrups etikk*
2000 Sosiologi i dag, Årgang 30, NR 3, s. 49-66
- Caumo , Broenstrub, Fialho, Petry, Brathwait, Bandeira, Loguercio and Ferreira *Risk factors for postoperative anxiety in children*
2000 Acta Anaesthesiol Scand; 44: 782-789
- Domer, PhD, Everett, RN, and Keller, RN *Preoperative Anxiety: Is It a Predictable Entity?*
1989 Anesth Analg ;69:763-7

Eide Solveig Botnen, Grelland Hans Herlof, Kristiansen Aslaug, Sævareid Hans Inge;
Aasland Dag G. *For di vi er mennesker En bok om samarbeidets etikk*
© 2003 Fagbokforlaget Vigmosta & Bjørke AS

Engelsk blå ordbok Engelsk-norsk / norsk-engelsk
2002 Kunnskapsforlaget 1. utgave 3.opplag

Eriksen Thomas Hylland *Øyeblikkets Tyranni Rask og langsom tid i informasjonsalderen*
© 2001 H. Aschehaug & Co. (W.Nygaard), Oslo 2. opplag

Fagermoen May Solveig og Hamilton Glenys *Urological Patients` Perceptions of Nurses`Information before and after Surgery*
2002 Vard I Norden 4. Publ. No.66 Vol.22 No.4 PP 38-43

Fog Jette *Med samtale som utgangspunkt Det kvalitative forskningsinterview*
2001 Akademisk Forlag A/S 1. utgave 6opplag

Fortner Patricia A. *Preoperative patient preparation: Psychological and educational aspects.*
1998 Seminars in Perioperative Nursing, Vol 7, No 1, :pp3-9

Gibran Kahlil *Profeten* Gyldendal Norsk Forlag Utgitt første gang 1923.
1982 Oversatt til Norsk av Helge Hagerup i 1967, 9. opplag

Hagemann Elisabeth *Sykepleieskolens etikk I korte trekk*
Aschehoug &co. 1930

I: Kari Martinsen og Trygve Wyller (red.)

Etikk, disiplin og dannelse Elisabeth Hagemanns etikkbok – nye lesninger
2003 Gyldendals Norsk Forlag AS

Hankela, S og Kiikkela *Intraoperative Nursing Care as Experienced by Surgical Patients*
1996 AORN Journal vol. 63, nr.2

- Henderson Virginia *ICN Sykepleiens grunnprinsipper*
1990 Norsk Sykepleieforbund Fagserie 4/86 ny utgave
- Hick, *The measurment of preoperative anxiety*
1988 Journal of the Royal Society of Medicine Vol 81 September
- Holm Ulla *Empati Att förstå andra människors känslor*
1996 Ulla Holm 1987, Tryckt i Finland av WSOY,
IBSN 91-27-01841-5
- Holloway IM, Smith P, Warrwn J *Time in hospital*
1998 Clin Nurs Sep,7:460-6
- Holloway IM, Smith P, Warrwn J *Patients experienced lack of control over their time in hospital* 1999 Evidence-Based Nursing April Vol 2 No2
- Hovind Inger Liv (red) *Anestesisykepleie*
2002 Akribe Forlag
- Jensen Karen (red) Engelsrud Gunn, Lauvdal Torunn, Løvlie Lars, Martinsen Kari, Eriksen Tine Rask, Rønning Rolf *Moderne omsorgsbilder*
1996 Gyldendal Norsk Forlag A/S 1990 ,Ad Notam Gyldendal AS 1992 1. utgave, 4. opplag
- Johnston Marie, *Pre-Operative Emotional States and Post-Operative Recovery*
1986 Adv. psychom. Med., vol.15,pp. 1-22 (Karger, Basel)
- Jönsson Bodil *Ti tanker om tid Til deg som har alt – unntatt tid*
2000 Pax Forlag A/S Oslo
- Kemp Peter *Det uerstattelige – en teknologi – etikk*
1991 Olesen Offset, Viborg Danmark 2.opplag

