

**Kommunikasjon i det korte møtet  
mellom pasient og bioingeniør  
i forbindelse med blodprøvetaking  
- En kvalitativ undersøkelse**

Masteroppgave - Våren 2006

Anita R. Turøy

Masterprogram i helsefag - Studieretning RAB-fag

Institutt for samfunnsmedisinske fag

Det medisinske fakultet

Universitetet i Bergen



Å gi bort

kan aldri bli et tap

(Sandmark, 2001, s. 19).

## **Forord**

I mitt yrke som bioingeniør har jeg hatt stor interesse for kommunikasjonen mellom pasient og bioingeniør. På den nordiske kongressen for bioingeniører i Tromsø i juni 2003, holdt sykehusprest Håkon Augdal et innlegg der han blant annet satte fokus på relasjonen mellom pasient og bioingeniør. I dette innlegget ble kvaliteten på de mellommenneskelige møter vektlagt. Dette satte i gang en tankeprosess i meg, som noen få måneder senere, utviklet seg til en ide til valg av tema for denne studien.

Ved siden av studiene har jeg arbeidet 50% stilling som bioingeniør. Denne kombinasjonen har gitt meg mange refleksjoner om hvordan jeg som bioingeniør kommuniserer med pasienter i de korte møter. Mitt arbeid med masteroppgaven har periodevis funnet sted ved Middelhavet og Atlanterhavet. I naturskjønne og rolige omgivelser har jeg hatt kreative arbeidsøkter.

Jeg har mange å takke for at denne studien kunne bli gjennomført. En stor takk til sykehusledelsen som ga tillatelse til intervjuundersøkelsen, samt til kontaktpersonene som var hjelpelige med å rekruttere informanter og tilrettelegge for intervju. Hjertelig takk til pasientene og bioingeniørene som deltok som informanter. Deres fortellinger og engasjement har vært til inspirasjon for meg, både under intervjuene og videre i arbeidsprosessen. Mange takk til Bioingeniørfaglig institutts studiefond som har bidratt med økonomisk støtte, samt til Regina Küfner Lein, ansatt ved det medisinske fakultetsbibliotek, UB Bergen, som har vært imøtekommende og hjelpelig når jeg har tatt kontakt. Jeg vil også takke de to ”prøveinformantene” som bidro til at jeg fikk gjort nyttige erfaringer før jeg kom ut i feltet. En stor takk til ”nære og kjære” som på ulike måter har støttet meg i prosessen.

Sist men ikke minst, hjertelig takk til min veileder, Herdis Alvsvåg. Hun har stilt meg spørsmål som har fått meg til å tenke nye tanker og se nye perspektiver. Måten hun har veiledet meg på, har hatt en motiverende og inspirerende innvirkning på meg. Dette har bidratt til at jeg har opplevd arbeidsprosessen med masteroppgaven som en positiv utvikling, både faglig og personlig.

Bergen, 31. mai 2006

Anita Turøy

## Sammendrag

Studiens hensikt er å få ny kunnskap som kan bidra til at bioingeniører blir mer bevisst på hvordan de møter pasienter, slik at kvaliteten på det korte møtet kan bli bedre. Med utgangspunkt i studiens tittel, *Kommunikasjon i det korte møtet mellom pasient og bioingeniør i forbindelse med blodprøvetaking*, har jeg undersøkt to problemstillinger;

- Hvordan opplever pasienter møter med bioingeniører?
- Hvordan opplever bioingeniører møtene med pasienter?

For å få svar på problemstillingene har jeg benyttet det kvalitative forskningsintervjuet som metode. Intervju av seks inneliggende pasienter, samt tre yrkesaktive bioingeniører, har funnet sted på et middels stort sykehus i Norge. Tre av pasientene er menn, og tre er kvinner. Bioingeniørene er kvinner. De har mange års yrkeserfaring. Jeg har benyttet to ulike intervjuguider som hjelpemidler under intervjuene, en intervjuguide for pasienter og en annen for bioingeniører. For å komme frem til studiens resultater har jeg benyttet ”ad hoc meningsgenerering” som analysemetode.

Hvordan pasienter opplever møter med bioingeniører, og hvordan bioingeniører opplever møtene med pasienter, kommer an på bioingeniørers tid, deres dagsform, samt hvilke holdninger de har til seg selv, til sitt arbeid, til pasienter og til deres situasjon. Det kommer også an på pasientene, deres forventninger til bioingeniører, og om pasientene har spesielle ønsker i forbindelse med blodprøvetakingen. Spørsmålet er i hvilken grad bioingeniører kan velge hva de vil engasjere seg i. Som mennesker kan vi behandle pasienter som subjekter eller objekter. utfordringen er å være bevisst hvilken makt og hvilke muligheter vi har i menneskelige møter.

Nøkkelord: Pasient og bioingeniør, mellommenneskelige relasjoner, kommunikasjon, kort møte, og blodprøvetaking.

## Abstract

The purpose of this study is to acquire new knowledge that can contribute to the medical laboratory technologists being more conscious as to how they meet patients, in order to improve the quality of this brief meeting. Based on the study's title, *Communication in the short meeting between patient and medical laboratory technologist in conjunction with phlebotomy*, I have investigated two questions;

- How do patients perceive meetings with medical laboratory technologists?
- How do medical laboratory technologists perceive meetings with the patients?

To answer these questions I have used the "qualitative research interview" as a method. Six hospitalised patients and three medical laboratory technologists have been interviewed at an medium-size hospital in Norway. Three of the patients are men and three are women. The medical laboratory technologists are all women with many years' work experience. I have utilized two different interview guides during the interviews, one interview guide for the patients and another for the medical laboratory technologists. In order to arrive at the results of the study I have used "ad hoc meaning generation" for the analysis.

The way in which patients perceive their encounters with medical laboratory technologists, and the way in which medical laboratory technologists perceive their encounters with patients, depends on the amount of time available on the side of the technologists, their physical and mental condition, as well as their attitudes to themselves, to their work, to the patients and to the patients' situation. It also depends on the patients, their expectations in relation to medical laboratory technologists, and whether the patients have specific wishes or requirements in conjunction with the phlebotomy. The question is to what extent medical laboratory technologists can choose what to engage themselves in. As humans we can treat patients as subjects or as objects. The challenge lies in being conscious of our power and possibilities in encounters with other humans.

Keywords: Professional-patient relations, patient satisfaction, interpersonal-communication, medical laboratory technologist, phlebotomists, venipuncture, and phlebotomy.

**FORORD****INNHOLD**

SAMMENDRAG .....	III
ABSTRACT .....	IV
<b>1. INNLEDNING .....</b>	<b>1</b>
1.1 KOMMUNIKASJON I DET KORTE MØTET .....	2
1.2 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....	3
1.3 HENSIKT .....	4
1.4 PROBLEMSTILLINGER, AVGRENSING OG METODE .....	4
1.5 TIDLIGERE FORSKNING .....	5
1.5.1 <i>Forskning relatert til pasienters opplevelser</i> .....	6
1.5.2 <i>Forskning relatert til fag og kunnskapstradisjoner i bioingeniørutdanningene</i> .....	7
1.5.3 <i>Forskning relatert til kunnskap som ligger bak blodprøvetaking</i> .....	8
1.5.4 <i>Forskning relatert til studenter og nyutdannende bioingeniørers refleksjoner</i> .....	8
1.5.5 <i>Forskning relatert til den norske befolkningens tillit til helsetjenesten</i> .....	9
1.6 DISPOSISJON .....	9
<b>2. TEORETISK PERSPEKTIV .....</b>	<b>10</b>
2.1 SKJERVHEIMS TENKNING OM MELLOMMENNESKELIGE RELASJONER .....	13
2.1.1 <i>En tre-leddet relasjon</i> .....	13
2.1.2 <i>En to-leddet relasjon</i> .....	14
2.1.3 <i>Mellommenneskelige handlinger</i> .....	16
2.1.4 <i>Å påvirke den andre ved å overtale eller overbevise</i> .....	18
2.2 LØGSTRUP OG MARTINSENS TENKNING OM MØTER MELLOM PERSONER .....	19
2.2.1 <i>”Gjennom min holdning til den andre er jeg med på å bestemme....”</i> .....	19
2.2.2 <i>Tone og gest, og øyet som ser</i> .....	22
2.2.3 <i>Urørighetssonen</i> .....	27
<b>3. METODE .....</b>	<b>29</b>
3.1 DET KVALITATIVE FORSKNINGSINTERVJUET .....	29
3.2 FORBEREDELSE TIL INTERVJUUNDERSØKELSEN .....	30
3.2.1 <i>Inngang til feltet</i> .....	30
3.2.2 <i>Uvalgskriterier</i> .....	31
3.2.3 <i>Uvalgsprosedyre</i> .....	32
3.2.4 <i>Uvalget</i> .....	32
3.2.5 <i>Prøveintervju og intervjuguider</i> .....	33

3.2.6	<i>Å klargjøre meg selv som instrument</i> .....	33
3.3	FORSKNINGSETISKE OVERVEIELSER .....	35
3.3.1	<i>Anonymisering</i> .....	35
3.3.2	<i>Informasjonsbrev og samtykkeerklæringer</i> .....	36
3.3.3	<i>Intervjusituasjonen</i> .....	36
3.4	GJENNOMFØRING AV INTERVJUENE.....	37
3.5	ANALYSE OG TOLKNING AV DATAMATERIALET .....	39
3.5.1	<i>Transkripsjon</i> .....	39
3.5.2	<i>Valg av analysemetode for videre bearbeiding av intervjutekstene</i> .....	40
3.5.3	<i>Tema som ble analysert frem</i> .....	42
3.6	KRITISKE TANKER TIL METODEN .....	42
3.6.1	<i>Relevans</i> .....	43
3.6.2	<i>Pålitelighet og gyldighet</i> .....	43
3.6.3	<i>Refleksivitet</i> .....	46
<b>4.</b>	<b>PRESENTASJON AV INFORMANTER OG ANALYSE AV FUNN</b> .....	<b>48</b>
	HVORDAN OPPLEVER PASIENTER MØTER MED BIOINGENIØRER?.....	49
4.1	PASIENTERS FORHOLD TIL BLODPRØVETAKING .....	49
4.1.1	<i>Det er ikke noe problem</i> .....	49
4.1.2	<i>"Det er litt vondt med det samme de stikker nålen inn"</i> .....	49
4.1.3	<i>"...og jeg opplever det traumatisk"</i> .....	50
4.2	PASIENTERS FORHOLD TIL BIOINGENIØRER .....	51
4.2.1	<i>"... og jeg har ikke noe vondt å si om noen av disse her"</i> .....	51
4.2.2	<i>"...jeg skal jo tross alt få stilt en diagnose"</i> .....	51
4.2.3	<i>De fungerer som en konstant trussel mot mine blodårer</i> .....	51
4.3	PASIENTERS OPPLEVELSER AV BIOINGENIØRERS ARBEIDSMÅTE.....	52
4.3.1	<i>Profesjonalitet gir trygghet</i> .....	52
4.3.2	<i>Alle pasientene opplever forskjeller i bioingeniørers arbeidsmåte</i> .....	53
4.4	PASIENTERS OPPLEVELSER AV BIOINGENIØRERS ENGASJEMENT .....	54
4.4.1	<i>Om å vise hensyn til pasientene og deres situasjon</i> .....	54
4.4.2	<i>"...generelt er vi lite i dialog"</i> .....	58
4.5	PASIENTERS OPPLEVELSER AV BIOINGENIØRERS TID OG TRAVELHET .....	60
4.5.1	<i>"De har en veldig fart på seg, det har de"</i> .....	60
4.5.2	<i>"Av og til har jeg merket at de har dårlig tid. Det går litt kjappere"</i> .....	61
4.5.3	<i>De som ser ut til å ha det travelt, får meg til å føle meg som et objekt</i> .....	62

HVORDAN OPPLEVER BIOINGENIØRER MØTENE MED PASIENTER?.....	63
4.6 BIOINGENIØRERS FORHOLD TIL BLODPRØVETAKING .....	63
4.6.1 <i>Bioingeniører er i utgangspunktet positive til å ta blodprøver</i> .....	63
4.6.2 <i>Bioingeniører informerer om den bioingeniørfaglige del av behandlingen</i> .....	64
4.7 NÅR PASIENTER UTTRYKKER ANGST FOR BLODPRØVETAKING .....	64
4.7.1 <i>“Da prøver jeg først å snakke med dem, og så ser jeg dem inn i øynene...”</i> .....	64
4.7.2 <i>Da gir bioingeniører pasientene god tid, og viser engasjement</i> .....	65
4.7.3 <i>Da avleder bioingeniører pasientene</i> .....	66
4.7.4 <i>Da respekterer bioingeniører pasientenes valg</i> .....	66
4.8 BIOINGENIØRERS FORHOLD TIL TID OG KONTAKT MED PASIENTER.....	67
4.8.1 <i>Tiden avgjør grad av pasientkontakt, og det er personavhengig</i> .....	67
4.8.2 <i>Prøvetakingen går fortere unna om helgene enn om hverdagene</i> .....	70
4.9 OM BIOINGENIØRERS HOLDNING .....	71
4.9.1 <i>”Jeg prøver å være blid og litt positiv i stemmen, og jeg ser på alle pasientene”</i> .....	71
4.9.2 <i>Det som er betydningsfullt for bioingeniører</i> .....	72
<b>5. DISKUSJON AV FUNN .....</b>	<b>75</b>
5.1 BIOINGENIØRERS ENGASJEMENT I RELASJON TIL PASIENTER.....	76
5.1.1 <i>To-leddet relasjon - pasienter blir behandlet som ting</i> .....	76
5.1.2 <i>Tre-leddet relasjon - pasienter blir behandlet som personer</i> .....	78
5.1.3 <i>Mellommenneskelige handlinger</i> .....	82
5.2 HÅNDBLIFTER AV PASIENTER SOM ER ENGSTELIGE FOR BLODPRØVETAKING .....	84
5.2.1 <i>En angrepsholdning</i> .....	84
5.2.2 <i>”Å se med et hjertelig deltakende øye”</i> .....	85
5.2.3 <i>Overbevisning av pasienter som ikke vil ta blodprøver</i> .....	87
5.3 TID OG TRAVELHET .....	88
5.3.1 <i>Tingliggjøring av pasienter</i> .....	89
5.3.2 <i>Tiden i møte med pasienter som er engstelige for å ta blodprøver</i> .....	90
5.3.3 <i>Kan bioingeniører velge hva de vil engasjere seg i?</i> .....	92
<b>6. FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING .....</b>	<b>94</b>
<b>7. KONKLUSJON OG AVSLUTTENDE KOMMENTARER .....</b>	<b>95</b>
7.1 KONSEKVENSER FOR DET KORTE MØTET .....	96
7.2 NOEN ORD TIL SLUTT .....	97
<b>REFERANSER .....</b>	<b>98</b>
<b>VEDLEGG I-XII .....</b>	<b>100</b>



# 1. Innledning

ALT HANDLAR OM MENNESKE - om å ha dei rette personane på rett plass - og å behandle pasientar som medmenneske og med respekt. I Helse Bergen er menneska den viktigaste ressursen. Vi er difor opptekne av å knytte til oss dei beste fagfolka og legge til rette for at alle tilsette skal trivast og yte sitt beste. Alt med eitt mål for auge: Å gi best muleg behandling og pleie til pasientane våre (AETAT, 2006).

Slik starter utlysningstekster for ledige stillinger for blant annet bioingeniører ved Helse Bergen, Haukeland Universitetssykehus. Innholdet i dette sitatet er aktuelt for denne studiens tema; *Kommunikasjon i det korte møtet mellom pasient og bioingeniør i forbindelse med blodprøvetaking.*

Er det i dagens helse-Norge tilrettelagt for god kommunikasjon i det korte møtet mellom bioingeniør og pasient? I *Bergens Tidende* kan vi lese at i følge SINTEF er Haukeland Universitetssykehus det mest effektive av de store sykehusene i Norge (Hov, 2006, s. 4). ”Økt effektivitet på alle plan har rammet den offentlige sektor. Kapitalismen gjorde tiden til en vare. Slik ble tid penger. Nå gjelder det å bruke tiden effektivt” (Ellingsen, 2005, s. 21). I NITO’s medlemsblad *Refleks* kan vi lese at vi er en del av et teknologisamfunn med stadig økende utviklingstakt, der ”smarte løsninger”, effektivitet og omstillinger stiller store krav til hver enkelt arbeidstaker (Sørensen, 2003). Det skal handles økonomisk. Budsjett strammes, samtidig som arbeidsmengden økes. Bioingeniører skal være raske og effektive. De skal gjøre mest mulig på kortest mulig tid. På en prøvetakingsrunde skal bioingeniører som oftest ta blodprøver av mange pasienter. Tiden de har til rådighet for å utføre dette arbeidet, er ofte begrenset.

Hvor lang tid bioingeniører bruker på blodprøvetaking varierer. Husøy (2005) viser til Howanitz med flere, som beskriver erfaringer som viser at en venepunksjon tar gjennomsnittlig cirka seks minutter. 25 % av venepunksjonene utføres på mindre enn fem minutter, og 10 % tar mer enn 10 minutter.

Hvordan benytter bioingeniører tiden de har til rådighet i deres korte møter med pasienter? Er de bevisst hvilken makt de har, med tanke på å påvirke det korte møtet, slik at det kan få

positive eller negative følger for pasientene? På forsiden av yrkesetiske retningslinjer for bioingeniører, NITO (2005), står følgende tekst, skrevet av Seljeskog & Hov;

Glem aldri at hver dag gir deg en mulighet – mulighet til å sette livsvarige minner i et medmenneske. Du er i besittelse av en makt – den makt som gjør at den som mottar din tjeneste er prisgitt deg, dine luner, ditt humør, ditt engasjement og din dagsform. Midt i en håpløs situasjon kan du velge om du vil bli et godt eller dårlig minne som pasienten aldri glemmer.

Bioingeniører har muligheter. Hvordan disse mulighetene benyttes kommer til uttrykk for pasienter. ”Prøvetakeren spiller en viktig rolle i pasientens hverdag og for pasientenes følelse av tilfredshet. Selv om prøvetakers møte med pasienten er kort, er det viktig at prøvetakeren opptrer profesjonelt og utøver ekspertise og kunnskap. Alle pasienter skal behandles med respekt” (Husøy, 2005, s. 16). Pasienter kan oppleve å bli imøtekommet på en medmenneskelig og respektfull måte, ved at det vises interesse for dem som hele personer (Alvsvåg, 1993). Dette kan komme til uttrykk ved at bioingeniører for eksempel tar på pasientenes arm på en respektfull måte i forbindelse med prøvetakingen, og at de er oppmerksomme og tar hensyn til pasienter og deres situasjon. På denne måten kan pasienter oppleve å bli sett. Det handler om å bli lagt merke til, at ”de er noen”, at de blir behandlet med respekt (Bårdsen, 1999). I motsetning til dette kan det vises interesse for kun en del av personen (Alvsvåg, 1993). Et eksempel på dette er at bioingeniører kun viser interesse for pasientenes arm, som de ønsker å finne en åre i. Hva og hvordan bioingeniører kommuniserer, kan ha stor betydning for hvordan pasienter opplever det korte møtet.

## 1.1 Kommunikasjon i det korte møtet

Med tema; *kommunikasjon i det korte møtet mellom pasient og bioingeniør i forbindelse med blodprøvetaking*, tenker jeg på det som formidles gjennom ord, og det som kommer til uttrykk gjennom toner og gester (kroppsspråk). Begrepet kommunikasjon kommer fra det latinske ”communicare” som betyr å gjøre felles (Fuglestad & Mørkeseth, 1996). Mellommenneskelig kommunikasjon er både overføring av informasjon og personlig møte. Når to personer snakker sammen, snakker de om noe. Å snakke om noe er å overføre et budskap, informasjon om en sak overføres (Nessa, 2003). Når en pasient og en bioingeniør

snakker om noe, vil innholdet av budskapet de overfører til hverandre bli felles for begge parter. Like viktig er metakommunikasjonen, nemlig hvordan relasjonen mellom de to konstitueres, og det handler om mye mer enn det tematiske budskapet. Språk er tanker og følelser, samt forstand og meninger. Språk er møte med andre, og møte med seg selv (Nessa, 2003). I alle møter mellom mennesker, uansett omstendigheter møtet finner sted i, samt hvilken karakter det har, ligger det en uutalt fordring. Uansett hvor mange måter kommunikasjonen mellom oss kan utarte seg på, så består den alltid i å våge seg fram for å bli imøtekommet (Løgstrup, 2000/1956). Det handler om å bli tatt imot, tatt alvorlig og ikke slått handen av. I dette ligger det etiske grunnfenomen, det å våge seg frem. Man appellerer til den andre om oppmerksomhet, om å bli sett som betydningsfull og vedkommende, selv om vi ikke kjenner hverandre. På denne måten ønsker man å både uttrykke seg og presentere seg (Martinsen, 2000).

## 1.2 Bakgrunn for valg av tema

Siden sommeren 1998, da jeg var nyutdannet bioingeniør og begynte å arbeide på et laboratorium der blodprøvetaking er en del av bioingeniørers arbeidsoppgaver, har jeg hatt interesse for kommunikasjon i det korte møtet mellom pasient og bioingeniør. Denne interessen har økt etter mer yrkeserfaring jeg har fått. Jeg har tidligere arbeidet som hjelpepleier på sykehus, og denne erfaringen har gitt meg god innsikt i hvordan pasienters tilværelse kan være. Som hjelpepleier tilbringer man mer tid sammen med pasienter, sammenlignet med bioingeniører som vanligvis har korte møter med dem.

I fagbladet, *Bioingeniøren*, kan vi lese om en bioingeniør, ansatt ved St. Olavs hospital, som ikke ønsker pasientkontakt, og som nylig er blitt pålagt blodprøvetaking som en del av sine arbeidsoppgaver (Hansen, 2006). Hun sier; ”Jeg er pålagt en oppgave som jeg ikke ønsker, og som jeg valgte bort da jeg begynte å jobbe på mikrobiologisk laboratorium” (Hansen, 2006, s. 14). Om bioingeniører ønsker, eller ikke ønsker pasientkontakt, kan komme til uttrykk for pasienter i de korte møter.

Kommunikasjon er avgjørende i alle mellommenneskelige møter, og settes gjerne på særlig prøve i korte møter, slik relasjonen er mellom pasient og bioingeniør i forbindelse med

blodprøvetaking. I mitt yrke som bioingeniør har jeg opplevd at hva jeg sier, og hvordan jeg uttrykker meg for pasienter, kan ha stor betydning for hvordan både pasienter og jeg, opplever det korte møtet.

### 1.3 Hensikt

Hensikten med denne studien er å få ny kunnskap som kan bidra til at bioingeniører blir mer bevisst på hvordan de møter pasienter, slik at kvaliteten på det korte møtet kan bli bedre. Av denne grunn ser jeg det som viktig å bringe resultatene og vurderingen inn i undervisningen av nye bioingeniører.

### 1.4 Problemstillinger, avgrensning og metode

Det er to problemstillinger jeg spesielt vil undersøke når det gjelder kommunikasjon:

- Hvordan opplever pasienter møter med bioingeniører?
- Hvordan opplever bioingeniører møtene med pasienter?

I følge policydokumentet, *Blodprøvetaking i sykehus. Mer enn bare et stikk*, har pasienter rett til at prøvetakingen blir utført på en så skånsom, korrekt og effektiv måte som mulig (NITO, 2003). Jeg vil aktualisere problemstillingene med et eksempel ut fra egen erfaring. Jeg var alene bioingeniør på seinvakt, og skulle ta blodprøver av en ung kvinne, som sa at hun var engstelig for blodprøvetaking, og at jeg fikk ta prøver av henne på den betingelse, at noen la seg over henne under prøvetakingen, og holdt henne fast. I hver situasjon kreves det av meg at jeg på nytt tar stilling til, og gir oppmerksomhet til hva nettopp denne situasjonen som jeg nå befinner meg i, har å fortelle meg (Buber, 2000). I den situasjonen som jeg befant meg i, var jeg opptatt av å finne en løsning på problemet, slik at jeg kunne oppfylle den engstelige, unge kvinnens ønske. Jeg kontaktet en sykepleier, forklarte situasjonen, og spurte om hjelp. Vedkommende var straks behjelpelig. Sykepleieren la seg over pasienten, og holdt henne fast mens jeg tok blodprøvene. Prøvetakingen ble utført raskt og greit. Etter prøvetakingen ga pasienten uttrykk for at hun var svært fornøyd med måten dette ble gjort på. Dette er et eksempel på at jeg benyttet mine muligheter til å oppfylle den engstelige

kvinnens ønske, slik at det korte møtet ble en positiv opplevelse for henne. Dermed ble dette møtet også en positiv opplevelse for meg.

I møter mellom pasienter og bioingeniører er det ofte tilrettelag for at man kan veksle noen ord med hverandre. Det kan også være at pasienter befinner seg i en situasjon der dette ikke er mulig, eller faller naturlig. I denne studien avgrenses problemstillingene til møter mellom bioingeniører og voksne, inneliggende pasienter som er ”friske nok” til å samtale. Noen få polikliniske møter vil bli belyst som eksempler fra pasienter som deltar i intervju i denne undersøkelsen.

For å få ny kunnskap om hvordan pasienter og bioingeniører opplever de korte møter, benyttes det kvalitative forskningsintervjuet som metode. Denne metoden, samt fremgangsmåten jeg har brukt, gjør jeg rede for i kapittel tre.

## 1.5 Tidligere forskning

Jeg har fått hjelp fra en universitetsbibliotekar til å søke tidligere forskning i følgende databaser;

PUBMED: den største medisinske internasjonale database på tidsskriftartikler

NORAT: en database med norske og nordiske tidsskriftartikler

EMBASE: en vesteuropeisk orientert database, internasjonale medisinske artikler

ISI Web of Science: en database med internasjonale artikler fra alle fag

CINAHL: en database med internasjonale artikler innen sykepleie

PsycINFO: en database med internasjonale artikler innen psykologi

Det har vært en utfordring å finne passende internasjonale studier utført av bioingeniører, om kommunikasjon i det korte møtet mellom pasient og bioingeniør i forbindelse med blodprøvetaking. Det er gjort lite med hensyn til å studere dette tema.

Universitetsbibliotekaren og jeg har ikke funnet noen som har studert dette tema både fra pasienters- og bioingeniørers perspektiv, men jeg har funnet fire norske hovedfagsoppgaver som på ulike måter kan knyttes til kommunikasjon i det korte møtet mellom pasienter/blodgivere og bioingeniører/bioingeniørstudenter. Jeg har i tillegg valgt ut to

hovedfagsoppgaver utført av henholdsvis en radiograf, og en anestesisykepleier, samt en nasjonal telefonundersøkelse, som på ulike måter er relevante for min masteroppgave.

Overnevnte studier vil videre presenteres i følgende fem kategorier; forskning relatert til pasienters opplevelser, forskning relatert til fag og kunnskapstradisjoner i bioingeniørutdanningene, forskning relatert til kunnskap som ligger bak blodprøvetaking, forskning relatert til studenter og nyutdannende bioingeniørers refleksjoner, samt forskning relatert til den norske befolknings tillit til helsetjenesten.

### **1.5.1 Forskning relatert til pasienters opplevelser**

Radiograf og stråleterapeut Berit Bårdsen (1999) har utført en hovedfagsoppgave med tema ”Omsorg i det korte møtet.” Hensikten med hennes studie var å bidra til empirisk og teoretisk forståelse av hva stråleterapi-pasienter opplever som sitt omsorgsbehov i møte med stråleterapeuten. Hun benyttet et halvstrukturert kvalitativt forskningsintervju som metode, og intervjuet ni pasienter mellom 29-79. Grounded Theory ble brukt som metode for å søke etter en dominerende prosess eller fenomen innenfor forskningsområdet. I Bårdsens oppgave fremkom ”Se meg” som et slikt dominerende fenomen, teoriens kjernekategori. Bårdsen redegjør for kjernekategoriens egenskaper, det vil si stråleterapeuters atferd som fører til at stråleterapi-pasientene opplever seg som sett. Hun fant at grunnlaget for ”Omsorg i det korte møtet” var å møte pasienten på vedkommendes premisser (Bårdsen, 1999).

Anestesisykepleielærer Sidsel Ellingsen (2004) har gjort en kvalitativ hovedfagsoppgave i helsefag hovedfag, spesialfag sykepleievitenskap, med tittelen; ”Friske pasienters opplevelse av den preoperative periode”. For å forstå hva som var felles for dem i den preoperative opplevelsen, intervjuet hun 12 pasienter som skulle få utført ulike kirurgiske inngrep. Begge kjønn var representert, med forskjellig alder. På tross av ulikheter blant informantene fant hun blant annet følgende hovedtema som viste seg som fremtredende; Pasientene hadde positive forventninger til å få utført inngrepet. De hadde følelsen av å bli oversett med hensikt, fra avdelingspersonalet. De opplevde tillit til leger, og mistillit til pleiepersonalet (Ellingsen, 2004).

### **1.5.2 Forskning relatert til fag og kunnskapstradisjoner i bioingeniørutdanningene**

Eivind Drange (1995) har gjort en kvalitativ hovedfagsoppgave i administrasjon og organisasjonsvitenskap, med tittelen ”Fra helsearbeider til ingeniør?: en studie av bioingeniøryrket i spenningsfeltet mellom et helsearbeiderideal og et ingeniørideal, 1949-1993”. Han intervjuet totalt 20 bioingeniører som hadde studert ved høyskolen i Trondheim, høyskolen i Tromsø, og høyskolen i Bergen. Totalt tre ansvarlige ansatt ved hver av disse høyskolene ble også intervjuet. I tillegg intervjuet han to forbundsledere. Han benyttet strukturerte intervju. Funn viser at når høyskolene i Norge i større grad fikk mulighet til å utvikle en utdanning av bioingeniører som var tilpasset deres egne ønsker, behov, ressurser, og idealer, utviklet de ulike høyskolene seg i ulike retninger. Ved de tre overnevnte høyskolene er bioingeniørutdanningene tett knyttet opp mot henholdsvis ingeniøridealet, helsearbeideridealet, og til en mellomstilling mellom ingeniør- og helsearbeideridealet (Drange, 1995).

Høyskolelærer Turid Beck (2002) har utført en hovedfagsoppgave i helsefag hovedfag, med spesialfag pedagogikk, med tittelen; ”Fra laboratoriesøster til laboratorietekniker. Etableringen av bioingeniørutdanningen på Ullevål sykehus – prosessen, konfliktene og premissene”. Hensikten med denne oppgaven var å forstå hva som særpreger bioingeniørens kunnskapsgrunnlag, samt skape bevissthet om faglige tradisjoner i bioingeniørutdanningene, og hva som ligger til grunn for disse tradisjonene. Hun gikk til historien for å studere etableringen av en bioingeniørutdanning. Laboratorieskolen på Ullevål sykehus skilte seg ut fra de andre laboratorieskolene når det gjaldt faglig innhold, og ble derfor gjenstand for hennes undersøkelse. Hun brukte kvalitativt forskningsintervju og dokumentanalyse som metode. Funn viser at da det ble aktuelt å utdanne laboratorieteknikere istedenfor laboratoriesykepleiere på Ullevål sykehus, viste det seg at laboratoriesykepleierne i større grad var opptatt av pasient og sykdom enn laboratorieteknikerne. Laboratorieteknikerne hadde sitt fokus rettet mot de tekniske oppgavene i laboratoriet (Beck, 2002).

### **1.5.3 Forskning relatert til kunnskap som ligger bak blodprøvetaking**

Høgskolelærere Bjarne Hjeltnes og Kari Vikerhaugen (1997) har utført en kvalitativ hovedfagsoppgave i spesialpedagogikk, med tittelen; ”Stikket: en studie av kunnskap som ligger bak blodprøvetaking”. De brukte observasjon som metode, og observerte fem forskjellige bioingeniører. De var med hver enkelt bioingeniør på prøvetakingsrunder i to til tre dager, og i løpet av denne tiden ble det utført 22-32 prøvetakinger av hver bioingeniør. Det ble satt fokus på den delen av yrkesfunksjonen hvor bioingeniører har direkte kontakt med pasienter i forbindelse med blodprøvetaking. Funn i denne studien viser at bioingeniørene benyttet seg av flere former for kunnskap når de utførte prøvetaking. Det så ut til at de brukte faktakunnskap som de blant annet omsatte i handling om prosedyrer i forskjellige faser av prøvetakingen. De kommunikative ferdighetene ble spesielt viktige når pasienten hadde vanskeligheter med å samarbeide om prøvetakingen. Bioingeniørenes kunnskap så også ut til å inneholde former av moralsk kunnskap som kom til uttrykk i blant annet måten bioingeniører forholdt seg til pasienter på (Hjeltnes & Vikerhaugen, 1997).

### **1.5.4 Forskning relatert til studenter og nyutdannende bioingeniørers refleksjoner**

Høgskolelektor Rikke Wilhelms (2001) har gjort en kvalitativ hovedfagsoppgave i helsefag hovedfag, med tittelen; ”Ny i faget og ny på jobben; en studie av nye bioingeniørers refleksjoner i møte med en yrkeskultur”. De åtte informantene som deltar i studien, er henholdsvis bioingeniørstudenter i tredje studieår, samt nyansatte bioingeniører som nylig har avsluttet sin utdanning. Datamaterialet er hentet fra korrespondanse via elektronisk post, mellom hver enkelt informant og forsker. Denne korrespondansen styres av informantene i form av selvvalgte tema de forteller om, samt antall brev. Forsker sender svarbrev med tanke på å oppmuntre informantene til videre refleksjoner om deres utvalgte emner. Funn viser at flere av informantene er opptatt av blodgivere og pasienter, og de trekker frem mange aspekter i sine refleksjoner i møte med disse to gruppene. Et flertall av informantene tar opp situasjoner med pasientkontakt. For studentene er møter med pasienter og blodgivere viktig. Noe jeg finner svært interessant i denne oppgaven er bioingeniørstudent, Marianne, som uttrykker seg slik;



Temaet jeg har vært mest fokusert på tror jeg er bioingeniørers opptreden overfor pasienter, og hvordan pasienter ser på bioingeniører. Dette synes jeg er et interessant tema, særlig fordi jeg har opplevd en rekke episoder omkring dette. Ofte er det vanskelig å vite hvordan man skal opptre, særlig ettersom jeg "bare" er "student"(Wilhelms, 2001, s. 64).

Det som kommer til uttrykk fra denne bioingeniørstudenten, kan være med å begrunne hvorfor Wilhelms (2001) ønsker å inspirere til videre forskning der bioingeniørers forhold til pasienter, er forslag til tema. Dette er en av de problemstillingene jeg ønsker å belyse.

### **1.5.5 Forskning relatert til den norske befolknings tillit til helsetjenesten**

På vegne av Pfizer - Partner for bedre helse, har Norstat gjort en nasjonal undersøkelse der 4001 personer har deltatt i telefonintervju. Spørsmålene som ble stilt er utviklet og testet i samarbeid med Statistisk sentralbyrå, etter de metodene Statistisk sentralbyrå anbefaler for spørreskjema de benytter seg av. Funn viser blant annet at 67% av de intervjuede har tillit til fastlegen sin, 49 % har tillit til offentlige sykehus, 36 % har tillit til private sykehus, og 39 % har tillit til sykepleierne (Pfizer, 2006).

