

Faglig skjønn på operasjonsavdelingen

En kvalitativ studie av operasjonssykepleieres
bruk og utvikling av det faglige skjønn

Grethe Myklestul Dāvøy

MASTERGRADSOPPGAVE I PEDAGOGIKK

13.05.05

Universitetet i Bergen, Det psykologiske fakultet
Institutt for utdanning og helse

Og en mann sa, snakk til oss om Selverkjennelse.

Og han svarte:

I ditt hjertes stillhet kjenner du dagens og nattens hemmeligheter.

Men dine ører tørster etter lyden av ditt hjertes kunnskap.

Du vil vite med ord det du alltid har visst med tanken.

Du vil berøre dine drømmers nakne kropp med dine fingre.

Og det er bra det er slik.

Det er nødvendig at din sjels skjulte kilde springer frem og renner mumlende mot havet;

Og dine innerste skatter skal bli åpenbart for dine øyne.

Men legg ikke dine ukjente skatter på en vekt;

Og søk ikke etter din dypeste viten med målestav eller loddesnøre.

For havet er i seg selv bunnløst og umålelig.

Si ikke, "Jeg har funnet sannheten", men si heller, "Jeg har funnet en sannhet."

Si ikke at, "Jeg har funnet sjelens sti." Si heller, "Jeg har møtt sjelen på min sti."

For sjelen går langs alle stier.

Sjelen følger ingen strek, og heller ikke vokser den som et siv. Den folder seg ut som en lotusblomst med utallige kronblad.

Fra Profeten av

Kahlil Gibran

Forord

Det er mange tanker og prosesser som ligger bak en masteroppgave. Den kom ikke helt av seg selv, men gjennom mange tanker og ideer, samt en interesse for det faget jeg selv representerer, operasjonssykepleie. Men fra å ha en slik interesse, til å komme i gang med en oppgave, er det andre som har vært med på å gjøre oppgaven mulig.

Først vil jeg takke min kollega og sjef gjennom mange år, Borgny Njøten. Hun har oppfordret meg til å ta dette masterstudiet og ikke minst skrive en oppgave knyttet til operasjonssykepleie. Hun har heiet meg fram og gledet seg over mitt arbeid.

I prosessen med oppgaven går den største takk til min veileder Herdis Alvsvåg. Faglig har hun vært en utømmelig kilde, og gjennom arbeidet har hun stadig pekt på nye "veier og stier" som har vært med på å berike denne "vandringen" i syn på kunnskap. Hennes raushet i å dele har fått betydning både i oppgaven og for meg som person.

En stor takk til alle respondenter og informanter som har gitt verdifullt datamateriale til oppgaven. Den enkelte har vært med som "gullgraver" og som "gullsmed", og jeg ville ikke ha vært noen foruten. Takk også til sykehusledere som gav positiv respons på forespørsel om å få gjennomføre intervju med ansatte.

En takk til Høgskolen i Bergen som har gitt meg sjanse og tid til utdanning, og en ekstra takk til Instituttleder Inger-Helene Rustøy som har gitt meg ekstra tid når behovet var som sterkest.

Min datter Ingunn har hjulpet med teknisk oppsett på datamaskinen. Sammen med mannen Are har de også vært behjelpelig med engelsk oversettelse når mine kunnskaper kom til kort.

Helt til slutt vil jeg takke alle som har bidratt til at denne oppgaven kunne bli gjennomført. Odd Werner, Henning og Hege har "gått stille i dørene" for at kone og mor skulle få arbeide med masteroppgaven. Gode tips om bøker og artikler har vært verdifullt. Noen har sågar sent meg relevant litteratur i posten eller via andre. Alene hadde ikke denne oppgaven blitt gjennomført.

Grethe Alynn Myklestul Dåvøy

Sammendrag

Hensikt og problemstilling: Ulike operasjonssykepleiere har ulik kunnskap. I møte med operasjonssykepleiere er måten den enkelte handler på ofte forskjellig fra en annens måte og handle på. Den faglige dyktigheten viser seg ofte i situasjoner ”som kan være annerledes”. En står overfor valg i forhold til de avgjørelser en tar når det gjelder handling. Bedømmelsene av disse handlingene blir ofte beskrevet som bra eller mindre bra. Det faglige skjønn kommer inn som et nøkkelord, fordi et godt skjønn har ”det beste” som mål. De erfarne operasjonssykepleierne bruker sitt faglige skjønn i de ulike kontekster. De kan sitt fag ved å vise i handling at teoretisk og praktisk viten er vevd sammen til noe som er kunnskap i handling. De mestrer prosedyrer og regler, men vet også når disse ikke er tilstrekkelig for å kunne gi den beste behandling. Ikke alle innehar disse kvalitetene. Særlig de nyutdannede og uerfarne mangler denne handlingskompetansen. Målet med oppgaven er å finne ut hva som ligger bak denne handlingsdyktigheten, med tanke på utvikling og videreutvikling. Dette har resultert i følgende problemstilling: Hvordan utvikler operasjonssykepleierne det faglige skjønn, og hvordan kommer det til uttrykk på en operasjonsavdeling?

Metode og teori: Undersøkelsen er kvalitativ. Det ”Kvalitative forskningsintervju” er metoden. To større sykehus i Norge og 9 intervjupersoner er valgt ut strategisk. En intervjuguide ble brukt som utgangspunkt for intervjuene. Åtte av ni intervjuer ble tatt opp på bånd. Teoretikere som er brukt har i hovedsak sin bakgrunn i den fenomenologiske tradisjonen. Fenomenologi og hermeneutikk er tradisjoner som setter preg og spor i oppgaven.

Resultater og konklusjon: Det faglige skjønn er en viktig del av en erfaren operasjonssykepleiers handlingskompetanse. Når den beste behandling skal gies, kommer vi ikke utenom bruk av det gode faglige skjønn. Sågar kan bruk av skjønn være livreddende. Tiden setter begrensning for utøvelse av skjønn og bedre pleie. I dagens helse-Norge, der ”helse for vær krone” er målet er dette en viktig konklusjon. Kanskje kunne vi heller spurt: Hvilken kvalitet får vi for de kronene vi bruker på helse? Men det spørres ikke etter kvalitet, men kvantitet i dagens samfunn, og der taper skjønn. Undersøkelsen viser hva som kjennetegner et faglig skjønn, hvordan dette kommer til uttrykk i operasjonssykepleien, og noen betingelser som må være til stede for at skjønn skal utvikles.

Abstract

Purpose and problem: Different operating room nurses possess different knowledge. When we meet operating room nurses, we see that the way they do their job can vary from one operating nurse to another. The professional skill often shows in unusual and irregular situations. One has to make a choice of which professional judgement to use. The judgements of these decisions can be described to be both good and bad. Professional judgement comes in as a keyword, because good professional judgement has “the best way” as its goal. The experienced operating nurses use their professional judgement in different contexts. They show their experienced knowledge by combining their own professional judgement with practice and theoretical knowledge, in their work. They master procedures and regulations, and at the same time acknowledge situations where these rules and regulations do not give the best result in treatment. Not all nurses have this quality. Especially the newly educated and inexperienced nurses lack this “action competence”. The goal of this master thesis is to figure out the reasons behind this “action competence”, with regards to developing it further. This has led to the following problem for discussion: “How does an operating room nurse develop their professional judgement, and how does this show in their work as operating nurses?”

Method and theory: This is a quantitative study, where the “Quantitative research interview” is used as method. Two larger hospitals in Norway and 9 interviewed persons have been strategically chosen. An interview guide was used as an opening of the interviews. Eight out of nine interviews was recorded on tape. The theorists used have mainly their background in the phenomenology tradition. Phenomenology and hermeneutics are traditions that have influenced this thesis.

Results and conclusion: Professional judgment is an important part of an experienced operating room nurse’s “action competence”. When the best treatment shall be given, we cannot forget the use of a good professional judgment. The use of professional judgment can, in some situations, even be lifesaving. Time will always limit the use of the individual judgment and the care. This is an important conclusion in today’s Norwegian Health Service (Norway have a public health care system), where efficiency with respect to treatment per funding is the main goal. Should we instead have asked the question: “What will be the quality of the health care services given the money funded?” But there is never a question of quality, and as such the professional judgment will loose.