Kemp Lomholt Margrethe og Kemp Petter *Et liv der ikke dør En bog om lægekunst og menneskelighed*

1998 Olesen Offset, Viborg Danmark 2.opplag

Kerriagan, RS Thevasagayam, TO Woods, I Mc Welch, WEG Thomas, AJ Shorthouse, AR Dennison *Who`s afraid of informed consent?*

1993 BMJ; 306: 298-300

Kindler, MD, Harms, MD, Amsler, lic., phil, Ihde-Scholl,MD, and Scheidegger, MD
The Visual Analog Scale Allows Effective Measurment of Preoperative Anxiety and Detection of Patients` Anesthetic Concerns

2000 Anesth Analg, 90:706-12

Kirkevold Marit *Sykepleie teorier –analyse og evaluering*

2001 Gyldendal Norsk Forlag AS 2.utgave, 2. opplag

Klopfenstein, Forster, Van Gessel *Anesthetic assessment in an outpatient consultation clinic reduces preoperative anxiety*

2000 Canadian Journal of Anesthesia ,47:6/pp 511-515

Koch Lena Vallgård Signild (red) *Samfundsmedicinske Forskningsmetoder en introduktion*

1996 Munksgaard , København

Kvale Steinar *Det kvalitative forskningsintervju*

1997 Ad Notam Gyldendal AS

Studentlitteratur 1994

Leach RN, Zernike RN, BN, Tanner RN, BN *How Anxious are Surgical Patients?*

2000 AORN JOURNAL, AUTUMN

Lorensen Margarethe (red) *Spørsmålet bestemmer metoden Forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag.*

1998 Universitetsforlaget AS

Løgstrup K.E *Den etiske fordring*

1956, 1991 Gyldendalske Boghandel, Nordisk Forlag A.S., Copenhagen

1999 Norsk utgave, J.W. Cappelens Forlag a.s

Malterud Kirsti *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*

2003 Universitetsforlaget, 1. utgave Tano Aschehoug 1996

Malterud Kirsti *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger*

2002 Tidsskrift Norsk Lægeforening; 122: 2468-72

Malterud Kirsti *The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers*

2001 The LANCET Vol 358 August 4, 397-400

Malterud Kirsti *Qualitative research: standards, challenges, and guidelines*

2001 The LANCET Vol 358 August 11, 483-488

Manen Max van *Researching Lived Experience*

1990 State University of New York Press

Maranets Inna, MD, and. Kain Zeev N, MD

Preoperativ Anxiety and Intraoperative Anesthetic Requirements

1999 Anesth Analg;89: 1346-51

Martinsen Kari i Kim Chung Won (red), Jensen Torben K., Jensen Lars Ulrik

Sykepleiens grunnlagsproblemer Etik, vitenskapsteori, ledelse og samfunn

1990 Gyldendal Norsk Forlag, 1. utgave 3. opplag

Martinsen Kari *Fra Marx til Løgstrup*

2003 Universitetsforlaget 1. utgave 1993

- Martinsen Kari *Omsorg, sykepleie og medisin*
2003 Universitetsforlaget 1. utgave 1989
- Martinsen Kari og Kari Wærness *Pleie uten omsorg?*
1991 Pax Forlag A/S 1979, 2. utgave
- Martinsen Kari Rommets tid, den sykes tid, pleiens tid I: Nortvedt red. *Møte mellom pasient og sykepleier*
2002 Gyldendal Norsk Forlag AS
- Martinsen Kari *Øyet og kallet*
2000 Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS
- Manyande, et. al FU *Anxiety and Endocrine Responses to Surgery: Paradoxical Effects of Preoperative Relaxation Training*
1992 Psychosomatic Medicine 54:275-287
- Millar, Jelcic, Bonke, Asbury *Assessment of preoperative anxiety: comparison of measures in patients awaiting surgery for breast cancer*
1995 British Journal of Anaesthesia; 74: 180-183
- Mitchell Mark *Patient anxiety and modern elective surgery: a literature review*
2003 Journal of Clinical Nursing; 12:806-815
- Moerman and F.S.A.M. van Dam *Fear of Anesthesia* Nederlands Tijdschrift voor
1995 Geneeskunde; 139:62-65
- Moerman et.al *The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS)*
1996 Anesth Analg; 82: 445-51
- Moesmand Anne Marie og Kjøllesdal Astrid *Å være akutt kritisk syk Om pasientens og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov.*
1998 Universitetsforlaget Oslo