Leder ved Bioingeniørfaglig institutt, Gry Andersen, skriver i fagbladet *Bioingeniøren* at norsk helsevesen har et problem, da under halvparten av deltakerne i overnevnte undersøkelse har tillitt til norske sykehus. Hun beskriver den manglende tilliten som systemkritikk (Andersen, 2006).

## **1.6 Disposisjon**

Jeg vil videre i andre kapittel, gjøre rede for teori relatert til studiens empiri som belyser de to problemstillingene. Her vil jeg benytte tanker fra følgende filosofer; Hans Skjervheim, Knud Eiler Løgstrup og Kari Martinsen. Deretter, i tredje kapittel, vil jeg redegjøre for valg av metode og metodisk fremgangsmåte. Så vil jeg i fjerde kapittel, presentere informanter og analyse av funn. I femte kapittel diskuteres utvalgte hovedfunn. I det sjette kapittelet vil jeg beskrive forslag til videre forskning, før jeg i det siste og syvende kapittelet presenterer konklusjon og avsluttende kommentarer.

## 2. Teoretisk perspektiv

Med utgangspunkt i prosjektets tema og studiens empiri vil jeg benytte relevant teori om hvordan pasienter opplever møter med bioingeniører, og hvordan bioingeniører opplever møtene med pasienter. I og med at jeg vil kaste lys over informantenes opplevelser og erfaringer, er det naturlig å benytte teorier fra filosofer tilknyttet den fenomenologiske tradisjonen, som denne studien er forankret i. Jeg velger å benytte tanker fra den norske filosofen Hans Skjervheim (1926-1999), den danske filosofen og teologen Knud Eiler Løgstrup (1905-1981), og den norske filosofen Kari Martinsen (1943 - ). I følge Martinsen (2005) har Skjervheim og Løgstrup mange paralleller i sin tenkning. Skjervheim brakte fenomenologien til Norge, og Løgstrup brakte den til Danmark. Begge var på dannelsesreise i Tyskland. De var med på å flytte filosofien ut av det akademiske rom, og ut i det hverdagslige rom som en del av vårt dagligliv og yrkesliv. Martinsen er inspirert av både Skjervheim og Løgstrups tenkning. Jeg vil videre innledningsvis presentere disse filosofene, samt kort beskrive sider av deres tenkning med relevans for denne studiens empiri.

### Hans Skjervheim

Nøkkelen til Skjervheims filosofi er å forstå hans forståelse av den andre (Aarnes, 2001/1996). Han var opptatt av å bevege seg utover mot det medmenneske han hadde foran seg, i lyttende, smilende dialog, alltid interessert og engasjert i det den andre sa (Martinsen, 2005). Enhver samtalepartner var en ny begynnelse. Når han lyttet, gjaldt hans bekymring blant annet at dette medmenneske ikke skulle bli et offer, gjøres til en ting, eller en forekomst (Aarnes, 2001/1996).

Skjervheims innsats er tilknyttet vitenskap og forskning innen filosofi, psykologi, pedagogikk, sosiologi og estetikk. Hans forfatterskap er et av de betydeligste og mest innflytelsesrike i norsk og nordisk filosofi (Aarnes, 2001/1996). I 1950, 1960 og 1970-årene skrev Skjervheim seg inn i positivismestriden. Det største problemet der var distansenes trussel mot de mellommenneskelige relasjoner (Martinsen, 2005).

I 1957 debuterte Skjervheim som filosof med essayet *Deltakar og tilskodar* (Aarnes, 2001/1996). I dette essayet drøfter han to ulike holdninger vi kan ha til den andre; en subjekt/subjekt-relasjon til forskjell fra en subjekt/objekt-relasjon (Skjervheim, 2001/1996).

Disse holdningene er viktige å ha som grunnlag til dette kapittelet som helhet, og kan brukes som eksempler når Skjervheim i essayet *Det instrumentalistiske mistaket* fra 1972, gjør rede for mellommenneskelige handlinger (Skjervheim, 2001/1996). Selve blodprøvetakingen i det korte møtet mellom pasient og bioingeniør er en instrumentell handling som er nødvendig med tanke på å bedre pasientenes liv. Det instrumentalistiske mistaket oppstår dersom bioingeniører har en grunnleggende instrumentell holdning i møte med pasienter, noe som kommer til uttrykk ved å behandle dem som objekter. Å derimot utføre den instrumentelle handlingen, blodprøvetaking, og samtidig behandle pasienter som subjekter, er et eksempel på det korte møtet uten det instrumentalistiske mistaket.

### **Knud Eiler Løgstrup**

Løgstrup arbeidet som professor i etikk ved universitetet i Århus, og fikk der stor innflytelse. Med sitt forfatterskap forsøker han å finne alternativer til moderne tids tenkemåte, med konsekvenser for blant annet etikk og moral. *Den etiske fordring* kom ut i 1956. Boken er like aktuell i dag, og den er for lengst blitt en klassiker blant moderne etikkbøker (Christoffersen, 2000). Tanker som fremkommer i denne boken er aktuelle med tanke på den makten bioingeniører har i møter med pasienter, og hvordan den brukes. Når vi utleverer oss til hverandre har vi også makt over hverandre. I denne makten melder den etiske fordring seg, og krever at vi tar vare på vår nestes liv som vi har i vår hånd. Fordringen sier ikke noe om *hvordan* vi skal ta vare på vår nestes liv. Vi må selv bruke vårt vett og vår forstand, og ikke minst vår fantasi. Vi må kunne sette oss inn i den andres sted. Det grunnleggende er og blir *makten*. Den kan vi ikke løpe ifra. Den må vi bruke, til godt eller ondt, til å rive ned eller bygge opp. Å være nøytral er umulig (Christoffersen, 2000). Ved hjelp av kunnskap, fornuft og fantasi kan bioingeniører forsøke å sette seg inn i pasientenes situasjon, med tanke på å benytte den makten de har på en slik måte at møtene kan bli en positiv opplevelse for pasienter. I motsetning til dette kan den brukes slik at pasienter får en negativ opplevelse av de korte møter, ved at bioingeniører behandler dem som objekter.

I *Den etiske fordring* gjør Løgstrup rede for vår holdning til den andre, og hvordan den har innvirkning på andres liv. Han er også opptatt av betydningen av tone og gest, som handler om det som kommer til uttrykk i gest (kroppsspråk), stemmeføring og tonefall (Løgstrup, 2000/1956). I *System og symbol* gjør Løgstrup (1982) rede for urørlighetssonen. Den har med våre indre grenser å gjøre, og respekt for disse.

## **Kari Martinsen**

Martinsen har bakgrunn som sykepleier og filosof, og arbeider med omsorgsfilosofi, etikk, fenomenologi og historie. Hun har skrevet en rekke bøker og artikler innenfor blant annet omsorgsfilosofi. Fra mai 2002 har hun arbeidet som professor ved Seksjon for sykepleievitenskap ved Universitetet i Bergen (Martinsen, 2005).

Som mennesker og som profesjonelle yrkesutøvere med pasientkontakt, er vi utfordret til å leve slik at den gode mening som er gitt oss med vår tilværelse, kommer til uttrykk i relasjon til pasienter. Det er opp til oss som fagpersoner hvordan vi konkret kan uttrykke dette. Filosofien som Martinsen bygger sin tenkning på, kan bidra til å gi oss måter å tenke på som vi kan reflektere inn i enkeltsituasjoner tilknyttet de korte møter med pasienter (Alvsvåg, 2006).

I *Øyet og kallet* gjør Martinsen rede for øyet som formidler både menneskelighet og fagkunnskap. Hun drøfter mange måter å se den andre på, samt ulike måter å bli sett på (Martinsen, 2000). I *Samtalen, skjønnets og evidensen* redegjør hun for samtalen, kommunikasjonen og sakligheten i omsorgsyrkene (Martinsen, 2005). Dette er også relevant i bioingeniøryrket, der møter med pasienter er en viktig del av bioingeniørers arbeid.

Både Skjervheim, Løgstrup og Martinsen er opptatt av *hvordan vi møter hverandre*, og for alle tre er saken, eller det vi taler om, viktig (Martinsen, 2005). Derfor anser jeg utvalgt teori som relevant, da dette er grunnleggende for hvordan både pasienter og bioingeniører opplever de korte møter.

Jeg vil først redegjøre for Skjervheims tenkning om mellommenneskelige relasjoner. Hans tenkning vil jeg knytte til relasjoner mellom pasient og bioingeniør som på ulike måter kommer til uttrykk som subjekt-subjekt relasjoner, eller subjekt-objekt relasjoner. Dette er noe som kommer til uttrykk i store deler av dette kapittelet. Jeg vil deretter gjøre rede for møter mellom personer, ved å benytte tanker fra Løgstrup og Martinsen. Det vil bli lagt vekt på våre holdninger til andre, tone og gester, og øyet som ser, urørlighetssonen, samt tiden som er en viktig del av det korte møtet.

## 2.1 Skjervheims tenkning om mellommenneskelige relasjoner

Jeg vil først belyse en tre-leddet relasjon. Deretter vil jeg ta for meg en to-leddet relasjon. Så vil jeg gjøre rede for mellommenneskelige handlinger. Til slutt vil jeg kort beskrive forskjellen på begrepene overtale og overbevise, med tanke på å påvirke andre.

### 2.1.1 En tre-leddet relasjon

En tre-leddet relasjon består av meg, den andre, og den sak vi er felles om å tale om. Jeg og den andre er felles om noe tredje. Vi har et felles problem eller sak, der jeg og den andre er medsubjekter i forhold til samme sak. Jeg er deltakende i, og lar meg engasjere i den andres sak eller problem. Jeg kan bli engasjert om den andre kommer med en vurdering, og da kan jeg eventuelt komme med en annen vurdering (Skjervheim, 2001/1996). Kan den tre-leddede relasjonen knyttes til yrkesetiske retningslinjer for bioingeniører? (NITO, 2005). I følge punkt 2.1–2.4 i disse retningslinjene skal bioingeniører utføre sitt yrke slik at pasienter føler trygghet. De skal ta hensyn til, og rette sin oppmerksomhet mot pasientene, samt gi dem informasjon om den bioingeniørfaglige delen av behandlingen. I følge disse retningslinjene skal bioingeniører delta, og la seg engasjere dersom pasienter for eksempel uttrykker smerter, angst, eller uro i forbindelse med blodprøvetakingen. Eller når pasienter stiller spørsmål til bioingeniører, eller de ønsker å dele noe annet. Da er bioingeniør og pasient medsubjekter i forhold til en felles sak, og relasjonen er tre-leddet.

For å aktualisere Skjervheims tenkning om en tre-leddet relasjon til det korte møtet mellom pasient og bioingeniør i forbindelse med blodprøvetaking, vil jeg også gi et eksempel ut fra egen erfaring. Det handler om et møte jeg hadde med en ung kvinne som nylig hadde tatt abort, som skulle ta blodprøver i poliklinikken. Da jeg gjorde klart prøvetakingsutstyret småpratet jeg med henne om hverdagslige ting. Da jeg stakk henne og fylte prøverørene, lyttet jeg da hun begynte å fortelle om aborten, sitt forhold til barnefaren, og hva som var vanskelig for henne. Øynene hennes var fylt av tårer. Etter prøvetakingen tok jeg meg litt ekstra tid til å prate med denne kvinnen. Da vi skiltes takket hun for praten, sa at den hadde gjort henne godt, og hun smilte til meg da hun gikk ut døren. I denne relasjonen mellom den unge kvinnen og meg, ble det hun fortalte en felles sak for oss. Jeg deltok i, og engasjerte

meg ved å lytte til henne, snakke med henne, og ved å ta meg tid. Relasjonen var tre-leddet (Skjervheim, 2001/1996).

Engasjement er ikke en egenskap som vi av og til har, og av og til ikke har. Det er heller ikke ment som en følelse. Vi mennesker er i verden, og dermed er vi engasjerte i noe. Vi kan derfor ikke velge om vi vil være engasjerte, men vi kan velge hva vi vil engasjere oss i. Det første vi velger, er å selv ta valget (Skjervheim, 2001/1996). I relasjonen mellom pasient og bioingeniør i overnevnte eksempel, valgte bioingeniøren å engasjere seg i pasienten og det vedkommende ønsket å dele.

### 2.1.2 En to-leddet relasjon

Dersom jeg ikke lar meg engasjere i den andres problem, ikke bryr meg om saken vedkommende refererer til, men konstaterer som et fakta at vedkommende refererer til denne saken, er relasjonen to-leddet. Den andre og det den andre sier er et fakta for meg i min verden. Jeg og den andre deler ikke samme sak. Vi lever i hver våre verdener. På denne måten objektiviserer jeg den andre (Skjervheim, 2001/1996).

Kan bioingeniører komme i den situasjon at deres relasjon til pasienter blir to-leddet? I fagbladet *Bioingeniøren* kan vi lese om en erfaring som en kvinnelig pasient gjorde da hun startet dagen sin på laboratoriets poliklinikk, før hun skulle til behandling i kreftpoliklinikken. Den stressede bioingeniøren som skulle utføre prøvetakingen ba henne sette seg og trekke opp jakkeermet. Blodprøvene ble tatt raskt og smertefritt, men bioingeniøren hadde ikke en eneste gang møtt pasientens blick, og pasienten følte seg usynlig. Bioingeniøren hadde sett armen, men ikke pasienten. Resultatet av dette møtet ble at pasienten etterpå følte seg elendig, og resten av dagen hennes var ødelagt (Hansen, 2001). Slik jeg forstår denne hendelsen, så engasjerte ikke bioingeniøren seg i pasienten i det korte møtet, men var kun opptatt av sin sak, få tatt blodprøvene så raskt som mulig. Relasjonen var to-leddet (Skjervheim, 2001/1996). Pasienten levde i sin verden som kreftsyk, og hun ble i tillegg tingliggjort i møte med bioingeniøren. Bioingeniøren levde i sin verden, der pasienten var et objekt som vedkommende skulle ta blodprøver av på kortest mulig tid. Man kan velge å overse og overhøre den andre. Man kan være så opptatt av noe at den andre ikke blir lagt merke til. Det tekniske kan man mestre på en god måte, samtidig som pasienten blir oversett.

Blir subjekter behandlet som objekter, vil de oppleve ubehag (Alvsvåg, 1993). Bioingeniøren i den beskrevne hendelsen utførte det tekniske, selve blodprøvetakingen på en god måte, men vedkommende overså pasienten. Dette medførte at pasienten følte ubehag, og resten av dagen hennes ble ødelagt fordi hun i møte med bioingeniøren ble objektivert.

Psykologi og sosiologi er vitenskaper om fakta, skriver Skjervheim (2001/1996). Om menneskelige meninger blir behandlet som fakta blir mennesker objektivert (Skjervheim, 2001/1996). I eksempelet i avsnittet over følte pasienten seg tingliggjort blant annet fordi bioingeniøren ikke en eneste gang møtte blikket hennes. Pasienten følte seg oversett som person. Pasienter kan imidlertid også føle seg tingliggjort nettopp på grunn av blikket de blir møtt med. Gjennom et avkledende, gjennomskuende psykologisk blikk, er det lett for å føle seg ille til mote, skriver Skjervheim. Psykologer kjenner til at mennesker som møter dem har lett for å kneppe seg til, på en karakteristisk måte. Dette er en forsvarsholdning mennesker inntar, for å forsvare sitt ego, fordi en objektivierende innstilling oppfattes som en angrepsholdning. Ved å objektivere den andre, går man til angrep på den andres frihet. Man gjør den andre til fakta, en ting i sin verden, og dermed kan man skaffe seg makt over den andre (Skjervheim, 2001/1996). Objektivierende blikk kan være av ulike slag, et kan overse den andre, et annet kan avkle den andre. Blir pasienter møtt på en objektivierende måte av bioingeniører, kan de føle seg angrepet, noe som fører til at de inntar en forsvarsholdning for å beskytte seg selv.

Når en angrepsholdning er dominerende i forhold til den andre, går man til angrep på den andres frihet til å ha sin egen selvforståelse, den andres rett til å ha meninger og sine vurderinger. Man forstår den andre bedre enn den andre forstår seg selv. Er man opptatt av å være herre i en relasjon, objektivierer man den andre, og dermed er det ikke mulighet for at en samtale kan finne sted. Relasjonen er to-leddet, når objektivering av den andre blir en grunnholdning. Dette kalles også objektivisme (Martinsen, 2005). Dette blir synliggjort når bioingeniører gir uttrykk for at de forstår pasienter bedre enn de forstår seg selv. Pasienter blir angrepet av bioingeniører som ved en slik holdning viser at de har makt over pasienter. Med en angripende holdning der makten er dominerende, er ikke bioingeniører åpne for samtale eller for pasientenes meninger, og pasientene ser derfor ikke noen mulighet for at en samtale kan finne sted.

Objektiverer man den andre, er det ikke lett å samtidig ta den andre og det vedkommende sier alvorlig. Behandler man det den andre sier som et fakta, så stiller man seg selv utenfor med hensyn til det den andre snakker om, og man gjør seg selv til en fremmed med hensyn til det. Den andre, eller det den andre sier fremtrer da som fremmed for en selv, det fremmede er nettopp det man ikke deltar i, eller er i stand til å delta i (Skjervheim, 2001/1996). Denne tenkningen kan anvendes i møte mellom pasient og bioingeniør ved at en pasient av ulike grunner søker kontakt med den bioingeniøren som kommer for å ta blodprøver. Bioingeniøren kan objektivere pasienten ved å ikke engasjere seg i pasientens sak eller problem. Pasienten, eller det vedkommende sier fremtrer da som fremmed for bioingeniøren. Det som er fremmed, er det bioingeniøren ikke deltar i, eller føler seg i stand til å delta i, det pasienten gir uttrykk for. Det som blir fremmed, blir fremmed fordi bioingeniøren velger å la være å engasjere seg i det pasienten uttrykker. Eller det kan være at bioingeniøren ikke har kunnskap om hvordan vedkommende skal håndtere en slik situasjon, og opplever derfor situasjonen som vanskelig.

### 2.1.3 Mellommenneskelige handlinger

Begrepet teknologi kommer fra det greske ordet *tekhne*, som inkluderer det vi i dag kaller håndverk og kunst (Grimen, 2004). Blodprøvetaking er et eksempel på håndverk utført av bioingeniører, som også er en instrumentell handling. Grimen (2004) viser til Aristoteles som skilte *tekhne* som er en type praktisk kunnskap om hvordan ting lages, fra *fronesis*, som også er en praktisk kunnskap, men denne kunnskapen går ut på å handle moralsk klokt. Ved *tekhne* er produktet målet, ved *fronesis* er handlingen målet. Med *fronesis* har man evne til å vurdere hvordan man skal handle i konkrete situasjoner for å fremme det som er moralsk godt for mennesker. Når bioingeniører benytter sine kunnskaper til å vurdere hvordan de på best mulig måte kan håndtere pasienter som for eksempel er engstelige for å ta blodprøver, med tanke på at prøvetakingen kan bli en så positiv opplevelse som mulig for disse pasientene, handler bioingeniører moralsk klokt. Når man handler moralsk, er handlingen selv målet. Den er autotelisk, det vil si at den er sitt eget mål.

Fronesis inkluderer ferdigheter i bedømmelse av situasjoner. Disse ferdighetene trenger ikke å bygge på teoretisk kunnskap (Grimen, 2004). Bioingeniører kan gjennom yrkeserfaring bli bedre rustet til å håndtere spesielle og individuelle erfaringer. Grimen (2004) viser til



Aristoteles som sa at fronesis er kunnskap om det partikulære og det individuelle, og den tilegnes gjennom erfaring.

I essayet *Det instrumentalistiske mistaket*, gjør Skjervheim rede for pragmatiske handlinger, som er av teknisk art (instrumentelle handlinger), tekne hos Aristoteles, og praktiske handlinger, fronesis hos Aristoteles, som foregår sosialt, i møter mellom mennesker. I denne forbindelse spiller moraliteten en viktig rolle (Skjervheim, 2001/1996).

Instrumentalisme er det grunnleggende prinsippet i pragmatismen. Dette er et syn som innebærer at rasjonell handling alltid må baseres på mål/middel-modellen. Kunnskapen fungerer som et instrument, samtidig som den må baseres på nøyaktige gjennomførte eksperimenter. I pragmatiske handlinger har man et mål, og i tillegg en beregning, basert på mer eller mindre godt verifisert eksperimentell kunnskap, som gir retningslinjer på hvordan man kan nå målet. Slike handlinger er vellykket når man på denne måten når målet man har satt seg (Skjervheim, 2001/1996). Pragmatiske handlinger utføres av bioingeniører når målet for en prøverunde for eksempel er å få tatt blodprøver av et gitt antall pasienter på kortest mulig tid. Bioingeniørenes kunnskap fungerer da som et instrument på en slik måte at pasientene blir tingliggjort i bioingeniørenes verden, og effektivitet er avgjørende for at de kan nå sitt mål. Hvor vellykket bioingeniørenes handlinger er, vurderes ut fra hvor effektivt de realiserer sine mål.

Er bioingeniørers grunnleggende holdning til pasienter objektiverende, instrumentelle og tekniske, behandler de pasienter som gjenstander de skal ta prøver av. På denne måten kontrollerer bioingeniører det som skjer i sine omgivelser. Ensidig instrumentelle handlinger og holdninger er bare legitimt i forhold til ting. Å behandle personer som ting, kommer i konflikt med moraliteten. Det er med på å bryte ned et moralsk organisert samfunn som er basert på gjensidig respekt (Skjervheim, 2001/1996). Ensidig instrumentell handling og holdning, i det korte møtet, er et eksempel på en to-leddet relasjon, der man moralsk handler galt. Det at respekt for pasienter uteblir, kommer i konflikt med moraliteten.

Et eksempel på handlinger som ikke kommer i konflikt med moraliteten, er en tre-leddet relasjon, der blodprøvetaking er en instrumentell handling som en selvfølgelig del av det korte møtet. Både pasient og bioingeniør er medsubjekter i samme sak, og de har gjensidig respekt for hverandre. Dette er eksempel på praktisk handling som vurderes på en helt annen

måte enn pragmatisk, eller ensidig instrumentell handling. I praktiske handlinger skal man handle ut fra det kategoriske imperativet. Det vil si å handle slik at den viktigste leveregelen for menneskelige handlinger skal kunne legges til grunn for et allment regelverk. Man har en grunnleggende respekt for andre, og respekt for grunnleggende vurderbare rettesnorer (Skjervheim, 2001/1996). I følge første punkt i yrkesetiske retningslinjer for bioingeniører, skal bioingeniører vise respekt for liv og for menneskets iboende verdighet. Hvert enkelt menneske har i seg selv en iboende verdighet, og alle har lik rett til respekt uavhengig av rase, kjønn, alder, kultur, religion, politisk oppfatning, sykdom og livssituasjon (NITO, 2005). Dette er grunnleggende for bioingeniører med tanke på å utføre praktiske og moralske handlinger (fronesis) overfor pasienter i det korte møtet. De handler ut fra det kategoriske imperativet når de har en grunnleggende respekt for pasienter, og behandler dem som personer.

Det er et instrumentalistisk mistak å overse skillet mellom pragmatiske og praktiske handlinger, slik at pragmatiske handlinger blir gjort til grunnmodell for rasjonelle handlinger generelt (Skjervheim, 2001/1996). I det korte møtet mellom pasient og bioingeniør, er det et instrumentalistisk mistak når bioingeniører har en grunnleggende holdning som kommer til uttrykk ved at de behandler pasienter som ting.

Den pragmatiske, instrumentelle fornuft hører hjemme i pedagogikken, men den har også sine grenser. Det instrumentalistiske mistaket er en grenseoverskriding. Mistaket handler ikke primært om å handle moralsk feil. Det er primært et intellektuelt mistak, der man absolutterer en bestemt form for teori, som innenfor visse grenser har sin legitime rett (Skjervheim, 2001/1996). Blodprøvetaking hører hjemme som en hensiktsmessig, instrumentell handling i det korte møtet. Mistaket er en grenseoverskriding når instrumentelle handlinger kommer til uttrykk gjennom bioingeniørers holdninger, ved at de objektiverer pasienter.

#### **2.1.4 Å påvirke den andre ved å overtale eller overbevise**

I essayet *Et grunnproblem i pedagogisk filosofi*, skriver Skjervheim at man påvirker den andre ved å overtale og overbevise. Skillet mellom disse to begrepene er enklest å se ved å analysere de fra den handlendes synspunkt. Det er en subjekt/objekt relasjon når man

overtaler den andre. Gjennom overtalelseskunsten er den andre et objekt, som blir manipulert av subjektet som overtaler (Skjervheim, 2001/1996). Bioingeniører kan ved hjelp av manipulering overtale pasienter som reserverer seg, eller er usikre på om de ønsker å ta blodprøver. Da er bioingeniører mer opptatt av at prøvene blir tatt, og at jobben deres blir gjort, enn de er av pasientene og deres situasjon. Det blir en ovenifra og ned holdning, der pasientene tingliggjøres.

Å overbevise er derimot en subjekt/subjekt relasjon. Her gjelder det ikke å overtale den andre for enhver pris. Her er det snakk om å dele sin innsikt med den andre, slik at den blir synlig for begge parter, gjennom en ekte dialog. En slik dialog kan bli mulig når man skiller mellom innsikt og meninger (Skjervheim, 2001/1996). Det er viktig at bioingeniører respekterer at pasienter reserverer seg for å ta blodprøver, og at denne respekten kommer til uttrykk for pasientene. Å ta den andre alvorlig er det samme som å ta vedkommendes meninger opp til ettertanke, eventuelt til diskusjon (Skjervheim, 2001/1996). Bioingeniører kan diskutere saken med pasienter som for eksempel reserverer seg, eller er usikre på om de ønsker å ta blodprøver. Ut fra den kunnskap bioingeniører har om prøveresultater, kan de formidle fordelene med at prøvene tas, eller hvilke konsekvenser det kan få for pasientene hvis de ikke blir tatt. Gjennom en ekte dialog kan bioingeniører dele sin innsikt med pasienter. På denne måten kan pasienter bli overbevist, slik at de velger å ta blodprøver. Bioingeniør og pasient er i slike situasjoner medsubjekter i en felles sak.

## 2.2 Løgstrup og Martinsens tenkning om møter mellom personer

Først vil jeg gjøre rede for vår holdning til den andre, og hvilke konsekvenser den kan få for andres liv. Deretter vil jeg belyse tone og gest, og øyet som ser. Til slutt vil jeg sette fokus på urørlighetssonen.

### 2.2.1 "Gjennom min holdning til den andre er jeg med på å bestemme...."

Hvilken holdning har bioingeniører til pasienter de møter i forbindelse med blodprøvetaking? Er de opptatt av at i nettopp *dette* møtet med *denne* pasienten kan de

bruke sine muligheter til å tilføre noe positivt til et medmenneske? Eller ser de på pasientene som en gjenstand, en i mengden de skal ta prøver av? Bioingeniørers holdning har stor betydning for hvordan pasienter opplever det korte møtet. Er bioingeniører bevisst sin holdning, og hvilke konsekvenser den kan få for et medmenneske?

Gjennom vår holdning til hverandre er vi med på å gi hverandres verden dens form. Gjennom min holdning til den andre er jeg med på å bestemme hvilken vidde og farge hans verden får. Jeg er med på å gjøre den rommelig eller trang, lys eller mørk, mangfoldig eller kjedelig – og ikke minst er jeg med på å gjøre den truende eller trygg (Løgstrup, 2000/1956, s. 39-40).

Dette sitatet kan settes i sammenheng med bioingeniører i relasjon til pasienter som tre-leddet eller to-leddet. Bioingeniører som viser engasjement kan ha positiv innvirkning på pasienters verden. I motsetning til dette kan de være objektiverende, noe som kan ha negativ innvirkning på pasienters verden. Pasientene kan være i en sårbar situasjon, da de på grunn av sykdom er innlagt på sykehus. Bioingeniører kan med den makten de er i besittelse av, gi pasienter livsvarige gode eller vonde minner. ”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” (Løgstrup, 2000/1956, s. 37).

Livsytringer hører livet til. De er oss gitt, de er forutsetninger for våre liv, som vi ikke kan leve uten. De er suverene og spontane, og dermed kan man ikke bestemme over dem (Alvsvåg, 2000). Samtalens åpenhet, tillit, barmhjertighet og medfølelse, er eksempler på spontane livsytringer (Christoffersen, 2000). I relasjon til andre kan man forhindre at de kommer til uttrykk, men man kan ikke ødelegge dem. Der mistillit, likegyldighet, hat og ubarmhjertighet råder, er det ikke livsvilkår for de suverene livsytringene, men de er der likevel. Man kan på nytt ta vare på livsytringene når man tar i mot og viser tillit, åpenhet og kjærlighet. Dette kommer til uttrykk i måten man er på, og hvordan man handler (Alvsvåg, 2000). Ved å motta livsytringer, og spontant gi dem liv og livsrom mellom oss, blir menneskelige relasjoner gode, åpne og tillitsfulle relasjoner. Bioingeniører gir livsytringene liv når de handler slik at tillit og åpenhet kommer til uttrykk i pasientrelasjonen. Man kan ta vare på livsytringene. Eller man kan begrense deres innflytelse over livet man lever. Å utslette dem er umulig (Alvsvåg, 2000). Bioingeniører kan begrense at livsytringer får

innflytelse i relasjoner, noe som kommer til uttrykk for eksempel i form av likegyldighet i møter med pasienter. Eller bioingeniører kan ta vare på livsytringer ved å motta, samt vise tillit i deres relasjon til pasienter. At vi normalt møtes med en naturlig tillit til hverandre hører med til vårt menneskeliv. Dette gjelder også i møte med fremmede mennesker. I utgangspunktet tror vi på hverandres ord, og har tillit til hverandre. Når man viser tillit, utleverer man seg selv. Et menneske legger mer eller mindre sitt liv i den andres hender, gjennom tillit vedkommende viser eller ber om. Det som står på spill i denne sammenheng, kan være faktorer som den enkeltes psykiske konstitusjon og tilstand i øyeblikket, selve situasjonen, som er svært avhengig av hvem og hvordan den andre er (Løgstrup, 2000/1956).

I situasjoner hvor bioingeniører møter pasienter som for eksempel gir uttrykk for at de er engstelige for å ta blodprøver, er deprimerte, eller har spesielle ønsker i forbindelse med prøvetakingen, utleverer de seg selv, de viser tillit. Hvordan de blir imøtekommet, kommer an på den bioingeniøren de møter, og hvordan vedkommende er, noe som kommer til uttrykk gjennom bioingeniørens holdning. I en samtale der begge parter lar seg engasjere i det spørsmål som tas opp, er et eksempel på hvordan gjensidig tillit kommer til uttrykk. I en slik sammenheng kan man ta imot hverandres tillit, og man trenger verken angripe eller forsvare seg. Man liter på hverandre, og tror den andre på vedkommendes ord (Martinsen, 2005). Gjensidig tillit kommer til uttrykk som spontane livsytringer, ved at en pasient og en bioingeniør snakker åpent om noe som er viktig for pasienten i forbindelse med blodprøvetakingssituasjonen, og begge parter engasjerer seg i denne saken. Da tar pasient og bioingeniør imot hverandres tillit. Det kommer til uttrykk at de stoler på hverandre, og begge parter tror på hverandres ord.

En forventning som krever den andres personlige oppfyllelse, vil som regel ytre seg i holdning og adferd, eller direkte i ord eller handling. Om ytringen er uttalt eller taus, skjer den under forutsetning av at den andre oppfyller vår forventning. Det vil si at man ved å ytre sin forventning prisgir seg den andres oppfyllelse av den, allerede før det er gitt at en oppfyllelse vil finnes sted. Ytringen er nødvendig for å tilveiebringe oppfyllelsen, kanskje til og med for å gjøre den andre oppmerksom på den forventning man har til vedkommende (Løgstrup, 2000/1956). En pasient som er engstelig for å ta blodprøver kan på ulike måter gi uttrykk for at vedkommende forventer at bioingeniører skal oppfylle vedkommendes personlige ønsker i forbindelse med prøvetakingen. Eksempel på personlige ønsker fra en pasient, er å be om omsorg og forsiktighet i forbindelse med prøvetakingen. Dette er en

ytring fra pasientens side, med tanke på at bioingeniøren vil oppfylle disse ønskene. Dette gjelder også pasienter som ytrer ønsker om at bioingeniører på andre måter tar hensyn til dem i en blodprøvetakingssituasjon. Dersom oppfyllelsen ikke finner sted, blir ytringen forgjeves og den kan bli meningsløs. Det verste med dette er at man har blottstilt seg ved at man har våget seg frem for å bli i møtekommet, og ikke er blitt det (Løgstrup, 2000/1956). Dette kan føre til at pasienter kan føle at de blir behandlet som objekter, som for eksempel hvor bioingeniører kun er opptatt av den armen og den åren de er på jakt etter.

## 2.2.2 Tone og gest, og øyet som ser

Når vi ser, både hører, taler og handler vi (Martinsen, 2000). Martinsen (2000) viser til Kemp som beskriver det sansende øye som både et oppfattende og et uttrykkende organ. Oppfattende er øyet som syn. Blikk er uttrykkende og henvendt til den andre.

Her vil jeg først gjøre rede for det som kommer til uttrykk. Det handler om tone og gest, det som kommer til uttrykk gjennom vår kropp. Løgstrup (2000/1956) viser til Lipps som skriver at det gestlignende når inn i tonefallet til det talte ord. Jeg vil deretter belyse det uttrykkende blikket, som er en del av vår gest. Så vil jeg redegjøre for øyet og profesjonalitet, før jeg til slutt tar for meg ”det registrerende øye”. Under disse to temaene, vektlegges øyet som et kroppslig organ med tanke på hva det som syn oppfatter.

### Det som kommer til uttrykk

I det korte møtet mellom pasient og bioingeniør, kommer begge parters tone og gest til uttrykk. For å bli klar over hva tone og gest betyr, må vi skjelne mellom utsagnet, nemlig *hva* som sies, og uttrykket, *hvordan* det sies. *Hvordan* man sier noe kommer til uttrykk i stemmeføring, tonefall og gest (Løgstrup, 2000/1956). Løgstrup (2000/1956) viser til Lipps som sier at ordet har innhold og betydning, mens gest har uttrykkskraft. Løgstrup mener at tonen kan tilføyes gestens uttrykkskraft. Tone og gest er nær beslektede fenomener. Tonen er en lydgest som uttrykker at man er beveget eller grepet av noe. I stemme og tonefall kommer det uvilkårlig til uttrykk hvilken stemning en person er i, og hva vedkommende har i sinne. *Hvordan* den andre sier noe, får vi forståelse av *hva* som sies, og dette avgjør hvilken troverdighet vi gir vedkommendes ord (Løgstrup, 2000/1956). Løgstrup (2000/1956) viser til Pfeiffer som skriver at i tonens og gestens uttrykkskraft, er man tilstede på en mye mer

inntrengende måte enn i bare det man sier. Gjennom bioingeniørers tone og gest, får pasienter inntrykk av hvilket humør bioingeniører er i, og om de er tilstede og engasjerer seg i pasientene og deres situasjon. Pasienter får inntrykk av om bioingeniører for eksempel er smilende, blide, positive i stemmen, eller om de har det travelt, virker mutte, og uttrykker mangel på interesse og engasjement. Er bioingeniører hardhendte i forbindelse med blodprøvetakingen, er dette noe som kommer til uttrykk gjennom deres gest. Gjennom pasienters tone og gest kan bioingeniører blant annet få inntrykk av om pasientene ønsker engasjement eller ikke, om de uttrykker angst for blodprøvetaking, og føler smerte i forbindelse med prøvetakingen.