Keywords: Skill, professional judgement, professional nursing, phronesis, experience, practice

INNHALDSFORTEGNELSE

FORORD.....	I
SAMMENDRAG.....	II
APSTRACT.....	III
1 INNLEDNING.....	1
1.1 BAKGRUNN OG HENSIKT FOR VALG AV TEMA.....	3
1.2 PRESENTASJON OG AVGRENSNING AV PROBLEMSTILLING.....	4
1.3 METODISK TILNÆRMING.....	5
1.4 TIDLIGERE FORSKNING PÅ OMRÅDET.....	5
1.5 OPPGAVENS OPPBYGNING.....	9
2 TEORETISK PERSPEKTIV.....	11
2.1 ARISTOTELES.....	11
2.1.1 <i>Dyder.....</i>	<i>11</i>
2.1.2 <i>Klokskap og handling.....</i>	<i>12</i>
2.1.3 <i>Det daglige og det faglige skjønn.....</i>	<i>14</i>
2.1.4 <i>Faglig skjønn og faglig kunnskap.....</i>	<i>16</i>
2.2 KARI MARTINSEN.....	17
2.2.1 <i>Skjønn og tyding i sykepleien.....</i>	<i>18</i>
2.2.2 <i>Å se med hjertets øye.....</i>	<i>19</i>
2.2.3 <i>Innfallet.....</i>	<i>21</i>
2.2.4 <i>Erfaring og evidens.....</i>	<i>21</i>
2.3 PATRICIA BENNER.....	23
2.3.1 <i>Fra Novise til Ekspert.....</i>	<i>23</i>
2.3.2 <i>Klinisk kunnskap.....</i>	<i>25</i>
2.3.3 <i>Utviklingsstadier.....</i>	<i>25</i>
2.3.4 <i>Erfaringens betydning.....</i>	<i>26</i>
2.4 BENGT MOLANDER.....	27
2.4.1 <i>”Kunnande som en form for oppmerksomhet”.....</i>	<i>28</i>
2.4.2 <i>Taus kunnskap.....</i>	<i>29</i>
2.5 AVSLUTNING.....	30
3 METODE.....	32
3.1 FENOMENOLOGISK TILNÆRMING.....	32
3.2 HERMENEUTISK TILNÆRMING.....	34
3.3 VALG AV FORSKNINGSMETODE.....	36
3.3.1 <i>Det kvalitative forskningsintervju.....</i>	<i>36</i>
3.3.2 <i>Utarbeidelse av intervjuguide.....</i>	<i>37</i>
3.3.3 <i>Tilgang til og utvalg av informanter og respondenter.....</i>	<i>38</i>
3.3.4 <i>Egen rolle i feltet.....</i>	<i>40</i>
3.4 GJENNOMFØRING AV DATASAMLING OG REFLEKSJON RUNDT FREMGANGSMÅTE.....	41
3.5 ANALYSE OG TOLKNING AV INTERVJUENE.....	44
3.6 FORSKNINGSETIKK.....	46
3.7 TROVERDIGHET.....	47
3.7.1 <i>Reliabilitet.....</i>	<i>47</i>
3.7.2 <i>Validitet.....</i>	<i>48</i>
4 PRESENTASJON AV HOVEDRESULTATER.....	50

4.1	HVORDAN OMTALES SKJØNN OG SKJØNNSUTVIKLING	50
4.1.1	<i>Skjønn er skreddersøm</i>	50
4.1.2	<i>Skjønn som det unike arbeidsredskap</i>	52
4.1.3	<i>Skjønn som tonetolker</i>	53
4.2	HVORDAN VISER SKJØNNET SEG I OPERASJONSSYKEPLEIEN?	54
4.2.1	<i>Det gode skjønn kan være den beste behandling, også livreddende.....</i>	55
4.2.2	<i>Handlingskompetanse og skjønn hånd i hånd.....</i>	56
4.2.3	<i>Skjønn er vågemot.....</i>	57
4.2.4	<i>Skjønn som "taus" samhandling.....</i>	59
4.2.5	<i>Et faglig skjønn er kontekst- og personbundet.....</i>	60
4.2.6	<i>Når skjønn er fraværende.....</i>	61
4.3	HVORDAN UTVIKLER OPERASJONSSYKEPLEIERE DET GODE SKJØNN?	63
4.3.1	<i>"Noen har et spesielt anlegg"</i>	63
4.3.2	<i>Interesse for faget, betydning for skjønn</i>	65
4.3.3	<i>Husets fundament gir grunnlag for utforming</i>	66
4.3.4	<i>"En have blir en aldri ferdig med"</i>	68
4.3.5	<i>"Så får du kritikk etter hvordan du tolker rollen"</i>	71
4.3.6	<i>Den "rette" arbeidsplassen kan gi bedre vekstvilkår for skjønn</i>	73
5	DISKUSJON AV DATA.....	76
5.1	HVORDAN VISER SKJØNNET SEG I OPERASJONSSYKEPLEIEN?	76
5.2	UTVIKLING AV DET FAGLIGE SKJØNN	81
5.3	"NOEN OPERASJONSSYKEPLEIERE HAR NOE SPESIelt VED SEG"	86
5.4	SKJØNN OG EVIDENS	88
5.5	OPPSUMMERING.....	95
6	KONKLUSJON OG AVSLUTTENDE KOMMENTAR.....	96
6.1	KONSEKVENSER FOR OPERASJONSSYKEPLEIERFAGET	96
6.2	VEIEN VIDERE	97
6.3	KRITIKK AV EGET ARBEID	97
6.4	NOEN ORD TIL SLUTT	98
	LITTERATURLISTE	100
	<i>Vedlegg I Prosjektbeskrivelse</i>	103
	<i>Vedlegg II Godkjenningsbrev fra NSD.....</i>	104
	<i>Vedlegg III Forespørsel til ledere ved sykehus/operasjonsavdelinger</i>	105
	<i>Vedlegg IV Informasjonsskriv til respondenter.....</i>	107
	<i>Vedlegg V Informasjonsskriv til informanter.....</i>	109
	<i>Vedlegg VI Samtykkeerklæring</i>	111
	<i>Vedlegg VII Intervjuguide</i>	112

1 Innledning

Sykepleien er en kunst, en av de fineste, og den må læres.

Å selv være frisk, men likevel forstå hva det vil si å være syk, - er selve kunsten!

Florenc Nightingale

Å være operasjonssykepleier har gitt meg erfaringer fra praksis som har gitt grunn til ettertanke. Av ulike situasjoner har det fremkommet ulike måter å handle på. Dette har jeg sett og erfart. Noen ganger har slike handlinger avstedkommet beundring, andre ganger fortvilelse. Mitt møte med andre operasjonssykepleiere har vist meg at måten den enkelte handler på, ofte er personlig og knyttet opp mot den enkeltes faglige og personlige erfaring. Selv om operasjonssykepleiere har gått gjennom liknende utdanning og praktisk opplæring, kan den enkeltes handlemåte være forskjellig. Nyanser i kvalitet mellom de ulike operasjonssykepleiere kan være små, men de kan også være store. Særlig kommer dette til syne i den handlingen og i det handlingsrepertoaret den enkelte innehar, eksempelvis den nyutdannede til forskjell fra den mer erfarne. Ordet faglig skjønn blir sentralt når jeg velger å se på den forskjell som viser seg i praktisk utøvelse av operasjonssykepleie. Å bruke skjønn, handler om å komme frem til den beste handlingsmåten i en situasjon. Skjønn er ikke å følge normer og regler til minste bokstav, men å vurdere den enkelte situasjon slik at reglenes intensjon blir oppfylt. Til dette trengs erfaring, kunnskap og faglig innsikt slik at en i en kompleks situasjon kan vurdere riktig (Alvsvåg 2000). Det er en sammenheng mellom skjønn og handlingskompetanse. En ting er å tolke og forstå en situasjon, men uten beslutning og handling i tilknytning til dette som ”skjønnnes”, kommer skjønnen til kort. Det faglige skjønnen ligger innebygd i forståelsen og den påfølgende handlingen.

I denne oppgaven vil jeg undersøke det faglige skjønnen blant operasjonssykepleiere. Hvordan utvikler de sitt skjønn og sin handlingskompetanse? Hvordan kommer dette til uttrykk? Ved å få innblikk i deres tanker om skjønn, gjennom hvordan de beskriver og forteller om det, vil dette kunne gi meg mer innsikt og forståelse i hvordan de ser på egen og andres faglige handling, men ikke minst hvorfor og hvordan de handler. Jeg spør også etter hvordan de opplever at det faglige skjønnen har utviklet seg, hvordan de har lært å utøve skjønn. I min funksjon som lærer for framtidige operasjonssykepleiere kan denne kunnskapen ha betydning for utvikling av operasjonssykepleiefaget, og for utøvelsen av det hos kommende operasjonssykepleiere. Operasjonssykepleie er en videreutdanning i sykepleie innenfor akutt kritisk syke. Utdanningen går over tre semestre som en fulltidsstudie, og gir 90 studiepoeng.

Alle som søker må ha minimum to års praksis etter endt Bachelor grad i sykepleie. Operasjonssykepleiestudiet er et studie der en veksler mellom teori og praksis, og den praktiske delen skal utgjøre minimum 50% (Rammeplan og forskrift 1999).