- Montin Liisa, Suominen Tarja, Leino-Kilpi Helena *The experiences of patients undergoing total hip replacement* 2002 *Journal of Orthopaedic Nursing*, 6, 23-29
- Nightingale Florence *Håndbok i sykepleie Hva det er og hva det ikke er*
1994 Gyldendal Norsk Forlag A/S, Oslo 3.opplag
- Omery Anna, Kasper Christina E, Page Gayle *In Search of Nursing Science*
1995 Copyright by Sage Publications, Inc.
kap.12 Marlene Zichi Cohen *The Experience of Surgery* *Phenomenological Clinical Nursing Research* s.159 – 174
- Patton Michael Quinn *Qualitative evaluation and research methods* second edition
1990 Sage publications The International Professional Publishers Newbury Park London
New Delhi
- Ramsay M.A.E. *A survey of pre-operative fear*
1972 *Anaesthesia* vol 27 no 4 oct
- Shafer A. Fish MP. Gregg KM. Seavello J. Kosek P. *Preoperative anxiety and fear: a comparison of assessments by patients and anesthesia and surgery residents*
1996 *Anesthesia & Analgesia*. 83(6):1285-91, Dec.
- Spielberger, R.L. Gorsuch, R.E. Lushene ("Self-Evaluation Questionnaire")
1968 Consulting Psychologists Press, Inc.
- Thagaard Tove *Systematikk og innlevelse*
2002 Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS 2.utgave
- Travelbee Joyce *Mellommenneskelige forhold I sykepleie*
1999 Universitetsforlaget Oslo
- Wiens Arlene G. *Preoperative Anxiety in Women*
1998 *AORN Journal* July, Vol 68, NO 1

Wyller Ingrid *Sykepleiens VerdensHistorie*

1969 Forlaget Land og Kirke

Yosano Akiko *Det brennende hjertet -en fortelling om kjærlighet-*

1997 Cappelen forlag AS Trykt i AIT Nordbok, Gjøvik 1997

Zigmond and R.P. Snaith *The Hospital Anxiety and Depression Scale* Acta psychiatr. scand.

183:67:361-370

Aadland Einar *"Og eg ser på deg..." Vitenskap og metode i helse- og sosialfag.*

2002 Universitetsforlaget ©Einar Aadland og Tano Aschoug 1997, 3. opplag

Aase Tor Halfdan (red) Gry Paulgaard, *Metodisk feltarbeid Produksjon og tolkning av kvalitative data*

1997 Universitetsforlaget AS

<http://www.sintef.no>

16 VEDLEGG

16.1 Intervjuguide

Intervjuguide

Noen av temaene er hentet fra: Kindler, Harms, Amsler, Ihde-Scholl, Scheidegger
Table 5. Specific Anxieties Listed on Patients Questionnaire with Respective VAS Scores
The Visual Analog Scale Allows Effective Measurement of Preoperative Anxiety and
Detection of Patients Anesthetic Concerns *Anesth Analg* 2000;90:706-12