### **Det uttrykkende blikket**

Martinsen (2000, s. 9-10) omskriver Løgstrup slik;

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 relasjonene til andre. Det er mange ulike måter å se på.

Hvilken holdning bioingeniører har til pasienter kommer til uttrykk i bioingeniørers blikk. Det er makt i disse blikkene. Makt som kan forverre eller forbedre pasientenes situasjon. Med blikket kan vi uttrykke glede eller sorg, interesse eller fravær, engasjement eller likegyldighet, stress eller sinnsro (Husebø, 2003). Hva uttrykker en bioingeniør med sitt blikk? Er det henvendt til pasientene og uttrykker vennlighet, sinnsro, interesse og engasjement? Er det fraværende? Eller uttrykker det likegyldighet, stress og mangel på interesse?

Jeg har tidligere nevnt en kvinnelig pasient som opplevde at bioingeniøren ikke møtte blikket hennes en eneste gang i forbindelse med blodprøvetakingen, men så bare armen. Pasienten oppfattet også denne bioingeniøren som stresset (Hansen, 2001). Man kan oppleve å bli objektivert når den andres blikk ikke ser på meg som en person, men som en kroppsdel. Den andre gjør oss til gjenstander, og ikke til sosiale, medlevende personer. Slike blikk, samt blikk som overser, kan skade personer som blir utsatt for dette. Som mennesker har vi et ønske om å bli møtt med umiddelbare og forstående blikk, blikk som tar vare på, og utvikler

tillit mellom mennesker. Gjennom våre blikk kan vi skape noe godt eller noe vondt (Alvsvåg, 1993).

Hva uttrykker pasienter med sine blikk? Gir de med sine blikk uttrykk for at de for eksempel ønsker kontakt, ønsker å slå av en prat, er engstelige for prøvetakingssituasjonen, eller føler smerter eller ubehag under prøvetakingen? Ved at bioingeniører møter pasienters blikk, kan de få svar på dette, og de kan forsøke å opparbeide en spesiell kontakt med pasientene. På denne måten kan også pasienter få inntrykk av at bioingeniører bryr seg om dem. Dermed kan pasienter oppleve at de blir sett, de kan føle seg tryggere og mer avslappet.

Bioingeniørers blikk tilhører deres gest. Det kommer til uttrykk sammen med deres tone, deres språk, og måten de utfører blodprøvetakingen på.

### **Øyet og profesjonalitet**

Å være profesjonell blir vanligvis forstått slik at man skal ha tilstrekkelig avstand, ikke være involvert (man holder sine følelser tilbake), samt være objektiv og saklig i sin tale. Slik blir kommunikasjonen ofte enveis, og ovenifra og ned. Kunnskapen begrenses til at man spør etter bestemte forhold, og mennesket blir oversett og redusert til et objekt (Martinsen, 2000). Når bioingeniører er formet slik at de ikke viser følelser, de kun informerer pasientene om hvorfor de er kommet, samt spør dem etter navn og fødselsdato, før de tar blodprøvene og går videre til neste pasient, er avstanden mellom pasient og bioingeniør stor. Pasientene blir oversett som mennesker, og blir gjort til fysiske gjenstander.

Martinsen (2000) fremhever at det å være profesjonell ikke står i motsetning til å være personlig, være involvert og vise følelser. Når man er profesjonell presenterer man seg som en person med følelser. Man ser åpent og liketil, faglig utforskende og vurderende, uforbeholdent og mottakende. I tillegg til dette ser man samtidig nytt og utvidet, med tanke på at det alltid er ”noe mer” som knytter seg denne personen, som kan innby meg til engasjement i sin situasjon. Det er dette Martinsen (2000) legger i personorientert profesjonalitet. Man ser på den andre med ”et hjertelige deltakende øye”. Når bioingeniører ser pasienter slik, ser de dem som subjekter som er ”noe mer” enn den pasienten de skal ta blodprøver av. De tar hensyn til pasienter og deres situasjon, ved for eksempel å gi engstelige pasienter god tid, være til stede, vise deltakelse og engasjement, og utføre prøvetakingen på en så skånsom måte som mulig. Eller de kan slå av en prat dersom



pasienter gir uttrykk for at de ønsker kontakt. Ved at bioingeniører ser pasienter med ”et hjertelig deltakende øye”, kan begge parter oppleve betydningsfulle møter.

I forbindelse med blodprøvetaking kommer bioingeniører i situasjoner som krever at de bruker sine kunnskaper og erfaringer fra sin yrkeshverdag, og da vil deres faglige skjønn synliggjøres. I yrkeslivet tar man i bruk det faglige skjønn ved å forstå og handle på en riktig, god, og hensiktsmessig måte i spesielle enkeltsituasjoner. Kunnskap, faglig innsikt og erfaring kreves i komplekse enkeltsituasjoner, slik at man på en god og riktig måte kan vurdere, samt finne de riktige og mest hensiktsmessige måter å handle på. Skjønnen får rom i en enkeltsituasjon når man er bundet til fagkunnskapen, samtidig som man har en viss avstand til dens regler, lover og normer (Alvsvåg, 2002). I skjønnet arbeider etikk og faglighet sammen ut fra en oppmerksomhet mot den andre. Man våger å tro hva øyet ser, og har tillit til sine sanser. Det handler om å stille seg åpen for inntrykk og våge å la seg berøre av sansingens stemthet, og deretter spørre etter fagkunnskapen der man kan se mennesket og pasienten i en og samme person (Martinsen, 2000).

Faglig skjønn benyttes i enkeltsituasjoner, og hvordan det benyttes avhenger hva og hvem man møter. For eksempel i møte med senil demente pasienter, er det viktig at bioingeniører forstår den enkeltes situasjon, og handler på en respektfull, riktig, god og hensiktsmessig måte. I slike situasjoner kan det lønne seg å ta seg ekstra tid til å snakke med pasientene, for å skape trygghet. Ved å ha en passende avstand til regler og normer, være åpen for inntrykk, og våge å ha tillit til sine sanser, samt ta i bruk faglig kunnskap i møte med pasienter, kan bioingeniører på en enkel og fantasirik måte lykkes med å bruke det faglige skjønn.

### **”Det registrerende øyet”**

Det er forskjellige måter å se mennesket på. Man kan se mennesket som et objekt gjennom et registrerende øye, et øye som ikke er båret av en seende følelse. Sansingen utelates i registreringen, og man ser på mennesket som fremmed og uvedkommende. Det som kan samles under betegnelsen ”det registrende øyet”, er måter å se på for å finne sammenhenger ved å systematisere, rangere, klassifisere og sette alt i system. Dette øyet kan også individualisere. Det kan også se forskjeller, men kun ut fra det som skal kunne måles og inndeles på en skala i forhold til systemet eller helhetens målrasjonelle orden (Martinsen, 2000).

Hva skjer når en bioingeniør ser på en pasient som et objekt? Dette gjør noe med både den profesjonelle og med pasienten. Begge parter hindres i å presentere seg og gi seg til kjenne som levende og sansende mennesker. Den profesjonelle som ser pasienten, ser ikke med et deltakende oppmerksomt blikk, men vedkommende er kun registrerende ut fra ulike teknikker å se på. På denne måten får den profesjonelle makt over pasientens kropp, en makt som avkler dens menneskelighet. Pasienten som blir sett, blir gjort synlig som et objekt. Vedkommende blir sett uten å bety noe for den som ser. Dette kan oppleves smertefullt. Da kan man føle seg gjennomskuet og avkledd, angrepet og erobret. Livsmotet blir redusert, og følelsene rom forsnevres. Den profesjonelle blir fratatt gleden av å få lov til å gi noe til den andre. Den profesjonelle og pasienten får på hver sin måte bare være til stede med en del av seg selv. De får ikke tone frem som hele personer, de fratras sin integritet - det at de har sine grenser, er sårbare, og kan krenkes (Martinsen, 2000). Når bioingeniører ser pasienter uten at de blir sett, gjør dette noe med pasientene, og det gjør også noe med bioingeniørene. Pasienter kan oppleve det som smertefullt å ikke bety noe for de som ser. Når de opplever at bioingeniører kun er opptatt av å ta blodprøver, for å raskest mulig komme seg videre, kan pasienter føle seg som et objekt for den som ser, som om de er en i mengden. På denne måten får pasient og bioingeniør kun være tilstede med en del av seg selv. Bioingeniører får ikke oppleve gleden av å gi noe til pasientene, og de mister mulighetene til å få oppleve noe betydningsfullt.

Kan øyet brukes på en mindre objektiviserende måte? Har øyet mulighet til å se på en annen måte, slik at det er deltakende oppmerksomt tilstede, i tillegg til den faglige observasjonens nøkterne og nødvendige "se etter"-blikk? Da vil makten kunne brukes på en slik måte at det settes en annen tone på relasjonen, rommet blir rommeligere, og livsmuligheter frisettes (Martinsen, 2000). Ved at bioingeniører ser pasientene, og i tillegg ser etter om det er "noe mer" som kan være viktig for pasientene i det korte møtet, får bioingeniører en oversikt over situasjonen, og kan vurdere og håndtere den ut fra hva den enkelte pasient gir uttrykk for. Samtidig vil pasientene oppleve at de blir sett, ivaretatt, og at de betyr noe for den som skal ta prøver av dem. Da bruker bioingeniører sin makt til å åpne opp for at begge parter får fremtre som hele personer, slik at relasjonen kan få en god tone.

### 2.2.3 Urørlighetssonen

Ethvert menneske gjør krav på å være omgitt av en urørlighetssone. Vi motsetter oss at et annet menneske bryter inn i den. Motivene for dette vil vi ha i fred. De andre må forholde seg til de grunner vi gir for å handle og oppføre oss som vi gjør. Når vi oppgir grunner for våre handlinger, skjuler vi våre motiver til dem. I møte med den andre må vi nøye oss med å vise interesse for hverandres grunner. Normalt vil enhver av oss respektere den andres urørlighetssone. Dersom denne ikke respekteres, vil alt samvær bli utålelig (Løgstrup, 1982). Urørlighetssonen, som man ikke skal røre ved, har med ens integritet å gjøre. Integritet står for at noe er urørlig eller bør forbli urørlig, og kan krenkes dersom det blir rørt ved. Det er en sårbar livssammenheng som et menneske befinner seg i, og sier noe om grenser for inngrep. Begrepet integritet er en rettesnor med etisk betydning, som appellerer til den andre om oppmerksomhet, om en vilje til å beskytte det sårbare, dersom det skulle bli nødvendig. Integritet er en beskyttelse som vil bevare den andre hel og uskadd. Derfor skal man holde seg til den andres grunner, eller få den andres grunner frem (Martinsen, 2005). Dette er et eksempel på urørlighetssonens funksjon, der man i møte med den andre, holder seg til saken (Løgstrup, 1982).

Om relasjonen mellom pasient og bioingeniør skal bli tre-leddet, er ikke bare opp til den enkelte bioingeniør. Det kommer også an på den enkelte pasient. Ikke alle pasienter ønsker en slik relasjon. Dette kan være personavhengig eller situasjonsavhengig, og det er viktig å respektere pasientenes ønske. Det er viktig at bioingeniører er oppmerksomme, oppfatter og tar hensyn til om pasienter gir uttrykk for at de ønsker en tre-leddet relasjon eller ikke. Det handler om integritet som appellerer til bioingeniører ved at de er oppmerksomme på grunner som pasienter gir uttrykk for, slik at det som kan være sårbart for dem, blir beskyttet, det blir ikke rørt ved. Grunner som kommer til uttrykk kan for eksempel være at en pasient både forventer og ønsker at møtene med bioingeniører kun skal dreie seg om blodprøvetaking. Distansen til bioingeniører virker passende for pasienten, og fører til at møtene oppleves som positive. Pasienten vil da i den livssammenheng vedkommende befinner seg i, bli bevart hel og uskadd fordi urørlighetssonen blir respektert.

Man kan se mennesket i sin integritet gjennom et øye som er seende og deltakende. Ser man derimot på et menneske som et objekt, utviskes integriteten. Urørlighetssonen blir brutt. Dermed er det ikke lenger noe som tilhører oss. Vi tar alt i vår makt, og intet er unndratt den

makten vi har (Martinsen, 2000). Ser bioingeniører pasienter som subjekter gjennom et seende og deltakende øye, bevares integriteten, og urørlighetssonen respekteres. Ser bioingeniører derimot pasienter som objekter gjennom et registrerende øye, krenkes integriteten og urørlighetssonen, fordi pasientene ikke blir møtt som et subjekt.

Urørlighetssonen kan krenkes ved å objektivere og ha en avstand til den andre i møtene, og den kan krenkes ved å gå over urørlighetssonen gjennom blick og ord som oppleves for nære.

Det kan være at pasienter befinner seg i en situasjon, der de ikke ønsker å oppgi grunner for å handle og oppføre seg som de gjør. De kan av private grunner ønske fred og ro, samt slippe å oppgi disse for bioingeniører. Når bioingeniører lar pasienter få ha sine grunner for seg selv, når det kommer til uttrykk at det er ønskelig, respekterer de pasientenes urørlighetssone.

I dette kapittelet har jeg gjort rede for Skjervheim, Løgstrup og Martinsens tenkning relatert til studiens empiri om hvordan pasienter opplever møter med bioingeniører, og hvordan bioingeniører opplever møtene med pasienter. Før jeg presenterer informantene og empirien, vil jeg i neste kapittel ta for meg studiens metodiske tilnærming.

### 3. Metode

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for valg av metode som jeg har benyttet i studien, vise fremgangsmåten som jeg har brukt for å komme frem til resultatene i undersøkelsen, samt dele kritiske tanker til metoden. Problemstillingene som står sentralt i undersøkelsen er; *Hvordan opplever pasienter møter med bioingeniører, og hvordan opplever bioingeniører møtene med pasienter?*

#### 3.1 Det kvalitative forskningsintervjuet

For å få tilgang til informantenes opplevelser og erfaringer av de korte møter, som henholdsvis inneliggende pasienter og yrkesaktive bioingeniører, er et kvalitativt forskningsintervju en hensiktsmessig metode. Målsettingen med et slikt intervju, er å innhente kunnskap om informantenes verden ved å stille spørsmål. Intervjuet er basert på en hverdagslig samtale, men er en faglig samtale. Gjennom samtalen vil intervjuer lære om informantenes erfaringer, følelser og håp, og om den verden de lever i (Kvale, 2002).

I følge Malterud (2004) bygger kvalitative metoder på teorier om blant annet fenomenologi, som handler om menneskelige erfaringer. Ordet fenomen er gresk og betyr; det som viser seg. Det som viser seg forutsetter med andre ord noen å vise seg for (Bengtsson, 1999). Det som viser seg for pasienter og bioingeniører i det korte møtet i forbindelse med blodprøvetaking, er det de opplever og erfarer i relasjon til hverandre. Kvale (2002) viser til Spradley som beskriver den åpne, fenomenologiske måten å tilnærme seg intervjuet på. Denne går ut på at jeg som intervjuer ønsker å forstå verden ut fra informantenes ståsted, og forklare ting slik de forklarer dem. Jeg vil vite det informantene vet, på deres måte. Jeg ønsker å forstå deres betydninger av deres opplevelser, være i deres sted. Ved en åpen, fenomenologisk inspirert intervjumåte, kan jeg som forsker få en ny og bedre forståelse for hvordan pasienter opplever møter med bioingeniører, og ved å intervju bioingeniører også få innsikt i hvordan de opplever møtene med pasienter. Det kvalitative forskningsintervjuet er med andre ord et relevant metodevalg med hensyn til den kunnskap som mine problemstillinger etterspør.

## 3.2 Forberedelse til intervjuundersøkelsen

### 3.2.1 Inngang til feltet

Det er sjeldent at kvalitative studier bygger på materialer som består av mange enheter. I slike studier kan et stort antall informanter føre til at materialet blir uoversiktlig, og analysen blir overfladisk. Et lavt antall informanter som for eksempel 4-7, kan være tilstrekkelig for å gi et rikt materiale hvis forskeren har gjort et godt teoretisk forarbeid, kjenner sitt metodehåndverk, har grundig feltkunnskap og en fleksibel strategi for feltarbeid og analyse (Malterud, 2004). Jeg var opptatt av å få et rikt og oversiktlig datamateriale som ble overkommelig med tanke på prosjektets størrelse. Derfor tenkte jeg at totalt ni informanter, seks pasienter og tre bioingeniører, ville være et passelig antall.

Først søkte jeg Regional Komitè for Medisinsk Forskningsetikk Vest-Norge, om godkjenning av studien. Etter at jeg fikk søknaden godkjent (vedlegg II), meldte jeg undersøkelsen til Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste AS (NSD), som er utpekt som personverneombud av Universitetet i Bergen. Deretter sendte jeg en forespørsel til administrasjonen ved et middels stort sykehus i Norge, om tillatelse til å foreta undersøkelsen (vedlegg IV). Jeg fikk positivt svar på min henvendelse, og jeg fikk oppgitt navn og telefonnummer på sjefsbioingeniør og to avdelingssykepleiere, en ved medisinsk avdeling og en ved kirurgisk avdeling, som skulle være mine kontaktpersoner på sykehuset.

Jeg ønsket å starte med intervju av pasienter. Først ringte jeg til avdelingssykepleier ved den ene avdelingen. Vi avtalte tidspunkt for et møte. På dette møtet fikk vedkommende mitt brev vedrørende informasjon om prosjektet (vedlegg V), og vi la planer for et videre samarbeid. Vedlagt brevet fulgte også tre informasjonsbrev (vedlegg VII.) og tre samtykkeerklæringer (vedlegg IX) til informantene, samt kopi av brevet som jeg hadde sendt til sykehusets administrasjon vedrørende forespørsel om tillatelse til å gjennomføre prosjektet (vedlegg IV). Et tilsvarende brev (vedlegg V) med likt antall vedlegg, ble samme dag levert personlig, til avdelingssykepleier ved den andre avdelingen. Vedkommende fikk også informasjon muntlig, og vi avtalte å komme tilbake til saken etter at jeg var ferdig med å intervju pasientene ved den første avdelingen.

Da jeg tok kontakt med sjefsbioingeniør pr. telefon, hadde vedkommende allerede informert om prosjektet på et personalmøte, og ville gjenta informasjonen på et senere tidspunkt, da det nærmet seg det tidsrommet jeg beregnet å starte intervju av bioingeniører.

Sjefsbioingeniør gav tillatelse til at intervjuene kunne gjennomføres i bioingeniørens arbeidstid, dersom de ønsket det. Jeg fikk også tilbud om et rom som jeg kunne få disponere under intervjuene. Brev til sjefsbioingeniør (vedlegg VI), vedlagt kopi av brevet som jeg hadde sendt til sykehusets administrasjon (vedlegg IV), samt flere enn ti informasjonsbrev (vedlegg VIII) og samtykkeerklæringer (vedlegg X), ble til avtalt tid levert via sykehusets resepsjon.

### **3.2.2 Utvalgskriterier**

I det tidsrommet jeg ønsket å utføre intervjuene, var det i følge kontaktskykepleierne vanskelig å rekruttere avtalt antall pasienter som oppfylte alle kriteriene som jeg hadde oppgitt. Av denne grunn ble noen kriterier endret. Aldersspredningen ble utvidet fra 45-60 år, til 40-80 år. Det ble rekruttert pasienter fra en medisinsk og en kirurgisk avdeling, i stedet for to medisinske avdelinger. At de måtte ha norsk som morsmål, ble endret til at de snakker godt og tydelig norsk.

#### **Kriterier for utvalg av pasienter som informanter**

- Begge kjønn representeres, tre kvinner og tre menn.
- De er innlagt ved medisinsk og kirurgisk avdeling.
- De er myndige, og mellom ca. 40-80 år.
- De har over kort tid under sitt sykehusopphold hatt mange møter med bioingeniører i forbindelse med blodprøvetaking.
- De er ”friske nok” til å bli intervjuet.
- De snakker godt og tydelig norsk.
- De har ikke psykiatrisk diagnose eller er senil dement.

#### **Kriterier for utvalg av bioingeniører som informanter**

- De har minst to års erfaring med blodprøvetaking av inneliggende pasienter.

### 3.2.3 Utvalgsprosedyre

De tre kontaktpersonene var positive til undersøkelsen, og vi fikk et godt samarbeid. På den avdelingen hvor jeg startet intervjuene, var det avdelingssykepleier som rekrutterte de tre første pasientene. På den andre avdelingen, rekrutterte avdelingssykepleier sammen med to andre sykepleiere, de tre siste pasientene. Sykepleierne gav dem informasjonsbrev (vedlegg VII) og samtykkeerklæring (vedlegg IX), og mottok underskrevet samtykkeerklæring fra de pasientene som ønsket å delta i studien. De gav meg informasjon pr. telefon om tidspunkt for intervjuet, tilbød et rom som jeg kunne benytte under intervjuet, og gav meg opplysninger om pasientenes navn, fødselsdato eller fødselsår, og diagnose.

Sjefsbioingeniør leverte informasjonsbrev (vedlegg VIII) og samtykkeerklæring (vedlegg X), til alle bioingeniører ved sykehusets laboratorium som hadde minst to års erfaring med blodprøvetaking av inneliggende pasienter. Bioingeniørene ble informert om at de som ønsket å delta i prosjektet, kunne undertegne og returnere samtykkeerklæringen til meg, samt oppgi hvilket telefonnummer de ønsket å bli kontaktet på. Innen oppgitt tidsfrist fikk jeg tilsendt samtykkeerklæringer fra to bioingeniører som ønsket å delta i prosjektet. Jeg tok deretter kontakt med dem pr. telefon, og vi avtalte tidspunkt for intervju. En tredje bioingeniør meldte sin interesse for å delta i prosjektet, muntlig, da jeg var på laboratoriet i forbindelse med et intervju. Bioingeniørene fikk velge om intervjuet skulle finne sted i deres arbeidstid eller i deres fritid. Alle tre valgte å la seg bli intervjuet i arbeidstiden.

### 3.2.4 Utvalget

Totalt seks pasienter ble intervjuet, tre kvinner og tre menn. De har ulike diagnoser. To kvinner ved kirurgisk avdeling, 45-50 år, og en kvinne ved medisinsk avdeling, 75-80 år. To menn ved medisinsk avdeling med alder 40-45 år og 55-60 år, og en mann ved kirurgisk avdeling, 70-75 år. Gjennomsnittsalderen på pasientene er 57,2 år.

Totalt tre kvinnelige bioingeniører ble intervjuet. De har mange års erfaring med blodprøvetaking av inneliggende pasienter, og arbeider i 100% stilling.



### 3.2.5 Prøveintervju og intervjuguider

For å tilegne meg en viss erfaring med å bruke intervjuguider (vedlegg XI-XII), intervjumetode, og Sony Diaktafon med mikrofon og MiniDisc som intervjuutstyr, utførte jeg to prøveintervjuer før jeg startet undersøkelsen. Intervjuguidene (vedlegg XI-XII) ble utarbeidet med tanke på at de skulle inneholde tematiske spørsmål relatert til de to problemstillingene. Først intervjuet jeg en bekjent ("prøvepasient"), som nylig hadde vært innlagt på sykehus, og hadde hatt mange møter med bioingeniører i forbindelse med blodprøvetaking. En uke senere, intervjuet jeg en bioingeniør med mange års erfaring med blodprøvetaking av inneliggende pasienter.

I intervjuet med "prøvepasienten" opplevde jeg at noen spørsmål i intervjuguiden (vedlegg XI) var kunstig formulert. I tillegg ønsket jeg å tilføye et ekstra spørsmål. Denne guiden ble derfor redigert. Intervjuet ble transkribert, og jeg forsøkte å analysere det. I denne prosessen opplevde jeg at jeg ønsket at jeg hadde stilt flere spørsmål til det "prøvepasienten" fortalte, slik at det som kom frem under intervjuet ble mer utdypet. Jeg erfarte også at jeg måtte bli mer bevisst på å ikke binde meg for mye til intervjuguiden. Det er viktig at intervjuguiden ikke blir fulgt slavisk. Som regel bør den revideres underveis i feltarbeidet, etter hvert som forsker lærer mer om hvor fokus bør konsentreres. Den bør også tilpasses møtet med hver enkelt informant (Malterud, 2004).

Jeg opplevde at samtalen med "prøvebioingeniøren" gikk av seg selv. Bioingeniøren hadde mye å fortelle, og gav mange gode eksempler. I dette intervjuet hadde jeg et avslappet forhold til intervjuguiden (vedlegg XII), men jeg måtte være mer opptatt av å styre intervjuet i retning av de tema jeg ønsket å få belyst. Denne intervjuguiden (vedlegg XII) fungerte som et godt hjelpemiddel, og ble derfor ikke endret.

### 3.2.6 Å klargjøre meg selv som instrument

Som intervjuer, skal jeg bruke meg selv som instrument, og jeg skal undersøke hvilket instrument jeg er (Fog, 2004). Det er i intervjusamtalene med informantene at jeg skal bruke meg selv som instrument. Jeg var opptatt av å forberede, og undersøke instrumentet, meg selv, slik at det vil fungere godt i samtalene med informantene.

Er jeg egnet til, og ønsker jeg å gå inn i en slik kontakt med et fremmed menneske for en kort tid? Det er helt åpenbart forskjell på menneskers evne til å komme i kontakt med andre mennesker. Ønsker jeg å gå inn i en prosess, som i prinsippet er uforutsigbar, og som kan vekke uforutsette følelser hos meg selv? Å svare ja forutsetter at jeg er nysgjerrig og interessert i å lære andre mennesker å kjenne (Fog, 2004). Slik jeg kjenner meg selv, kan jeg svare ja på disse spørsmålene. Jeg opplever at jeg har lett for å komme i kontakt med både pasienter og bioingeniører. Jeg så frem til møtet med hver enkelt av informantene, for å lære dem å kjenne, og for å få kunnskap om hvordan de opplever de korte møter i forbindelse med blodprøvetaking.

Jeg ønsket å ”komme nærmere” informantene, før jeg møtte dem. Derfor tenkte jeg gjennom det jeg hadde lært om pasienter med diagnoser tilknyttet de avdelingene hvor jeg skulle utføre intervjuene. Jeg forsøkte å sette meg inn i deres situasjon ved å tenke over mine egne opplevelser i forbindelse med sykdom, det å være innlagt på sykehus, mitt forhold til egen kropp ved sykdom, og mitt forhold til helsepersonell ved egen sykdom. For å ”komme nærmere” bioingeniører som informanter, samtalte jeg med noen kollegaer om hvordan de opplever møter med pasienter, og hvilke tanker de har om slike møter. I tillegg ble det naturlig at jeg var sammen med andre bioingeniører under blodprøvetaking, og dermed fikk jeg et inntrykk av hvordan de møtte pasienter. Gjennom dette fikk jeg et større perspektiv på hvordan de korte møter kan utarte seg.

Jeg intervjuet også meg selv, som bioingeniør. Selv om det å intervju seg selv ikke kan sammenlignes med å bli intervjuet av en annen person, fikk jeg likevel et lite innblikk i hva det vil si å ”være på den andre siden”. Jeg fikk blant annet erfare at den som blir intervjuet gir mye av seg selv, og at det å kunne beskrive egne erfaringer krever konsentrasjon.

Mine følelser ble undersøkt slik at jeg kunne bringe så mange som mulig av disse, rasjonelle så vel som irrasjonelle, for en dag. Dette med tanke på at de ikke ville operere skjult og uerkjent, for så senere, i det ferdige produkt, å fremstå som prinsipielle og rasjonelle tanker om livet og vitenskapen. Ikke for å bli kvitt dem, men for å vite at de er der, og hvordan de ser ut, slik at de kan oppdages, hvis de forsøker å snike seg inn i min tekst. Da følelsene spiller en viktig rolle i erkjennelsen, er det viktig at man i størst mulig omfang blir klar over sine følelser, dels på forhånd, dels mens samtalen går for seg, og til slutt når man sitter med utskriftene. Gjør man ikke det, kan det skje noe uheldig både i selve samtalen og med det

produkt som følger av samtalen (Fog, 2004). Mine følelser er til stede som en del av min bagasje av fortid og nåtid. Jeg forsøkte å gi dem oppmerksomhet, sette navn på dem, og finne ut hvorfor de er der. Dermed kunne jeg lettere være åpen og undrende når jeg skulle lytte til informantenes erfaringer. Det er deres røst som skal fremstå som resultater i studien, ikke min.

Proessen der jeg klargjorde meg selv som instrument, bestod også av å lese teori om tema og metode, samt tidligere forskning relatert til tema. Jeg var opptatt av å være godt forberedt i møte med informantene, slik at intervjusituasjonen kunne bli en positiv opplevelse for både informantene og for meg selv.

### 3.3 Forskningsetiske overveielser

Studien ble gjennomført i henhold til retningslinjene i Helsinkideklarasjonen. Dette er en erklæring som blant annet sier at medisinsk forskning er underlagt etiske standarder som fremmer respekt for alle mennesker, og beskytter deres helse og rettigheter (Malterud, 2004). Jeg begynte å arbeidet med de etiske sidene i planleggingsfasen til undersøkelsen. Studien ble godkjent av Regional Komitè for Medisinsk Forskningsetikk (vedlegg II), og meldt til Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste AS, som ga tillatelse til å kunne sette i gang med behandling av personopplysninger (vedlegg III).

#### 3.3.1 Anonymisering

Informantenes og institusjonens konfidensialitet er sikret, samt andre personer og institusjoner som ble nevnt i intervjuene (Kvale, 2002). I brev som er vedlagt oppgaven, har jeg strøket opplysninger som kan identifisere institusjon og informanter. Bekreftelse pr. e-mail fra institusjon vedrørende tillatelse til å intervju informanter, er ikke vedlagt. Pasientene har fått fiktive navn, og deres fødselsår er skjult gjennom å angi at de er født innenfor femårsbolker. Bioingeniørene har også fått fiktive navn. Spesiell informasjon som skulle kunne identifisere informantene er utelatt eller omskrevet.

### 3.3.2 Informasjonsbrev og samtykkeerklæringer

Jeg utformet ett informasjonsbrev til pasienter (vedlegg VII), og ett til bioingeniører (vedlegg VIII). Brevene inneholder opplysninger om hvem jeg er, bakgrunnen min, og hva prosjektet går ut på. De inneholder også informasjon om bruk av båndopptaker, varighet av intervjuet, at det er frivillig å delta i prosjektet, og at det er mulig å trekke seg på hvilket som helst tidspunkt uten å oppgi noen grunn for det. Videre informerer jeg om at jeg har taushetsplikt, og at opplysninger som jeg mottar vil bli anonymisert, de ikke vil bli utlevert til andre, og vil tilintetgjøres når prosjektet er ferdig. Jeg informerte også om at opplysninger som kommer frem i sluttrapporten ikke kan tilbakeføres til enkeltpersoner eller institusjon.

Jeg utformet også to ulike samtykkeerklæringer, en for pasienter (vedlegg IX) og en for bioingeniører (vedlegg X).

### 3.3.3 Intervjusituasjonen

Det var viktig at pasientene var friske nok til å delta i et intervju, og at det ikke ble en belastning for dem. Mitt forslag til kontaktsykepleierne var at intervjuene kunne utføres for eksempel dagen før, eller et par dager før hjemreise. Sykepleierne som spurte om pasientene ville delta i studien, vurderte deres tilstand, samt hvilket tidspunkt det kunne passe for dem å delta i intervjuet. Pasientene fikk informasjon om at intervjuet kunne deles i flere bolker dersom det var ønskelig. Jeg ville avbryte intervjuet dersom det så ut til, eller det ble uttrykt direkte at pasienten ikke var i god nok form til å gjennomføre det.

I informasjonsbrevet til bioingeniører (vedlegg VIII) skrev jeg at de kunne bli intervjuet i sin arbeidstid eller i sin fritid. Dette fordi jeg var opptatt av at de skulle få velge. Jeg tenkte at de kunne få mulighet til å delta i intervju utenfor sykehuset hvor de arbeidet, der deres arbeidsgiver eller kollegaer ikke ville bli involvert.

Før intervjuet hentet jeg inn samtykkeerklæring (vedlegg IX-X) undertegnet av hver enkelt informant. Jeg viste til informasjonsbrevet (vedlegg VII-VIII) som de hadde fått hos mine kontaktpersoner. Så gjentok jeg informasjon om frivillighet, anonymisering og taushetsplikt. Jeg opplyste også om at jeg ikke ville oppgi tidsrom for innsamling av data, og at lydopptak

og transkripsjoner ville bli forskriftsmessig lagret. Pasientene ble informert om at jeg ville presentere dem med arrangerte navn, en aldersspredning på fem år, diagnose og avdeling. Bioingeniørene ble informert om at jeg ville presentere dem med kodet navn, kjønn, samt mer enn to års erfaring med blodprøvetaking av inneliggende pasienter. Jeg spurte dem om tillatelse til å oppgi hvilken stillingsprosent de arbeidet i, og det svarte alle tre ja til. Alle informantene gav uttrykk for at de følte seg trygg på at anonymiteten ble tilfredstillende ivarettatt (Malterud, 2004).

I og med at jeg var forberedt når jeg møtte informantene, var det enkelt for meg å svare på spørsmål som de stilte før intervjuet startet. I intervjusituasjonen hadde jeg god tid, og informantene fikk bruke den tiden de trengte til å svare på mine spørsmål.

Jeg hadde kontakt med sykepleierne som var mine kontaktpersoner før jeg startet intervjuene, og jeg gav beskjed når intervjuet var over. I samtalen med pasienter ble ikke sensitive opplysninger berørt. Likevel kunne jeg ikke se bort fra at de kunne bli berørt når de fortalte om sine opplevelser med bioingeniører. De hadde mulighet til å få hjelp og støtte av personalet ved avdelingen dersom de trengte det. I intervjusituasjonene fikk jeg inntrykk av at alle pasientene hadde det bra, og at de trivdes i det sosiale samværet. En pasient fortalte etter intervjuet at det skjedde så lite i løpet av en dag, og at han opplevde det som positivt å delta i et intervju, for da ”skjedde det noe”.

### 3.4 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble gjennomført i år 2005. Først intervjuet jeg tre pasienter ved en avdeling. Deretter intervjuet jeg de to bioingeniørene som hadde sendt sine samtykkeerklæringer til meg. Så utførte jeg intervju av tre pasienter ved den andre avdelingen. Til slutt intervjuet jeg bioingeniøren som meldte sin interesse muntlig. Å intervju pasienter først, gav meg kunnskap som jeg kunne bruke under intervju med bioingeniører. Syv intervjuer ble utført på syv ulike dager, med opphold på dager eller uker mellom hvert intervju. De to siste pasientintervjuene ble gjennomført samme dag. Intervjuenes varighet varierte fra 20-46 minutter.

Intervju av bioingeniører ble utført på et rom på laboratoriet der vi fikk være helt uforstyrret. To av pasientintervjuene foregikk inne på pasientenes rom da de hadde enerom, to intervju ble utført på et rom på selve avdelingen, og to intervju ble utført nær avdelingen hvor pasientene var innlagt. Under tre pasientintervju kom det personale inn på rommet, enten for å servere mat, ta temperatur på pasienten, hente noe, eller informere pasienten om noe. Dette var noe som både pasientene og jeg var forberedt på kunne skje. Jeg opplevde det ikke som forstyrrende, og jeg fikk inntrykk av at dette ikke var forstyrrende for pasientene heller. Jeg ventet til personalet var ferdig med det de skulle gjøre, og fortsatte intervjuet etter at de var gått ut.