Bakgrunnen for å sette fokus på skjønn hos operasjonssykepleierne, er ønske om å sette fokus på den kliniske kompetansen som mange har. Dette er kompetanse som er unik, men som ikke blir nok verdsatt i vårt samfunn eller innenfor helsefagene, hvor det i økende grad etterspørres eksakte kunnskaper. Operasjonssykepleie er et praktisk yrke, men den utøves ikke uten teoretisk og faglig viten. Det er sammenvevde kunnskaper som viser seg i utøvende handlinger. Skjønnen viser seg i handling. Skjønn som tema er svært aktuelt. I dagens samfunn, der alt skal måles i kroner og ører, har skjønn vanskelige vekstvilkår. Skjønn kan ikke måles på samme måte som mye annet i helsesektoren. På en operasjonsavdeling brukes mange naturvitenskapelige metoder for å behandle pasienter. Disse har livets rett. Men det hender ofte at andre ”uskrevne” metoder kan være med på å gi den beste behandlingen til en pasient. Å skjønne det, kan de som bruker skjønn. Skjønn, i en høgteknologisk avdeling, det ønsker jeg å belyse som noe livsviktig og som ikke må nedprioriteres. I dagens ”evidente” forskningstid er skjønnen lavt prioritert. Derfor ønsker jeg å høre hva operasjonssykepleiere mener er betydningsfullt i møte med den enkelte pasient i den enkelte kontekst, og hvordan skjønnen viser å ha sin betydning.

Å være operasjonssykepleier innebærer to hovedroller. Begge må beherskes, og en bekler ”bare” en rolle om gangen. Den ene rollen er ”den sterilt utøvende assistanse – funksjonen”, der en assisterer i det sterile operasjonsfelt (uavhengig av pasientens bedøvelsesform). Hovedfunksjon her er å assistere kirurgene, samt ha kontroll på det hygieniske feltet, ha innøvd kontrollprosedyrer og ha oversikt over det som skjer og det som kan komme til å skje mens inngrepet varer. Den andre rollen er ”den koordinerende funksjonen” der en skal være med å ta imot pasienten, og i løpet av ”det korte møte” etablere en så god kontakt som mulig med pasienten, som å gi informasjon og ivareta pasienten på en optimal måte. I den koordinerende rollen har en ansvar for leiet til pasienten både med hensyn til den kirurgiske tilgangen til operasjonsfeltet, men også i forhold til forebygging av nerve- og trykkskader, som lett kan oppstå når pasienten ligger i en stilling uten å kunne bevege seg. Hun har også ansvar for hygiene og infeksjonsforebygging, og klargjør pasienten til det kirurgiske inngrepet. Hun koordinerer mye av virksomheten omkring pasienten samtidig som hun til en

hver tid er disponibel for det kirurgiske teamet og er ansvarlig for å undervise andre grupper og studenter som er med på operasjonsstua.

Ingen pasienter er like, ei heller situasjonene. Kunnskap er en viktig del av det som formidles mellom mennesker på en operasjonsavdeling. Måten denne kunnskapen blir formidlet på vil være med på å kaste lys over den som formidler. En av respondentene hevdet at det å arbeide på en operasjonsavdeling er som å stå på en scene. ”Du blir bedømt hver dag etter hvordan du tolker rollen”. Vi tolker og blir selv tolket av andre.

1.1 Bakgrunn og hensikt for valg av tema

Som operasjonssykepleier gjennom mange år, og som lærer for operasjonssykepleierstudenter har dette tema interessert meg. Kvalitetsforskjellen på de ulike handlinger operasjonssykepleiere utfører, har blitt synlig for meg. Det faglige skjønn, eller hvor dette er mangelfullt, viser seg. Mange operasjonssykepleiere innehar en handlingskompetanse som vises ved valgene de tar i ulike kontekster. Noen viser seg å være gode og riktige valg, andre ikke. Det er gjort lite forskning på operasjonssykepleiere i Norge. Dette ønsker jeg å gjøre noe med. Ved å intervjuer både operasjonssykepleiere og kirurger, vil de kanskje kunne kaste lys over den handlingskompetanse og det faglige skjønn operasjonssykepleiere utøver i sitt virke.

Nyutdannede operasjonssykepleiere er opptatt av teorier og prosedyrer. De ønsker å lære seg de ”rette måter” å løse problemer på. De ønsker å bli dyktige utøvere av faget. Dette gjør de ved å lære teori og prosedyrer og handle i samsvar med dem. De erfarne operasjonssykepleierne har denne type kunnskap som ballast, men løsriver sin måte og handle på til det beste for den situasjonen som gjelder. Her kommer skjønn inn som en ”bro” som knytter teori og praksis sammen til en enhetlig handling. Hvor en operasjonssykepleier har tyngden i den handling hun utøver kan være tegn på en skjønnsmessig vurdering eller mangel på skjønn. Den forskjellen som er mellom de erfarne og de uerfarne operasjonssykepleiere ønsker jeg å belyse ved å få informanter (kirurger) og respondenter (erfarne og ferske operasjonssykepleiere) til å fortelle om episoder som kan kaste lys over det faglige skjønn, og beskrive situasjoner og egen utvikling.

1.2 Presentasjon og avgrensning av problemstilling

En arbeidsdag på en operasjonsavdeling kan variere fra en rolig ukomplisert operasjon, til en hektisk øyeblikkelighjelpssituasjon, der hurtige avgjørelser og handlinger er det som avgjør om liv kan reddes. Uansett er tempoet på en operasjonsavdeling ganske høyt fordi man skal operere flest mulig, ha pasientene kortest mulig i narkose etc. På kort tid må alle som arbeider her kunne innstille seg på endringer hos den pasienten som blir operert, eller løpe til når nye kommer til. I slike situasjoner der det er stort krav til handlingskompetanse, kan en se stor forskjell på de ulike operasjonssykepleierne. Det handles ulikt. I mange tilfeller ser en erfarne operasjonssykepleiere handle i akutte og ukjente situasjoner som om de hadde gjort dette mange ganger. Samtidig ser vi operasjonssykepleiere med liten erfaring vise uro og usikkerhet i ulike kontekster. Det er disse forskjellene i handlingskompetanse som har gjort at jeg har falt ned på følgende problemstilling:

HVORDAN UTVIKLER OPERASJONSSYKEPLEIEREN DET FAGLIGE SKJØNN? OG HVORDAN KOMMER DETTE TIL UTTRYKK PÅ EN OPERASJONSAVDELING?

Problemstillingen er todelt. Både blir den praktiske handlingen belyst, men også den enkeltes utvikling. Hvert av spørsmålene kunne vært utgangspunkt for en masteroppgave, men jeg har likevel valgt å beholde problemstillingen slik da mange av temaene i de to spørsmålene går i hverandre, og fordi jeg ville finne ut noe om begge. Da jeg selv også arbeider med utdanning av operasjonssykepleiere er ikke minst læring og utvikling av skjønn vesentlig å vinne mer innsikt om. Formålet med studien er å beskrive operasjonssykepleieres bruk av faglig skjønn i operasjonsavdelingen, og hvordan de utvikler dette faglige skjønn. Et faglig skjønn blir i denne oppgaven knyttet til det datagrunnlaget som intervjuene gir og som i hovedsak er knyttet til praktisk handling. Skjønn blir ofte knyttet til språket som en språkskatt. Det vil si at den kommunikasjonen som er mellom operasjonssykepleiere og pasienter eller andre kollegaer kan være uttrykk for et faglig skjønn. Hvordan språket brukes kan si noe både om skjønn og om språkets rikdom. Dette kommer frem implisitt i oppgaven, men blir på grunn av oppgavens lengde ikke drøftet spesifikt.

1.3 Metodisk tilnærming

Studien har en kvalitativ metodisk tilnærming. Kvalitativ metode bygger på teorier om menneskelige erfaringer og fortolkninger. Disse kan oppleves ulikt, og metoden kan dermed bidra til å presentere et mangfold av nyanser (Malterud 2003), noe jeg spesielt er ute etter. Ulike metoder ble vurdert, og jeg bestemte meg for det kvalitative forskningsintervju etter Steinar Kvale sitt design (Kvale 2001/1997). Dette blir utdypet i metodekapittelet.

Diskusjonen knytter funn fra datamaterialet til teori, men empirien har vært styrende for den teori som ble valgt som referanseramme i oppgaven.

1.4 Tidligere forskning på området

Å finne artikler skrevet av operasjonssykepleiere om emnet faglig skjønn, var en utfordring. Jeg brukte de ulike databasene som er tilgjengelig på Universitetet i Bergen og Høgskolen i Bergen, i tillegg til Biblioteket sitt BIBSYS system. Jeg brukte ulike søkeord som profesional judgement, profesional nursing, skill, phronesis og liknende. Ordet phronesis gav mange resultater, om ikke operasjonssykepleie, så generelt om sykepleie eller annet som er nærliggende å sammenlikne med. Jeg har valgt ut 6 artikler fra ulike databaser. I tillegg vil jeg omtale en norsk hovedfagsoppgave skrevet av en operasjonssykepleier. Den omhandler bruk av skjønn. Dessuten presenteres en rapport basert på dokumentasjon av operasjonssykepleieres kvaliteter og handlinger. Disse ulike arbeidene setter min problemstilling og forskning inn i en sammenheng. Jeg starter med de to siste først.