TEMA

Hjemmesituasjon, barn, familie, kjære

Ventetid før operasjon

Møte med personale

Informasjon

Bedøvelsen

Operasjonen

Resultatet av operasjonen

Tilstand etter operasjon

16.2 Skiftlig informert samtykke til informant

Sidsel Ellingsen
Høgskolen i Bergen
Helse og sosialfag
Videreutdanning i anestesisykepleie
Møllendalsv. 6
5009 Bergen
tlf. 55585634

FORESPØRSEL OM DELTAGELSE I FORSKNINGSPROSJEKT OM PASIENTENS OPPLEVELSE AV DEN PREOPERATIVE PERIODE

Mitt navn er Sidsel Ellingsen. Jeg er anestesisykepleielærer ved Høgskolen i Bergen og hovedfagstudent i helsefag ved Universitetet i Bergen.

Jeg skal utføre en studie som fokuserer på pasientens opplevelse av tiden før operasjon. Økt kunnskap og forståelse om opplevelser pasienter har før operasjon vil gi helsepersonell innsikt i pasienters opplevelse før operasjon, noe som kan bidra pleie og behandling.

Derfor ønsker jeg å intervju deg før operasjon. Intervjuet vil vare cirka en time, og blir tatt opp på lydbånd.

Deltagelse er helt frivillig, og du kan når som helst trekke deg fra studien, uten at det vil få konsekvenser av noe slag. Alle data vil bli anonymisert, og lydbåndopptak vil bli makulert når studien er ferdig utført..

Haukeland Sykehus, Den regionale komité for medisinsk forskningsetikk helse region vest, seksjon for sykepleievitenskap Universitetet i Bergen og Datafaglig sekretariat har vurdert studien.

Hvis du er villig til å delta så vennligs returner vedlagte svarslipp til sykepleier på avdelingen.

Vennlig hilsen
Sidsel Ellingsen

Skriftlig frivillig samtykke.

Jeg har lest igjennom informasjonsskriv og er villig til å delta i studien ”pasientens opplevelse av den preoperative periode, en kvalitativ studie”

Dato Underskrift:

16.3 Informasjonsskriv til avdelingssykepleiere ved berørte avdelinger

Høgskolen i Bergen

Helse og sosialfag

Videreutdanning i anestesisykepleie

Møllendalsv. 6

5009 Bergen

tlf. 55585634

e-mail sidse.ellingsen@hib.no

ved praksis på Haukeland sykehus personsøker 3492

Bergen, 11.09. 2002

Avdelingssykepleier

Mitt navn er Sidsel Ellingsen. Jeg er anestesisykepleielærer ved Høgskolen i Bergen og hovedfagstudent i helsefag ved Universitetet i Bergen. Jeg har fått tillatelse av avdelingens ledelse til å gjennomføre en kvalitativ studie av pasienter opplevelse av den preoperative periode ved Gynekologisk avdeling post 2 og Ortopedisk avdeling , til sammen cirka 15 informanter.

Prosjektets tittel er **PASIENTERS OPPLEVELSE AV DEN PREOPERATIVE PERIODE**

Hensikten med studien er å få informantene til å beskrive opplevelser de har før de skal til operasjon i generell anestesi, og på den måten å få ta del i erfaringer direkte fra de som opplever fenomenet. Ved gjennomgang av intervjuene så vil jeg søke å få kunnskap som kan beskrive opplevelsen av å være i den preoperative periode. Da jeg ønsker å beskrive og vektlegge den subjektive opplevelsen er det mest hensiktsmessig å bruke kvalitativ tilnærming. Jeg vil benytte en hermeneutisk fenomenologisk metode.

Tanker, følelser og opplevelser pasienter har før operasjon kan gi helsepersonell økt innsikt i pasienters situasjon før operasjon.

Mange artikler omhandler pasienter som har pre operativ frykt, engstelse og angst. Mer konkret hva denne angsten og frykten består av er det mindre forskningsbasert kunnskap på i anesthesiologisk litteratur, særlig i Europa . De fleste studiene omhandler intervensjoner som premedisin, preoperativ informasjon, distraksjon, omsorgsfokusering og avslappings prosedyrer, og er overveiende kvantitativ. Det er behov for kvalitativ basert kunnskap på dette området.