Jeg forsøkte å skape en avslappet atmosfære, med åpenhet og trygghet i intervjusituasjonen ved å starte samtalene med en uformell prat, sette frem mineralvann, samt litt frukt eller sjokolade som vi kunne forsyne oss med. Jeg informerte om at jeg av og til ville se på klokken som jeg hadde satt frem, for å holde avtalt tidsramme, se at lydopptakeren fungerte, og sjekke intervjuguide (vedlegg XI eller vedlegg XII), for å forsikre meg om at vi hadde vært innom de tema jeg ønsket å få belyst. Intervjusituasjonen ble så definert, og det ble åpnet opp for eventuelle spørsmål før intervjuet startet. Informantene ble oppfordret til å komme med personlige erfaringer, og fortelle om konkrete situasjoner (Kvale, 2002).

Halvstrukturerte intervju (vedlegg XI-XII) ble benyttet for å innhente nødvendig kunnskap. En slik intervjuform er åpen for endringer underveis, både i rekkefølge og i spørsmålsformuleringer. Den gir også muligheter til å følge opp uforutsette tråder fra intervjupersonen, følge opp informantens svar eller historier, samt stille spørsmål som ikke er formulert på forhånd (Kvale, 2002). Spørsmålene var åpne slik at informant og intervjuer kan samtale om tema, og at informanten kunne beskrive og fortelle om sine opplevelser (Fog, 2004). Det var jeg som styrte intervjuene. Jeg tilstrebet å få informantene til å utdype svarene ved å stille spørsmål i forhold til de svarene som de gav. Mine oppfølgende spørsmål var for eksempel; ”Kan du si noe mer om det? Kan du gi eksempel?” Jeg noterte ned stikkord når informanten fortalte noe som jeg ønsket å komme tilbake til senere i intervjuet. Det var lett å konsentrere seg om informantene og det de fortalte. Jeg opplevde at det de fortalte var svært interessant, og at samtalene gikk av seg selv

Intervjuene hadde imidlertid mest karakter av en fortrolig samtale, hvor informanten fortalte intervjueren noe, som var av personlig betydning for vedkommende, og fortalte det, fordi

intervjueren var interessert i det vedkommende hadde å fortelle. Kvaliteter som utfolder seg mellom de to mennesker i en konkret kontekst, som intervjusituasjonen er, er helt avgjørende for, hvordan intervjuet blir som empirisk materiale. Spørsmålet er, hvor går grensene for hva jeg kan tillate meg å si og skrive, og hvor langt jeg kan trenge inn på den intervjuede som elskverdig har stilt seg til rådighet for meg. Og i hvilken utstrekning jeg kan tillate meg å anfekte det vedkommende sier om seg selv og sin verden (Fog, 2004). Jeg opplevde at det var balanse mellom nærhet og distanse i samtalene. Samtidig kjente jeg på splittede følelser med tanke på at de fortrolige samtalene som bar preg av åpenhet og trygghet, skulle ”brukes” til noe. De skulle bli til tekst, og rapporteres videre til et publikum.

Umiddelbart etter hvert intervju, skrev jeg ned hvordan jeg opplevde intervjusituasjonen. Jeg skrev hva jeg opplevde som spesielt i hvert enkelt intervju, om atmosfæren i intervjuet, og om hvordan jeg oppfattet meg selv som instrument.

## 3.5 Analyse og tolkning av datamaterialet

Intervjuanalysen befinner seg et sted mellom informantens fortelling, og den endelige historien som forsker presenterer for et publikum (Kvale, 2002). Jeg analyserte både i intervjusituasjonen og under transkribering. Analyse, tolkning og rapportskrivning vil i praksis vanligvis finne sted samtidig, og gli over i hverandre (Repstad, 1998). Jeg utførte hovedanalysen ved å bearbeide intervjuetekstene, samtidig som jeg tolket, og arbeidet meg frem til en skriftlig presentasjon av studiens resultater.

### 3.5.1 Transkripsjon

De seks første intervjuene ble transkribert samme dag som de ble gjennomført. De to siste pasientintervjuene som ble gjennomført samme dag, ble transkribert henholdsvis etter tre og fire dager. I det niende og siste intervjuet, som var med en bioingeniør, oppstod det en teknisk feil. Da jeg skulle transkribere intervjuet, var discen tom. Det var ingen ting å høre på opptakeren. Under intervjuet fulgte jeg med og det så ut til at opptaket fungerte, og når jeg avsluttet intervjuet stod det på displayet at opptaket hadde vart i 35 minutter. Jeg snakket med bioingeniøren om dette pr. telefon. Vi avtalte at jeg skrev ned en oppsummering av

intervjuet, og sendte det til henne slik at hun kunne redigere det, samt utfylle og utdype punkter som hun mente trengtes utfyllende kommentarer på, og deretter returnere det til meg. Denne korrespondansen ble gjort pr. e-mail, etter bioingeniørens ønske. Før jeg slettet disse e-mailene, tok jeg utskrift av dem, og oppbevarte dem nedlåst sammen med andre konfidensielle opplysninger, samt kopierte teksten til et Word dokument, og erstattet hennes navn med en kode.

Jeg var opptatt av å skrive ned intervjuene på en så forståelig måte som mulig, og at utskriftene ble oversiktelige med tanke på bearbeiding av teksten. Store deler av intervjuene ble ordrett skrevet inn på PC, og mindre deler ble omformulert slik at teksten ble mest mulig forståelig og sammenhengende. Når jeg transkriberte intervjuene, lyttet jeg til lydopptaket flere ganger for å forsikre meg om at jeg fikk riktig forståelse av det som ble sagt. Jeg gikk også gjennom notatene jeg hadde gjort umiddelbart etter intervjuet, der blant annet atmosfæren i samtalen ble beskrevet. Etter at jeg hadde skrevet intervjuene ut i tekst, leste jeg gjennom utskriftene flere ganger, samtidig som jeg igjen lyttet til lydopptaket. Dette for å forsikre meg om at jeg hadde fått med meg alt.

### **3.5.2 Valg av analysemetode for videre bearbeiding av intervjutekstene**

Når en analyserer, deler en noe opp i deler eller elementer, og setter deler inn i nye sammenhenger. Det er flere måter å analysere intervjuer på, og jeg velger å bruke ad hoc meningsgenerering som analysemetode, der det skjer et fritt samspill mellom ulike teknikker. En slik metode kan få frem sammenhenger og strukturer som er av betydning for studien (Kvale, 2002). Jeg velger å analysere frem tema med tilhørende undertema, som jeg vil presentere på en empirinær måte. Et tema kan ha flere undertema som tydeliggjør og nyanserer et mer overordnet temaområde.

#### **Fremgangsmåte**

Kvale (2002) viser til Miles og Huberman som diskuterer ulike fremgangsmåter for meningsgenerering i kvalitative tekster. Ved for eksempel å legge merke til mønstre, temaer, plausibilitet (rimelighet / sannsynlighet), og klyngdannelse, blir det lettere å se hva som hører sammen med hva. Et annet eksempel er å sammenligne tekster. Dette er en viktig fremgangsmåte som skjerper forståelsen.



Jeg begynte å bearbeide intervjuetekstene da jeg var ferdig å transkribere de to første pasientintervjuene. Jeg tok for meg et og et av de to transkriberte intervjuene. Først noterte jeg i margin hva teksten handlet om. Deretter sammenlignet jeg intervjuutskriftene. Jeg så etter fellestrekk hos informantene, og hva som var spesielt for hver enkelt av dem. Så laget jeg ”foreløpige tema” tilknyttet pasientenes beskrivelser. Jeg var opptatt av at temaene var relatert til problemstillingene, at de var meningsfulle, og ikke overlappet hverandre for mye. Jeg tok for meg et og et tema. Jeg fargela et og et transkribert intervju med ulike farger, eller ulike innramminger av teksten med penn, etter hvilket tema de tilhørte. Dekontekstualisering tillater at deler av stoffet løftes ut, og ses nærmere på sammen med andre elementer av materialet som sier noe av det samme (Malterud, 2004). I hver enkelt intervjuutskrift var det tekst som omhandlet samme tema, ulike steder i dokumentet. Denne teksten ble tatt ut, og plassert under det tema den tilhørte, etterfulgt av arrangerte navn på pasienten. I denne fasen tok jeg også bort tekst som var uvesentlig, som for eksempel tema som falt utenfor spørsmål som ble stilt. I rekontekstualiseringen skal svarene som man har lest ut av det dekontekstualiserte materialet stemme overens med den sammenhengen det ble hentet ut fra. Delene skal valideres opp mot helheten, og derfor er rekontekstualisering forskers viktigste tiltak for å forebygge reduksjonisme og bevare forbindelseslinjen til feltet og informantens virkelighet (Malterud, 2004). Jeg var opptatt av at teksten ble like gyldig der den ble overført til, som den var i den sammenheng den ble hentet ut fra. For å kontrollere dette, sammenlignet jeg tekst som ble overført til sitt tilhørende tema, med intervjuutskriftene som helhet. Ved å arbeide på denne måten med de to første transkriberte intervjuene, ble analysen oversiktlig, og analysearbeidet ble lettere å gjennomføre.

De følgende pasientintervjuene som ble transkribert, ble bearbeidet på samme måte som de to første. Jeg arbeidet med et og et intervju om gangen, og overførte tekst fra intervjuutskrift til tilhørende tema i fellesdokumentet hvor analysen av de to første intervjuene befant seg. Jeg tok meg god tid med dette arbeidet. Etter at jeg var ferdig med å analysere det tredje intervjuet, begynte jeg på det fjerde og så videre. Når datamaterialet fra alle pasientintervjuene var plassert etter tilhørende tema i samme analysedokument, leste jeg kritisk gjennom dette dokumentet flere ganger. I denne prosessen tok jeg bort mer tekst, og de foreløpige temaene som jeg hadde laget i begynnelsen, ble endret. Teksten som beskriver informantens erfaringer, er i noen tilfeller deres sitater, og i andre tilfeller min sammenfatning.

Analysen av pasientintervjuene ble gjort ferdig før jeg startet på analysen av intervju med bioingeniører. Jeg begynte på analysen av intervju med bioingeniører når alle tre intervjuene var ferdig transkriberte. Disse tre intervjuene ble analysert på samme måte som de to første pasientintervjuene.

### **3.5.3 Tema som ble analysert frem**

Jeg analyserte frem totalt ni hovedtema, fem for pasienter, og fire for bioingeniører. Hvert tema har tilhørende undertema, og noen av disse undertemaene har også tilhørende undertema. Dette for å få frem likheter, forskjeller, og ulike nyanser i informantenes opplevelser. Hovedtemaene som ble analysert frem i forhold til mine to problemstillinger er som følger;

#### **Hvordan opplever pasienter møter med bioingeniører?**

- Pasienters forhold til blodprøvetaking
- Pasienters forhold til bioingeniører
- Pasienters opplevelser av bioingeniørers arbeidsmåte
- Pasienters opplevelser av bioingeniørers engasjement
- Pasienters opplevelser av bioingeniørers tid og travelhet

#### **Hvordan opplever bioingeniører møtene med pasienter?**

- Bioingeniørers forhold til blodprøvetaking
- Når pasienter uttrykker angst for blodprøvetaking
- Bioingeniørers forhold til tid og kontakt med pasienter
- Om bioingeniørers holdning

## **3.6 Kritiske tanker til metoden**

I hele forskningsprosessen har jeg vært opptatt av å være kritisk til egne valg, og reflektere over hvilke konsekvenser disse kan få for studiens funn og konklusjoner. Jeg vil her

redegjøre for kritiske tanker til metoden, som jeg velger å knytte til studiens relevans, pålitelighet, gyldighet, og refleksivitet, der pålitelighet og gyldighet vektlegges.

### **3.6.1 Relevans**

Relevans handler om hva kunnskapen kan brukes til (Malterud, 2004). Resultatene som fremkommer fra denne studien kan gi bioingeniørstudenter og bioingeniører ny kunnskap om kommunikasjonen i det korte mellom pasient og bioingeniør. Denne kunnskapen kan medvirke til at kvaliteten på møtene kan bli bedre.

Å vurdere funn opp mot foreliggende teori og empiri, hører også med til analysefasen. Relevansen svekkes dersom tilsvarende beskrivelser allerede er presentert av andre (Malterud, 2004). Studiens problemstillinger tilknyttet prosjektets tittel er i dag relevante forskningsspørsmål. ”Bioingeniørers forhold til pasienter”, er ett eksempel på tema som er etterspurt, med tanke på forskning innenfor bioingeniørvirksomheten (Wilhelms, 2001).

### **3.6.2 Pålitelighet og gyldighet**

Til tider kan det være vanskelig å skille mellom begrepene pålitelighet og gyldighet. Pålitelighet kan brukes som forutsetning for gyldighet. Krav om pålitelighet og gyldighet omhandler krav til metoden som sikrer at undersøkelsen er troverdig, slik at både jeg og leserne kan stole på min forståelse av det utsnitt av virkeligheten som jeg har undersøkt. Dette handler om at forsker kvalitetskontrollerer det produkt som kommer ut av forskningsprosessen (Fog, 2004).

#### **Pålitelighet**

Som følge av min bakgrunn som tidligere hjelpepleier, og nå som bioingeniør, kjente jeg til miljøet for begge informantgruppene. At jeg ikke var ansatt ved sykehuset hvor jeg foretok intervjuene, ser jeg på som en fordel for informantene og for meg selv. Dette fordi begge parter da kunne føle seg frie under intervjuene, og for at informantene lettere kunne svare åpent og ærlig på spørsmålene som ble stilt. I informasjonsskrivene til informantene

(vedlegg VII-VIII) utelot jeg å opplyse om mine tanker om kommunikasjon i det korte møtet, fordi jeg tenkte at dette kunne påvirke deres svar under intervjuet.

Hvorvidt undersøkelsen er pålitelig, har blant annet å gjøre med det som skjer mellom intervjuer og intervjuperson, med særlig henblikk på hvordan intervjuer fungerer som instrument (Fog, 2004). Det at jeg hadde klargjort meg selv som instrument, kom meg til gode i intervjusituasjonene. I møte med informantene følte jeg meg naturlig, trygg og forberedt. Jeg oppfattet informantene som trygge i intervjusituasjonen, og at alle intervjuene bar preg av en god og avslappet atmosfære. Intervjuguidene (vedlegg XI-XII) fungerte som gode hjelpemidler. Temaene jeg ønsket å få belyst ble besvart etter den rekkefølge som falt naturlig i hver enkelt samtale. Informantene sine fortellinger fikk stå i fokus. Jeg var åpen og nysgjerrig, og stilte spørsmål slik det falt seg naturlig i samtalens løp. Dersom noe i samtalen var uklart for meg, oppsummerte jeg det jeg hadde oppfattet, og så spurte jeg informanten om jeg hadde oppfattet riktig. Vedkommende fikk da mulighet til å bekrefte eller avkrefte min oppfatning. Ledende spørsmål ble brukt for å teste informantens pålitelighet, og for å verifisere intervjuerens tolkninger (Kvale, 2002). Jeg oppfattet at informantene svarte åpent og ærlig på spørsmålene som jeg stilte dem.

I det intervjuet hvor det skjedde en teknisk feil med lydopptaket, ble denne samtalen ikke tatt opp på disc, og jeg ”mistet” en del data. Jeg skrev ned det som jeg husket, men jeg husket ikke alt. Utskrift pr. e-mail av dette intervjuet inneholder færre fortellinger og eksempler i forhold til de transkriberte utskriftene jeg har fra intervjuene med de to andre bioingeniørene. Jeg ville ikke gjenta intervjuet, fordi det strider mot samtalens karakter av spontan livsyttring. Da ville begge samtaleparter oppleve samtalen som kunstig, og det ville den også bli. Både spørsmål og svar ville blitt mekaniske. Spørsmålene ville ikke blitt ekte, for det kunne de ikke blitt, da den som spør ikke er reelt nysgjerrig. Intervjueren har jo allerede fått tilgang til informantens opplevelser og erfaringer, og informanten vet at intervjueren kjenner til disse (Fog, 2004).

I tillegg til innsamling av data, gjelder kravet om pålitelighet også hvordan transkribering og analysen gjennomføres (Fog, 2004). Jeg har tidligere gjort rede for fremgangsmåte for transkribering og bearbeiding av datamaterialet. Nærhet til eget arbeid kan vanskeliggjøre kritisk refleksjon (Malterud, 2004). Dette opplevde jeg spesielt når jeg bearbeidet datamaterialet. Jeg brukte lang tid på dette arbeidet, og i perioder la jeg det bort. Da jeg tok

det frem igjen opplevde jeg at det var lettere å gjennomgå det med et kritisk blikk, samt undersøke om det var flere måter å se teksten på. Jeg stilte meg spesielt kritisk når jeg valgte ut datamateriale til analysen. Det som ga svar på problemstillingene, og som ville føre til ny kunnskap, ble prioritert.

Å redegjøre for prosedyre for datainnsamling, samt presentere større utdrag fra data, ikke bare oppsummeringer, er tiltak for å sikre høy pålitelighet (Ryen, 2002). Fremgangsmåte for innsamling av data er tidligere beskrevet. For å gjøre presentasjonen mer levende, ivareta informantene, og for å holde meg så nær dem som mulig, benyttes flere sitater fra hver enkelt pasient og bioingeniør. Informantenes arrangerte navn oppgis når deres beskrivelser blir sitert, eller blir spesielt vektlagt. På denne måten kan leseren få mulighet til å følge hver enkelt informant. I blant vil mine spørsmål eller kommentarer til informantene også bli sitert. Dermed kan leseren få et lite innblikk i intervjusamtalene.

Med tanke på pålitelighet vil jeg til slutt stille et spørsmål som jeg har tenkt på i prosessen der jeg har analysert, tolket, og presentert resultatene; Ville andre forskere kommet frem til de samme funn som jeg har kommet frem til?

### **Gyldighet**

Spørsmål om gyldighet gjelder krav til at det skal være en logisk forbindelse mellom problemstillinger som belyses, samt de teorier, metoder og data som fører frem til kunnskapen (Malterud, 2004). Det kvalitative forskningsintervjuet har vært en hensiktsmessig metode for å få ny kunnskap om hvordan pasienter og bioingeniører opplever de korte møter i forbindelse med blodprøvetaking. For å avgjøre om metoden undersøker det den er ment til å undersøke, må man ha en teoretisk oppfatning om det som skal undersøkes (Kvale, 2002). Min teoretiske oppfatning om problemstillingene tilknyttet prosjektets tema, er belyst og drøftet i oppaven. Jeg har skritt for skritt beskrevet hva jeg har gjort, og hvordan jeg har kommet frem til resultater om hvordan pasienter og bioingeniører opplever de korte møter, slik at leseren får mulighet til å bli en informert ledsager.

Ved å intervjuer både pasienter og bioingeniører, fikk jeg tilgang til begge parters opplevelser og erfaringer av møter i forbindelse med blodprøvetaking.

Å intervju pasienter med ulike diagnoser, gav større tilfang av mulig viktige aspekter, i motsetning til å intervju pasienter med en diagnose der sykdommen i seg selv kan ha betydning for hvordan de korte møtene oppleves. Da pasientene hadde hatt mange møter med bioingeniører i forbindelse med blodprøvetaking, hadde de disse møtene ferskt i minnet, slik at de sannsynligvis lettere kunne svare på mine intervju spørsmål. De fleste pasientene hadde også hatt møter med bioingeniører under tidligere innleggelser.

Fremgangsmåten jeg har valgt har fungert godt. Kanskje andre fremgangsmåter ville fungert like godt, eller bedre? I prosessen har jeg stilt meg selv spørsmål som blant annet; Ville resultatene blitt de samme om jeg intervjuet flere pasienter og bioingeniører, eller om aldersspredningen på pasientene var mindre, eller om bioingeniørene arbeidet deltid, eller om de var menn? Ville jeg fått de samme resultatene ved gjentakelse av undersøkelsen med nye informanter?

Hvilken overførbarhet har disse funn utover den sammenheng der studien er gjennomført? Kan funnene gjelde i andre sammenhenger enn den kontekst de er kartlagt i (Malterud, 2004)? Det er få informanter som deltar i undersøkelsen, og overførbarheten av funn som fremkommer av denne studien er basert på deres personlige erfaringer. Funnene kan likevel gjelde i andre sammenhenger, og kan overføres til pasienter og bioingeniører i liknende situasjoner. Andre pasienter og bioingeniører, kan oppleve å ha fellestrekk med de funn som presenteres i denne studien.

### **3.6.3 Refleksivitet**

Refleksivitet handler om hvordan forskningsprosessen har preget studiens funn og konklusjoner (Malterud, 2004).

Analysematerialet er transformasjon fra en levende, mellommenneskelig kommunikasjon, til en tekst. Intervjuer er blitt forsker og intervju personene er blitt til bokstaver på et papir. Produktet av fellesaktivitet mellom informantene og intervjuer, er fra nå av ene og alene forskers sak (Fog, 2004). Pasientenes og bioingeniørenes stemmer og kroppsspråk er ikke sammenlignbare med ordene i min tekst, men jeg har etter beste evne arbeidet for å få frem *deres* opplevelser av det korte møtet. Når jeg undersøkte mine egne følelser i prosessen hvor

jeg klargjorde meg selv som instrument, opplevde jeg at dette ble til stor hjelp for meg, både under og etter intervjuene. Jeg ble bevisst mine følelser. Likevel kan jeg ikke si at jeg i forskningsprosessen har vært upåvirket av min bakgrunn. Dette er noe som kan prege studiens funn og konklusjoner.

I dette kapitlet har jeg gjort rede for metoden, samt beskrevet fremgangsmåten jeg har brukt for å få svar på studiens problemstillinger. I neste kapittel presenteres informantene, samt funn som kom frem på bakgrunn av analyse og tolkning i intervjusituasjonene, og under transkribering og bearbeiding av datamaterialet.

## 4. Presentasjon av informanter og analyse av funn

Jeg vil her presentere funn som fremkom av intervju med totalt ni informanter, seks pasienter og tre bioingeniører. Presentasjonen er delt i to. Første del inneholder fem hovedtema med tilhørende undertema, og handler om hvordan pasienter opplever møter med bioingeniører. Andre del inneholder fire hovedtema med tilhørende undertema, og handler om hvordan bioingeniører opplever møtene med pasienter. Av hensyn til anonymitetskrav presenteres informantene med arrangerte navn. Disse navnene vil bli oppgitt når deres beskrivelser blir sitert, eller blir spesielt vektlagt. Mine spørsmål eller kommentarer i intervjusituasjonen er skrevet med kursiv skrift i sitatene.

På ulike måter gir informantene uttrykk for sine opplevelser og erfaringer.

### Presentasjon av pasienter

Tabellen under viser en oversikt over de seks pasientene, tre kvinner og tre menn. De presenteres med arrangerte navn, en aldersspredning på fem år, medisinsk eller kirurgisk avdeling, samt diagnose. Pasientene presenteres etter kronologisk rekkefølge. Gjennomsnittsalderen er 57,2 år.

Navn	Alder	Avdeling	Diagnose
Sivert Pedersen	40-45 år	Medisinsk	Atrieflimmer. Brystsmarter
Sonja Are	45-50 år	Kirurgisk	Canser recti
Marie Karlsen	45-50 år	Medisinsk	Hypoxia
Nikolai Lund	55-60 år	Medisinsk	Kolls
Per Sunde	70-75 år	Kirurgisk	Canser prostata
Marta Solvang	75-80 år	Kirurgisk	Laparoscopic cholecystectomy

Tabell nr. I. Presentasjon av pasienter.

### Presentasjon av bioingeniører

De tre bioingeniørene er kvinner med mange års erfaring med blodprøvetaking av inneliggende pasienter. De arbeider i 100% stilling. Deres arrangerte navn er Helene Furuseth, Bjørg Sande, og Marita Linde.



Videre beskrives pasientene med fullt navn eller etternavn, og bioingeniørene beskrives med fornavn.

## Hvordan opplever pasienter møter med bioingeniører?

### 4.1 Pasienters forhold til blodprøvetaking

Blodprøvetaking er hovedgrunnen til pasienters møter med bioingeniører. Den erfaring som pasienter har med hensyn til blodprøvetaking, kan komme til uttrykk, bevisst eller ubevisst, i deres møter med bioingeniører. Jeg vil her belyse hvordan de seks pasientene opplever å bli tatt blodprøve av, da dette er et viktig grunnlag for å følge den enkelte pasients erfaringer videre i presentasjonen.

#### 4.1.1 Det er ikke noe problem

Fire pasienter gir uttrykk for at blodprøvetaking ikke er noe problem for dem. De uttrykker seg slik;

Jeg har ikke problemer med at de tar blodprøver. Altså det er ikke en vanskelig situasjon for meg, og derfor så spiller det ikke så stor rolle (Marie Karlsen).

De får bare stikke i vei, det er noe jeg aldri har vært redd for (Nikolai Lund).

Jeg har aldri gruet meg for et stikk. Det er bare til å stikke i vei det (Per Sunde).

Jeg har veldig gode årer, så det har aldri vært noe problem (latter) (Sonja Are).

Disse pasientene gir uttrykk for at de har et avslappet forhold til å bli tatt blodprøver av.

#### 4.1.2 "Det er litt vondt med det samme de stikker nålen inn"

Den femte pasienten, Marta Solvang sier;

Det er litt vondt med det samme de stikker nålen inn. Når de først har fått nålen inn, så spiller ikke det noen rolle.

---

Det handler om et kortvarig ubehag for pasienten. Når stikket er utført er smerten borte.

#### 4.1.3 ”...og jeg opplever det traumatisk”

Den sjette pasienten, Sivert Pedersen, uttrykker seg slik;

Jeg forbinder noe litt fælt med bioingeniører, for de skal stikke gjennom huden min og inn i blodårene mine, og skrape med sprøytespissen på innsiden av blodårene mine, og jeg opplever det traumatisk.

Min angst for dette er jo så totalt absurd, for jeg vet jo at smerten er jo marginal, den er jo nesten ikke der. Jeg er redd for at de skal stikke gjennom blodåren min og ødelegge den, altså helt sånne absurde, irrasjonelle ting. Jeg har aldri hørt om noen mennesker som har fått ødelagt blodårene sine. Derfor vet jeg at blodåren min er hel når blodprøvetakingen er utført. Det går jo bra, og det er jo ikke så vondt, men en gang kan det jo skje. Det er det som er det irrasjonelle med angsten.

Pedersen har angst for blodprøvetaking, og dermed er dette en vanskelig situasjon for han. Det handler om angst for smerte, og for at bioingeniører skal ødelegge blodårene hans. En angst som han ikke rår med, og som gir han svært negative opplevelser, som vedvarer til prøvetakingen er over.

Videre forteller Pedersen;

Jeg passer jo alltid på å tigge etter medlidenhet, omsorg og forsiktighet og sånn, med å si at jeg er forferdelig redd. Når jeg alltid først må si at jeg er redd, da føler jeg det gjør meg litt liten. En mann på over førti år, ganske tøff, har mening og mot og sånne ting, men akkurat der er jeg veldig liten.

Pedersen er bevisst sin angst. Han gjør sin del for å få en bedre opplevelse av prøvetakingen, ved å si ifra til bioingeniører at han er engstelig for å bli tatt blodprøver av, i håp om å bli behandlet på en skånsom og god måte, selv om dette gjør at han føler seg liten.

## 4.2 Pasienters forhold til bioingeniører

### 4.2.1 "... og jeg har ikke noe vondt å si om noen av disse her"

De fleste pasientene gir uttrykk for at de har et positivt inntrykk av bioingeniører. De beskriver bioingeniører som blant annet greie, hyggelige, viktige personer som skal hjelpe dem, og personer som gjør en svært viktig jobb. En av disse, Per Sunde uttrykker seg slik;

Jeg ser det som hvite engler som kommer og tar disse prøvene. Det har vært udelt positivt, og jeg har ikke noe vondt å si om noen av disse her. *Hva synes du er positivt da?* Hva jeg synes er positivt? *Ja*. At de er smilende og blide, og alt mulig sånt. Det er ikke noen ting å sette fingeren på altså.

Det handler om måten han blir møtt på. Smilende og blide bioingeniører er med på å gjøre det korte møte til en positiv opplevelse for han.

### 4.2.2 "...jeg skal jo tross alt få stilt en diagnose"

Flere pasienter gir uttrykk for at de ser på bioingeniører som en yrkesgruppe som gjør en viktig jobb tilknyttet deres sykehusopphold. En av disse pasientene, Per Sunde, sier;

Jeg synes at alle møtene har vært udelt positive jeg. Overfor meg personlig har de vært veldig "all right", og jeg ser på dem som mennesker som gjør en bra jobb. *Kan du gi eksempel på det som er positivt, og de som gjør en bra jobb?* Det positive må jo være at jeg skal jo tross alt få stilt en diagnose; hva er det som feiler meg. Jeg har i hvert fall forstått det slik at en av de tingene som da skal til, det er blodprøvene.

Det handler om at han ser på bioingeniørers arbeid som en nødvendighet, med tanke på at han lettere kan få stilt en diagnose.

### 4.2.3 De fungerer som en konstant trussel mot mine blodårer

Sivert Pedersen er den eneste pasienten som gir uttrykk for at han forbinder noe negativt med bioingeniører. Han uttrykker seg slik;

Det er noe med det mest traumatiske med å være på sykehuset faktisk, det er disse forferdelige bioingeniørene som flyr rundt og fungerer som en konstant trussel mot mine blodårer (latter).

Det handler om at han assosierer sin angst for blodprøvetaking, til bioingeniører som yrkesgruppe, og dermed opplever han dem som en trussel.

## 4.3 Pasienters opplevelser av bioingeniørers arbeidsmåte


### 4.3.1 Profesjonalitet gir trygghet

Fem pasienter forteller at de føler seg trygge på bioingeniører. De fleste pasientene gir uttrykk for at de føler seg trygge på bioingeniører fordi de vet hva de holder på med i en prøvetakingssituasjon. En av disse pasientene, Marie Karlsen, gir også uttrykk for at bioingeniører som hun føler seg trygg på er rolige. Dette handler om at måten de er på, kommer til uttrykk som trygghet, i møte med pasienten.

Sonja Are beskriver bioingeniører slik;

Jeg føler de er veldig profesjonelle. De er ofte veldig rolige, og det virker som de kan faget sitt. Det er teknikk, og det skal være litt effektivt, tror jeg. *Kan du gi eksempel på hva du legger i det at de er profesjonelle?* Ja, de er systematiske. Det virker som det er veldig bra systematikk i jobben de gjør, og rent håndverksmessig, hvis man kan si det sånn, så er de fleste jeg har vært ut for, de virker veldig dyktige, og det er veldig lite ubehag for meg å ta prøver.

Are svarer slik på følgende spørsmål;

*Hvordan er bioingeniører som du føler deg trygg på?* De er effektive. *Ja.* Det er jo den effektiviteten, den profesjonalismen igjen. Altså, de er effektive, og jeg ser at de vet hva de holder på med.  *Ja. Ja. Da føler du deg trygg?* Ja.

Hun snakker om væremåten, arbeidsmåten, håndverket, effektiviteten og dyktigheten som hun opplever hos bioingeniører. Det handler om at den profesjonaliteten som bioingeniører utøver, gir trygghetsfølelse til pasienten i prøvetakingssituasjonen.

Videre forteller Are;

Jeg har tatt prøver på mange forskjellige sykehus, men jeg merker liten forskjell i måten det blir gjort på. Det gir en stor trygghet at uansett hvor jeg kommer, så er det samme systematikken, og samme teknikken, og måten å gjøre det på. *Ja.* Dette med å være usynlig, ikke helt usynlig, det er de jo ikke, men det at jeg ikke legger så mye merke til dem, det er et uttrykk for kvalitet. *Ja.* At de gjør en god jobb. Hadde de ikke gjort det, så hadde jeg lagt merke til dem hele tiden.

Are snakker om at bioingeniørers ”usynlighet” har sammenheng med deres profesjonalitet som er et uttrykk for kvalitet.

### **4.3.2 Alle pasientene opplever forskjeller i bioingeniørers arbeidsmåte**

#### **Noen har mye erfaring, andre har mindre erfaring**

Tre pasienter forteller om forskjeller som kommer til uttrykk i prøvetakingssituasjoner, som handler om grad av erfaring. Marta Solvang og Marie Karlsen, gir uttrykk for at det er stor forskjell på erfarne bioingeniører, og bioingeniører med mindre erfaring med tanke på om de treffer åren, eller ikke. Karlsen forteller at erfarne bioingeniører viser at de kan håndtverket sitt godt når de skal ta prøver av pasienter med ”vanskelige blodårer”. De stikker fint, treffer åren ved første forsøk, og prøvetakingen utføres problemfritt. Bioingeniører med mindre erfaring har problemer med å håndtere ”vanskelige årer”. Sonja Are merker forskjell på måten bioingeniører holder hylsen på, etter at de har stukket, og når de skifter mellom de forskjellige rørene. Det er noen som ikke er like flinke til å holde den i ro, slik at det blir litt mer ubehagelig.

#### **Noen strammer staseslangen svært mye**

Den fjerde pasienten, Nikolai Lund, snakker om at noen strammer staseslangen svært mye, og så holder de ”blodåren fast”, i det de stikker. Han understreker at det er sjeldent de strammer så hardt at det blir vondt for han.

#### **”Det er en midlere form for stikk når de går inn litt på skrå”**

Den femte pasienten, Per Sunde sier;

*Av og til så har jeg sett på, og da har nålen noen ganger gått på skrå, og noen ganger rett på åren. Har du noen ganger kjent noen forskjell? Ja, der er det forskjell. Kan du fortelle litt mer om det? Det er en midlere form for stikk når de går inn litt på skrå.*

Det som har kommet frem av disse fem pasienters beskrivelser av forskjeller som kommer til uttrykk, handler først og fremst om måten bioingeniører arbeider på, noe som kommer til uttrykk i håndtverket, og som i noen tilfeller medfører et lite ubehag for pasientene.

## Noen er hardhendte

Den sjette pasienten, Sivert Pedersen, opplever at noen bioingeniører er hardhendte når de stikker, og han kan kjenne den fysiske smerten. Dette handler om måten å stikke på, som kommer til uttrykk i smerte for pasienten. Da det for Pedersen er flere ting som spiller inn, og som har sammenheng hverandre, med tanke på forskjeller som kommer til uttrykk i bioingeniørers arbeidsmåte, vil disse presenteres under neste tema.

## 4.4 Pasienters opplevelser av bioingeniørers engasjement

Jeg vil først presentere pasientenes opplevelser med tanke på om bioingeniører tar hensyn til dem og deres situasjon. Deretter vil jeg presentere funn som viser at pasienter er generelt lite i dialog med bioingeniører.