”En god klinisk bedømmelse reflekterer en god klinisk praksis” er en hovedfagsoppgave i sykepleievitenskap, skrevet av Liv Marie Landsvik (2002). Oppgaven belyser den kliniske kompetansen operasjonssykepleiere har i møte med operasjonspasienten når han skal leires (legges til rette) før og under en operasjon. Forebygging av trykksår og nerveskade er hovedfokuset. Hensikten var å utforske operasjonssykepleierens vurdering om hvilken betydning den kliniske kompetansen har når hun leirer. Videre var det å se på de små nyansene som ble tatt i overveielser, vurderinger og valg i utøvelsen. Det er en kvalitativ studie med observasjon og intervju av operasjonssykepleiere. Hun kom frem til følgende fire vesentlige områder når en skal leire pasienten: ”Situasjonens uforutsigbarhet”, ”å jobbe intuitivt”, ”empatievnens betydning”, ”skjønnet – en personlig dømmekraft”. Selv om det å

leie en pasient i ryggeleie så enkelt ut, utgjorde ikke pasientene en ensartet gruppe, og det ”grepet” som ble tatt for den enkelte, for et best mulig leie var av stor betydning. Konklusjonen ble at de små tingene i operasjonssykepleierens utøvelse kan virke banale, men de er høyst basale (Landsvik 2002).

”Hvilke observasjoner, vurderinger og handlinger gjør operasjonssykepleieren i møte med operasjonspasienten?”, er et prosjekt ledet av høghskolelektor May Lisa Spjelkevik (2004). Studiet har et triangulerende forskningsdesign, med feltarbeid (1 sykehus) og spørreundersøkelse (24 helseforetak) som metoder. 428 operasjonssykepleiere har besvart spørreskjema (=55,1 %). Hensikten med prosjektet var å kartlegge og beskrive operasjonssykepleieres (og anestesisykepleieres) observasjoner, vurderinger og handlinger i møte med operasjonspasienten. I forbindelse med observasjon og intervjuer av ulike operasjonssykepleiere, ga de uttrykk for at alle situasjoner er unike og at handlingsberedskapen må stå i forhold til det. Noen kan ikke helt forklare hvorfor ting ble gjort slik eller slik, men det ”bare” er sånn. De kan mer enn de kan uttrykke. Selv om ordet skjønn blir lite brukt, viser empirien flere steder noe av det jeg er på leting etter i denne oppgaven.

”Clinical Sensitivity: The Inseparability of Ethical Perceptiveness and Clinical Knowledge”, er en artikkel skrevet av den norske sykepleier og universitetslektor Per Nortvedt (2001). Artikkelen argumenterer for at det er en kobling mellom etisk følsomhet og klinisk kompetanse i sykepleien. Han hevder at det er forskjell på etisk holdning og det som kommer til uttrykk i konkret handling. Han ønsker å vise at etisk følsomhet er viktig, ikke bare for moralsk vurdering, men for profesjonell klinisk handling og vurdering. Sett i lys av kjente filosofer klargjør artikkelen uadskilleligheten av etisk følsomhet og klinisk holdning i sykepleien. Forståelsen har to veier: 1) Hva vi overveier som relevant klinisk handling (knowledge) og terapeutiske mål, og 2) følelser i forhold til sårbarhet. Disse til sammen kvalifiserer for klinisk korrekt handling i forhold til pasientens tilstand.

”Nurses Are What Nurses Do – Are You Where You Want to be?”, er en artikkel skrevet Elisabeth Domino (2005) Hun tar opp sykepleiers store utfordring i å utvikle seg som fagperson da det stadig settes krav til endringer og videreutvikling. Skal omsorg gies på en riktig måte må en reflektere og ha vilje og være klar til å lære. Dette må vi være bevisst på

sier hun. "People are not automatically inquisitive, however, something must spark their interest or stimulate a need" (Domino 2005, s.190). Hun skriver også om sykepleierrollen i forhold til læring, og hvor de er på "utviklingsstigen". Hun konkluderer med: Å gi sykepleie i dag krever at en kan "leve" i forandringene. Omsorg i en teknologisk verden, der opplyste pasienter og krav til ny kunnskap og handlingskunnskap er under stadig forandring, stiller store krav til den enkelte sykepleier. For å kunne ta seg av pasienten av i dag, forplikter den enkelte sykepleier til livslang læring, og møte ny kunnskap med utfordring og vilje til å lære. En sykepleier kan ikke si at hun er kompetent for alltid, men hun eller han må leve i forandringene, og forplikte seg til livslang læring. Derfor sier forfatteren: "After all, nurses are what nurses do" (Domino 2005, s.200).

"Using the Dreyfus Modell og Skill Acquisition to describe and Interpret Skill Acquisition and Clinical Judgment in Nursing Practice and Education", er en nylig utkommet artikkel av Patricia Benner (2004). Artikkelen er ny, men undersøkelsen har pågått i 21 år. Det er gjort intervjuer og beskrevet situasjoner fra praksis. Sykepleiere blir beskrevet og tolket i forhold til dyktighet og klinisk bedømming i sykepleiepraksis og i utdanning. Det som er spesielt og interessant i denne artikkelen er konklusjonen. Hun skriver at det er forskjell på sykepleiere i praksis, og den største forskjellen er mellom den kompetente sykepleier og ekspertsykepleieren. Både den kyndige, men ikke minst eksperten kan "lese" en situasjon, og handle i tråd med det de "leser". De fant ut at de sykepleiere som hadde vanskeligheter med å "lese" situasjoner og bruke sin dyktighet til handling, ikke utviklet seg til å bli eksperter. De ville forbli på det kompetente stadiet. Hun konkluderte også med at ekspertsykepleieren hadde en utrolig glede av å være i situasjoner der de kunne løse vanskelige problemer for den syke pasienten.

"Using phronesis instead of research-based practice' as the guiding light for nursing practice", er skrevet av Don Flaming (2001). Artikkelen er inspirert av Aristoteles og phronesiskunnskapen. Den vektlegger bevissthet og moralske handlinger. Dette er en motpol til den forskningsbaserte praksis som legger retningslinjer for sykepleiepraksis. Kunnskap fra "forskning" er selvsagt essensielt sier Flaming, men den er utilstrekkelig alene. Flaming kritiserer blant annet den "automatiske" holdningen mange har til forskningsbasert kunnskap, som på samme tid undervurderer den personlige, etiske og intuitive kunnskap. Han kritiserer også den ubevisste og den diskriminerende bruk av forskningsresultater som kan føre til

upassende sykepleierpraksis. Phronesis blir beskrevet og fremstår som en viktig del av pleien. Phronesis krever en god oversikt over situasjonen før handling iverksettes. Han viser til Aristoteles som sa at målet med personlig phronesis er genuin lykke eller menneskelig blomstring. Å infiltrere sykepleierpraksis med phronesis betyr at en tilegner seg menneskelige egenskaper som kan fremme ”blomstring” hos den enkelte pasient. For øvrig beskriver Flaming mye av det Herdis Alvsvåg tar opp i sin artikkel: ”Hvor beveger sykepleien seg – mot viten eller klokskap? (Alvsvåg 1993). Allerede for 12 år siden beskrev hun det Flemming beskriver i sin artikkel.

I to artikler har fysioterapeut Grete Stokkenes (Stokkenes 2003, 2004) sett på utøvelsen av skjønn hos fysioterapistudenter. I den første artikkelen skal seks 2. års studenter lage et behandlingsopplegg til pasienter. Konklusjonen er at om skjønn skal vise seg i handling, må den enkelte student forstå hva pasienten trenger og sette i gang handling i henhold til dette. Ett år etter gjør Stokkenes en ny undersøkelse av de samme studentene. Da er studentene kommet lengre i sin utdanning. Studentene kommer også nå med historier knyttet til praksis. Det som kommer tydelig frem i denne undersøkelsen er at det er enklere å forholde seg til pasientenes perspektiv når de selv har oppnådd et visst faglig nivå. Erfaring har betydning for utøvelse av skjønn. Situasjonskompleksiteten har også blitt noe større. Skjønn blir utfordret og økt vanskelighetsgrad i de enkelte kontekster utfordrer skjønn på en slik måte at det ikke alltid dominerer handlingen.

Einar Aadland (1993) tar i sin artikkel om ”Skjønn og skjulte verdier” opp hvordan skjønn både kan brukes og misbrukes. Han tar dette opp i forhold til barnevernssaker, og sier at skjønnsbruk er selektivt og selv om det kan fungere godt, kan det også gi muligheter for feiltolkninger og maktmisbruk. Avgjørelser blir tatt ut fra skjønnsmessige vurderinger sier han, men bak en slik uttalelse kan det ligge skjulte subjektive særegenheter. Tillit til skjønnsvurderinger er avhengig av at minst ett av to kriterier er oppfylt:

1. Modenhet, kunnskap og etisk standard hos personen/institusjonen som utøver skjønn. Denne type tillit opptjenes gjennom tidligere veloverveide valg.
2. Området for skjønnsvurderinger hviler på klare verdier og normer som setter rammer for skjønnsutøvelsen. I praksis betyr dette at spillerommet for subjektivt skjønn ikke må være for vidt, og at skjønn ikke må hvile på for mange skjulte og uuttalte verdier. Tillit gjør man seg fortjent til gjennom god praksis, det er på bakgrunn av den man blir vurdert, skriver Aadland. Han skriver også at en vesentlig forutsetning for utvikling av et godt skjønn, er kontinuerlig

selvkritikk, og overprøving av egne og andres skjønnsvurderinger. Selvkritikk og høy etisk standard er nøkkelord.