Informantene må beherske norsk, være orientert for tid og sted, over 18 år, frisk foruten gjeldene lidelse.

Pasienten må være innen ASA gruppe1 og 2, og ikke ha hatt generell anestesi tidligere. Det elektive kirurgiske inngrep skal ikke være ledd i en cancer diagnostisering eller behandling.

Studien vil foregå som et intervju / samtale hvor jeg ønsker å få kjennskap til pasientenes tanker og opplevelser i tiden før operasjon. Intervjuet blir tatt opp på lydbånd.

Samtalene vil foregå på avdelingen, om mulig før preoperativ visitt og eller vurdering av anestesilege og eller anestesisykepleier om anestesiforløp i forhold til den operasjon pasienten skal ha utført.

Prosjekt planen er vurdert av den regionale komité for medisinsk forskningsetikk, og datafaglig sekretariat.

Mine veileder er professor Kari Martinsen

Institutt for samfunnsmedisinske fag, seksjon for sykepleievitenskap

Ulriksdal 8c

5009 Bergen

Tlf. 55586160

Med Vennlig Hilsen

Sidsel Ellingsen

16.4 Matrise 1

Matrise 1

Informanter	1 s	2	3	4	5	6	7	9	11	12
Side										
TEMA A Inngrep / Bedøvelse (Forventning, håp og tillit)	1	1	1,4,14,15	2,14	7,8,9	8,11, 17,18, 19,20, 21	11,12, 14,15 16,19	3,5,11	1,15	4,5,9,10
TEMA B Spenning usikkerhet		1,1	5,11, 14,15,16	11	1,1,2,3,4,6, 7,8,12,16	8,13, 17,22, 23	2,3,4,5,6,1 1,12 21,24	1,2,3 7,11	3,4,12, 7-8,9,11	2,7,8
TEMA C Ventetid	5,6	1	4,5,5,6	16	1,10		17,20, 21	6,7	1,3,9,14,1 4	2,7,8
TEMA D Sykdommens historie og innvirkning og betydning for det daglige liv	2,3	1	1,2,3,4	3,4,5, 15	1,2,3		1,2,7,12	1,9,10	4,12	1,2,2,3,9
TEMA E,M Møte med sykehusets personale, og sykehuset. Opplevelse av å være ventet	5	1,1	5,9,9,9,10, 11 12	17,18,18	5,10, 11,12, 13,	8,12, 16,23, 24	5,8,9, 10,11	5	6,7,7,10,1 3	3,4
TEMA F,G Pasientrolle Miste kontroll			5,14		10	15,8	8,9,10 11,13 14,23, 24	6	11	
TEMA H Sykehus oppholdet sin betydning for hjemmesituasjon og pårørende			7,7,7,7	2,14, 21	4,5		7			6
TEMA I Fravær av sosialt samvær	5			14,15,16,2 1						
TEMA J Andres og egen erfaring av sykdom operasjon og sykehusopphold (tidligere erfarings betydning)	2	1		2,5,6,7,8,9 ,10,18,19	8	2,2,3, 4,5,6, 7,8,9, 14,18,19	11,12	3,8,12	5	
TEMA K Ikke bli sett, ikke bli trodd / bli trodd						2,2,3,3,3,4 ,5,6,7,9, 10,12,26	6			
TEMA L Sykdom – Sykehusopphold, sykemelding sin innvirkning på arbeidssituasjonen	4,7	2	8		4,5,13, 14,15		6	4,8	1,3,4,12,1 3	6
TEMA N Informasjon	1		11	13		12,13,14,1 5	1,3,5,8 13,18, 23	4,6		4,7
TEMA O Oppmerksomhet					6,16					
TEMA Q Å ha tillit / mistillit Være på vakt							15,16, 17,19, 24			