### 4.4.1 Om å vise hensyn til pasientene og deres situasjon

#### Noen behandler meg som et subjekt, andre behandler meg som et objekt

Sivert Pedersen svarer slik på følgende spørsmål;

*Kjenner du forskjell på bioingeniørers måte å stikke på? Voldsomt. Gjør du det? Ja, veldig. Kan du fortelle litt mer om det? Det er kanskje ikke så lett å si det, men det kan jo være to ting som gjør at det blir forskjell. Det ene er at noen behandler meg som den armen som de er på jakt etter en åre i. De behandler meg ikke som Sivert, men som armen med en åre i. Ja. Noen behandler meg kanskje som Sivert, det kan være en ting, altså at jeg slapper mer av når Sivert skal tappes blod av. Med en gang de bare fokuserer på åren som kanskje ikke er så lett å se og sånn, så blir jeg mer anspent, for da kommuniserer de ikke med meg. Det er det ene, og det andre som kan være forskjellen, det er at noen er mer hardhendte. De bare kjører nålen inn. Jeg kan kjenne den fysiske smerten. Så er det noen som presiserer veldig på forhånd at dette går bra, at det blir et lite stikk, og jeg skal si fra når du kjenner det. For jeg ser aldri på, jeg ser alltid en annen vei. Noen fomler litt, og så vet jeg aldri når stikket kommer, og når jeg ser en annen vei, så, oi, plutselig der skjedde det noe, så stakk de. Når de da sier at nå vil du kjenne et lite stikk, nå, og så kommer det, da gjør det mindre vondt. Så det er både det psykiske, det at de behandler meg som en person, men også det at de kommuniserer med meg, og at de er nemsom.*

For Pedersen har måten bioingeniører utfører prøvetakingen på, sammenheng med om de behandler han som et subjekt eller et objekt. Når de stikker han på en skånsom måte, samt kommuniserer med han, slapper han mer av, og dermed opplever han mindre smerte og ubehag. Når de bare fokuserer på åren, og ikke kommuniserer med han, blir han mer

anspent. I det store og hele handler dette om å bli behandlet som en person, eller som armen bioingeniører er på jakt etter en åre i.

Videre uttrykker han seg slik;

Noen behandler meg som en ting, om jeg er levende eller død, det er for så vidt ikke så interessant, bare de får blodprøvene sine. Andre behandler meg som en person. De involverer seg i meg med å si navnet sitt, og hilse pent i hånden. Når et vilt fremmed menneske presenterer seg og hilser, da er vi introdusert. De som gjør det, de ivaretar meg. De andre de kunne ivaretatt liket mitt, melkeglasset mitt, tingen min, eller mursteinen min. Altså det blir noe sånt veldig fremmed.

Han opplever å bli behandlet som en person når han blir ivaretatt, eller som en ting, når det kommer til uttrykk at bioingeniører kun er opptatt av å få tatt blodprøvene.

Pedersen uttrykker seg slik med tanke på bioingeniører som han føler seg trygg på;

De som bruker litt tid, og som konsentrerer seg om meg, og som konsentrerer seg om å roe meg ned, være i dialog med meg, være tilstede med meg, og ikke være hos neste pasient hvis de har det travelt. De føler jeg meg trygg på, de som er opptatt av meg.

Pedersen føler seg trygg på de bioingeniører som engasjerer seg i han og hans angst for blodprøvetaking. Det handler om å gi han tid, vise han oppmerksomhet, og være tilstede i situasjonen.

### **”På poliklinikken er de kjekke”**

Marta Solvang forteller at det er forskjell på å bli tatt blodprøve av på avdelingen og på laboratoriet. Videre uttrykker hun seg slik;

På poliklinikken er de kjekke. *Prater de litt?* Ja, litt om vær og vind. Det er helt noe annet å ta prøver der, enn her i sengen. Der sier de at dette skal gå fint. Jeg sier at jeg er operert i venstre bryst. Da sier de at da tar vi prøver i høyre arm.

Solvang snakker om at bioingeniører har en mer positiv måte å være på i poliklinikken enn på avdelingen.

Pedersen svarer slik på følgende spørsmål;

*Har du opplevd noe sammen med en bioingeniør som har gjort inntrykk på deg?* Jo, faktisk. Det var under en annen innleggelse der jeg gikk for å ta en blodprøve på laboratoriets poliklinikk. Bioingeniøren tok meg i hånden, og så hilste hun på meg og presenterte seg. Så fikk jeg selvfølgelig veldig tidlig i samtalen sagt at jeg er veldig redd for dette, men hun responderte nesten ikke på det, vi bare snakket videre om andre ting. Der tok jeg ingen blodprøve nesten, det opplevdes som om hun ikke tok blodprøve av meg, så det husker jeg

spesielt godt. Den bioingeniøren hadde personligheten med seg i jobben, fordi at ”hun var der”.

Dette møtet ble en positivt opplevelse for Pedersen, fordi bioingeniøren behandlet han som en person, hun var tilstede.

### **De fleste opplever at bioingeniører tar hensyn til dem**

Fire pasienter gir uttrykk for at bioingeniører tar hensyn til dem. En av disse, Nikolai Lund forteller at bioingeniører tar hensyn til han på alle måter. Han gir følgende to eksempler på hvordan han opplever at de tar hensyn;

Hvis jeg ligger i sengen, og finner ut at jeg vil sitte når de tar blodprøver, så er det helt greit. Da holder de seg i ro til jeg setter meg opp i sengen. Det er ingenting sånn at de må ta prøvene med en gang og løpe igjen. *Nei*. Da venter de. Når de lager til bomullsdotten, og jeg ber de glemme plasteret, da er det greit når jeg sier det. Vil ikke jeg ha plaster, så vil ikke jeg ha plaster.

Lund snakker om at bioingeniører engasjerer seg og deltar hans ønsker i forbindelse med prøvetakingen. Dette fører til at han føler han seg ivaretatt.

### **Et fåtall opplever både å bli tatt hensyn til, og at de ikke blir tatt hensyn til**

Marta Solvang forteller at de fleste bioingeniører er svært hensynsfulle, og at det er få som ikke er det. Hvordan dette kommer til uttrykk, sier hun slik;

De er veldig forsiktige, de tar ned sengehesten, og legger armen strak. Og du vet, noen bare slenger den opp på sengehesten, uten å ta den ned, og så tar de blodprøvene. Det er da ikke vondt. Jeg bare merker meg det at noen gjør slik, og andre slik, men det er sjeldent det er slik at jeg må legge armen oppå sengehesten.

Solvang snakker om hensynsfulle bioingeniører som behandler henne på en skånsom måte. Hun understreker at det er sjeldent at hun må legge armen opp på sengehesten.

En annen pasient, Sivert Pedersen, forteller at de fleste bioingeniører spør om det går bra når nålen er inne i åren, eller de sier etter prøvetakingen at dette gikk bra. Han gir dem da ros når prøvetakingen er over. Når bioingeniører engasjerer seg i Pedersen, både under og etter prøvetakingen, ønsker han å gi dem noe tilbake. Dette handler om relasjonen mellom Pedersen og bioingeniør, der begge parter på ulike måter engasjerer seg og deltar i en felles sak.



Når Pedersen først sier at han er engstelig for å ta blodprøver, så tar bioingeniører alltid hensyn til han. Da viser de fleste han omsorg og er forsiktige. Hvordan de viser dette, uttrykker han slik;

De sier det verbalt med at det er veldig mange som har den redselen i seg, og dette her kommer til å gå veldig fint, du kommer til å kjenne et lite stikk, og så er det gjort. Jeg skal prøve å holde sprøytespissen i ro, sier noen. Noen håndterer den der situasjonen bedre enn andre, det gjør de nok. Noen har spurt meg om jeg vil ligge ned. Da føler jeg meg stigmatisert som et overhysterisk menneske, så det nekter jeg alltid. Så ille er det ikke at jeg vil besvime.

Det handler om å håndtere hans angst ved å engasjere seg i han og det han sier, ved å kommunisere med han både før og under prøvetakingen, samt utføre prøvetakingen på en så skånsom måte som mulig.

Pedersen forteller om når han ikke får mulighet til å si at han er engstelig for å ta blodprøver;

Her på avdelingen så er det slik at jeg ligger i min dypeste søvn, og så blir jeg vekket av at døren går opp, og så kommer det noen inn og sier; hei jeg skal bare ta en blodprøve. Og så sier de ikke så veldig mye mer. Og jeg er ikke våken nok til å si at dette er jeg forferdelig redd for. Jeg greier ikke å mobilisere noe verken bevissthet, ingen fornuft og ingen følelser, for jeg ligger jo i halvsøvn, og plutselig så strammer de en ting rundt armen min, og så har jeg noe inne i blodåren min (latter), altså før jeg er bevisst nesten. Sånn oppleves det av og til. *Ligger du da på enerom, eller ligger du på rom sammen med andre pasienter?* Da ligger jeg på rom sammen med andre pasienter. For meg som er veldig bevisst på akkurat det der, og fokuserer på det med et litt negativt fortegn, så får jeg ikke tid nok til å mobilisere nok adrenalin til å takle det på forhånd. Jeg får ikke tid nok til å forberede meg mentalt.

Mangel på tid og kommunikasjon fra bioingeniører sin side, ved at de tar prøvene før han vet hva som skjer, gjør situasjonen til en negativ opplevelse for Pedersen. Han får ikke forberede seg psykisk, og får heller ikke anledning til å fortelle dem om sin angst.

### **“Jeg ser ikke at de har noen oppgave der egentlig”**

To pasienter gir uttrykk for at de ikke forventer særlig engasjement fra bioingeniørers side. En av disse, Marie Karlsen, er også en av de fire pasientene som opplever at bioingeniører tar hensyn til henne. Hun sier at på grunn av at bioingeniører er så kort tid inne hos henne, ser hun ikke på det som nødvendig, og har heller ingen forventninger om at de skal vise henne så mye mer interesse enn å ta selve blodprøvene. Hennes forventninger til, og oppfatning av, det korte møtet, er at bioingeniører skal ta blodprøver, og at dette gjøres på en mest mulig behagelig måte, samt en mest mulig enkel måte, både for bioingeniør og for pasient.

En annen pasient, Sonja Are, forteller at hun forventer ikke, og ønsker ikke at bioingeniører skal vise henne interesse og oppmerksomhet i forhold til sin generelle situasjon. Hun forventer dette kun hvis de stikker feil, eller hvis det gjør vondt. Videre svarer hun slik på følgende spørsmål;

*Når du snakker om din generelle situasjon, da tenker jeg på hvorfor du ligger på sykehus, hvordan opplever du da at bioingeniører tar hensyn til deg? Jeg ser ikke at de har noen oppgave der egentlig. De skal ta prøver av årene mine.*

Ares forventninger til bioingeniører handler om blodprøvetaking, og at de viser hensyn bare hvis det skjer noe ”utenom det vanlige” i prøvetakingssituasjonen.

#### **4.4.2 ”...generelt er vi lite i dialog”**

Alle pasientene forteller at bioingeniører sier at de kommer for å ta en blodprøve, når de kommer inn på deres rom. Dette handler om at bioingeniører identifiserer seg som yrkesgruppe, slik at pasientene forstår hvorfor de er kommet.

#### **”...noen bruker tiden til å kommunisere, til å si noe, mens andre ikke sier så mye”**

Tre pasienter gir uttrykk for at noen bioingeniører bruker tiden til å kommunisere, til å si noe, mens andre ikke sier så mye. En av disse, Nikolai Lund, uttrykker seg slik;

*Det som jeg setter pris på, det er at de sitter seg ned og spør hvordan det går, prater, et eller annet sånt. Ikke bare om armen og det de skal. *Opplever du begge deler?* Ja, det er begge deler, det er det. *Det er noen som snakker litt med deg?* Enkelte snakker litt, enkelte kommer inn og må få et par dråper blod, og så tar de det, og så løper de igjen. *Ja.* Så det er jo litt sånn forskjellig. *Ja, men de som slår av en prat med deg, hva snakker de om da?* Det er vel om hvordan det går, om hvordan været er, og litt sånt vi prater om.*

Det handler om kommunikasjon som kommer til uttrykk ved at noen bioingeniører engasjerer seg i pasientene, og viser dem interesse, mens andre kun er opptatt av å få tatt prøvene. For Lund er det positivt at bioingeniører slår av en prat med han.

Marie Karlsen uttrykker det samme som Lund. I tillegg sier hun;

*Noen er blide og hyggelige og nærmer seg meg på en positiv måte, mens andre er mer mutt, skal ha en prøve, stikker, sier ha det bra, og går så ut igjen. Selv om tiden ikke er så lang så er det jo tross alt at noen bruker tiden til å kommunisere, til å si noe, mens andre ikke sier så mye. *Har du opplevd at noen er mutt?* Ja, eller lite snakkesalig.*

Det handler om ulike måter bioingeniører møter pasienter på. Gjennom kommunikasjon som kommer til uttrykk gjennom bioingeniørers gester, ser pasienten hvilken stemning bioingeniøren er i. Det handler også om at noen bioingeniører viser engasjement ved at de for eksempel snakker med pasientene den tiden de har sammen, mens andre gjør det ikke.

Pedersen uttrykker seg som følger;

Noen er mer i dialog, noen er mindre i dialog, generelt er vi lite i dialog. Jo mindre de sier, og jo mindre de involverer meg i det som skjer, desto mer oppkavet blir jeg, og desto mer traumatisk opplever jeg det. Så dette med å være verbal, og kanskje snakke litt om andre ting, eller spørre hva jobber du med da, eller hvordan går det med deg, eller fint vær ute i dag, det er nok til å avlede meg. Men når de holder kjeften sin, og bare gjør jobben sin, så blir jeg mer fokusert på det de holder på med. Jo mindre de sier, desto mer føler jeg meg bare som et objekt, ikke som et subjekt. Og jeg er der med hele meg, alle mine angster og frykter.

Jo mindre engasjement bioingeniører viser han, jo mer traumatisk opplever han prøvetakingssituasjonen. Lite engasjement fra bioingeniørers side, fører til at han føler seg som et objekt, ikke som et subjekt. Det handler om å håndtere en situasjon der pasientens angst dominerer, ved å vise engasjement og deltakelse, for at han kan oppleve prøvetakingen på best mulig måte. Å for eksempel småsnakke med han, kan være nok til å avlede han.

### **Vi har lite kontakt med bioingeniører**

To pasienter, Marta Solvang og Per Sunde gir uttrykk for at de har lite kontakt med bioingeniører. Sunde forteller at han liker å erte bioingeniører når de spør etter navn og fødselsdato. Han sier:

Det er veldig gøy å terge de litt, fordi de kommer jo og spør om navn og fødselsdato. Det er jo for så vidt greit det, men de kommer gang etter gang, og i stedet for å si navnet mitt, så sier jeg Siri Frida Lauritsen. Nei da, det stemmer ikke, sier de (latter). Jo, sier jeg, jeg heter Siri Frida Lauritsen.

Sunde snakker om at han tar kontakt med bioingeniører i form av uskyldig humor. Måten han gjør dette på, kan være et uttrykk for at han ønsker kontakt med dem.

Marta Solvang forteller at hun informerer bioingeniører om at hun har operert bort venstre bryst, og at de derfor må ta blodprøver i høyre arm. Da engasjerer de seg i det hun sier, og er opptatt av at prøvene tas i den høyre armen.

## ”Jeg forventer ikke noe annet enn en teknisk operasjon”

Det er en pasient som sier dette, Sonja Are. Hun uttrykker sine forventninger og sine opplevelser slik;

Jeg forventer ikke at de skal utføre omsorg eller vise noe annet i forhold til meg. Det er en ren teknisk operasjon, sånn føler jeg det. Jeg forventer ikke noe annet enn en teknisk operasjon. *Er det det du opplever også at det blir?* Ja.

Hennes forventninger handler kun om bioingeniørers tekniske ansvarsområde tilknyttet blodprøvetaking. Hennes opplevelser om dette, samsvarer med hennes forventninger. Videre sier hun;

Du kan si, de er ikke avvisende. Men det er ikke det samme som når du møter en sykepleier. Det er behagelig fordi bioingeniører har litt avstand, for de har ikke den samme tilknytning til pasienten, men helt klart, jeg synes det er en passende distanse hvis man kan si det sånn.

Det kan se ut til at Are har klare grenser for langt hun vil slippe bioingeniører inn på seg. Disse grensene kan komme til uttrykk bevisst eller ubevisst i møte med bioingeniører, slik at de oppfatter hennes uttrykk, og håndterer disse, ved å vise en passende distanse i relasjon til henne.

## 4.5 Pasienters opplevelser av bioingeniørers tid og travelhet

### 4.5.1 ” De har en veldig fart på seg, det har de”

Tre pasienter, Marta Solvang, Per Sunde, og Nikolai Lund opplever at alle bioingeniører har det travelt, og at de har et høyt tempo. Solvang, sier blant annet;

De har en veldig fart på seg, det har de (latter).

Sunde sier at han opplever ikke dette tempoet som negativt. Hvordan han kan se at bioingeniører har det travelt, uttrykker han slik;

Det er vel hele opplegget der døren går opp, og inn kommer det en for å ta en blodprøve. Så er det full fart med sprit og stikk, og så er det takk og adjø. *Det er slik du opplever de fleste møtene?* Ja, ja, du ser jo smil og alt mulig kommer, men det er sånn full fart. Som jeg sa til å begynne med, og som jeg har sagt hele veien, det er profesjonelt, rett og slett. Det er fabrikkmessig, så alt går på skinner for å si det bent ut.

Sunde beskriver effektiviteten som kommer til uttrykk hos bioingeniører, som profesjonelt, fabrikkmessig, der alt går på skinner. Selv om bioingeniører har et høyt tempo, får han likevel med seg deres smil som kommer frem i disse korte møtene.

Nikolai Lund, uttrykker seg slik;

Du vet, det er jo ikke så mange minuttene de har. *Nei*. Det er jo greit, de skal jo rekke flere enn de tre som er på vårt rom. Men du vet, bare de ordene av og til, at det bare ikke er det jaget, det har voldsomt mye å si, synes jeg i hvertfall. Det er jo sånne ting som i alle fall jeg synes det er positivt, at det ikke bare er frem med armen, på med den plasterlappen, og så er de vekk. Det blir det vel litt for mye av for tiden.

Lund understreker at det betyr mye for han at bioingeniører veksler noen ord med han. Uteblir disse, og det kun dreier seg om å rette frem armen for at blodprøvene kan tas, opplever han møtene som et jag. Det ser ut til at det er dette han som oftest opplever. Dette handler om å bli behandlet som et subjekt eller et objekt.

#### **4.5.2 “Av og til har jeg merket at de har dårlig tid. Det går litt kjappere”**

To pasienter, Marie Karlsen og Sonja, Are gir uttrykk for at de av og til har merket at bioingeniører har dårlig tid. Karlsen forteller at i perioder er det helt tydelig at hun ikke er alene på programmet. Enkelte bioingeniører viser med sin oppførsel at de har mye å gjøre. Dette kommer til uttrykk i tiden de bruker fra de kommer, til de går. Hun ser at de kutter ned på tiden til det minimale.

Sonja Are snakker også om tiden som bioingeniører kutter ned på. Hun uttrykker seg slik;

Av og til har jeg merket at de har dårlig tid. *Hvordan merker du det?* Det går litt kjappere (latter). Men det er ikke noe problematisk, det også er bare nyanser. For som regel så er de så drillet på det de gjør, at de uansett er veldig raske, og dermed så blir variasjonene uansett sett små. Så om de har det travelt så vil de ikke kunne gjøre det så mye fortere likevel. Fordi uansett så er de effektive. *Men når du merker at de er kjappe, hvordan ser du det, er det kroppsspråket?* Nei, det er vel kanskje mer når de finner frem de tingene som de skal bruke. Det er ikke i forhold til når de holder på med meg.

Are understreker at bioingeniører som har det travelt, sparer inn tid på å finne frem utstyret som de skal bruke, ikke når de holder på med henne.

### 4.5.3 De som ser ut til å ha det travelt, får meg til å føle meg som et objekt

Sivert Pedersen har negative opplevelser med de bioingeniørene som ser ut som de har det travelt. Han uttrykker seg slik;

Det er veldig sjeldent at jeg opplever at en bioingeniør bruker mer tid enn rent det praktiske arbeidet tar. Jeg vet ikke om de har det travelt, men noen virker som de har det travelt. *Men de som virker som de har det travelt, hvordan kan du se det?* Det er som sagt at de holder mer kjeft (latter). De er de som får meg til å føle meg som et objekt, kanskje, ja. Altså som jeg sier, de er ikke her hos meg, de er et annet sted, der de burde vært. Det gjelder jo alle man forholder seg til at man føler at akkurat nå så sitter jeg litt i veien, jeg burde egentlig ikke vært her, for hadde jeg ikke vært her, hadde dette mennesket som står foran meg og skal ta en prøve, fått gjort noe annet mer fornuftig. Det er jo det man signaliserer når man ikke er tilstede, jeg ønsker å være et annet sted, jeg ønsker å være ferdig med deg nå. Det er jo en generell betraktning som man merker jo også i en sånn situasjon med bioingeniører.

Pedersen snakker om negative følelser som kommer opp i han i møte med bioingeniører som ser ut som de har det travelt. De uttrykker med sin kropp, og ved å si minimalt, at de ikke er tilstede med han, de ønsker å være et annet sted. Bioingeniører som behandler han på en slik måte, får Pedersen til å føle seg som et objekt.

Videre forteller Pedersen at på grunn av at han er engstelig for å ta blodprøver, fungerer det best for han at bioingeniører gir han tid, men det er ingen som spør om han vil bruke litt tid. Det handler om kommunikasjon, om å tolke uttrykk fra en pasient som sier at han er engstelig.

Alle pasientene gir uttrykk for at bioingeniørers travelt er noe som kommer til uttrykk i deres gester. Bioingeniørenes kropp er stilt inn slik at møtene med pasientene, og selve prøvetakingssituasjonen, skal foregå så raskt som mulig. To pasienter gir i tillegg uttrykk for at flere ord fra bioingeniører medvirker til at de korte møter kan vendes fra noe negativt til noe positivt.

## Hvordan opplever bioingeniører møtene med pasienter?

### 4.6 Bioingeniørers forhold til blodprøvetaking

Her vil jeg innledningsvis gi en kort beskrivelse som sier noe om bioingeniørers forhold til å presentere seg for pasienter, samt om å si fra når de stikker.

De tre bioingeniørene gir uttrykk for at de ikke presenterer seg for pasientene, men de sier hvorfor de er kommet. Bjørg sier at hun føler det er kunstig å håndhilse, og presentere seg for pasientene, på grunn av at møtene er så korte.

Marita og Helene forteller at de sier fra om når de stikker, eller når stikket kommer. Dette handler om å kommunisere med pasientene om hvor de er i prøvetakingsprosessen, slik at de er forberedt når stikket kommer.

Videre vil jeg først presentere bioingeniørenes forhold til blodprøvetaking, da dette er et viktig grunnlag for å få innsikt og forståelse for hvordan de opplever møtene med pasienter. Deretter vil jeg presentere hvordan bioingeniører forholder seg til pasienters spørsmål om den bioingeniørfaglige del av behandlingen.

#### 4.6.1 Bioingeniører er i utgangspunktet positive til å ta blodprøver

Hvilket forhold bioingeniørene har til å ta blodprøver, uttrykker de slik;

Jeg synes det er helt greit å ta blodprøver (Bjørg).

Jeg blir litt lei hvis jeg på en måte har bare det primært den dagen. Ellers synes jeg faktisk at det er spennende. Det er nye møter med pasienter, hvis jeg har tid. Hvis jeg ikke har kommet opp i den klemmen at jeg bare må løpe, så er det faktisk et lite møte, og jeg får et gløtt inn i noen andre. Jeg kan prate litt med dem, og det synes jeg er positivt (Helene).

Det å ta blodprøver, det har ikke jeg noe spesielt negativt forhold til, det gjør meg ingen ting, sånt sett. Det er av og til en utfordring da, det er det jo. *Ja*. Det er jo mennesker jeg arbeider med (Marita).

Helene snakker om at blodprøvetaking er spennende, det er et lite møte. Marita gir uttrykk for at det av og til er en utfordring, da det er mennesker hun arbeider med.

#### 4.6.2 Bioingeniører informerer om den bioingeniørfaglige del av behandlingen

To bioingeniører, Marita og Bjørg, forteller at det hender at pasientene spør om hvilke blodprøver som tas, og at de da svarer dem på en så forståelig måte som mulig. Hva Bjørg svarer, uttrykker hun slik;

Noen ganger sier jeg at jeg tar Hb, og forklarer da at den blir tatt for sjekke hvor mye blod de har (smil). Eller jeg tar infarktstatus, og da sier jeg at det er prøver som har med hjertet å gjøre, og eventuelt for å se om det er forandring siden forrige prøve. Eller at jeg tar CRP, som viser om det er en infeksjon, eller for å avkrefte det, eller for å se om behandlingen virker. Det kommer helt an på hvor interessert pasienten er. Noen spør mye, og da forklarer jeg mer.

Det handler om å svare profesjonelt på pasientenes spørsmål om den bioingeniørfaglige delen av behandlingen.

### 4.7 Når pasienter uttrykker angst for blodprøvetaking

Alle de tre bioingeniørene opplever å møte voksne pasienter som er engstelige for å ta blodprøver. De understreker at det er pasientene selv som bestemmer om de vil ta blodprøver eller ikke. Marita forteller at pasientene sier at det er selve stikket de er engstelige for. På ulike måter forteller bioingeniørene hvordan de håndterer engstelige pasienter.

#### 4.7.1 “Da prøver jeg først å snakke med dem, og så ser jeg dem inn i øynene...”

Marita sier;

Når jeg kommer inn til en pasient, så synes jeg at det er veldig viktig at jeg får øyenkontakt med dem. Dersom jeg får det, får jeg ofte en oversikt over om de er redd, er trygg, er veldig syk, og jeg får liksom litt mer kontakt, synes jeg. *Ja*. Jeg merker på sånne som er veldig redd, de er i utgangspunktet veldig redd for å se på meg. Hvis jeg da klarer å opparbeide litt kontakt med de, så er det ofte slik at de føler seg litt mer avslappet, synes jeg i hvert fall.

Det handler om å være opptatt av hva pasientene uttrykker med sitt blikk. Med blikket kan de blant annet uttrykke at de er engstelige. Når Marita leser slike blikk, eller blikk som viker på grunn av angst, engasjerer hun seg for å få kontakt med dem, for å få dem til å slappe av.



Marita forteller om hvordan hun håndterer de som sier at de er engstelig for å ta blodprøver;

Da prøver jeg først å snakke med dem, og så ser jeg dem inn i øynene, for da får jeg en sånn spesiell kontakt, synes jeg da. Hvis de er veldig flakkete med blikket, at jeg liksom ikke får kontakt med dem, så prøver jeg å avvente litt. Da sier jeg at jeg kommer tilbake igjen. Og så snakker vi bare. *Ja*. Jeg ser ikke på armen, og gjør ingen ting.

Marita snakker om hvordan hun møter pasienter som gir uttrykk for at de er i en sårbar situasjon. Hun kommuniserer med dem ved å snakke med dem, og ved å se dem inn i øynene, med tanke på å få en spesiell kontakt.

#### **4.7.2 Da gir bioingeniører pasientene god tid, og viser engasjement**

Alle de tre bioingeniørene gir uttrykk for de gir engstelige pasienter god tid, og viser engasjement. Marita og Helene forteller at de tilbyr pasientene å legge seg ned slik at de kan slappe mer av, eller pasientene selv sier at de ønsker å ligge under prøvetakingen. Dersom pasientene gir uttrykk for at de ønsker ekstra god tid, avtaler de å komme tilbake til dem på et senere tidspunkt. Marita sier;

Og når jeg kommer tilbake igjen senere, så spør jeg hvordan det går, og om de er mer forberedt nå. Som regel har de tenkt seg om, de skjønner at de må ta prøvene. De sier alltid at de må få ligge eller lignende. Så pleier vi å få ordnet det til sånn at de ligger bra og har det bra.

Det handler om å engasjere seg i pasientene, og delta i deres ønsker og behov i situasjonen, ved å gi dem tid og vise omtanke.

Helene forteller at hun har opplevd mange ganger at pasienter sier i fra før prøvetakingen at de er engstelige for å bli tatt blodprøver av. Hun sier at de ofte har ”dårlige årer”, og har vært vant til vanskelig prøvetaking, og derfor er de engstelige for å bli tatt blodprøve av. Hun forteller at hun gir seg god tid til å finne en åre å stikke i, samtidig som hun involverer pasienten i hva hun holder på med, og hva som skal skje. Hun gir uttrykk for at det stort sett går greit når hun gjør det slik.

Hvordan Bjørg håndterer pasienter som er usikre på om de vil ta blodprøver, uttrykker hun slik;

De forsøker jeg til å overtale. *Hva sier du da?* Jeg forteller at dersom de tar prøvene, kan det bli lettere å behandle dem. Da går de som oftest med på at jeg tar prøvene likevel.

Det handler om å sette fokus på det positive som prøvetakingen fører med seg.

### 4.7.3 Da avleder bioingeniører pasientene

Alle de tre bioingeniørene gir uttrykk for at de avleder pasientene. Av disse tre, ser det ut til at Marita er den bioingeniøren som er mest opptatt av dette. Hun forteller om når hun er kommet så langt i prosessen med pasientene, at de er klar for blodprøvetakingen, er hun i fortsettelsen opptatt å avlede dem. Hvordan hun gjør dette uttrykker hun slik;

Så sier jeg; tenk på at du er i syden, og det fungerer ofte veldig bra. *At du prøver å avlede dem litt?* Ja. Vi snakker om helt andre ting enn sykehus og blodprøver og alt mulig sånt. *Ja.* Det synes jeg fungerer bra. *Ja.* Og så gjør jeg dem oppmerksom på at de må prøve å puste, og ikke tenke på at jeg er her. Jeg forteller at det blir litt vondt, og så sier jeg at nå stikker jeg. Jeg må liksom prate, men jeg er bevisst på å snakke om helt andre ting enn blodprøven, få fokus vekk ifra det.

Helene forteller om når hun avledet en pasient;

Det var en eldre dame som kom inn for lårhalsbrudd, og hun var veldig redd for å ta blodprøve. Der kunne jeg prate litt omkring hvordan hun hadde fått dette bruddet. Hun skulle reise seg og hente noe. Det var glatt fordi hun hadde sølt noe på kjøkkengulvet. Så falt hun, og så var ikke alarmen der, og så videre. Mens hun da pratet så bare gjør jeg alt klart, og forteller henne at nå stikker jeg. Og det var helt greit. Hun var så takknemlig og fornøyd etterpå for dette gikk jo så greit. Det ble kvalitet, det ble en grei situasjon.

Dette handler om å avlede pasientene ved å få fokus bort fra blodprøvetakingen. Helene snakker om at det ble kvalitet i dette korte møtet, fordi pasienten ble takknemlig og fornøyd med at prøvetakingen gikk så greit.

### 4.7.4 Da respekterer bioingeniører pasientenes valg

Alle de tre bioingeniørene forteller at de respekter valgene til de pasientene som nekter å ta blodprøver. Bjørg uttrykker dette slik;

Noen nekter å ta blodprøve. Da sier jeg med en gang at det er greit, og at jeg vil gi beskjed til sykepleier. Dette respekterer jeg.

Det handler om å vise respekt for pasientenes valg, og formidle disse videre til de riktige personer.

Helene gir følgende eksempel på en situasjon, der hun ”ikke stakk” en kvinnelig pasient;

Pasienten var en veldig bestemt person. Hun var nok litt sånn kverulerende, og danderte folk rundt seg, og sa i fra om ting hun ville og ikke ville, men det var hennes valg. Hun var veldig redd, hadde vanskelige årer, og var vanskelig å få tatt prøve av. Hun var stor og diger, og satt i rullestol. Der var vi jo flere som prøvde oss. Hun sa med en gang at hun ville ha en spesiell som hadde vært på vakt den natten hun sist ble innlagt. Jeg hadde vel kanskje skjont hvem det var, men jeg kan på en måte ikke spille sånn på lag med de. Det går liksom ikke. Hun pratet jeg ganske mye med. Til slutt så skiltes vi da, og vi ble enige om at hun fikk snakke med legen sin, og så fikk de heller bli enige om at det ikke ble blodprøver. Hun reiste ut igjen den samme dagen.

Pasientens sak ble vurdert slik at det ble satt grenser for hvor mye Helene ville ”spille på lag” med henne. Hun forteller videre om da hun tilfeldig møtte denne pasienten igjen;

Når jeg skulle gå fra arbeid, så satt hun ute i foajeen her. Jeg trodde ikke at hun ville kjenne meg igjen på utseende, for vi går jo i hvite klær, og det er jo veldig mange innom, ut og inn av rommet, men idet jeg går forbi så sier hun; å der kommer hun hyggelige, og så sa hun navnet mitt (latter). Da var det nesten slik at jeg kjente at jeg fikk nuppehud. Det var helt utrolig at hun faktisk hadde lagt merke til det, og det var en pasient som jeg ikke stakk (latter).

Det handler om å være tilstede i møte med pasienten. Helene engasjerte seg i pasienten og vedkommendes problem, og respekterte pasientens valg om å ikke ta blodprøver.

## 4.8 Bioingeniørers forhold til tid og kontakt med pasienter

### 4.8.1 Tiden avgjør grad av pasientkontakt, og det er personavhengig

Bioingeniørers opplevelser av kontakt med pasienter, handler om tid, og det er personavhengig. Når jeg skriver at det er personavhengig gjelder dette først og fremst bioingeniører, men det kommer også an på om pasientene de møter er kontaktsøkende eller ikke. Det ser ut til at Helene er den av de tre bioingeniørene som snakker mest og oftest med pasientene, og Marita og Bjørg snakker mindre og sjeldnere med dem. Av og til er vært samtaleemne når bioingeniørene tar initiativ til kontakt.

Marita og Helene gir uttrykk for at det er forskjellig hvor mye kontakt pasientene ønsker, og at dette er personavhengig. Marita forteller at det er noen pasienter som hun får bedre kontakt med enn andre.

## Jeg snakker som regel ikke med pasientene

Björg gir følgende eksempel på hvordan hun vanligvis opplever møtene med pasienter;

Det blir som oftest å gå inn til pasienten og ta blodprøvene, og det går ofte ganske fort. Jeg banker på døren, sier god morgen og forteller at jeg vil ta blodprøve. Jeg spør etter navn, fødselsdato, så strammer jeg stasen, stikker, tar prøvene, tar på bomull og tape, og går.

Å banke på døren, si god morgen og fortelle pasienten hvorfor hun er kommet, er et uttrykk for høflighet i disse svært korte møter.

Videre svarer Björg slik på følgende spørsmål;

*Snakker du med pasientene?* Nei, som regel ikke. Av og til litt småpratning mens jeg likevel er der. Tidlig om morgenen er ingen av oss så veldig snakksalige. Jeg svarer hvis de spør meg om noe. Av og til sier jeg; å hvor fine blomster du har på nattbordet, eller i dag er det fint vær. Dersom det er noe de må snakke med sykepleier eller lege om avbryter jeg dem og forteller hvem de må snakke med dette om. Det hender at de begynner å fortelle meg noe. Jeg lytter tålmodig. Av og til kan jeg få en hel livshistorie. Da må jeg også avbryte. Gjør jeg ikke det, kan jeg bli stående der lenge.

Hun tar sjelden initiativ til å snakke med pasientene. Når de tar initiativ til kontakt engasjerer hun seg i det de sier, eller spør om, men avbryter dem dersom hun opplever at det de forteller tar for lang tid.