Samtlige artikler ser på skjønn som noe verdifullt og nødvendig. Skjønnets betydning kan berike både faglig handling og forskning. Skjønnets knyttes til modenhet og kunnskap i et fag, og det er en etisk standard i skjønnsutøvelsen. Selvkritikk og høy etisk standard er de beste rammer for bruk av skjønn.

1.5 Oppgavens oppbygning

I det følgende vil jeg i neste kapittel ta opp det teoretiske rammeverket. Kari Martinsen og Aristoteles danner hovedsatsen i det som omhandler det faglige skjønn. "Kunnskap i handling" er sentralt hos Bengt Molander og viktig i forhold til min empiri. Det samme gjelder, Petricia Benner som belyser utviklingsstadier "fra novise til ekspert". Alle, om enn på litt ulike måter, er opptatt av å kunne handle "korrekt" i en situasjon. Skjønn er da viktig og har en sentral plass i de praktiske omsorgsyrkene, slik også hos operasjonssykepleiere. Dette kommer tydelig frem i empirien. Teorien kaster lys over denne.

Et eget metodekapittel, kapittel 3 gjør rede for valg av metode og metodisk fremgangsmåte. Jeg beskriver hvordan jeg har gått frem i intervju med respondenter og informanter, og hvordan empirien har blitt gjenstand for analyse.

4. kapittel omhandler presentasjon av hovedfunn i det datamaterialet jeg fikk gjennom analyse av 9 intervjuer. Hvordan jeg tolker og presenterer datamaterialet påvirkes av de "brillene" jeg har på. Jeg har lagt vekt på å få frem de intervjuede sitt syn på skjønn og skjønnsutvikling.

I kapittel 5 diskuterer jeg deler av datamaterialet i lys av det som jeg har valgt som sentral og relevant teori på området. Funnene er verdifulle og viktige og hører hjemme i dagens samfunnsdebatt om bruk av kunnskap i profesjonelle sammenhenger, både når, hvor og hvordan.

Et avsluttende kapittel 6 omtaler kort konsekvenser for operasjonssykepleierfaget og noen forslag til videre forskning.

I innledningen har jeg redegjort for hensikten og bakgrunnen for oppgaven. Jeg har presentert problemstillingen og kort nevnt hvordan jeg har gått frem for å undersøke den. Til slutt presenterer jeg noen relevante artikler om tidligere forskning på området.

2 Teoretisk perspektiv

I denne oppgaven ønsker jeg å kaste lys over operasjonssykepleiere og deres bruk av et godt faglig skjønn. Før jeg startet med selve oppgaven, leste jeg teori som sa noe om skjønn og skjønnsbruk, og hvordan man utviklet sitt faglige ståsted. Både før og etter at empirien var samlet inn var noen sentrale forfattere blitt mine ”støttespillere”. I møte med empirien forsterket noen sin relevans og andre teoretiske ”støttespillere” ble aktuelt å trekke inn. Aristoteles med sitt syn på klokskap og handling kaster lys over de empiriske funn. Likeledes blir Kari Martinsens syn på og bruk av skjønn svært sentralt. Som filosofer tegner de begge et bilde av skjønn som noe en skal tilstrebe. Foruten disse teoretikerne vil jeg bruke Herdis Alvsvåg sine tekster til klarere å forstå, men også å berike Aristoteles og Martinsens tekster. Patricia Benner har gjennom forskning sett på utvikling av skjønn hos sykepleiere. Hun omtaler bruken av skjønn som noe som viser seg blant de dyktige utøverne i faget, og hun mener de dyktigste utvikler seg fra å være noviser til å bli eksperter. Bengt Molander er opptatt av den praktiske handlingen og hvordan den kommer til uttrykk i den daglige handling og han peker på kroppen som en kilde til kunnskap. Martinsen og Benner står innenfor den fenomenologiske tradisjonen som også den metodiske tilnærmingen i denne oppgaven er knyttet til. Molander knyttes til en kunnskapsteoretisk hermeneutisk tradisjon. Han belyser dualismen, som gjør seg gjeldende i den vesterlandske kunnskapsteoretiske tradisjon, en dualisme mellom teori og praksis for eksempel. En slik dualisme stiller Molander seg kritisk til. I omtalen av de fire vil jeg i det følgende beskrive sider ved deres tenkning som særlig har relevans for min empiri.

2.1 Aristoteles

Aristoteles er født i 384 f.Kr. i byen Stageira på Chalkidike i Thrakia. Den greske filosofen var først elev hos Platon, men arbeidet senere selvstendig. Han fungerte som ”forfatter” og lærer. Han var opptatt av at vi skulle ha blikket mot de rette tingene, og gjøre det rette. Målet for teoretisk viten er sannhet. Målet for praktisk viten er handlingene. Han døde i år 322 f.Kr. (Berg Eriksen, 1999 Aristoteles 1999).

2.1.1 Dyder

Aristoteles skriver om dyder. De er knyttet til den enkelte og viser seg ved de holdninger en har og hvordan en utøver disse. I møte med andre mennesker roses vi eller lastes vi for de holdninger vi har. En last er det motsatte av en dyd. I praktisk handling viser dette seg. ”Dyd

er altså en holdning som har med våre beslutninger å gjøre, som holder seg til middelveien i forhold til oss, bestemt av fornuften, nemlig den som den kloke ville bestemme den ved” (Aristoteles 1999 s.32). Aristoteles er opptatt av de kloke, at de får prege avgjørelser. Besluttsomhet er en dyd som viser seg der en står overfor et valg. De som tar valg må være frie til å kunne ta valg. Ufriheten gjorde at barn og slaver ikke kunne ta avgjørelser. De var ikke frie og hadde ikke den nødvendige kunnskapen. De hadde ikke dyder fordi den frie vilje ikke var utviklet, og kunnskapen manglet. Han mente at dyder var noe vi måtte skaffe oss, men som så måtte modnes i oss (Aristoteles 1999). Hvis vi trekker dette inn i operasjonssykepleieryrket kan det forstås som forskjellen mellom handling og holdning, eller som techne og fronesis. Torben K. Jensen viser til Aristoteles, og sier følgende om forskjellen mellom techne og fronesis:

Techne kan vi oversætte med teknisk know-how, håndærksmessig kunnen. Der er tale om en adfærd, der har et mål i noget, som er forskelligt fra selve adfærden (instrumentell adfærd). Fronesis er en praktisk visdom/viden om, hva det kommer an på, når livet mennesker imellem skal lykkes. Det er moralsk tæft, situationsfornemmelse (Jensen 1990 s. 165).

Techne blir dermed en enklere sak å forklare fordi det omhandler selve den praktiske utførelsen, mens fronesis har det sanselige med seg, som også har techne i seg, men som utvikler seg gjennom holdninger og erfaring. Fronesis viser seg ved at personer velger riktige handlingsalternativer (Jensen 1990). En kan tenke seg en situasjon der en pasient virker urolig uten å kunne forklare seg. En klok operasjonssykepleier vil kunne tolke en pasientsituasjon og si at pasientens urinblære kan være ”full”, fordi pasienten er så urolig og hun har frihet til å si at her legger vi inn kateter. Svaret på om dette var uttrykk for klokskap får hun når det viser seg at urinblæren var full og pasientens uro reduseres. Dette er fronesis. Techne er å kunne legge inn et kateter på en slik måte at det verken skader pasienten eller medfører smerte, men også at det blir gjort på en slik måte at det oppleves utført på en ”kunstnerisk” måte. Techne er kvaliteten i handlingen, fronesis er den holdning og den viten som ligger til grunn for handlingen.