16.4 Matrise 2

Matrise 2 OPPLEVELSER

Informanter	1	2	3	4	5	6	7	9	10	11	12
Tema 1 (A) Forventning Håp	1,2		1,1,1 5,16	5	1,7,8			1,3	1	1	1,5
Tema 2 (B) Spenning Usikkerhet Utrykt Miste kontroll		1,1,1, 2	4,5,9, 10,11 ,14	11,12	1,2,5, 7,8, 11,12	7,12, 13,14 , 15,16 17,19 20,21 23,24	4,5,8, 9,10, 11,12 11,12 13,15 16,20 21,23 ,24	1,3 6,7 11		3,6 7,11 12	1,7
Tema 3 (C) Tillit Mistillit Oppmerksomhet Trykt		1,1	3,9, 10,11 13		9,10, 12	8,11, 12,15 16,22 23	1,2 3,5 6,7 19 20-21 23,24	3,4 5, 6-7		10,13	
Tema 4 (D) Kjedsomhet Rastløs Utålmodig	5,6	1	4,5,6, 9,12					6	1	1,9 10,11 14,15	7-8
Tema 5 (E) Bekymring	4,7	2	7,8	2,3	4,13					3,12 13,15	9

UNIVERSITETET I BERGEN

Det medisinske fakultet

Harald Hårfagresgt. 1, 5007 BERGEN

Pb: 7800, 5020 BERGEN

Tlf: 55 58 20 84/86

Fax: 55 58 96 82

E-post: Rek-3@uib.no



UNIVERSITY OF BERGEN

Faculty of Medicine

Harald Hårfagresgt. 1, N-5007 BERGEN

P.o.Box 7800, N-5020 BERGEN

Ph.: +47 55 58 20 84/86

Fax: +47 55 58 96 82

E-mail: Rek-3@uib.no

*Regional komité for
medisinsk forskningsetikk
Helseregion Vest (REK III)*

www.etikkom.no/NEM/REK/rek.htm

Bergen, 24.04.02

Jnr. 183/02- 054.02

Univ.lektor Venke Johansen
Seksjon for sykepleievitenskap, UiB
Ulriksdal 8C
5009 BERGEN

Ad. prosjekt: Pasientens opplevelse av den preoperative periode (REK III nr. 054.02)

Det vises til Deres søknad om etisk vurdering datert 20.03.02. REK III vurderte studien i møte den 11.04.02.

Komiteen vil ikke motsette seg gjennomføringen av studien, men vi forutsetter at en ikke foretar intervjuingen for tett opptil operasjonen.

Overskriften på forespørselen bør være "Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt om...".

Vi ønsker Dem lykke til med gjennomføringen og minner om at komiteen setter pris på en sluttrapport, eventuelt en kopi av trykt publikasjon når studien er fullført.

Vennlig hilsen

Grethe Seppola Tell
leder

Arne Salbu
sekretær



Sidsel Ellingsen
Klaus Hanssensvei 50
5053 BERGEN

Vår dato: 11.04.2002

Vår ref: 200200372 GHA/RH

Deres dato:

Deres ref:

VEDR. MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 22.03.2002. Meldingen gjelder prosjektet:

9090 *Pasientens opplevelse av den preoperative periode. En kvalitativ studie*

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjema og dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører behandling av personopplysninger i henhold til Lov om behandling av personopplysninger (POL) §§ 1 til 3, og følgelig ikke utløser meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Vår vurdering er basert på følgende opplysninger fra prosjektleder:

Formålet med prosjektet er å få kunnskap om pasienters subjektive opplevelse av den preoperative periode. Kunnskapen kan bidra til å bedre pleien og behandlingen av denne typen pasienter.