### ”Det kommer veldig an på dagsformen, det må jeg innrømme”

Marita opplever forskjell på seg selv med tanke på hvor mye hun snakker med pasientene. Av og til snakker hun mye, av og til lite. Når pasienter ønsker å snakke mye med henne, prøver hun å avgrense litt, slik at de ikke får prate for lenge, og får fortelle for mye. Videre sier hun;

Noen vil fortelle hvordan de hadde det når de kom inn her, hva de har drømt om natten, hvem som var på besøk i går og så videre. Noen forteller om familien som har vært ute og reist, og hva de har gjort på før de kom inn, det er alt mulig. *Hvordan opplever du det når de begynner å fortelle slike ting?* Det kommer veldig an på dagsformen, det må jeg innrømme (latter). *Ja, fortell litt om det.* Enkelte dager vet jeg at når jeg kommer tilbake til laboratoriet så har jeg god tid. Jeg er passe opplagt selv, og har en grei dag. Da tar jeg meg alltid litt lenger tid. Hvis jeg har en stor runde, og vet at det er hektisk når jeg kommer tilbake til laboratoriet, så avgrenser jeg litt fort.

Marita snakker om pasienter som ønsker kontakt, og hennes engasjement kommer an på hennes dagsform og tiden som hun har til rådighet.

## Omsorg er vanskelig

Marita forteller som følger;

Om jeg har veldig god tid en dag, så tror ikke jeg at jeg er så flink til å bruke tid på pasientene. Jeg er ikke flink til å sette meg ned å snakke med dem, for å si det sånn, for å spørre; hvordan går det med deg, ”egentlig”. Det er jeg ikke flink til i hele tatt. *Hadde du hatt muligheter til det?* Ikke sånn for alle, men kanskje med en eller to pasienter i løpet av en prøverunde. Noen har jo behov for å snakke i en halv time, og det går jo ikke, men kanskje to-tre minutter, det har jeg tid til, og det gjør jeg med enkelte. Dersom de bare har behov for å snakke, og de ikke krever noe svar, så tar jeg meg av og til tid, men jeg er ikke flink til å sette meg ned å vise veldig medfølelse og sånn.

Videre forteller Marita;

Jeg er ikke en som sier stakkars deg, jeg er vel heller litt ”kort”. *Kan du gi et eksempel på det?* For eksempel enkelte sier; å jeg har hatt en så forferdelig natt, jeg har hatt så vondt, og så begynner de å gå i detaljer om alt mulig. Så sier jeg; hm hm, ja, jeg håper det ordner seg i dag, det ordner seg sikkert i dag. Jeg føler at jeg ikke blir så veldig medfølelse på sånt. *At du ikke engasjerer deg i det de snakker om, at du tenker mer at du vil ta de blodprøvene og gå videre?* Ja, på en måte, egentlig. Det blir så veldig detaljert, så er ikke jeg flink til å prate og sånn, det er jeg ikke.

Som regel så er de deprimerte for enten de har fått en diagnose, eller det har skjedd noe rundt dem, og jeg er ikke flink nok i personlighet til å takle noe sånt heller. Å sette meg ned for å trøste dem fordi at de har fått påvist et eller annet, det synes jeg er vanskelig.

Marita er bevisst på at hun ikke er medfølelse når pasienter beklager seg til henne. Hun vet ikke hva hun skal si til dem. Det handler om at det er vanskelig å vise omsorg for pasienter, selv om hun har tid til det.

### ”... jeg synes faktisk liv er spennende”

Helene forteller at hun synes at det er hyggelig å møte pasienter, spesielt når hun har litt tid. Hun ønsker å gi dem tid til å forstå hva hun skal gjøre når hun kommer for å ta blodprøver. Det er ikke alltid at hun har tid til å gi dem, spesielt ikke på stressende vakter. Helene opplever forholdsvis ofte at pasientene søker kontakt og vil prate med henne. Videre sier hun;

Mange pasienter er interessert i å prate, rett og slett. *Ja, og det liker du?* Ja, jeg synes faktisk liv er spennende. Jeg synes det er mange interessante historier jeg kan få høre fra pasienter.

Hun gir følgende eksempel på en historie hun fikk høre fra en mannlig pasient som hun hadde ”bommet” på, og som hun ble stående å prate med, før hun stakk han på nytt;

Da fortalte han at han hadde nylig vært i Ukraina, og hadde blitt invitert til et sykehus der. Han fortalte at de som stakk på sykehuset der, de hadde ikke engangsutstyr. Sprøytene

kvasset de på shiferheller som var utenfor sykehuset, når de ble for sløve (latter). Slik er faktisk situasjonen andre steder, slik driver de sitt arbeid.

Dette sier noe om hvordan Helene benytter sine muligheter i møter med pasienter.

### **”Jeg tenker ikke så mye på tiden når jeg er på avdelingene og tar blodprøver”**

To bioingeniører, Marita og Bjørg tenker ikke så mye på tiden når de er på avdelingene og tar blodprøver. Bjørg svarer slik på følgende spørsmål;

*Hva betyr tiden som du har til rådighet i de korte møtene, for deg?* Jeg tenker ikke så mye på tiden når jeg er på avdelingene og tar blodprøver. Dersom det er noen pasienter som jeg må bruke ekstra mye tid på, så går jeg først til laboratoriet med de prøvene som jeg har tatt, slik at resultatene kan foreligge til forventet tid.

Marita gir uttrykk for det samme som Bjørg. Det handler om å være tilstede i det de holder på med. Det handler også om å planlegge arbeidet for å oppnå effektivitet, med tanke på å bruke den tid som trengs for å ta blodprøver.

### **”Veldig ofte så tror jeg at jeg har mer tid enn jeg egentlig tenker at jeg har”**

Helene uttrykker seg slik om tanker hun har om tiden;

Veldig ofte så tror jeg at jeg har mer tid enn jeg egentlig tenker at jeg har. Egentlig så ”har” jeg litt bedre tid. Det er bare det å kunne gi seg selv tid til å bruke noen minutter ekstra. *Kan du si litt mer om det du sa om tiden, og tankene rundt dette at du ”har” mer tid?* Ja, jeg tror det på en måte går på rutiner en lager seg i laboratoriet, lager seg på sykehuset. Det blir jo lett en veldig hektisk runddans, at ting skal gå forttest mulig, men hvis en tenker seg om så er jo ikke ett minutt, ett og ett halvt minutter, to minutter, det er jo ikke mye. Jeg kan egentlig få roet ned en situasjon på et par minutter, ved å prate litt, for eksempel snakke litt om været, eller hvilken dag er det egentlig i dag.

I det store og hele handler dette om å kunne gi seg selv tid til å bruke noen minutter ekstra til å ”småsnakke” med pasientene, noe som blant annet kan roe ned en situasjon.

#### **4.8.2 Prøvetakingen går fortere unna om helgene enn om hverdagene**

Alle de tre bioingeniørene gir uttrykk for at prøvetakingen går fortere unna om helgene enn om hverdagene. De begynner tidligere på morgenrunden enn vanlig, og pasientene er ikke blitt vekket av avdelingspersonalet. Dermed ligger de fleste pasientene i sengen sin når de kommer, og de slipper å bruke tid på å lete etter dem, eller vente på dem.

Helene forteller at hun tviler på at et ”helgemøte” kan bli godt, fordi de er svært hektiske.

Hun gir følgende eksempel på et slikt møte;

Det er å gå inn på rommet, ta på nattbordlampen, og forsøke å ikke ta den rett opp i fjeset til pasienten. Jeg spør etter navn og fødselsnummer på en pasient som sover. Så lirker jeg armen frem slik at jeg får festet staseslangen, ta blodprøven, og ta på bomullsdotten. Jeg sier takk, og går igjen.

Det handler om hvordan en helgebemannet laboratoriedrift får konsekvenser for møter mellom bioingeniører og pasienter.

### **”Jeg kan ikke tillate meg å slå av en prat, og det synes jeg er trist”**

Helene sier at ”helgerundene” er litt tøffe. Videre uttrykker hun seg slik;

Jeg kan ikke tillate meg å slå av en prat, og det synes jeg er trist. Da har jeg på en måte fjernet meg litt fra etikken i jobben min, tror jeg. Det opplever jeg som lite tilfredstillende. *Ja. Dette går jo på tiden, sant?* Ja, det gjør det, og det blir ikke noe kvalitetstid, det blir kun en prosedyre, kun en praktisk handling. Jeg gjør den med et menneske, og det er der forskjellen ligger. Det er et menneske jeg forholder meg og henvender meg til.

Hun snakker om negative følelser som kommer opp i henne, fordi tiden hun har til rådighet gjør at hun ikke kan tillate seg å slå av en prat med pasienter. Det handler om å ufrivillig fjerne seg fra bioingeniørers yrkesetisk retningslinjer. Disse svært korte helgemøtene er preget av dårlig kvalitet, fordi pasientene blir behandlet som objekter, ikke som subjekter.

## 4.9 Om bioingeniørers holdning

### **4.9.1 ”Jeg prøver å være blid og litt positiv i stemmen, og jeg ser på alle pasientene”**

Marita forteller at hun forsøker å ha en positiv holdning til alle pasienter. Hvordan hun møter pasienter uttrykker hun slik;

Jeg prøver å være blid og litt positiv i stemmen, og jeg ser på alle pasientene. Det er veldig viktig for meg. Jeg går alltid inn på rommet slik at jeg ser dem. Jeg ser først på dem, altså ser dem i øynene, for å si det sånn. Det er da de svarer eller ikke svarer, eller ikke hører hva jeg sier, eller forstår hva jeg sier. Om de er narkomane for den del, eller hva som helst, så i utgangspunktet så behandler jeg alle likt.

Måten Marita møter pasienter på kommer blant annet til uttrykk i hennes tone og gester. Ved å få blikkontakt med dem, finner hun ut mer om pasientene, med tanke på hvordan hun videre skal kommunisere med dem.

### **Det kan være vanskelig å være blid**

Videre gir Marita uttrykk for at når hun forlater pasientene, føler hun at hun ikke alltid har behandlet alle likt likevel. Hun gir følgende eksempel på dette;

På min siste prøverunde i dag, så bommet jeg på en pasient, og så var en annen pasient ikke tilstede. Så ventet jeg litt på en pasient som hadde vært på toalettet, og var på vei tilbake, og som sier; ååå kan du hjelpe meg. Så skal vedkommende holde meg i armen og gå bort til sengen, og så opp i sengen, og de hopper jo ikke akkurat opp i sengen, og klokken går.

Det er en sånn sårbar tid, å komme midt i middagen. Det er noe dritt altså. Og så skulle jeg inn til noen gamle damer, der det ligger to greie damer, og en "ikke grei". Selvfølgelig er det den "ikke greie" jeg skal ta blodprøver av. Så sitter de andre to og småprater og spiser maten sin, og så skal jeg ta blodprøver midt opp i dette, det er dårlig timing altså. Så da blir jeg litt småsvett, og jeg synes det er litt ubehagelig rett og slett. Jeg spør om det er greit at jeg kommer tilbake, eller om de har noe i mot at jeg tar blodprøver under middagen. Jeg forstår jo det at de har lagt der i flere timer uten at det har skjedd noen ting, og endelig når maten kommer, "da" skal alt skje. Jeg skjønner det jo (latter). Så kommer sykepleier og sier at pasienten skal begynne på penicillin. De har gjort klar all intravenøs, og jeg "må" ta prøvene nå. Ja, så må jeg bare ta de da. Så står hun der og småbanner om respekten som ikke eksisterer og så videre. *Pasienten?* Ja, hun har akkurat fått maten sin, så skal jeg ta blodkultur X 2, og det tar tid det. Så skal jeg være så blid, og det er vanskelig. Og da jeg kom til neste pasient, så var det akkurat det samme der.

Dette handler om en svært utfordrende prøverunde for Marita, som medfører at det er vanskelig for henne å være blid.

### **4.9.2 Det som er betydningsfullt for bioingeniører**

#### **Når vi føler at vi gir noe positivt til pasientene, får vi mye tilbake**

To bioingeniører, Bjørg og Helene gir uttrykk for at når de føler at de gir noe positivt til pasientene, får de mye tilbake. Bjørgs fortelling lyder slik;

En mannlig pasient som hadde forøkt å ta livet sitt, hadde jeg en lang samtale med i forbindelse med blodprøvetaking. Det var på en rolig nattevakt. Han lå på gangen. Han fortalte om seg selv. Jeg lyttet til han, og viste interesse for det han fortalte. Møtet med denne pasienten var veldig spesielt, og jeg husker det godt. Det gav meg veldig mye, og jeg føler at jeg også fikk gi noe positivt til denne pasienten.



Björg hadde god tid i dette møtet. Hun lyttet til, og viste interesse for det pasienten fortalte. Hun gir av seg selv og får mye positivt tilbake.

Det som er betydningsfullt for Helene, er at pasientene føler at hun har gjort så godt arbeid som mulig, at de føler seg trygg i blodprøvetakingssituasjonen, og ivaretatt som pasient. Det er viktig for henne at pasientene sitter igjen med en følelse av at dette var noe som gikk greit. Dette gir henne en god følelse som hun tar med seg videre. Hun gir følgende eksempel;

I dag tok jeg blodprøver av en eldre mann som trodde at han var på en båt. Jeg tenkte; ok skal jeg bruke lang tid på å virkelighetsrelatere han til at han er ikke på en båt, men på et sykehus, eller skal jeg la han heller få tro at jeg tar blodprøven på en båt (latter). Akkurat i den situasjonen pratet vi det litt vekk, for underveis så tror jeg at han skjønnte at han egentlig ikke var på en båt. Han var nok litt av og på i forhold til demensutvikling. Er du på en båt, så er jo ikke dette en båt, men det kunne gjerne vært en båt, sa jeg. Det kunne han være enig i, for det er jo veldig mye her som ligner på en båt, sa han (latter). Så tok jeg blodprøven. Han sa; ha det bra, ha en god dag. Det var faktisk kvalitet over den lille handlingen der, fordi at det ikke ble en vond følelse for han, at han på en måte hadde ”gått i baret”.

Helene engasjerer seg i pasienten, og deltar ved ”å spille på samme lag” som han, slik at han skal føle seg trygg og ivaretatt. Helene opplevde at det var kvalitet over det hun gjorde, fordi situasjonen ikke ble en vond følelse for pasienten. Hun lykkes ved å bruke sitt faglige skjønn.

### **”Det som er betydningsfullt for meg er at pasientene er vennlige”**

Björg forteller mer om hva som er betydningsfullt for henne;

Det som er betydningsfullt for meg er at pasientene er vennlige. *Kan du gi et eksempel på dette ut fra din egen erfaring?* Fra min side er det selvsagt viktigst at jeg får gjort arbeidet mitt som er å ta blodprøver, men jeg liker å bli møtt på en vennlig måte. Eksempel på uvennlige måter å bli møtt på er når jeg får sure kommentarer som for eksempel; Skal du plage meg nå igjen? Har dere ikke snart fått nok blod? Eller pasienter som banner og er ufordragelige. Jeg venter ikke at de skal være i godt humør eller komme med hyggelige kommentarer, men jeg liker å bli møtt på en vanlig høflig måte.

Det handler om måten pasientene møter henne på. Hun skal hjelpe dem, og opplever det som betydningsfullt at de er vennlige.

### **”Det er å møte de forskjellige personlighetene”**

Marita svarer slik på følgende spørsmål;

*Som en avslutning på intervjuet vil jeg stille spørsmålet; I det store og hele, hva vil du si er det mest betydningsfulle i de korte møtene med pasientene?* Det er å møte de forskjellige

---

personlighetene. *Det er mest betydningsfullt for deg?* Ja. Vi har mange artige pasienter, for å si det sånn. *Kan du gi eksempel og forklare det nærmere?*

Marita gir følgende eksempel på et møte med en ”mannlig personlighet”, som for første gang ikke hadde sovet på samme sted som sin kone;

Han var så bekymret for hvordan det skulle gå med hans kone, fordi de hadde ikke sovet på hver sitt sted på 40 år. De hadde alltid vært sammen de. De begynte å være sammen når de var helt unge. Det er sånne spesielle ting som jeg husker veldig godt, og som gjør noe med meg, med positivt fortegn. Det at de er så jordnære, og gleder seg over slike enkle, helt elementære ting, synes jeg er veldig kjekt.

Dette er et eksempel på en personlighet som jeg virkelig husker, og som gjør at det er veldig kjekt å jobbe. Det gir meg veldig mye, egentlig, sånn sett. *Så når du møter personligheter som i eksempelet du har nevnt, så (avbrutt)*. Så glemmer jeg de 40-60 andre, eller et par hundre andre, fordi det er så utrolig godt å møte slike mennesker.

Å møte forskjellige personligheter er mest betydningsfullt for Marita i de korte møtene med pasienter. Å møte slike mennesker gir henne svært mye. Det gjør henne godt, og gjør at det er kjekt å arbeide.

Jeg har i dette kapittelet presentert funn som fremkom i intervju med seks pasienter og tre bioingeniører. I neste kapittel vil jeg drøfte noen av disse funnene.

## 5. Diskusjon av funn

På grunn av oppgavens størrelse, er det ikke mulig å drøfte alle hovedfunn som kom frem i studien. Følgende funn vil ikke bli drøftet her; pasienters forhold til blodprøvetaking, pasienters forhold til bioingeniører, pasienters forhold til bioingeniørers arbeidsmåte, bioingeniørers forhold til blodprøvetaking, samt bioingeniørers holdninger relatert til å prøve å være blid, positiv i stemmen, og se på alle pasientene. Disse funn kan jeg eventuelt drøfte ved andre anledninger.

Jeg vil her diskutere hovedfunn relatert til pasienters opplevelser av bioingeniørers engasjement, og av bioingeniørers tid og travelhet. Disse funn vil jeg diskutere sammen med hovedfunn relatert til bioingeniørers opplevelser om hvordan de håndterer pasienter som uttrykker angst for blodprøvetaking, bioingeniørers forhold til tid og kontakt med pasienter. I tillegg vil jeg diskutere det som er betydningsfullt for bioingeniører under tema om bioingeniørers holdning. Overnevnte funn diskuteres under følgende tre hovedtema;

- Bioingeniørers engasjement i relasjon til pasienter
- Håndtering av pasienter som er engstelige for blodprøvetaking
- Tid og travelhet

Bioingeniørers engasjement i relasjon til pasienter, og tid og travelhet, er tema som gikk igjen i funnene. Håndtering av pasienter som er engstelige for blodprøvetaking, var et fremtredende tema i datamaterialet spesielt for en pasient, og for alle bioingeniørene. I tillegg har jeg en spesiell interesse for dette tema. På grunn av at jeg ofte møter pasienter som er engstelige for blodprøvetaking ønsker jeg å få mer innsikt og forståelse, slik at det korte møtet kan oppleves så positivt som mulig for slike pasienter.

De tre hovedtemaene vil bli diskutert enkeltvis selv om de på ulike måter går inn i hverandre. Da disse temaene har sammenheng med hverandre, vil jeg komme tilbake til de to første temaene under diskusjon av det siste temaet, tid og travelhet.

## 5.1 Bioingeniørers engasjement i relasjon til pasienter

Det å bli stukket med nåler er ikke noe pasienter opplever som lystbetont. Dette er noe de kan tåle fordi de ser på det som en nødvendighet. Måten prøvetaker tilnærmer seg pasienter på, utgjør en forskjell med tanke på hvordan pasienter opplever blodprøvetakingen (Thorpe, 1991).

Bioingeniørers engasjement spiller en viktig rolle for hvordan det korte møtet oppleves, både for pasienter og for bioingeniører. Deres engasjement kommer til uttrykk som kommunikasjon gjennom deres holdninger, og synliggjøres i måten de behandler pasienter på. Behandler de pasienter som subjekter eller som objekter? Dette kommer til uttrykk på ulike måter i deres relasjon til pasienter.

Datamaterialet viser at det er forskjell på bioingeniører med tanke på hvor mye engasjement de viser i møter med pasienter. Graden av kontakt som bioingeniører har med pasienter er personavhengig. En av bioingeniørene gir uttrykk for at hvor mye hun engasjerer seg i pasientene og deres situasjon kommer an på hennes dagsform.

Bioingeniørers engasjement i relasjon til pasienter diskuteres først som en to-leddet relasjon, der pasienter blir behandlet som ting, deretter som en tre-leddet relasjon, der pasienter blir behandlet som personer, og til slutt som mellommenneskelige handlinger.

### 5.1.1 To-leddet relasjon - pasienter blir behandlet som ting

Blant mine bioingeniørinformanter kommer det frem at en av disse som regel ikke snakker med pasientene. Datamaterialet viser at pasienter opplever at de generelt er lite i dialog med bioingeniører. Dette kommer blant annet til uttrykk når bioingeniører sier minimalt, gir uttrykk for at de kun er opptatt av å ta prøvene, for så å komme seg videre. De engasjerer seg ikke i pasientene eller i deres situasjon. Dermed har de ikke en felles sak. Relasjonen er to-leddet (Skjervheim, 2001/1996).

Når bioingeniører behandler pasienter som objekter, blir pasienter oversett som mennesker. De blir tingliggjort i bioingeniørers verden. Begge parter hindres i å presentere seg og gi seg

til kjenne som levende og sansende mennesker. Den profesjonelle blir fratatt gleden av å få lov til å gi noe til pasienten. Begge parter får på hver sin måte bare være til stede med en del av seg selv. De får ikke tone frem som hele personer (Martinsen, 2000). Ved at bioingeniører behandler pasienter som objekter, gjennom ”et registrerende øye”, utviskes pasientenes integritet. Urørlighetssonen blir brutt (Løgstrup, 1982). Bioingeniører tar alt i sin makt, og dermed er det ikke lenger noe som bare tilhører pasientene. Makten brukes på en negativ måte. Ikke til å bygge opp, men til å rive ned (Christoffersen, 2000). Det er ubehagelig å oppleve at urørlighetssonen blir krenket. Dette kan virke nedbrytende i pasientenes verden.

Blant mine funn kom det frem at en eldre kvinnelig pasient opplever at enkelte bioingeniører slenger armen hennes oppå sengehesten, før de tar prøver. Hun gir uttrykk for at det er sjeldent dette skjer. Den profesjonelle ser kun registrerende ut fra ulike teknikker å se på. På denne måten får den profesjonelle makt over pasientens kropp, en makt som avkler dens menneskelighet. Pasienten blir gjort synlig som et objekt ved at vedkommende blir sett uten å bety noe for den som ser. Dette kan oppleves smertefullt. Man kan føle seg angrepet (Martinsen, 2000). En slik objektiviserende holdning kommer til uttrykk ved at bioingeniører ikke ser på pasienter som hele personer. De behandler pasienter som en del (Alvsvåg, 1993). Det er armen som en kroppsdel, som står sentralt i det korte møtet, ikke pasientene som hele personer. At pasientene har en mest mulig behagelig kroppsstilling i forbindelse med prøvetakingen er ikke relevant. Dette er det samme som å gjøre pasienter til gjenstander, og ikke til sosiale, medlevende personer (Alvsvåg, 1993). I følge policydokumentet *Blodprøvetaking i sykehus - Mer enn bare et stikk*, NITO (2003), er det to punkter i overnevnte hendelse som ikke blir fulgt. Det dreier seg om at prøvetakingen ikke blir utført på en så skånsom måte som mulig, og at det i situasjonen ikke blir vist respekt og tatt hensyn til pasienten.

Datamaterialet viser at en bioingeniør er bevisst på at hun ikke er engasjert og medfølende når pasienter gir uttrykk for at de er deprimerte og søker trøst i forbindelse med påvisning av en vond diagnose. Hun vet ikke hvordan hun skal håndtere slike situasjoner, og dermed blir det vanskelig for henne å vise omsorg. Bioingeniører kan på denne måten oppleve det pasienter sier som fremmed. Det fremmede er blant annet det de ikke er i stand til å delta i (Skjervheim, 2001/1996). Engasjerer ikke bioingeniører seg i pasientene og i det de sier, er det vanskelig å ta pasientene alvorlig. Slik stiller man seg selv utenfor med hensyn til det den andre snakker om. Man behandler det den andre sier som et fakta, og man gjør seg selv til en

fremmed med hensyn til det (Skjervheim, 2001/1996). Når man ikke engasjerer seg i møte med den andre, kan man begrense at livsytringene får innflytelse (Alvsvåg, 2000). Dette er noe som kommer til uttrykk når pasienter innbyr bioingeniører til engasjement ved at de åpner seg og viser dem tillit, og så opplever de å bli avvist. På denne måten får ikke livsytringene næring. De blir ikke tatt vare på (Alvsvåg, 2000). Dette illustrerer hvordan den andres verden kan bli mørkere og tyngre, gjennom vår holdning (Løgstrup, 2000/1956).

Hvordan skal bioingeniører håndtere situasjoner i møte med pasienter der pasienten gir uttrykk for at de er deprimerte og søker trøst etter påvisning av en vond diagnose? Er dette noe de lærer i sin grunnutdanning på høyskolene? Vektlegges kommunikasjon i relasjonen mellom pasient og bioingeniør som en del av undervisningen i bioingeniørutdanningen? Studien til Drange (1995) viser at dette varierer fra høyskole til høyskole. I Trondheim er bioingeniørutdanningen tett knyttet opp mot ingeniøridealet, i Tromsø til helsearbeideridealet, og i Bergen til en mellomstilling mellom ingeniør- og helsearbeideridealet. Studien til Beck (2002) viser at aktørene som skapte utdanningen på Ullevål, var opptatt av å beholde den helsefaglige tilknytningen i laboratorieyrket. Pasientrelasjonen og sykdomslære ble vektlagt, og dette tyder på at helsefagidealet sto sterkt her. Funn fra de to overnevnte studier viser at hva og hvor mye bioingeniørstudenter lærer om hvordan de skal håndtere ulike situasjoner i møter med pasienter, har sammenheng med hvilken høyskole de utdannes på.

### **5.1.2 Tre-leddet relasjon - pasienter blir behandlet som personer**

Blant mine pasientinformanter kom det til uttrykk at bioingeniører i noen tilfeller snakker med dem i det korte møtet i forbindelse med blodprøvetaking. Pasienter som opplever at dette skjer, gir uttrykk for at dette er positivt. Ved at bioingeniører engasjerer seg i pasienter, ved for eksempel å slå av en prat, blir dette det Skjervheim (2001/1996) kaller en tre-leddet relasjon. Bioingeniører som subjekter behandler pasienter som subjekter. I det følgende vil jeg gi flere eksempler på slike relasjoner.

De fleste pasientene i min studie opplever at bioingeniører tar hensyn til dem. En mannlig pasient gir uttrykk for at når han under blodprøvetakingen vil sitte i sengen, i stedet for å ligge, engasjerer bioingeniører seg og deltar slik at hans ønske i forbindelse med

prøvetakingen blir oppfylt. Dette er også et eksempel på det Skjervheim (2001/1996) kaller en tre-leddet relasjon. Et annet eksempel på en slik relasjon er, en kvinnelig pasient som opplever at bioingeniører engasjerer seg når hun informerer dem om at hun har operert bort venstre bryst. De er da opptatt av å ta prøvene i høyre arm. Pasienters forventninger ytrer seg direkte i ord, eller gjennom tone og gest, med tanke på at bioingeniører oppfylder deres forventninger. For at forventninger kan oppfylles, er ytringen nødvendig. På denne måten blir den andre gjort oppmerksom på de forventningene man har (Løgstrup, 2000/1956). Når pasienter ytrer sine forventninger til bioingeniører, er det et uttrykk for tillit til bioingeniører. Ved at bioingeniører engasjerer seg, er åpne for pasientenes ønsker i forbindelse med prøvetakingen, og imøtekommer deres forventninger, tar de imot deres tillit. De er med å gi livsytringene rom i det mellommenneskelige møte (Alvsvåg, 2000). Når tilliten er gjensidig, stoler man på hverandre, og man tror på det den andre sier (Martinsen, 2005). På denne måten kommer de spontane livsytringer til uttrykk (Christoffersen, 2000).

Datamaterialet viser eksempler på betydningsfulle møter for bioingeniører, der de engasjerer seg og deltar i pasientenes situasjon, eller i det de forteller. Pasient og bioingeniør er medsubjekter i forhold til samme sak. Dermed består relasjonen av tre ledd (Skjervheim, 2001/1996), pasient, bioingeniør og saken. Pasientene blir sett som betydningsfulle for den som ser. De blir sett med "et hjertelig deltakende øye" (Martinsen, 2000). To av mine bioingeniørinformanter forteller om betydningsfulle møter, der de føler at når de gir noe positivt til pasienter, får de mye tilbake. En annen bioingeniørinformant opplever det som positivt å møte forskjellige personligheter. Disse betydningsfulle møtene som bioingeniørene beskriver, handler om møter med pasienter der gjensidig tillit kommer til uttrykk. Begge parter tar i mot hverandres tillit (Martinsen, 2005).

En av bioingeniørinformantene gir i tillegg uttrykk for at det er betydningsfullt for henne at pasientene er vennlige. Ved at bioingeniører blir møtt på en vennlig måte av pasienter, kan det bli lettere for bioingeniører å engasjere seg i pasientene og deres situasjon, slik at relasjonen kan bli tre-leddet.

### **Det faglige skjønn synliggjøres**

Blant mine informanter gir en bioingeniør uttrykk for at det som er betydningsfullt for henne, er at pasientene føler at hun har gjort så godt arbeid som mulig, at de føler seg trygg i

blodprøvetakingssituasjonen, og blir ivaretatt som pasient. Det er viktig for bioingeniøren at pasientene sitter igjen med en følelse av at prøvetakingssituasjonen var noe som gikk greit. Er dette mulig i prøvetakingssituasjoner med for eksempel senil demente pasienter? Eller er slike situasjoner begrenset i seg selv? I enkeltsituasjoner finnes både muligheter og begrensninger (Alvsvåg, 2006). Mine funn viser at overnevnte bioingeniør så både begrensninger og muligheter i en enkeltsituasjon. Hun skulle ta blodprøver av en mannlig senil dement pasient, som trodde at han var på en båt. Bioingeniøren fokuserte på mulighetene hun hadde i denne situasjonen. Relasjonen ble tre-leddet fordi hun engasjerte seg i den senil demente pasienten og i det vedkommende sa. Hun deltok ved ”å spille på samme lag” som han, slik at han skulle føle seg trygg og ivaretatt. Mennesket og pasienten ble sett som en og samme person (Martinsen, 2000). Bioingeniøren opplevde at det var kvalitet over det hun gjorde, fordi situasjonen ikke ble en vond følelse for pasienten. Vedkommendes urørlighetszone ble respektert (Løgstrup, 1982). Det som var sårbart for denne senil demente pasienten, ble beskyttet. Det blir ikke rørt ved (Løgstrup, 1982). I dette korte møtet kom spontane livsytringer til uttrykk som tillit, barmhjertighet, medfølelse, og åpenhet i samtalen (Christoffersen, 2000).

Bioingeniøren i denne hendelsen lykkes med å bruke sitt faglige skjønn. Hun våget å tro det hennes øye så, og hun hadde tillit til sine sanser (Martinsen, 2000). Bioingeniørers faglige skjønn synliggjøres når de bruker sine kunnskaper og erfaringer fra sin yrkeshverdag. I enkeltsituasjoner tar de i bruk det faglige skjønn ved å forstå og handle på en riktig, god, og hensiktsmessig måte. For å håndtere situasjoner som i utgangspunktet kan virke kompliserte, kreves det kunnskap, faglig innsikt og erfaring. Dette er en forutsetning for at man på en god og riktig måte kan vurdere, samt finne de riktige og mest hensiktsmessige måter å handle på. I en enkeltsituasjon får skjønn rom når man er bundet til fagkunnskapen og samtidig har en viss avstand til fagkunnskapens regler, lover og normer (Alvsvåg, 2002). Det vil si at fagpersonen kan sitt fag, og vet hvilke verdier kunnskapen og reglene skal ivareta. Avstanden eller friheten gjør en i stand til å avvike reglene på en faglig forsvarlig måte, fordi den aktuelle situasjonen krever det. Å følge regler slavisk kan hindre at det som regler skal ivareta, blir ivaretatt.



## **Polikliniske møter**

I denne studien har jeg vektlagt korte møter mellom bioingeniører og inneliggende pasienter. Blant to av mine pasientinformanter har det likevel kommet til uttrykk at polikliniske møter med bioingeniører har vært spesielt positive. En av disse pasientene gir uttrykk for at på poliklinikken er bioingeniører hyggelige. Mine funn viser at pasientene opplever at bioingeniører i disse møtene er imøtekommende, og de engasjerer seg i pasientene og i deres situasjon. Disse relasjonene er derfor tre-leddet (Skjervheim, 2001/1996). Pasientene blir behandlet som hele personer (Alvsvåg, 1993). De blir sett som betydningsfulle for de som ser (Martinsen, 2000).

Blir pasienter behandlet annerledes på poliklinikken enn når det tas prøve av dem på rommet de ligger på? I studien til Wilhelms (2001) kommer det frem fra en informant som er bioingeniørstudent, at det virker som det er forskjell på hvordan inneliggende og polikliniske pasienter blir behandlet av bioingeniører. Informanten synes det er vanskelig å forklare hvordan dette kommer til uttrykk. I denne studien kommer det frem at i poliklinikken er det ikke andre pasienter eller andre profesjoner å ta hensyn til, og på morgenrunder kan det derimot være mange forstyrrende elementer (Wilhelms, 2001).

## **Forventer alle pasienter engasjement fra bioingeniører?**

Datamaterialet viser at to kvinnelige pasienter ikke forventer engasjement fra bioingeniører. Likevel opplever en av disse pasientene at når bioingeniører viser engasjement ved å snakke med henne, er det hyggelig at dette skjer. Bioingeniør og pasient er da felles om noe tredje, og dermed blir relasjonen tre-leddet. En annen pasient ser det ikke som bioingeniørers oppgave å vise hensyn eller omsorg til henne eller hennes situasjon. Hun forventer ikke noe annet enn en ”teknisk operasjon”, som for henne kun dreier seg om blodprøvetaking. Det er dette hun også opplever i møte med bioingeniører. Hun opplever distansen de har til henne som passende og behagelig. På denne måten blir hennes urørlighetszone respektert (Løgstrup, 1982).

På hvilken måte kommer pasienters forventninger om distanse til uttrykk for bioingeniører i de korte møter? Dette kan komme til uttrykk gjennom pasientenes tone og gest. Deres blikk tilhører deres gest. Det er uttrykkende og henvendt til den andre (Martinsen, 2000). Gjennom

pasienters tone og gest kan bioingeniører oppfatte at pasienter ønsker en viss avstand. De kan se pasienten i sin integritet gjennom et sansende, deltakende øye (Martinsen, 2000).

### 5.1.3 Mellommenneskelige handlinger

Hvilke handlinger dominerer i de korte møter mellom bioingeniører og pasienter? Er det pragmatiske eller praktiske handlinger? (Skjervheim, 2001/1996). Datamaterialet fra min studie viser at bioingeniørers handlinger kommer til uttrykk både som pragmatiske og praktiske. De fleste pasienter opplever deres handlinger som ensidig instrumentelle / pragmatiske, i større grad enn de er praktiske. I flere tilfeller er dette også noe bioingeniører opplever. Dette kommer til uttrykk ved at pasienter blir gjort til fysiske gjenstander. De blir tingliggjort av bioingeniører. Funn i studien til Bårdsen (1999) viser at pasienter opplever tingliggjøring som ”å bli sett som et tilfelle”. Dette ser ut til å bli kommunisert som likegyldighet eller respektløshet, noe pasienter opplever som smertefullt. Dette er et instrumentalisk mistak, fordi pragmatiske handlinger kommer til uttrykk som en grunnholdning i møte med den andre. Man objektiverer den andre (Skjervheim, 2001/1996). Dermed blir vedkommendes urørlighetssone krenket (Løgstrup, 1982). Bioingeniørers makt kommer til uttrykk som en objektiverende holdning til pasientene. Pasientene betyr ikke noe for den som ser. Dette kan oppleves ubehagelig for pasienten, og kan føre til at deres livsmot blir redusert (Martinsen, 2000).