2.1.2 Klokskap og handling

Aristoteles skriver at utøvelsen av skjønnet skiller mellom kunnen som er knyttet til techne, og klokskap som er knyttet til fronesis. Både techne og fronesis hører til ”det som kan være annerledes”. Byggekunst er kunnen og produktet vil vise om utførelsen er gjort av en med kunnen. Ukyndighet er det motsatte ved at resultatet ikke vil vise kunnen, ”huset” blir ikke

beboelig. Et vakkert maleri kan den lage som innehar kunnen (Aristoteles 1999). Techne kan også oversettes med teknisk ”know-how”, en håndverksmessig kunnen der adferden er knyttet opp mot et mål. Da skiller denne typen kunnskap seg ut fra den instrumentelle kunnskapen (Jensen 1990 s.165). Et eksempel er det å skulle legge en pasient til rette i sengen. Pasienten og utstyret er det samme, men den ene sykepleieren får lagt puter og pasient på en slik måte at en ser at pasienten ligger godt. En annen sykepleier plasserer de samme putene, men pasienten får ikke det samme gode leiet. Det er ikke bare å plassere en pute. Techne viser seg i hvordan en plasserer putene, fronesis viser seg i at en ser at pasienten trenger puter for å ligge bedre. Klokskap, som er knyttet til begrepet fronesis, kan vi best forstå ved å observere dem som blir sett på som kloke sier Aristoteles. Han sier at de som er kloke har evne til overveielse, og handler deretter. Også her er det snakk om noe som kan være annerledes, for man vurderer ikke de ting som ikke kan være annerledes. Slik jeg forstår det, ligger klokskapen i vurderingen og den påfølgende handlingen. Den er personlig og knyttet til den enkelte utøver av en handling (Aristoteles 1999 s.114-115). Fronesis er ikke teoretisk viten knyttet opp mot standardiserte løsninger. Fronesis er klokskap, den intellektuelle dyd som viser seg i godt utført handling, og denne handlingen er tuftet på evnen til å overveie og å ta de rette valg i en situasjon. De som har denne dyden er kloke (Aristoteles 1999). Det er målet for handlingen som blir vurdert, ikke handlingen i seg selv. Det blir sagt om Aristoteles at ”han ville ikke ha hatt så stor sans for dem som er mer opptatt av hva ordet rettferdighet betyr enn av hvordan man kan være å handle rettferdig” (Berg Eriksen 1999). Den handlingen som fører til målet viser den klokskapen som den aktuelle utøver besitter. For å handle klokt, som Aristoteles mener er noe en kan modnes til, peker han i Bok III i den Nikomakiske Etikk på flere punkter som er av betydning.

Beslutning er et punkt som Aristoteles ser på som viktig. Beslutning eller mangel på beslutning viser seg i handling. Vi ønsker for eksempel å være friske, og da beslutter vi oss for å gjøre det som må til for å gjøre oss friske. Beslutning har med valg å gjøre, det er opp til oss (Aristoteles1999, s.44). I vår tid kan røyking tjene som eksempel. Man vet at det skader, og valget går i retning av en last. Beslutninger er noe som blir overveiet sammen med fornuft og tenkning, men det er ikke alltid de klokeste beslutningene blir tatt (Aristoteles 1999).

Overveielse er også noe vi gjør i handlinger som kan være annerledes. Vi overveier ikke målene, men det som fører til målene. De ulike mulige handlinger overveies. Målet er for eksempel at pasienten skal overleve, men vi overveier bare de handlinger vi utfører for at det

skal skje. Aristoteles påpeker at vi tar selvstendige overveielser, men at vi også henter inn opplysninger fra andre når store beslutninger skal taes. Å hente råd fra andre kan bety at en ikke selv er i stand til å trekke den rette beslutningen. Når en har et mål, undersøker en hvordan en skal komme frem til målet, og hvilke midler som skal brukes. Da finner en også ut hvordan en skal få tak i de nødvendige hjelpemidler og hvordan disse fungerer. ”For den som overveier, later til å forske og analysere på den måten akkurat som de analyserer en figur” (Aristoteles 1999 s.46). Overveielser gjelder de ting man selv kan etterstrebe i den daglige handling for å nå et mål, og overveielser er det som bidrar til målet.

Karakterholdning og ansvar ser Aristoteles i lys av de handlinger som utføres. Dette knytter han til den enkelte persons holdning og karakter. For som han sier: ”I de tilfeller det er opp til oss å handle, er det også opp til oss og ikke handle”(Aristoteles 1999 s.49). Det hviler dermed et stort ansvar på den enkelte i den rollen han/hun utøver. Særlig har en ansvar når en sitter inne med kunnskap, for utgangspunktet er i en selv, og en blir dømt ut fra dette (Aristoteles 1999).

2.1.3 Det daglige og det faglige skjønn

Skjønnet blir brukt både i dagliglivet og i ulike fagmiljøer og en knytter skjønnet til et allment skjønn og et faglig skjønn. I sykepleietjenesten er det faglige skjønn knyttet til klinikken som et klinisk skjønn. Det utøves av personer/sykepleiere som handler godt, riktig og hensiktsmessig i forhold til pasientene (Alvsvåg 2003). Alvsvåg viser til både jussen og filosofien som begge har samme mål, nemlig å komme frem til de beste alternativer i en situasjon. Skjønnet handler ikke om å følge normer og regler til minste bokstav, men å vurdere den enkelte situasjon slik at den intensjonen normer og regler har blir oppfylt. Til dette kreves erfaring, kunnskap og faglig innsikt slik at en i en kompleks situasjon kan vurdere situasjonen og handle godt og riktig. Med henvisning til Løgstrup mener Alvsvåg å si at når normer og regler brukes ”strengt” settes skjønnet til side (Alvsvåg 2003).

Etter at sykepleierhøgskolene fikk redusert sin kliniske praksistid i 1992 til 1/3 av studietiden for at man skulle oppnå vektall, på linje med andre treårige høgskoleutdanninger, ble det mange diskusjoner om betydningen av den praktiske kunnskap. Uten å gå inn i denne diskusjonen spesielt, refererer Alvsvåg til Aristoteles når hun hevder at det er noe som kan læres på skolen, men noe kan bare læres i den praktiske virkeligheten (Alvsvåg 1993). Hun viser videre til Aristoteles som deler den menende sjelen i to:

1. Det som ikke kan være annerledes
2. Det som kan forholde seg annerledes (Alvsvåg 1993 s.21).

Det som ikke kan være annerledes, er slike ting som kan bevises og som sees på som evige sannheter. Dette er viten som kan læres og læres bort. Mye av den teoretiske vitenskapen er basert på denne type kunnskap. Dette blir kalt påstandskunnskap, og gir konkrete svar på hvordan ting forholder seg og hvordan den type problemer løses. Denne type kunnskap er også spesiell i sin form fordi den kan læres bort løsrevet fra en kontekstuell situasjon, og den egner seg derfor til teoretisk formidling for eksempel i klasserom (Alvsvåg 1993).

Det som kan forholde seg annerledes kommer spesielt til syne i det praktiske livet, der ulike kontekster kan ha mange nyanser. Vi forsår ulikt og handler ulikt, og en persons handlemåte beror på hans forståelse og tolkning, og den overveielse han gjør i forkant av handlingen. Her sier Alvsvåg, ”duger ikke viten alene, men klokskap” (Alvsvåg 1993 s.22). Hun ser også til Aristoteles som sier at klokskap utøves av den som overveier situasjoner og handler godt i den enkelte situasjon. Å lære klokskap tar tid, det har med erfaring å gjøre (Alvsvåg 1993). I Alvsvågs tolkning av Aristoteles tar hun blant annet opp **skjønn, forstand, klokskap** og **handlingsfornuft** som begreper som ikke betyr det samme, men som går i hverandre og utfyller hverandre. Klokskap har med hvordan en overveier noe, sett opp mot det som er det beste. Klokskapen knyttes til handlingen som blir gjort, den er bestemmende. Forstanden har med bedømmelse å gjøre og ”den bedømmer det klokskapen gjør” (Alvsvåg 1993 s.23). Det er her skjønnnet kommer inn. ”Et godt skjønn er en riktig bedømmelse av hva som er rimelig i den praktiske situasjonen” (Alvsvåg 1993 s.23). Et godt skjønn kan derfor ikke læres i et klasserom, men må utøves i situasjoner og erfares i handling. Enhver handling kan sees på som et enkelttilfelle og den avgjørelsen som blir tatt og den handling som blir utført knyttes der og da til de som utfører dette. De personer som er tilstede i en kontekst er med på å avgjøre handlingen, og det er den som blir bedømt.

Til klokskapen, fronesis, som er bestemmende, hører det også med oppfinnsomhet. Når de som er kloke kommer opp i situasjoner som er ”stengte”, åpner det seg andre muligheter fordi de ser nye muligheter med sin forstand og de setter handlinger ut i livet med sitt skjønn. ”Klokskap og oppfinnsomhet er ikke det samme, men klokskap uten oppfinnsomhet finnes ikke” (Alvsvåg 1993 s.23).

Å utvikle et skjønn kan skje sammen med andre ”medskjønnere” der ens skjønn blir prøvd mot andres skjønn. Dette skjer i arbeidsfellesskap der en reflekterer sammen, diskuterer og drøfter med andre, kanskje særlig med dem som har lenger erfaring. Erfarne sykepleiere kan bruke pasientsituasjoner til å belyse problemer eller situasjoner som oppstår, og det utvikler seg ofte et yrkesfellesskap der en opplever felles forståelse for enkelte situasjoner. Men i den enkelte situasjon kan en ikke alltid diskutere med noen andre, men en må handle der og da. Å bruke skjønn, kan da bli å sette sammen egne erfaringer og lærdom fra diskusjoner med andre. En bruker det en har lært og diskutert både i yrkesfellesskapet og som selvstendig utøver. Klokskapen blir sett på som intersubjektiv, det vil si at det blir en felles forståelse av hva som er en klok fremgangsmåte, eller hva som er kloke handlingsalternativer (Alvsvåg 1993 s.24-25). Da vil den individuelle handling samsvare med hva andre også ville ha gjort i liknende situasjoner.