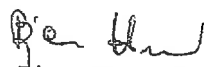
Utvalget består av omkring 15 pasienter som er innlagt på gynekologisk og ortopedisk avdeling ved Haukeland sykehus i påvente av operasjon. Pasientene er over 18 år, er ikke syk foruten den aktuelle lidelse og operasjonen skal ikke være et ledd i en cancer-utredning eller behandling. Utvalget trekkes av lege/sykepleier ved den aktuelle avdeling etter kriterier fra forsker. Førstegangskontakt opprettes av lege/sykepleier ved aktuell avdeling som formidler informasjonsskriv utarbeidet av prosjektleder. Pasientene samtykker skriftlig til deltakelse.


Opplysningene samles inn gjennom kvalitative intervju. Opplysningene som registreres omfatter kjønn, alder, lengde på utdanning, type operasjon, ventetid før operasjon, informantens hjemmesituasjon, barn og familie, opplevelse av ventetiden før operasjonen, informasjon og møtet med personalet, tanker rundt selve operasjonen, resultatet og tilstand etter operasjonen. Det er ikke mulig å direkte eller indirekte identifisere den enkelte pasient ut i fra opplysningene som samles inn og det behandles derfor ikke personopplysninger.

Dersom undersøkelsesopplegget endres i forhold til de punktene som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet vurderes på nytt av Datafaglig sekretariat.

Kontaktperson: Grethe Halvorsen tlf: 55583542

Vennlig hilsen
Datafaglig sekretariat


Bjørn Henrichsen


Grethe Halvorsen

Kopi: Behandlingsansvarlig, Venke Agnes Johansen

Sidsel Ellingsen
Høgskolen i Bergen
Møllendalsv. 6
5009 Bergen

Deres ref.:

Vår ref.: ARYG/mgty

Bergen 13. mai 2002

Ad planlagt studie av pasientens opplevelse av den preoperative periode, en kvalitativ studie.

Jeg må først beklage at det har tatt lang tid før du har fått en skriftlig tilbakemeldelse på din henvendelse, det har hatt med endringene i ledelsen i Kvinneklinikken.

Det er positivt at studien du planlegger vil gi vitenskapelig basert kunnskap om situasjonen til gynekologiske pasienter. Du er derfor velkommen til å gjennomføre studien i henhold til prosjektbeskrivelsen. Det forutsettes at studien har fått godkjenning i den regionale komité for medisinsk forskningsetikk før den startes opp og at vi har fått kopi. Det forutsettes også at pasienten har gitt sitt informerte skriftlige samtykke før de deltar i studien.

Det praktiske med hensyn til tilrettelegging må du avtale med de aktuelle sykepleierledere.

Vennlig hilsen



Astrid B. Rygh
Kst. Avd. overlege/KKB

Avdelingsleder Leif Ivar Havelin
Ortopedisk avdeling
Haukeland Sykehus
Postboks 1
5021 Bergen

Bergen 03. april 2002

Sidsel Ellingsen
Høgskolen i Bergen
Helse og sosialfag
Videreutdanning i anestesisykepleie
Møllendalsv.6
5009 Bergen

TILBAKEMELDING PÅ SØKNAD OM TILLATELSE TIL Å GJENNOMFØRE STUDIE I ORTOPEDISK AVDELING.

Ortopedisk avdeling er positive til at Sidsel Ellingsen gjør en kvalitativ studie av pasienters opplevelse av den preoperative periode. Vi gir tillatelse til å gjennomføre studien i ortopedisk avdeling.

Avdelingen tar forbehold om godkjenning fra regional komité for medisinsk forskningsetikk.

Ut fra inklusjons kriteriene i studien finner vi at pasienter ved post 2 vest tilfredsstillende disse kriterier best.

Vi ønsker derfor at du tar kontakt med avdelingssykepleier Reidun Dahl Andersen på telefon 55 97 37 58 for nærmere avtale.

Med Vennlige Hilsen


Leif Ivar Havelin
Avdelingsleder