I *Bergens Tidende* i april 2006, kan vi lese om en mannlig 46 år gammel rusmisbruker med diabetes, som av politiet ble innbrakt til Bergen legevakt, etter at de fant han gjennomvåt og forkommen ved et kjøpesenter. Pasienten lå lenge på legevakten uten å bli skikkelig undersøkt. Da legen omsider kom, unnlot han å måle pasientens blodsukker og promillenivå. Legens forklaring på dette var at pasienten dyttet han bort når han forsøkte å foreta en undersøkelse av pasienten. En enkel glukosemåling kunne reddet livet til denne pasienten, men det ble aldri gjort. Ansvarlig lege leste ikke pasientjournalen, eller førte journal selv. Han rapporterte heller ikke direkte til legene som kom på neste vaktskift, om hvilke vurderinger som ble gjort. I løpet av neste vaktskift da pasienten hadde vært uten tilsyn i to timer, oppdaget en sykepleier at han hadde sluttet å puste. Pasienten ble kjørt til Haukeland Universitetssykehus i ambulanse. Neste dag ble han erklært død. Han døde av for høyt blodsukker (Fianbakken, 2006). Dette er også et eksempel på et instrumentalistisk mistak

(Skjervheim, 2001/1996). Pasienten ble objektivert av helsepersonell. Han ble sett uten å bety noe for dem som så (Martinsen, 2000).

Hva kan bioingeniører gjøre for å unngå det instrumentalistiske mistaket i møte med pasienter? Blant mine informanter gir en mannlig pasient uttrykk for at han setter pris på at bioingeniører veksler noen ord med han, eventuelt setter seg ned og prater litt med han. Pasienten ønsker å snakke om noe annet enn selve blodprøvetakingen. Samtaletema er ikke så viktig. Man kan gjerne snakke om været. Det handler om at bioingeniører veksler noen ord med pasienter, noe som fører til at møtet oppleves som positivt for pasienter. På denne måten vil praktiske handlinger dominere i det korte møtet. Blodprøvetaking som instrumentell handling, blir da en del av de praktiske handlinger som helhet. Dette er et eksempel på hva som kan gjøres for å unngå det instrumentalistiske mistaket (Skjervheim, 2001/1996). Man ser den andre med et ”hjertelig deltakende øye”, med tanke på at det alltid er ”noe mer” som knytter seg til denne personen (Martinsen, 2000). Noe som kan invitere bioingeniører til engasjement i pasientens situasjon.

Et annet eksempel på å unngå det instrumentalistiske mistaket finnes i studien til Hjeltnes & Vikerhaugen (1997). Funn i denne studien viser at bioingeniører bruker faktakunnskap som de omsetter i handling under selve blodprøvetakingen. De bruker også sine kommunikative ferdigheter. Bioingeniørenes moralske kunnskap kom blant annet til uttrykk ved å vise respekt for pasientenes privatliv, vise hjelpsomhet, og ta hensyn til deres ønsker og behov under prøvetakingen (Hjeltnes & Vikerhaugen, 1997). Blodprøvetaking er en instrumentell handling som de utfører ut fra sine faktakunnskaper. Denne handlingen sammen med deres kommunikative ferdigheter, samt deres moralske kunnskap, kommer til uttrykk som praktiske handlinger. De handler ut fra det kategoriske imperativet (Skjervheim, 2001/1996). Bioingeniører handler da ut fra en grunnleggende respekt for pasienter og med respekt for yrkesetiske retningslinjer for bioingeniører (NITO, 2005), som sier noe om hvordan bioingeniører skal behandle pasienter. På denne måten kan pasienter oppleve å bli imøtekommet på en medmenneskelig og respektfull måte. Det vises interesse for dem som hele personer (Alvsvåg, 1993).

## 5.2 Håndtering av pasienter som er engstelige for blodprøvetaking

Håndtering av pasienter som er engstelige for å ta blodprøver diskuteres først som en angrepsholdning, deretter ved ”å se med et hjertelig deltakende øye”, og til slutt ved overbevisning av pasienter som ikke vil ta blodprøver.

### 5.2.1 En angrepsholdning

Datamaterialet viser at en mannlig pasient som har angst for blodprøvetaking, alltid, så sant det er mulig, forteller bioingeniører om sin angst. Han gir uttrykk for at noen bioingeniører behandler han kun som den armen de er på jakt etter en åre i. De er bare opptatt av å få tatt blodprøvene sine. Pasienten blir behandlet som en del, og ikke et helt menneske (Alvsvåg, 1993).

Mange pasienter forventer dessverre en traumatisk episode ved blodprøvetaking. Dette fordi de har blitt fortalt at deres blodårer ruller, er tynne, dype, eller blodårene kollapser (Lindsay, 1996). Den engstelige pasienten som jeg refererer til, gir uttrykk for at når bioingeniører fokuserer på åren som kan være vanskelig å se eller finne, blir han mer anspent, for da kommuniserer de ikke med han. I tillegg sier de ikke fra om når stikket kommer. De bare stikker. Noen er hardhendte når de stikker. På denne måten opplever pasienten å bli behandlet som et objekt. Ut fra Skjervheims (2001/1996) tenkning, er dette en to-leddet relasjon. Bioingeniører som denne pasienten refererer til, engasjerer seg ikke i han som person. De behandler pasienten som armen med en åre i. Bioingeniørers holdning kommer på denne måten til uttrykk som en objektiverende holdning i møte med pasienter.

En objektiverende holdning er en angrepsholdning (Skjervheim, 2001/1996). Når man har en angrepsholdning går man til angrep på den andres frihet til å ha egen selvforståelse, rett til å ha egne meninger og vurderinger. På denne måten tror man at man forstår den andre bedre enn vedkommende forstår seg selv (Martinsen, 2005). Blant mine informanter gir en pasient som er engstelig for blodprøvetaking uttrykk for at når han ligger og sover blir han vekket av at en bioingeniør sier at hun kommer for å ta blodprøver av han, og stikker han mens han ligger i halvsøvn. Dermed rekker han ikke å forberede seg psykisk på blodprøvetakingen,

og får ikke nok tid på seg slik at han kan fortelle bioingeniøren om sin angst for dette. En bioingeniør blant mine informanter gir uttrykk for at hun på hektiske helgerunder ”ufrivillig” behandler pasienter som objekter. Slike helgemøter opplever hun som lite tilfredsstillende. Hun spør etter navn og fødselsdato på pasienter som sover, og deretter ”lirker” hun frem deres arm og tar blodprøver. Dette eksempelet kan knyttes til det den overnevnte pasienten gir uttrykk for. Ved at bioingeniører tar blodprøver av pasienter før de er forberedt, kan pasientene oppleve som en objektiverende holdning fra bioingeniører, en angrepsholdning. Objektiverer man den andre er det umulig at en samtale kan finne sted (Martinsen, 2005). I de to overnevnte eksemplene gir ikke bioingeniører pasienter mulighet til å fortelle at de er engstelige for å ta blodprøver, og om eventuelle ønsker de har i forbindelse med prøvetakingen. Pasientene blir gjort til fysiske gjenstander. De blir tingliggjort av den andre som har makt i relasjonen (Skjervheim, 2001/1996).

### **5.2.2 ”Å se med et hjertelig deltakende øye”**

Situasjonen er krevende for bioingeniører som skal mestre utfordringen som dreier seg om å redusere pasientenes engstelse i forbindelse med en blodprøvetakingssituasjon (Husøy, 2005). Når pasienter er nervøse for blodprøvetaking er det viktig at man opptrer på en rolig måte, slik at pasientene kan føle seg mer avslappet. Man kan for eksempel møte pasientene med et smil (Thorpe, 1991). En høflig, vennlig og beroligende opptreden kommer positivt til uttrykk for pasienter gjennom bioingeniørers gester. Ved å opptre på en rolig, profesjonell og behagelig måte, uttrykker man kontroll over situasjonen. Dette kan medføre at pasienter får tillit til prøvetaker (Lindsay, 1996).

Hvordan kan kvaliteten på det korte møtet bli god, for denne pasientgruppen? Datamaterialet viser at en mannlig pasient med angst for blodprøvetaking, gir uttrykk for at når han ytrer sine forventninger til bioingeniører, da viser de fleste han omsorg og er forsiktige. De sier at det er mange som har den redselen i seg, og at dette vil gå fint, samt at han kommer til å kjenne et lite stikk, og så er det gjort. Noen sier at de skal prøve å holde sprøytespissen i ro. De fleste spør under prøvetakingen om det går bra, eller de sier etter prøvetakingen at dette gikk bra. Han gir dem da ros når prøvetakingen er over. Det handler om å håndtere pasientens angst ved å engasjere seg i han og hans problem, ved å kommunisere med han både før, under og etter prøvetakingen, samt utføre prøvetakingen på en så skånsom måte

som mulig. På denne måten behandler bioingeniører pasienten som et subjekt. De engasjerer seg, og deltar i vedkommendes problem, noe som er blitt felles for begge parter. Dette illustrerer det Skjervheim (2001/1996) kaller en tre-leddet relasjon.

Studien til Bårdsen (1999) viser at grunnlaget for at pasienter opplever omsorg fra radiografer i det korte møtet, er å møte pasientene på deres premisser. Utfordringen er å møte pasientene der de er, i den situasjonen de er i, samt ha evne til å sanse og registrere hvor de er, hvilke behov de har, og deretter forsøke å imøtekomme disse behovene. Dette er også en viktig utfordring for bioingeniører i møte med pasienter som er engstelige for å ta blodprøver.

Det kreves erfaring for god håndtering av pasienter som opplever blodprøvetaking som traumatisk. I tidsskriftet *Laboratory Medicine* kan vi lese at mer enn 20 år i bransjen som blodprøvetaker, har gitt Riginald Lindsay en innsikt som bare kommer med erfaring (Lindsay, 1996). De tre bioingeniørinformantene i min studie har mange års yrkeserfaring. Alle tre opplever å møte voksne pasienter som er engstelige for å ta blodprøver. De håndterer slike pasienter ved å vise engasjement, gi pasientene god tid, samt forsøke å avlede dem med tanke på å få fokus bort fra selve prøvetakingen. Ved at man snakker naturlig til pasientene, for eksempel om været, kan man avlede dem (Thorpe, 1991). Den mannlige pasienten i min studie som har angst for blodprøvetaking, opplevde det som positivt da en bioingeniør avledet han, da han hadde fortalte om sin angst. De snakket om andre ting. Pasienten merket nesten ikke at bioingeniøren tok blodprøver. Bioingeniøren var tilstede i det korte møtet. Hun valgte hva hun ville engasjere seg i (Skjervheim, 2001/1996). Bioingeniører velger å engasjere seg med tanke på at prøvetakingssituasjonen kan oppleves på en så positiv måte som mulig for pasientene. Slik kan man tilstrebe at pasientene blir mindre engstelige ved eventuelt senere anledninger (Thorpe, 1991). Denne pasientgruppen ønsker så rask og smertefri prøvetaking som mulig. Prøvetakers jobb er å gi dem best mulig service. Som profesjonell må man alltid tilstrebe å gjøre sitt beste ved første forsøk (Lindsay, 1996).

Datamaterialet viser at en bioingeniør først prøver å snakke med pasienter som er engstelige for å ta blodprøver, og så ser hun dem inn i øynene med tanke på å oppnå en spesiell kontakt. Hun er opptatt av hva pasientene uttrykker med sitt blikk. Blikket som tilhører vår gest, har uttrykkskraft (Løgstrup, 2000/1956). Når det kommer til uttrykk at pasienter har angst i forbindelse med blodprøvetaking, engasjerer hun seg for å få kontakt med dem, med tanke

på å få dem til å slappe av. Ser hun at pasienter har flakkede blikk, og hun ikke får kontakt med dem, avventer hun prøvetakingen. Hun ser verken på armen eller åren. Hun bare snakker med dem og sier at hun kommer tilbake senere. Jo mer avslappet og trygg pasienten blir, jo større er bioingeniørers sjanser for en vellykket og mindre traumatisk prøvetaking (Lindsay, 1996). Bioingeniøren viser omtanke for pasientene, og setter seg inn i deres situasjon. Dette er personorientert profesjonalitet. Man ser på pasientene med "et hjertelig deltakende øye" (Martinsen, 2000). På denne måten engasjerer bioingeniører seg i pasientene og i deres situasjon. De viser interesse for pasientene som hele personer (Alvsvåg, 1993). Samtidig bruker de sin fagkunnskap på en utforskende og vurderende måte, med tanke på hvordan de kan delta for at situasjonen kan bli så positiv som mulig for det medmenneske de har foran seg (Martinsen, 2000). Gjennom en slik holdning kan de gjøre den andres verden tryggere (Løgstrup, 2000/1956).

### **5.2.3 Overbevisning av pasienter som ikke vil ta blodprøver**

Hvordan skal bioingeniører forholde seg til pasienter som ikke vil ta blodprøver?

Datamaterialet viser at de tre bioingeniørene viser respekt for pasienters valg om å reservere seg for blodprøvetakingen. Husøy (2005) viser til Pasientrettighetsloven som sier at alle pasienter har rett til å motsette seg prøvetaking. Når bioingeniører møter pasienter som ikke vil ta blodprøver, må de forklare at de rekvirerte prøvene kan være viktige å ta, med tanke på å stille diagnose og følge sykdomstilstanden (Husøy, 2005).

Hvordan kan bioingeniører på en positiv måte påvirke pasienter slik at de ombestemmer seg og vil ta prøvene likevel? Dette kan bioingeniører gjøre ved å overbevise pasientene ved å dele sin innsikt med dem gjennom en ekte dialog, slik at den blir synlig for begge parter. En slik dialog er mulig når man skiller mellom innsikt og meninger (Skjervheim, 2001/1996). Blant mine informanter gir en bioingeniør uttrykk for at hun forsøker å overtale pasienter som er usikre på om de vil ta blodprøver. Hun sier at dersom de tar prøvene kan det bli lettere å behandle dem, og da går de som oftest med på at prøvene tas. Forsøker hun med dette å påvirke pasientene til å ta prøvene, ved å overtale eller ved å overbevise dem? Ut fra datamaterialet kan det se ut til at bioingeniøren forsøker å overbevise pasienter ved å dele sin innsikt, slik at pasientene lettere kan vurdere saken og deretter avgjøre om de vil ta prøvene

eller ikke. Dette er også et eksempel på at bioingeniør og pasient er medsubjekter i en felles sak, og relasjonen blir derfor tre-leddet.

Ut fra egen erfaring har det bortsett fra en gang nyttet å dele min innsikt med pasienter som ikke vil ta prøver. Det var i møte med en ung, inneliggende, utenlandsk kvinne, som ikke forstod norsk, men hun kunne litt engelsk. Jeg opplevde at vi umiddelbart fikk god kontakt, der hun åpent og tillitsfullt fortalte om seg selv og om sin situasjon. Hun ga uttrykk for at hun var engstelig for å ta blodprøver, og at dette var noe hun ikke ville, fordi hun opplevde det som smertefullt. Jeg forsøkte å overbevise henne ved å si at jeg ville være svært forsiktig, og at ved hjelp av blodprøveresultatene kunne det bli lettere å behandle henne. Hun var likevel fast bestemt på at det var uaktuelt å ta blodprøver, og behandling var hun ikke interessert i. Jeg sa at jeg respekterte hennes valg og at jeg ville formidle dette videre til sykepleier. Jeg forholdt meg til pasientens grunner for å reservere seg for prøvetakingen. Hennes urørlighetszone ble respektert. Den ble ikke rørt ved (Løgstrup, 1982). Selv om jeg ikke lykkes med å overbevise denne kvinnen, slik at hun valgte å ta de rekvirerte blodprøvene, opplevde jeg da jeg sa farvel til henne, at vi likevel hadde hatt et positivt møte, med god kvalitet. Dette fordi respekten for pasienten og vedkommendes valg, samt den gode tonen vi hadde, dominerte i dette møtet. Det ble ikke blodprøvetaking, men vi hadde en tre-leddet relasjon.

### 5.3 Tid og travelhet

Tid og travelhet er et viktig tema med tanke på hvordan pasienter og bioingeniører opplever de korte møter. I studien til Ellingsen (2004) kommer det frem at det kan se ut til at vårt forhold til tiden og hvordan den oppleves, trenger oppmerksomhet i nåtidens helse-Norge, slik at tiden ikke forsvinner i sekunder, effektivitet og produksjon.

Her vil jeg først diskutere tingliggjøring av pasienter. Deretter kaster jeg lys over tiden i møte med pasienter som er engstelige for å ta blodprøver. Til slutt stiller jeg spørsmål om bioingeniører kan velge hva de vil engasjere seg i. De to første temaene har tidligere blitt belyst i dette kapitlet, men nå vil de diskuteres i lys av tid og travelhet.



### 5.3.1 Tingliggjøring av pasienter

Datamaterialet viser at to pasienter til tider har merket at bioingeniører har liten tid. Dette kommer blant annet til uttrykk gjennom bioingeniørers gester i form av hurtighet og effektivitet i det korte møtet. Når vi har liten tid, slipper vi å være i situasjonen først. Vi har ikke tid til å stille spørsmål som for eksempel; Kan tiden komme til oss i stedet for at vi løper etter tiden som går? Er det mulig å holde tiden i rommet, slik at vi kan være i rommets oppgaver? (Martinsen, 2000).

Studien til Ellingsen (2004) viser at pasientene opplevde sykepleierne som travle, og de følte seg oversett av sykepleierne. Mine funn viser at tre pasienter opplever at alle bioingeniører har det travelt, og at de har et høyt tempo. En av disse beskriver bioingeniørenes arbeid som profesjonelt og fabrikkmessig. En annen pasient beskriver de fleste møtene med bioingeniører som et jag. Bioingeniører tar blodprøvene ”i full fart”, og så forsvinner de. Pasienten understreker at det er så lite som skal til for at møtene kan bli positive. Det er kun snakk om å veksle noen ord med han. Virkningen av kravet om hurtighet kan føre til at oppmerksomheten vendes mot sekundene som tikker, og minuttene som går, og ikke mot pasientene, som har krav på respekt. På denne måten kan pasientene bli tingliggjort. Vi løper etter oppgavene slik at vi rekker dem innen forventet klokkeslett, uten å tenke på at dette kommer til uttrykk i møter med pasienter. Pasientene kan oppleve oss som utilgjengelige, på grunn av den store farten vi har (Ellingsen, 2005).

Datamaterialet viser at de tre bioingeniørene gir uttrykk for at prøvetakingen går fortere unna om helgene enn om hverdagene. En av disse gir uttrykk for at en helgebemannet laboratoriedrift ikke tillater at hun kan slå av en prat med pasientene. Bioingeniøren beskriver tiden i disse helgemøtene som en tid uten kvalitet, og sin handling som en prosedyre, noe hun gjør med et menneske. Dette er et eksempel på pragmatiske handlinger. Instrumentalisme, som er det grunnleggende prinsippet i pragmatismen, synliggjøres (Skjervheim, 2001/1996). Bioingeniører ser på pasienter som et middel for å nå sine mål, der målet kan for eksempel være å ta blodprøver av et gitt antall pasienter innenfor en bestemt tidsramme.

For at bioingeniører skal nå sine mål må de fremskaffe kunnskaper som er hurtige å anvende. De ser den andre uten at vedkommende blir sett. Felles kjennetegn trekkes ut fra det som er

likt hos alle. Individuelle forskjeller vil da kun fremtre innenfor en på forhånd bestemt helhet som forskjeller på en skala. Bruk av slik kunnskap sletter den andres særpreg, eiendommelighet, og det å være til som seg selv. Dette kalles klassifiseringskunnskap. En kunnskap som ble til gjennom eksaminering av mennesker, der den andre ble tingliggjort og underkuet. Urørlighetssonen brytes også på denne måten (Martinsen, 2000). Det er ikke noe som bare tilhører pasienten. Bioingeniører tar alt i sin makt. Ved bruk av klassifiseringskunnskapen kan de være så hurtige at de slipper å se den andres særpreg og ansikt. Den andre blir ikke sett som menneske med betydning, men som et objekt uten selvforståelse (Martinsen, 2000). Den profesjonelle forstår pasienten, vet best på forhånd, og lytter ikke når pasienten søker kontakt. Engasjement i en felles sak uteblir. Den profesjonelle deltar i den andres liv, uten egentlig å ha tanke eller interesse for vedkommende (Martinsen, 2005). Dette kommer til uttrykk for pasienter. De kan føle seg som "et nummer i rekken" av det antall pasienter som bioingeniører skal ta blodprøver av. De kan føle seg tingliggjort av bioingeniører.

Når bioingeniører "haster" fra pasient til pasient, for å bli ferdig med blodprøvetaking av et visst antall pasienter innen et bestemt klokkeslett, blir ikke pasientene sett. Det er tiden som er bioingeniørers fokus. Slik kan alle pasienter bli like for bioingeniører. Er det noen som skiller seg ut, kan dette være noe som er blitt informert om i forkant av møtet og som kan være glemt etterpå. Bioingeniørers holdninger til det korte møtet, til pasientene, og til seg selv, kommer til uttrykk i deres relasjon til pasientene. I relasjon til andre mennesker er vi hverandres medskapninger. Som skapte, er vi forskjellige, men vi har alle samme verdi. Mitt syn på andre, og mitt syn på meg selv, avspeiler seg i min livsførsel. Det kommer til uttrykk i mitt forhold til mine medmennesker (Alvsvåg, 1993).

### **5.3.2 Tiden i møte med pasienter som er engstelige for å ta blodprøver**

På sykehus skal pasienter ivaretas med omtanke, og dermed skal de som har arbeidsoppgaver tilknyttet pasientkontakt, ha mulighet til å stoppe opp ved den enkelte (Ellingsen, 2005). Datamateriale viser at en mannlig pasient, som er engstelig for å ta blodprøver, gir uttrykk for at det fungerer best for han at bioingeniører gir han tid, men det er ingen som spør om han ønsker mer tid.

Hvordan kan det komme til uttrykk for bioingeniører at pasienter som er engstelige for å ta blodprøver ønsker å bruke mer tid enn det som er vanlig? Dette kan komme til uttrykk ved at de ser pasienter med ”et hjertelig deltakende øye” (Martinsen, 2000). På denne måten ser bioingeniører pasienter som subjekter. De er opptatt av hvordan prøvetakingen kan bli en så positiv opplevelse som mulig for pasientene. Ved å være åpen for pasientene og for deres situasjon, kan bioingeniører tolke uttrykk fra pasienter som er engstelige for å ta blodprøver. Gjennom pasienters tone og gester kan det komme til uttrykk at de ønsker å bruke mer tid på prøvetakingen. Dette forutsetter at bioingeniører benytter sine muligheter til å være åpen for, samt se etter hva pasientene gir uttrykk for. Tiden kan være langsom, og den kan være hurtig. Langsom tid gir ikke mer tid, men det handler om å benytte sine muligheter til å være åpen og undrende over de inntrykkene som tiden gir (Ellingsen, 2005).

Blant en av mine bioingeniørinformanter kommer det frem at rutiner man lager seg i laboratoriet eller på sykehuset, lett kan bli en hektisk runddans. Man skal arbeide fortest mulig. Dette er hurtig tid, det motsatte av langsom tid. Hurtig tid, truer mulighetene for å være åpen og undrende for inntrykk man får i møte med pasienter (Ellingsen, 2005). Den engstelige pasienten blant mine informanter, opplever sjelden at bioingeniører bruker mer tid enn de trenger på å utføre sitt arbeid. Bioingeniører som ser ut som de har det travelt, uttrykker med sine gester, og ved å si minimalt, at de ikke er tilstede med han, men de ønsker å være et annet sted. Pasienten føler seg som et objekt når bioingeniører behandler han slik. Dette er også et eksempel på en to-leddet relasjon (Skjervheim, 2001/1996). Pasient og bioingeniør lever i hver sin verden. Bioingeniører lever i en verden der blodprøvene er viktigere enn pasientene, og i en slik verden blir pasientene tingliggjort. Pasientene lever i en annen verden, innlagt på sykehus og har i tillegg angst for å ta blodprøver. En opplevelse av å bli tingliggjort av bioingeniører, kan medvirke til at pasientenes verden bli mørkere og tyngre.

Hva skjer med bioingeniører når de ikke lenger ser pasientenes særpreg? Da tviler de på sine øyner, og hva de er åpne for. De tar selv initiativet når de tviler på det pasientene uttrykker av bekymring og utilstrekkelighet. Pasienten blir sett som et objekt uten selvforståelse (Martinsen, 2000). I følge punkt 3.2 i yrkesetiske retningslinjer for bioingeniører (NITO, 2005), bør bioingeniører reflektere over de etiske konsekvensene av arbeidet de utfører. I NITO's medlemsblad *Refleks* kan vi lese at; ”Etikk handler om å stoppe opp i hverdagen, lytte til magefølelsen, kjenne etter hva som eventuelt ikke harmonerer med de normene du

har som menneske og ingeniørmedlem av NITO” (Lund, 2006, s. 7). Ved at bioingeniører reflekterer over sine tanker om tiden i det korte møtet, kan de bli mer bevisst på sine holdninger som kommer til uttrykk i hvordan de handler i relasjon til pasienter, samt hva de selv velger å ta initiativ til. Alle møter mellom mennesker gjør inntrykk. Spørsmålet er hvilket inntrykk bioingeniører gir pasienter, og hva pasienter sitter igjen med etter møtet.

Ellingsen (2005) spør om vi kan legge bort kravet om hurtighet, slik at vi kan bruke den tiden vi trenger for å se det som kommer til uttrykk hos pasienter som berøres av måten vi møter dem på.

### **5.3.3 Kan bioingeniører velge hva de vil engasjere seg i?**

Blant mine bioingeniørinformanter kommer det frem at tiden er avgjørende for grad av kontakt de har med pasienter. Datamaterialet viser at en av disse bioingeniørene tror at hun har mer tid enn hun i utgangspunktet tenker at hun har. Det handler om å kunne ”gi seg selv tid” til å bruke noen minutter ekstra. Ved å gi seg tid til å snakke med pasientene, kan hun for eksempel få mulighet til å roe ned en situasjon. Sett fra et etisk perspektiv, skapes tiden som det forhold vi har til den. Det er umulig å forandre tiden, men det er mulig å forandre vårt forhold til tiden (Martinsen, 2005).

En bioingeniør skiller seg ut blant mine informanter. For henne er det hyggelig å møte pasienter, spesielt når hun har tid til dem. Da benytter hun sine muligheter til å slå av en prat med pasientene. Bioingeniøren opplever at mange pasienter er interesserte i å prate, og hun synes deres liv er spennende. Slik kan bioingeniører velge å engasjere seg i pasienter og i deres situasjon. Da de som mennesker er i verden, er de engasjerte i noe. De kan ikke velge om de vil være engasjerte, men de kan velge hva de vil engasjere seg i (Skjervheim, 2001/1996).

På den ene siden kan bioingeniører velge å engasjere seg i hvor liten tid de har. Slik kommer deres travelhet til uttrykk for pasienter. Travelhet er symbolet på moderniseringsprosessen, og et tegn på at man følger med tiden. Den fremmer et ideal om presisjon med oppstyking, utnyttning og effektivisering av arbeidsprosessene. Man skal presse ut av tiden stadig flere disponible øyeblikk, der maksimal hurtighet skal møtes med maksimal effektivitet.

Kvaliteten i det korte møtet blir hastighet og effektivitet. Det vil si en instrumentell bruk av tid som ikke har særlig toleranse for omveier og forsinkelser (Martinsen, 2005). Dette er et eksempel på å utføre pragmatiske handlinger (Skjervheim, 2001/1996). Slike handlinger kommer til uttrykk når kun engasjerer seg i å ta de rekvirerte blodprøvene. På denne måten blir pasientene oversett av bioingeniører.

På den andre siden kan bioingeniører velge å engasjere seg i pasientene og i deres situasjon. Tidspress kan være dominerende i en sykehuskultur. Bioingeniører kan oppleve sitt arbeid som travelt, men samtidig ha respekt for blodprøvetaking, som er en viktig del av deres arbeid. I sin travelt kan de prioritere pasientene, slik at pasientene får en positiv opplevelse av det korte møtet. Da blir mennesket sett i sin integritet gjennom et seende deltakende øye (Martinsen, 2000). Dermed respekteres urørlighetssonen (Løgstrup, 1982). Møtenes kvalitet kan for begge parter bestå av verdifulle medmenneskelige øyeblikk (Alvsvåg, 1999).

NITO (2005) har valgt følgende tekst til forsiden av yrkesetiske retningslinjer for bioingeniører, skrevet av Seljeskog & Hov; ”Midt i en håpløs situasjon kan du velge om du vil bli et godt eller dårlig minne som pasienten aldri glemmer”. Dette viser at bioingeniører har mulighet å velge hva de vil engasjere seg i. Hva de velger er avgjørende for hvilken kvalitet møtene får. Når de ”holder” tiden, og ikke lar travelt få fokus i de korte møter, kan de se pasienten, pasienten kan se dem, og begge parter kan oppleve verdifulle medmenneskelige øyeblikk (Alvsvåg, 1999).

I neste kapitlet vil jeg beskrive forslag til videre forskning, før jeg til slutt presenterer konklusjon og avsluttende kommentarer.

## 6. Forslag til videre forskning

Datamaterialet viser at bioingeniører ofte møter voksne pasienter som er engstelige for å ta blodprøver. Det ville vært interessant å hatt et større utvalg av denne pasientgruppen, og undersøke hvorfor de er engstelige for blodprøvetaking, samt hva de mener kan bidra til at prøvetakingssituasjonen kan bli en mindre traumatisk opplevelse.

Et annet forslag til videre forskning er om pasienter og bioingeniører opplever forskjell på polikliniske møter og møter på pasientenes rom. Dersom det viser seg at det er forskjell kan man studere hvilke forskjeller det er og hvordan de kommer til uttrykk.

Det å sette fokus på hvordan barn opplever møter med bioingeniører, kan gi bioingeniører mer innsikt i hvordan slike møter kan få bedre kvalitet. I denne forbindelse tenker jeg på barn som er store nok til å fortelle om sine opplevelser.

## 7. Konklusjon og avsluttende kommentarer

Hvordan pasienter opplever møter med bioingeniører, og hvordan bioingeniører opplever møtene med pasienter, kommer an på bioingeniørers tid, deres dagsform, samt hvilke holdninger de har til seg selv, til sitt arbeid, til pasienter og til deres situasjon. Det kommer også an på pasientene, deres forventninger til bioingeniører, og om pasientene har spesielle ønsker i forbindelse med blodprøvetakingen.

Kommunikasjonen i det korte møtet mellom pasient og bioingeniør kan utarte seg på mange forskjellige måter, men den består alltid i å våge seg frem for å bli imøtekommet. Begge parter kan gi uttrykk for et ønske om oppmerksomhet, om å bli sett som betydningsfulle medmennesker, selv om de ikke kjenner hverandre.

Hva og hvordan bioingeniører kommuniserer i relasjon til pasienter, kommer til uttrykk gjennom bioingeniørers ord, tone og gester. Det som synliggjøres i den mellommenneskelige relasjonen handler om mye mer enn det som sies med ord. Bioingeniører har muligheter i møter med pasienter. Som profesjonelle yrkesutøvere er bioingeniører i besittelse av en makt. Hvordan de bruker sin makt synliggjøres gjennom deres holdning. Makten kan bioingeniører bruke til å gjøre pasientenes verden lysere og lettere, eller mørkere og tyngre. Bioingeniører kan behandle pasienter som hele og betydningsfulle personer, eller de kan behandle dem som objekter, der bioingeniører for eksempel kun viser interesse for pasientens arm som de ønsker å finne en åre i.

Hvordan bioingeniører kan benytte sine muligheter, slik at pasienter kan få en positiv opplevelse av det korte møtet, vil jeg eksemplifisere med følgende tidligere beskrevet sitat fra en av mine pasientinformanter;

Men du vet, bare de ordene av og til, at det bare ikke er det jaget, det har voldsomt mye å si, synes jeg i hvertfall. Det er jo sånne ting som i alle fall jeg synes er positivt, at det ikke bare er frem med armen, på med den plasterlappen, og så er de vekk.

Hva bioingeniører velger med tanke på hva de vil engasjere seg i, spiller en viktig rolle for hvordan kvaliteten på møtene blir. Kvaliteten forbedres når bioingeniører behandler pasienter som personer ved å vise respekt for pasientene, og engasjere seg i deres sak eller problem i forbindelse med prøvetakingen. Slik blir relasjonen tre-leddet, urørlighetssonen

respekteres, og man unngår det instrumentalistiske mistaket. På denne måten utfører bioingeniører praktiske, moralske, skjønsmessige og kloke handlinger i relasjon til pasienter.

Når bioingeniører derimot behandler pasienter som objekter forringes kvaliteten på det korte møtet. Relasjonen blir to-leddet, pasientenes urørlighetssone blir ikke respektert, og det oppstår et instrumentalistisk mistak. Dette kommer til uttrykk som pragmatiske handlinger gjennom bioingeniørers holdninger. Slike handlinger kan også være ”ufrivillige” fordi bioingeniører blir presset til å bruke tiden så effektivt som mulig på grunn av at sykehusbudsjett strammes og bioingeniørers arbeidsmengde økes. Dette får negative konsekvenser både for pasienter og for bioingeniører. Når bioingeniørers traveltet får fokus i møte med pasienter, kan de yrkesetiske retningslinjer glemmes eller bli skjøvet til side, slik at bioingeniørers handlinger kommer til uttrykk som en objektiviserende grunnholdning.

Spørsmålet er i hvilken grad bioingeniører kan velge hva de vil engasjere seg i. Som mennesker kan bioingeniører behandle pasienter som subjekter eller objekter. Utfordringen er å være bevisst hvilken makt og hvilke muligheter bioingeniører har i møte med pasienter.

## 7.1 Konsekvenser for det korte møtet

Før jeg startet denne undersøkelsen, utførte jeg et ”prøveintervju” med blant annet en kvinnelig bioingeniør. Hun ga uttrykk for at dette intervjuet ville medføre at hun i ettertid ville tenke mer over hvordan hun kommuniserer i møte med pasienter. Hun mente at alle bioingeniører burde blitt intervjuet, slik at de ville bli tvunget til å tenke mer over kommunikasjonen i de korte møter, og bli mer bevisst på hvordan de møter pasienter. Når jeg har arbeidet med denne oppgaven har jeg fått større innsikt og forståelse for hvor viktig kommunikasjonen er i møter mellom bioingeniører og pasienter. Ut fra overnevnte bioingeniørs tilbakemelding, samt de erfaringene jeg har gjort meg, ser jeg allerede mitt arbeid som nyttig og viktig. Dette viser at det er behov for ny kunnskap som kan bidra til at bioingeniører blir mer bevisst på hvordan de møter pasienter, slik at kvaliteten på det korte møtet kan bli bedre. Denne kunnskapen ønsker jeg å dele med andre bioingeniører, samt



høgskolene som utdanner nye bioingeniører. Mitt arbeid kan også komme til nytte for andre profesjonelle yrkesutøvere, som har korte møter med pasienter.