2.1.4 Faglig skjønn og faglig kunnskap

Alvsvåg viser til Bibelens tekster der skjønn blant annet omtales som dømmekraft, innsikt og forstand. Mange eksempler viser at selv om en vil handle rett, kan mangel på skjønn eller god handlekraft medføre at ting går galt. Dessuten kan skjønn bli bedre og bedre sier hun, og viser til Paulus som sier: ”Og dette er min bønn, at deres kjærlighet må bli mer og mer rik på innsikt og dømmekraft, slik at dere i de forskjellige spørsmål kan dømme hva som er rett” (Fil 1,9-10, Alvsvåg 2003 s.76, norsk oversettelse). I et yrkesliv eller i et hverdagsliv handler det om å forholde seg til regler, lover og normer og deres intensjoner. Intensjonene er å komme frem til det som er riktigst og best i en situasjon. Det finnes mange muligheter og begrensninger for å handle på best mulig måte.

For å avgjøre det trenger en kunnskap, faglig innsikt og erfaring, slik at en i en kompleks enkeltsituasjon kan vurdere godt og riktig og finne de beste og riktigste måtene og handle på. Samtidig som en er bundet til kunnskapen, slik at skjønnnet kan få rom i enkeltsituasjonene (Alvsvåg 2003 s.76-77, norsk oversettelse).

Det stilles derfor store krav til faglig kompetanse i møte med pasienter. En kan ikke gi faglig omsorg hvis en mangler den teori som ligger til grunn for det faget en skal utøve. Å gi operasjonssykepleie til en pasient er å kunne alle sider ved operasjonssykepleierfaget, det håndverksmessige og de teoretiske vurderinger. Derfor kreves det øvelse og kunnskap både i forhold til naturvitenskap og humanvitenskap, vevd sammen på en slik måte at det ene ikke utelukker det andre. I arbeidet med regler og normer slik som er tilfelle i mange operasjonsavdelinger kan sikkerhet oppnåes ved at prosedyrer blir fulgt, men skjønnnet må

ikke utebli. En Skjønner vet når regler og normer må settes til side for å gi den beste behandling. I møte med den enkelte operasjonspasient kan forskjellen arte seg stor hvis skjønn og det sansende ikke er tilstede. Og blir det sansende borte, forsvinner omsorgens barmhjertighet. Ved bare å vektlegge et moment, forenkles den pleien som pasienten får. Dette er ikke bruk av skjønn. Skjønnsbruk vil være ulikt ettersom det er ulike personer som gir sykepleie, men ”det faglige skjønn bygger jo blant annet på faglig viten og erfaring, og derfor vil det alltid være noe faglig skjønn som er mer kvalifisert enn annet (Nielsen 2003 s.59).

2.2 Kari Martinsen

Kari Martinsen er utdannet sykepleier, spesialsykepleier i psykiatri, magister i filosofi og dr.philos fra 1986. Hun er en av de mest kjente omsorgsfilosofene i Skandinavisk sykepleieforskning. Hun er i dag ansatt som professor ved Seksjon for sykepleievitenskap, Institutt for samfunnsmedisinske fag ved Universitetet i Bergen. Martinsens forståelse av sykepleie er knyttet til den fenomenologiske tradisjonen. Hele hennes forfatterskap bærer preg av den skepsis hun har til den positivistiske vitenskapen i sykepleien. Slik jeg tolker Martinsen er hun opptatt av at sykepleiere skal kunne sitt fag både teoretisk og praktisk, og hun er opptatt av at prosedyrer og regler blir utøvet med skjønn og faglig sikkerhet og omsorg. Å følge instruksjoner og prosedyrer uansett situasjon og kontekst, enten de kommer fra sykehusledere eller myndigheter, kan gå på bekostning av faglig omsorg og skjønn. Å kunne gi god sykepleie er å kunne håndverket og vitenskapen på samme tid, og på en skjønnmessig måte gjøre begge deler på en gang (Martinsen 1990). For i møte med den andre, møter vi ikke bare en person med en diagnose, men vi møter også et menneske. Det enkelte møte er konkret og situasjonsbestemt, men har nyanser og mangfold. Hun viser til Aristoteles som hevder at vi i slike tilfeller har kunnskap som kan forholde seg annerledes (Martinsen 1993). Derfor må vi bruke våre sanser i møtene. Som hun sier: ”Fenomenologiens utgangspunkt er den sansende erfaringsverden. Det er sansingen som åpner verden for oss og gjør det mulig å vinne erfaringer” (Martinsen 2000 s.51). I disse møtene skjer det noe, vi vinner erfaring ved ”å la oss berøre” (Martinsen 2000 s.51). Hennes tenkning er knyttet til sansing, dagligspråket og det umiddelbare nærværet, og i en faglig sammenheng uttrykkes de faglige vurderinger og beslutninger i slike sammenhenger.

2.2.1 Skjønn og tyding i sykepleien

”Å tyde er å uttrykke det inntrykk jeg får av den andre, hvordan jeg blir beveget av den andre” (Martinsen 1993 s. 138). Slik starter Martinsen et kapittel i boken fra *Marx til Løgstrup*. Sentralt i denne tydingen står skjønnnet. Hun mener at skjønnnet har både faglighet og omsorg i seg, men også et rom for kunst (Martinsen 1993). Fronesis og techne blir vevd sammen.

For å kunne gi den rette hjelp må vi leve i forenede motsetninger, som Løgstrup benevner det, for eksempel motsetningen mellom nærhet og avstand til den som trenger vår hjelp. Pasienten trenger både vår nærhet og at vi har en viss distanse. For å få dette til er det mange som mener at det faglige skjønn er en måte å løse dette på (Martinsen 1993). I sykepleien læres dette faglige skjønnnet ”i levende kliniske sammenhenger, sammenvevd med vår grunnleggende og naturlige medmenneskelighet, barmhjertighet og tillit” (Martinsen 1993 s. 141). Martinsen viser til Aristoteles når hun benevner dette som praktisk-moralsk handlingsklokskap. Hun kaller det personorientert profesjonalitet. Både de praktiske ferdigheter og holdninger øves opp i det praktiske arbeidet. Den teoretiske kunnskap blir innvevd i holdninger og handlinger. Det faglige skjønn har to hovedkomponenter ved seg, både det sansende, som gjør at vi ser appellen om hjelp fra den andre, og våre handlinger, hvordan vi møter den andre. Utfordringen ligger i måten vi imøtekommer den andre på. Hvordan vi ser den andres appell og svarer på den, samtidig som vi kan håndtere de faglige utfordringene som kreves. Den erfarne operasjonssykepleieren kan bruke skjønn selv i akutte situasjoner der pasienten for eksempel er i en akutt krise på grunn av blødning, Hun kan imøtekomme både pasientens uttrykte behov og pasientens fysiske behov. Dette fordi sykepleieren kan se den enkelte, men ikke minst fordi hun kan ”vite” utfallet av de fysiske problemene, og skjønnsmessig kan hun skreddersy møtet og handling. Skjønnnet blir brukt.

At skjønn er en ubrytelig del av sykepleierens praksis, betyr at kunnskapsformene i sykepleien må problematiseres. Kort uttrykt er det kunnskap som er vunnet ut fra sanselig forståelse og kunnskap vunnet ut fra begrepslig forståelse der virkeligheten underordnes begrepene (Martinsen 1993 s. 142).

Derfor blir den kunnskap som utfordrer skjønnnet utfordret i den enkelte kontekst. Skjønnsvurderinger hører til i en gitt situasjon/kontekst. De komplekse erfaringer som ligger bak et skjønn veves sammen til en rett behandling. Selv om faktakunnskaper er viktig, utgjør de bare deler av det å kunne et fag. Skjønnnet blir en viktig del av den viten en operasjonssykepleier må inneha for å gi optimal pleie. Skjønnnet ødelegges hvis regler og prinsipper følges til punkt og prikke i en gitt situasjon. Kunsten er å knytte alle typer viten inn

i den sykepleien som blir gitt. Skjønnnet er oppøving i å stille seg åpen for det sanselige, men tydingen og den påfølgende handlingen, eller svaret man gir den andre, angir noe av tydingens kunst (Martinsen 1993). I denne kunsten dominerer ikke rutiner, men handlekraft tatt i bruk etter at det sansende har talt. For: "I skjønnnet dominerer den praktiske kunnskap" (Martinsen 1993 s. 149). Det kunstneriske håndverket kommer til uttrykk når en hører mer enn det som blir sagt og når en ser mer enn det som "øyet" ser, og en handler etter det. Det er kunstens tyding og klokskapens handling (Martinsen 1993).

2.2.2 Å se med hjertets øye

"Å se med hjertets øye", er tittelen på et av kapitlene i Kari Martinsens bok "Øyet og kallet" som kom ut i 2000. Møtet med den andre, med den syke, bør være på en slik måte at vi kan bli den andres tillit verdig. Mye står på spill ved blikket, det vil si at det følger ansvar med å se det du ser. Martinsen viser til Løgstrup, men sier:

Den enkelte har alltid noe av det annet menneskes liv i sitt blikk, og med sitt blikk også i sin makt. Men den holdning til den andre som mitt blikk uttrykker, kan være med å bidra til at den andres verden blir vond og isolert. Men med blikket kan også den andre bli satt fri, våge seg ut av sin egen innesperring og komme ut i relasjon til andre (Martinsen 2000/2002 s.9-10).