## 7.2 Noen ord til slutt

I løpet av en dag kan en bioingeniør møte mange pasienter. Pasienter kan derimot ha få daglige mellommenneskelige møter. En mannlig pasient blant mine informanter ga uttrykk for at da det skjedde så lite i løpet av en dag, opplevde han det som positivt å delta i intervju, for da ”skjedde det noe”. Dette sier noe om at det korte møtet mellom pasient og bioingeniør kan ha større betydning for pasienter enn for bioingeniører. Det ”skjer noe” i pasientenes tilværelse når de møter en bioingeniør.

Mitt ønske er at kunnskap fra denne studien vil bidra til at bioingeniører blir mer bevisst på hvilken makt og hvilke muligheter de har i møte med pasienter.

## Referanser

- AETAT. (2006). *Ledige jobber - Stillingsannonse. Lastet ned den 2. april 2006 fra <https://www.aetat.no/sbl/as/stillingssok/stillingsannonse.do?id=1085187>*
- Alvsvåg, H. (1993). Det gode blikket og de gode hendene. In K. Martinsen (Ed.), *Den Omtenkssomme sykepleier : artikkelsamling i forbindelse med at Diakonissehjemmets sykepleierhøgskole Haraldsplass er 75 år i mai 1993* (pp. 111-129). Oslo: Tano.
- Alvsvåg, H. (1999). Tid i de korte møtene - vekselvirkning: oppmerksomhet, samarbeid og samtale. In *Jubileumsskrift* (Vol. 1, pp. 26-32). København: Sykepleie- og radiografskolen i Herlev.
- Alvsvåg, H. (2000). Menneskesynet - fra kroppsfenomenologi til skapelsesfenomenologi. In H. Alvsvåg & E. Gjengedal (Eds.), *Omsorgstenkning : en innføring i Kari Martinsens forfatterskap* (pp. 19-36). Bergen: Fagbokforl.
- Alvsvåg, H. (2002). Klinisk skjønn. In S. Helseth, F. Nortvedt & I. T. Bjørk (Eds.), *Møte mellom pasient og sykepleier* (pp. 208-222). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Alvsvåg, H. (2006). Kari Martinsen: Philosophy of Caring. In A. Marriner-Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Nursing theorists and their work* (6th ed., pp. 167-190). St.Louis, Mo.: Mosby.
- Andersen, G. (2006). Tillit til helsetjenesten. *Bioingeniøren*, 3,(24).
- Beck, T. (2002). *Fra laboratoriesøster til laboratorietekniker : etableringen av bioingeniørutdanningen på Ullevål sykehus - prosessen, konfliktene og premissene*. Hovedfagsoppgave i helsefag hovedfag, spesialfag pedagogikk - Universitetet i Bergen.
- Bengtsson, J. (1999). *Med livsvärlden som grund. Bidrag til utvecklandet til en livsvärldsfenomenologisk ansats i pedagogisk forskning*. Göteborg: Didalos.
- Buber, M. (2000). *Det mellanmänskliga* (P. Sällström, Trans. 3. oppl. ed.): Sverige: Dualis.
- Bårdsen, B. (1999). *Omsorg i det korte møtet : en studie av hvilke behov stråleterapipasienten har i møte med stråleterapeuten*. Hovedfagsoppgave i helsefag hovedfag, spesialfag sykepleievitenskap - Universitetet i Bergen.
- Christoffersen, S. A. (2000). Forord til den norske utgaven. In K. E. Løgstrup (Ed.), *Den etiske fordring* (pp. 9-19). Oslo: Cappelen.
- Drange, E. (1995). *Fra helsearbeider til ingeniør? : en studie av bioingeniør-yrket i spenningsfeltet mellom et helsearbeider-ideal og et ingeniør-ideal, 1949-1993*. Hovedfagsoppgave i administrasjon og organisasjonsvitenskap - Universitetet i Bergen.
- Ellingsen, S. (2004). *Friske pasienters opplevelse av den preoperative periode : en kvalitativ studie*. Hovedfagsoppgave helsefag hovedfag, spesialfag sykepleievitenskap - Universitetet i Bergen.
- Ellingsen, S. (2005). Omsorgens vilkår sett i lys av tiden som fenomen. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 7, 3,(18-27).
- Fianbakken, K. (2006, 19. april). Pasient omkom, lege får advarsel. *Bergens Tidende*, p. 7.
- Fog, J. (2004). *Med samtalen som udgangspunkt : det kvalitative forskningsinterview* (2. rev. udg. ed.). København: Akademisk Forlag.
- Fuglestad, O. L., & Mørkeseth, E. I. (1996). *Kommunikasjon som møte mellom kulturer*. Stavanger: Høgskolesenteret i Rogaland Avdeling for kultur og samfunnsfag.
- Grimen, H. (2004). Indeksert kunnskap - Den praktiske kunnskapens problem. In P. Nortvedt & H. Grimen (Eds.), *Sensibilitet og refleksjon : filosofi og vitenskapsteori for helsefag* (pp. 165-191). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Hansen, G. (2001). Det menneskelige aspektet. *Bioingeniøren*, 11,(8).
- Hansen, G. (2006). Motvillige prøvetakere. *Bioingeniøren*, 3,(14).
- Hjeltnes, B., & Vikerhaugen, K. (1997). *Stikket : en studie av kunnskap som ligger bak blodprøvetaking*. Hovedfagsoppgave i spesialpedagogikk - Universitetet i Oslo, i samarbeid med Høgskolen i Oslo.
- Hov, R. (2006, 28. april). Haukleland får penger. *Bergens Tidende*, p. 4.
- Husebø, S. (2003). Kommunikasjon med gamle. *Omsorg*, 2,(65-71).
- Husøy, A.-M. (2005). *Blodprøvetaking i praksis*. Oslo: Akribe.
- Kvale, S. (2002). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Lindsay, R. L. (1996). Professional perspectives. Minimizing the trauma of phlebotomy. In *Laboratory medicine* (pp. 645-647). Chicago.
- Lund, I. (2006). Etikk - noe for ingeniører? *Refleks*, 3,(7).
- Løgstrup, K. E. (1982). *System og symbol : essays*. København: Gyldendal.
- Løgstrup, K. E. (2000/1956). *Den etiske fordring*. Oslo: Cappelen.
- Malterud, K. (2004). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (2. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforl.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.
- Nessa, J. (2003). *Medisin og eksistens : samtale, psykodynamikk og psykoterapi i allmenmedisin*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- NITO. (2003). *Blodprøvetaking i sykehus. Mer enn bare et stikk. Lastet ned den 10. januar 2006 fra <http://www.nito.no/dm/public/38573.pdf>*
- NITO. (2005). *Etikk for bioingeniører - Etisk refleksjon for engasjerte bioingeniører. Lastet ned den 10. januar 2006 fra <http://www.nito.no/dm/public/91483.PDF>*
- Pfizer. (2006). *Pressemelding: Lav tillit til norsk helsevesen Lastet ned den 10. april 2006 fra [http://www.pfizer.no/templates/NewsPage\\_\\_\\_1217.aspx](http://www.pfizer.no/templates/NewsPage___1217.aspx)*
- Repstad, P. (1998). *Mellom nærhet og distanse : kvalitative metoder i samfunnsfag* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervjuet : fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforl.
- Sandsmark, M. (2001). *Møt dagen : aforismer*. Oslo: Lunde.
- Skjervheim, H. (2001/1996). *Deltakar og tilskodar og andre essays* ([Ny utg.] ed.). Oslo: Aschehoug.
- Sørensen, H. H. (2003). Mer etikk, takk! *Refleks*, 7,(9).
- Thorpe, S. (1991). *A practical guide to taking blood*. London: Baillière Tindall.
- Wilhelms, R. (2001). *"Ny i faget og ny på jobben-" : en studie av nye bioingeniørers refleksjoner i møte med en yrkeskultur*. Hovedfagsoppgave i helsefag hovedfag, spesialfag pedagogikk/fagdidaktikk - Universitetet i Bergen.
- Aarnes, A. (2001/1996). Hans Skjervheim og norsk filosofi. In H. Skjervheim (Ed.), *Deltakar og tilskodar og andre essays* ([Ny utg.] ed., pp. 9-31). Oslo: Aschehoug.

## **Vedlegg I-XII**

Vedlegg I. Prosjektbeskrivelse

Vedlegg II. Godkjenning fra Regional komite for medisinsk forskningsetikk

Vedlegg III. Kvittering fra Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste AS

Vedlegg IV. Forespørsel til sykehusadministrasjon

Vedlegg V. Brev til avdelingssykepleiere

Vedlegg VI. Brev til sjefsbioingeniør

Vedlegg VII. Informasjonsbrev til pasienter

Vedlegg VIII. Informasjonsbrev til bioingeniører

Vedlegg IX. Samtykkeerklæring for pasienter

Vedlegg X. Samtykkeerklæring for bioingeniører

Vedlegg XI. Intervjuguide - pasienter

Vedlegg XII. Intervjuguide - bioingeniører

## Vedlegg I. Prosjektbeskrivelse

### Prosjektbeskrivelse

**Daglig ansvarlig/veileder**

Herdis Alvsvåg  
Seksjon for utdanningsvitenskap  
Institutt for utdanning og helse  
Universitetet i Bergen  
Christiesgate 13  
5020 BERGEN

**Student**

Anita Turøy  
  
5052 BERGEN

**12239 Kommunikasjon i det korte møtet mellom pasient og bioingeniør i forbindelse med blodprøvetaking**

Formålet med prosjektet er å undersøke hvordan pasienten opplever møte med bioingeniør samt bioingeniørs opplevelse av møte med pasienter.

Utvalget består av:

- 6 pasienter i alderen 45-60 år innlagt på sykehus ved enhetene for hjerte/lunge og mage/tarm
  - 2-4 bioingeniører med minst to års erfaring med blodprøvetaking av inneliggende pasienter
- Pasienter rekrutteres gjennom respektive avdelingssykepleier som utdeler informasjonsskriv på vegne av prosjektleder. Overbioingeniør ved aktuelle sykehuslaboratorium utdeler informasjonsskriv til aktuelle bioingeniører. Ombudet legger til grunn at prosjektet er klarert med sykehusledelsen (jf. pkt. a).

Det gis skriftlig informasjon og innhentes skriftlig samtykke (jf. pkt. b). Personvernombudet finner informasjonsskrivet godt utformet.

Opplysninger innhentes gjennom halvstrukturert kvalitativt intervju.

Tema for intervju er opplevelser og erfaringer fra møte mellom pasient og bioingeniør. Det registreres opplysninger om kjønn og alder. For pasienter registreres diagnose.

For pasientene registreres sensitive personopplysninger, jf. personopplysningsloven § 2 8 c).

Intervju tas opp på digitalt lydopptak som transkriberes på isolert pc og pc i nettverkssystem, tilknyttet Internett. Ved transkribering vil direkte personidentifiserende opplysninger erstattes med et fiktivt navn som viser til en navnelist. Listen oppbevares atskilt fra det øvrige materialet.

Opptak markeres med fiktivt navn og oppbevares nedlåst.

Datamaterialet anonymiseres ved prosjektslutt ved at verken direkte eller indirekte personidentifiserbare opplysninger fremgår, navneliste, samtykkeerklæring og opptak slettes. Prosjektslutt er satt til 30.06.2006 (jf. pkt. c og d).

Det gjøres ikke bruk av elektronisk sammenstilling av personregistre (jf. pkt e).

Personvernombudet for forskning legger til grunn at prosjektet er tilrådd av Regional komité for medisinsk forskningsetikk.

## Vedlegg II. Godkjenning fra Regional komite for medisinsk forskningsetikk

### UNIVERSITETET I BERGEN

*Det medisinske fakultet*  
Harald Hårfagresgt. 1, 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-5020 BERGEN  
Ph: +47 55 58 20 84/86  
Fax: +47 55 58 96 82  
E-mail: Rek-3@uib.no

<http://www.etikkom.no/REK>

*Regional komité for  
medisinsk forskningsetikk  
Vest-Norge (REK Vest)*

Bergen, 07.01.05  
Sak nr.: 04/11256

Førsteamanuensis Herdis Alvsvåg  
Seksjon for utdanningsvitenskap  
Christiesgt 13  
5015 BERGEN

#### **Ad. Prosjekt: Kommunikasjon i det korte møtet mellom pasient og bioingeniør i forbindelse med blodprøvetaking (REK Vest nr. 232.04)**

Det vises til svarbrev datert 27.12.04 med vedlagte reviderte intervjuguider.

REK Vest v/leder har vurdert saken. En har ikke flere merknader og studien er da endelig klarert fra denne komité sin side.

Vi ønsker dere 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

Arnold Berstad  
leder

Arne Salbu  
sekretær

# Vedlegg III. Kvittering fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

**Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS**  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Hans Holmboes gate 22  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47/ 55 58 21 17  
Fax: +47/ 55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Herdis Alvsvåg  
Seksjon for utdanningsvitenskap  
Institutt for utdanning og helse  
Universitetet i Bergen  
Christiesgate 13  
5020 BERGEN

Vår dato: 28.02.2005

Vår ref: 200500246 SM /RH

Deres dato:

Deres ref:

## KVITTERING FRA PERSONVERNOMBUDET

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 03.02.2005. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 25.02.2005. Meldingen gjelder prosjektet:

12239

*Kommunikasjon i det korte møtet mellom pasient og bioingenør i forbindelse med blodprøvetaking*

*Behandlingsansvarlig*

*Universitetet i Bergen, ved institusjonens overste leder*

*Daglig ansvarlig*

*Herdis Alvsvåg*

*Student*

*Anita Turøy*

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS er utpekt som personvernombud av Universitetet i Bergen, jf. personopplysningsforskriften § 7-12. Ordningen innebærer at meldeplikten til Datatilsynet er erstattet av meldeplikt til personvernombudet.

### Personvernombudets vurdering

Etter gjennomgang av meldeskjema og dokumentasjon finner personvernombudet at behandlingen av personopplysningene vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Dette betyr at behandlingen av personopplysningene vil være unntatt fra konsesjonsplikt etter personopplysningsloven § 33 første ledd, men underlagt meldeplikt etter personopplysningsloven § 31 første ledd, jf. personopplysningsforskriften § 7-20.

Unntak fra konsesjonsplikten etter § 7-27 gjelder bare dersom vilkårene i punktene a) – e) alle er oppfylt:

- førstegangskontakt opprettes på grunnlag av offentlig tilgjengelige registre eller gjennom en faglig ansvarlig person ved virksomheten der respondenten er registrert,
- respondenten, eller dennes verge dersom vedkommende er umyndig, har samtykket i alle deler av undersøkelsen,
- prosjektet skal avsluttes på et tidspunkt som er fastsatt før prosjektet settes i gang,
- det innsamlede materialet anonymiseres eller slettes ved prosjektavslutning,
- prosjektet ikke gjør bruk av elektronisk sammenstilling av personregistre.

#### Avdelingskontorer / District Offices:

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

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

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

200500248 SM /RH

2

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i vedlegget.

Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

**Ny melding**

Det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de punktene som ligger til grunn for personvernombudets vurdering.

Selv om det ikke skjer endringer i behandlingsopplegget, skal det gis ny melding tre år etter at forrige melding ble gitt dersom prosjektet fortsatt pågår.

Ny melding skal skje skriftlig til personvernombudet.

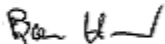
**Offentlig register**

Personvernombudet har lagt ut meldingen i et offentlig register, [www.nsd.uib.no/personvern/register/](http://www.nsd.uib.no/personvern/register/)

**Ny kontakt**

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2006, rette en henvendelse angående status for prosjektet.

Vennlig hilsen

  
Bjørn Henrichsen

  
Siv Midthassel

Kontaktperson: Siv Midthassel tlf: 55588334

Vedlegg: Personvernombudets vurdering

Kopi: Anita Tuzøy

5052 BERGEN



---

## Vedlegg IV. Forespørsel til sykehusadministrasjon

Anita Turøy

5052 BERGEN

Dato

Til

Administrasjonen ved Institusjon

Adresse

Jeg henvender meg til Dere for å spørre om å få tillatelse til å intervju pasienter og bioingeniører ved Deres sykehus, i forbindelse med et prosjekt jeg vil utføre tilknyttet min mastergrad i helsefag. Prosjektets tittel er: *Kommunikasjon i det korte møtet mellom pasient og bioingeniør i forbindelse med blodprøvetaking*. Jeg som prosjektleder og databehandler er tilknyttet Universitetet i Bergen, Institutt for samfunnsvitenskap, Kalfarveien 31, 5018 Bergen. Veileder for mitt prosjekt er Herdis Alvsvåg, førsteamanuensis ved Universitetet i Bergen, Seksjon for utdanningsvitenskap, Christiesgate 13, 5015 Bergen.

Jeg er ansatt som bioingeniør ved laboratoriet Kvinneklinikken, Haukeland Universitets-sykehus, hvor jeg har vært ansatt i 5 ½ år. Jeg har også arbeidserfaring som hjelpepleier på sykehus.

I dette forskningsprosjektet har jeg valgt tema om kommunikasjon fordi det er avgjørende i alle mellommenneskelige møter, og settes gjerne på særlig prøve i korte møter, slik relasjonen er mellom pasient og bioingeniører ved blodprøvetaking. I mitt yrke som bioingeniør har jeg opplevd at hva og hvordan jeg kommuniserer, kan ha stor betydning for hvordan pasienten opplever det korte møtet vi har sammen.

For innhenting av opplysninger vil jeg benytte kvalitativt forskningsintervju som metode, der informantene er både pasienter og bioingeniører. I denne forbindelse vil jeg også spørre om tillatelse til å foreta intervjuene av bioingeniørene i deres arbeidstid. Jeg vil intervju 6-8

pasienter og 2-4 bioingeniører, et intervju pr. informant. Med utgangspunkt i prosjektets tittel søker jeg opplysninger fra begge disse informantgruppene for å skaffe til veie kunnskap om hvordan pasienter opplever møter med bioingeniører, og hvordan bioingeniører opplever møtene med pasienter. Kunnskap fra dette prosjektet, kan medvirke til at bioingeniører blir mer bevisst på hvordan de møter pasienter i de korte møter i forbindelse med blodprøvetaking.

Pasienter som informanter er 3-4 kvinner og 3-4 menn som er innlagt på sykehus ved medisinsk avdeling ved enhet for XX og XX. Å intervju pasienter med ulike diagnoser, gir større tilfang av mulig viktige aspekter, i motsetning til å intervju pasienter med en diagnose der sykdommen i seg selv kan ha betydning for hvordan de korte møtene oppleves. De må være myndige og mellom 45-60 år. Det er ønskelig at de har erfaring med mange møter med bioingeniører over kort tid under sitt sykehusopphold, slik at de har disse møtene ferskt i minnet. De vil da sannsynligvis lettere svare på intervju spørsmål. Pasientene må være "friske nok" til å bli intervjuet. Tidspunkt for intervjuet kan for eksempel være et par dager før, eller dagen før hjemreise. De må ha norsk som morsmål, og må kunne snakke tydelig. De må ikke ha psykiatrisk diagnose eller være senil dement.

Sykepleiere ved de to aktuelle avdelinger velger ut pasientene. De har oversikten over avdelingens inneliggende pasienter, og de kan vurdere pasientenes tilstand, samt vurdere hvilket tidspunkt det kan passe for pasientene å delta i intervjuet. Jeg vil ta kontakt med avdelingssykepleierne ved de to nevnte medisinske avdelingene, og spørre om de vil levere informasjonsskriv og samtykkeerklæring til 3-4 pasienter av begge kjønn (totalt 6-8 pasienter fordelt på to avdelinger), som er "friske nok" til å delta i et intervju med ca. 1 times varighet. Jeg vil også spørre om avdelingssykepleierne vil ta imot tilbakemelding/samtykkeerklæring fra de pasientene som ønsker å delta i studien, og gi meg informasjon pr. telefon om passende tidspunkt for intervjuet, samt komme med forslag til et rom jeg kan benytte under intervjuene.

Jeg vil ta kontakt med overordnede bioingeniør og spørre om vedkommende vil levere informasjonsskriv og samtykkeerklæring til de bioingeniører ved sykehusets laboratorium som har minst to års erfaring med blodprøvetaking av inneliggende pasienter. De bioingeniørene som ønsker å delta i prosjektet, kan melde sin interesse ved å undertegne og

returnere samtykkeerklæringen til meg. Ut fra de innkomne samtykkeerklæringene vil jeg trekke ut inntil 4 bioingeniører til intervju.

Det er frivillig å delta i prosjektet. Informantene kan trekke seg fra prosjektet på hvilket som helst tidspunkt. Dette medfører ikke erstatnings- eller begrunnelsesplikt, eller andre konsekvenser. Opplysninger som mottas anonymiseres. De vil ikke bli utlevert til andre, og de vil tilintetgjøres når prosjektet er ferdig. Opplysninger som fremkommer i sluttrapporten kan ikke tilbakeføres til enkeltpersoner eller institusjon. Jeg som forsker er underlagt taushetsplikt, og behandler data konfidensielt. Prosjektet er meldt til Personverneombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskaplige datatjeneste AS, og godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk.

Jeg ønsker å starte intervjuene i X måned 2005. Prosjektet beregnes avsluttet sommeren 2006.

Jeg håper at sykehuset finner mitt prosjekt interessant, og gir meg tillatelse til å foreta intervjuene.

Med vennlig hilsen

Anita Turøy

## Vedlegg V. Brev til avdelingssykepleiere

Anita Turøy

5052 BERGEN

Dato

Til

Avdelingssykepleier (NN) ved ..... avdeling

Institusjon

Adresse

Vedlagt følger mitt brev til (tittel) NN, institusjon, vedrørende spørsmål om tillatelse til å blant annet foreta intervju av pasienter ved to medisinske avdelinger. Jeg har fått positivt svar på min henvendelse, og jeg henvender meg derfor nå til deg.

I forbindelse med min mastergrad i helsefag skal jeg utføre et prosjekt med tittelen; *Kommunikasjon i det korte møtet mellom pasient og bioingeniør i forbindelse med blodprøvetaking*. Ved den avdelingen som du arbeider på, vil jeg intervju 3 pasienter, både kvinner og menn. Jeg søker opplysninger om hvordan pasienter opplever møter med bioingeniører. Mitt spørsmål til deg er om du vil hjelpe meg med noen praktiske saker i forbindelse med mitt prosjekt? Dette går ut på å:

- Levere vedlagte informasjonsskriv og samtykkeerklæring til 3 pasienter som er ”friske nok” til å delta i et intervju med ca. 1 times varighet. Dersom pasientene ønsker det, kan intervjuet deles i flere bolker. Intervjuet avbrytes dersom det ser ut til, eller uttrykkes direkte at pasienten ikke er i god nok form til å gjennomføre det.
- Ta imot tilbakemelding/samtykkeerklæring fra de pasientene som ønsker å delta i prosjektet.
- Gi meg informasjon pr. telefon om passende tidspunkt for intervjuet, samt forslag til et rom uten forstyrrende elementer, på eller i nærheten av avdelingen, som pasienten og jeg kan benytte under intervjuet.

Jeg kan gjerne påta meg ansvaret for å hente og bringe pasienten, samt gi personalet ved avdelingen beskjed når pasienten er tilbake på sitt rom etter avsluttet intervju.

Dersom det er ønskelig, vil jeg gjerne komme og gi mer informasjon om prosjektet på et avdelingsmøte etc. Jeg tar kontakt med deg pr. telefon for nærmere avtale, og jeg håper at vi kan få et godt samarbeid. På forhånd takk for hjelpen.

Med vennlig hilsen

Anita Turøy

Tlf: XXXXXXXX (privat), XXXXXXXX (mobil), XXXXXXXX (arbeid)

Vedlegg

## Vedlegg VI. Brev til sjefsbioingeniør

Anita Turøy

5052 BERGEN

Dato

Til

Sjefsbioingeniør, (NN) ved laboratoriet

Institusjon

Adresse

Vedlagt følger mitt brev til (tittel) NN, institusjon, vedrørende spørsmål om tillatelse til å blant annet foreta intervju av bioingeniører ved sykehusets laboratorium. Jeg har fått positivt svar på min henvendelse, og derfor henvender jeg meg nå til deg.

I forbindelse med min mastergrad i helsefag skal jeg utføre et prosjekt med tittelen; *Kommunikasjon i det korte møtet mellom pasient og bioingeniør i forbindelse med blodprøvetaking*. Jeg vil intervju 2-4 bioingeniører, en bioingeniør om gangen. Jeg søker opplysninger om hvordan bioingeniører opplever møtene med pasienter. Mitt spørsmål til deg er om du vil levere vedlagt informasjonsskriv og samtykkeerklæring til alle bioingeniørene ved sykehusets laboratorium som har minst to års erfaring med blodprøvetaking av inneliggende pasienter? De bioingeniørene som ønsker å delta i prosjektet, kan melde sin interesse ved å undertegne og returnere samtykkeerklæringen til meg. Ut fra de innkomne samtykkeerklæringene vil jeg trekke ut inntil 4 bioingeniører til intervju.

Dersom det er ønskelig, kan jeg gjerne komme og gi mer informasjon, samt svare på eventuelle spørsmål vedrørende prosjektet på et laboratoriemøte etc. Jeg tar kontakt med deg pr. telefon, og håper at vi kan få et godt samarbeid. På forhånd takk for hjelpen.

Med vennlig hilsen

Anita Turøy

Tlf: XXXXXXXXX (privat), XXXXXXXXX (mobil)

Vedlegg

## Vedlegg VII. Informasjonsbrev til pasienter

### Informasjonsbrev til pasient

Forespørsel om å delta i studie om; *Kommunikasjon i det korte møtet mellom pasient og bioingeniør i forbindelse med blodprøvetaking.*

Mitt navn er Anita Turøy, og jeg skal utføre et prosjekt tilknyttet min mastergrad i helsefag ved Universitetet i Bergen, Institutt for samfunnsvitenskap. Veileder for mitt prosjekt er Herdis Alvsvåg, førsteamanuensis ved Universitetet i Bergen, Seksjon for utdanningsvitenskap, Christiesgate 13, 5015 Bergen. Med utgangspunkt i prosjektets tittel, søker jeg opplysninger om **hvordan du opplever møter med bioingeniører.**

For innhenting av opplysninger, skal jeg intervju 6 pasienter, en pasient om gangen. Intervjuene vil foregå på et rom der vi kan være helt uforstyrret, på, eller i nærheten av avdelingen hvor du er innlagt. Intervjuet vil vare i ca. en time. Synes du at dette er for lenge kan vi dele det opp i flere bolker. Jeg vil benytte båndopptaker som hjelpemiddel i intervjusituasjonen. Dette for å ha mulighet til å skrive ned de opplysningene som kommer frem under intervjuet, slik at viktig informasjon ikke går tapt. Opptaket vil bli slettet når prosjektet er ferdig. Det er frivillig å delta i prosjektet. Du kan trekke deg på hvilket som helst tidspunkt. Dette medfører ikke erstatnings- eller begrunnelsesplikt, eller andre konsekvenser. Opplysninger som mottas anonymiseres. De vil ikke bli utlevert til andre, og de vil tilintetgjøres når prosjektet er ferdig. Opplysninger som fremkommer i sluttrapporten kan ikke tilbakeføres til enkeltpersoner eller sykehuset. Jeg som forsker er underlagt taushetsplikt, og behandler data konfidensielt. Prosjektet er meldt til Personverneombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskaplige datatjeneste AS, og godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk. Prosjektet beregnes avsluttet i juni 2006.

I tillegg til mitt studium arbeider jeg som bioingeniør ved et Universitetssykehus, hvor jeg har vært ansatt i 5 ½ år. Jeg har også arbeidserfaring som hjelpepleier på sykehus.



Dersom du føler deg frisk nok, og ønsker å delta ved å la deg bli intervjuet, kan du melde din interesse til avdelingssykepleier.

Bergen, XX.XX.XX

Med vennlig hilsen

Anita Turøy

Prosjektleder og databehandler

## Vedlegg VIII. Informasjonsbrev til bioingeniører

### Informasjonsbrev til bioingeniør

Forespørsel om å delta i studie om; *Kommunikasjon i det korte møtet mellom pasient og bioingeniør i forbindelse med blodprøvetaking.*

Mitt navn er Anita Turøy, og jeg skal utføre et prosjekt tilknyttet min mastergrad i helsefag ved Universitetet i Bergen, Institutt for samfunnsvitenskap. Veileder for mitt prosjekt er Herdis Alvsvåg, førsteamanuensis ved Universitetet i Bergen, Seksjon for utdanningsvitenskap, Christiesgate 13, 5015 Bergen. Med utgangspunkt i prosjektets tittel, søker jeg opplysninger om **hvordan du opplever møtene med pasienter.**

For innhenting av opplysninger, vil jeg intervju 2-4 bioingeniører med minst to års erfaring med blodprøvetaking av inneliggende pasienter. Jeg vil intervju en bioingeniør om gangen, og intervjuet vil vare i ca. en time, på et rom der vi kan være helt uforstyrret. Jeg har fått tillatelse av din arbeidsgiver til å utføre intervjuene i din arbeidstid. Dersom du ønsker det, kan jeg intervju deg i din fritid. Jeg vil benytte båndopptaker som hjelpemiddel i intervjusituasjonen. Dette for å ha mulighet til å skrive ned de opplysningene som kommer frem under intervjuet, slik at viktig informasjon ikke går tapt. Opptaket vil bli slettet når prosjektet er ferdig. Det er frivillig å delta i prosjektet. Du kan trekke seg fra prosjektet på hvilket som helst tidspunkt. Dette medfører ikke erstatnings- eller begrunnelsesplikt, eller andre konsekvenser. Opplysninger som mottas anonymiseres. De vil ikke bli utlevert til andre, og de vil tilintetgjøres når prosjektet er ferdig. Opplysninger som fremkommer i sluttrapporten kan ikke tilbakeføres til enkeltpersoner eller institusjon. Jeg som forsker er underlagt taushetsplikt, og behandler data konfidensielt. Prosjektet er meldt til Personverneombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskaplige datatjeneste AS, og godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk. Prosjektet beregnes avsluttet i juni 2006.

I tillegg til mitt studium arbeider jeg som bioingeniør ved et Universitetssykehus, hvor jeg har vært ansatt i 5 ½ år. Jeg har også arbeidserfaring som hjelpepleier på sykehus.

Dersom du finner mitt prosjekt interessant, og ønsker å delta ved å la deg bli intervjuet, kan du melde din interesse ved å undertegne og returnere samtykkeerklæringen til meg innen XX.XX.XX (adresse XXXXXXXX; 5052 Bergen). Nederst på arket kan du skrive hvilket telefonnummer du ønsker å bli kontaktet på. Jeg vil foreta en loddtrekning og trekke ut hvem som skal delta i studien.

Bergen, XX.XX.XX

Med vennlig hilsen

Anita Turøy

Prosjektleder og databehandler

---

## Vedlegg IX. Samtykkeerklæring for pasienter

### Samtykkeerklæring for pasient

I prosjektet med tittelen: *Kommunikasjon i det korte møtet mellom pasient og bioingeniør i forbindelse med blodprøvetaking*, vil jeg delta som informant, og bidra med informasjon om hvordan jeg opplever møter med bioingeniører. Informasjonen vil bli gitt i intervju med Anita Turøy, og benyttes i tilknytning til hennes masteroppgave.

Jeg har fått informasjon om prosjektet, at det er frivillig å delta, og at jeg kan trekke meg uten å angi noen begrunnelser for det.

Sted, dato	Underskrift
------------	-------------

---

## Vedlegg X. Samtykkeerklæring for bioingeniører

### Samtykkeerklæring for bioingeniør

I prosjektet med tittelen: *Kommunikasjon i det korte møtet mellom pasient og bioingeniør i forbindelse med blodprøvetaking*, vil jeg delta som informant, og bidra med informasjon om hvordan jeg opplever møtene med pasienter. Informasjonen vil bli gitt i intervju med Anita Turøy, og benyttes i tilknytning til hennes masteroppgave.

Jeg har fått informasjon om prosjektet, at det er frivillig å delta, og at jeg kan trekke meg uten å angi noen begrunnelser for det.

Sted, dato	Underskrift
------------	-------------

## Vedlegg XI. Intervjuguide - pasienter

### Intervjuguide – pasienter

#### Hvordan opplever pasienter møter med bioingeniører?

I hvilken grad opplever du bioingeniører som engasjerte, og deltakende i deg, og det du eventuelt sier til dem? På hvilken måte? Kan du gi eksempel?

Hvordan skjer informasjon om hvorfor bioingeniøren er kommet?

Hvordan svarer bioingeniører på eventuelle spørsmål?

Har du opplevd noe sammen med en bioingeniør som har gjort inntrykk på deg? Hvis ja, kan du fortelle om dette?

Hvordan opplever du bioingeniører med tanke på å vise deg interesse og gi deg oppmerksomhet? Kan du gi eksempel?

Hvordan opplever du bioingeniører når det gjelder å ta hensyn til deg og din situasjon? Har du opplevd at det ikke er blitt tatt hensyn? Hvis ja, kan du fortelle om slike situasjoner?

På hvilke måter opplever du at bioingeniører viser respekt for deg? Har du opplevd det motsatte? Hvis ja, hva var det som skjedde?

Kjenner du forskjell på bioingeniørers måte å stikke på? Hvis ja, kan du gi eksempel?

Opplever du forskjell på bioingeniørers måte å være på? Hvis ja, kan du fortelle mer om dette?

Hvordan vil du beskrive bioingeniører?

Hvordan er bioingeniører som du føler deg trygg på?

Hvordan opplever du bioingeniører som yrkesgruppe med tanke på tiden de har til rådighet? Kan du gi eksempel?

Hvilken opplevelse sitter du igjen med når bioingeniøren har gått ut av rommet?

Er det noe mer som du vil fortelle meg som du mener er viktig å få frem?

---

## Vedlegg XII. Intervjuguide - bioingeniører

### Intervjuguide – bioingeniører

#### **Hvordan opplever bioingeniører møtene med pasienter?**

I dette intervjuet vil det bli satt fokus på hvordan du opplever de korte møter med pasienter i forbindelse med blodprøvetaking. Hva forbinder du med et slikt møte? Hvordan opplever du slike møter? Hvordan vil du beskrive slike møter gjennom eksempler fra egne erfaringer?

Hvordan opplever du deg selv med hensyn til engasjement og deltakelse i pasientene, og i det de eventuelt sier eller spør deg om? Kan du forsøke å forklare dette nærmere? Kan du gi noen eksempler ut fra egne erfaringer?

Er det noen pasienter du opplever som vanskelige (å stikke)? Hvorfor? Hvordan håndterer du dette?

Hva betyr tiden som du har til rådighet i de korte møtene, for deg? Hvordan opplever du kvaliteten på de korte møtene? Kan du forsøke å forklare dette nærmere? Hvordan vil du beskrive din holdning til pasientene som du skal ta blodprøver av? Kan du gi noen eksempler ut fra egne erfaringer?

Som en avslutning på intervjuet kan jeg stille spørsmålet; I det store og hele, hva vil du si er det mest betydningsfulle i de korte møter med pasientene?