Hvordan vi møter den enkelte er av stor betydning mener Martinsen. Å se med hjertet er å se den enkelte som menneske og å svare på de "rop og blikk" pasienten uttrykker. Hvert menneske har sin betydning, og når en ser med hjertet er det ikke likegyldig om personen finnes eller ei (Martinsen 2000/02). Forfatteren mener at det å være profesjonell i denne sammenhengen ikke står i kontrast til det å være personlig involvert eller å vise følelser. For som hun sier: "Jeg vil skille mellom personlig og privat, mellom følelser for den andre og føleri" (Martinsen 2000/02 s.11). Skal dette møte bli et toveis møte er det viktig at det blir et "seende" møte der følelsene for den andre er med på å åpne den andres verden for en. Det er slik vi kan forstå den andre sier Martinsen. "Sansingen åpner for de seende følelser, og de er de adgangsgivende følelser" (Martinsen 2000/02 s.11). I slike møter i profesjonelle sammenhenger, er den faglige kunnskapen nødvendig. Når en skal se et menneske med en eller annen sykdom skal pasienten bli sett på som et "helt menneske". Det vil si at en sykepleier må kunne sitt fag for å kunne gi den enkelte pasient den beste menneskelige behandling også når ulike behandlingsprosedyrer utføres. Fagkunnskapene må ikke redusere pasienten til et objekt, men fagkunnskapene må integreres på en slik måte at "alt" ved pasienten blir registrert og ivarettatt på pasientens premisser (Martinsen 2000/02).

Profesjonalitet er en balansegang mellom det som følelsene kan åpne for og det en skal holde tilbake for å verne om den enkeltes integritet. Fagkunnskap blir kunnskap på alle plan, brukt i møte med den enkelte. Som Martinsen sier det: "Å være profesjonell er å spørre etter fagkunnskaper som gir muligheter for å se pasienten som et lidende menneske, og som verner hans integritet" (Martinsen 2000/02 s.12). Hun er opptatt av at kunnskaper må bli brukt på den beste måten, til det beste for den enkelte pasient. Kunnskaper kan bli misbrukt. Hun stiller spørsmål ved hvordan kunnskaper i enkelte tilfeller kan skade pasienter ved at pasienten objektiviseres, og den handlingen som utføres blir en voldelig handling mot pasientens integritet. De som utfører denne type handling ser ikke med hjertet, men handler kun i "tråd med" naturvitenskapelige metoder og glemmer den humanistiske siden (Martinsen 2000/02). I et høgteknologisk rom, som en operasjonsstue for eksempel, er hele atmosfæren preget av struktur og tekniske innredninger. Det kreves kunnskap om tingene og kunnskap om bruk av tingene, men uten at man i en slik situasjon objektiviserer pasienten til fordel for teknologiske gjøremål. Alt utstyr som skal være hjelpemidler i behandlingen av en pasient må brukes "med hjertet". Det vil si som Martinsen sier at vi må samarbeide med tingene på en god måte. Og vi må spørre oss om "hvilke kunnskaper kan gjøre mennesker godt" (Martinsen 2000/02 s.13). Å kunne mestre både det faglige og det personlige kaller Martinsen personorientert profesjonalitet. "Denne profesjonaliteten ytrer seg i skjønnet, der aktelsen for livet som etikken er nedsenket i, kunnen og ettertenksomheten arbeider sammen" (Martinsen 2000/02 s. 14). Det handler om noe personlig, at en vil engasjere seg for den andre, og at møte med den andre forplikter en til å gjøre det beste en kan. Det handler også om å forstå sin rolle i møte med den andre, hva som kreves av kunnskaper og erfaring, og så sette den andre i sentrum. En slik innstilling vil mange kalle et "kall". Det er hjertelag for den andre og at en "ser med hjertet" (Martinsen 2000/02).

Å se med hjertet er både å sanse og forstå. Det øyet gjør ikke forskjell, men det gjør likevel forskjell. Dette "Øyet" ser på en slik måte at fru Hansen og fru Olsen blir møtt på forskjellig måter tross samme diagnose og behandlingsopplegg, fordi i møte dem imellom er det mye som er forskjellig. Og det er forskjelligheten som er den uskrevne utfordringen. Øyet lever i en vekselvirkning mellom sansing og forståelse. På en operasjonsavdeling kan det komme til uttrykk i møte med en mor som er urolig for sitt skolebarn som ikke vet at "mamma" har vært utsatt for en trafikkulykke. Når vi som operasjonssykepleiere forstår denne fortvilelsen hos pasienten og imøtekommer hennes behov for å sette i verk konkret handling overfor barnet som er på skolen og i tillegg til det konkrete som må gjøres for hennes fysiske problemer,

møter vi pasienten med et sansende hjerte. Dette er å ”skreddersy” møte med den enkelte der hjertelag og faglighet går hånd i hånd, og der en tilstreber å se likheter samtidig som en ser forskjeller. Faglighet er et fundament i sykepleien sier Martinsen, men brukt med hjertelag kan en få andre svar enn det som det registrerende øye får. ”En må være tilstede i situasjonen, i øyeblikket, med hele sin sansende kropp” (Martinsen 2000/02 s.32). Da kan skjønnnet være med på å finne tonen og samklngen med pasienten.

2.2.3 Innfallet

I praktiske situasjoner kan det se ut som enkelte handler ”på impuls”, eller bare helt automatisk. Det kan se ut som noen ”bare” kan det selv om situasjonen er både ny og ukjent. Slike handlinger som viser seg som praktisk korrekt handling, gjerne i en ny situasjon, kaller Martinsen for innfallet. Martinsen viser til Løgstrup som sier at ”Infaldet kommer av sig selv, men ikke uten forberedelse” (Martinsen 2004 s.8) Her er hun inne på noe av det mest sentrale i skjønnnet slik jeg ser det. Den som kjenner på denne følelsen av at det er noe mer, intuisjonen som sier at jeg må være forbredt på noe, og så viser det seg at nettopp dette skjer. Bak innfallet ligger erfaring og faglig kunnskap. Summen av disse ulike kunnskaper og erfaringer blir systematisk vevd sammen i en forståelse av det den enkelte kontekst har å by på av utfordringer og iverksetting av handlinger. Som Martinsen sier det:

Innfallet hører til den systematiske tenknings strenghet. Derfor kommer det heller ikke dalende ned liksom av seg selv. Denne opplysende tanke som kommer som et innfall, er følge av konsentrert arbeid og det å holde tiden fast i det en holder på med (Martinsen 2004 s.8).

2.2.4 Erfaring og evidens

Evidensbasert praksis blir gjerne omtalt som kunnskapsbasert praksis (Martinsen og Boge 2004). I sin siste bok *Samtalen, skjønnnet og evidensen*, tar Martinsen opp ordet evidens både som ord og tema. Hun hevder at ordet evidens godt kan brukes om praktisk kunnskap, og ikke slik som det kan se ut som det fungerer i dag, der den evidensbaserte kunnskap er knyttet til målbare studier. Alle typer forskning er knyttet til kunnskap, også den som forsker på praksis og skjønn (Martinsen 2005). Med dette mener hun ikke at den ene tenkemåten for kunnskap skal settes til side for en annen, men at begge er med å utfylle hverandre i et helhetlig kunnskapssyn. Ikke alle er enig med henne her, og derfor spør hun: ”Hvordan vil denne formen for evidens forholde seg til et skjønn som er viktig i all forskning og praktisk arbeid?” (Martinsen 2005 s.52).

”Rent språklig betyr ordet evidens å se og å innse” (Martinsen 2005 s.52). Det er ulike måter og se eller innse noe på. Det er forskjell på å overtale og å overbevise. Dette er to sentrale ord i Martinsens bok. Hun viser til filosofen Skjervheim som også påpeker den vesensforskjell som ligger i de to ordene overtale og overbevise. Forskjellen i disse ordene kan tolkes som forskjeller i ulike former for viten. Å overtale hører til en subjekt -objekt situasjon der subjektet, for eksempel en forsker, hevder sitt syn etter de resultater han kommer med, og bestemmer en ny handlingsmåte, uavhengig av andres syn. Å overbevise er også å påvirke en situasjon, men det er et subjekt – subjekt forhold mellom partene, og det er gjennom overbevisende argumenter en endrer forståelse og får ny innsikt. De beste argumenter og begrunnelser vinner frem (Martinsen 2005). Å utvikle kunnskap, å se eller innse, er en utfordring som handler om at begge parter lar seg overbevise på et saklig grunnlag, uavhengig av forskningsform. Da kan det sies slik:

Forskning så vel som den kliniske praksis løftes gjennom overbevisningens kunst inn i samtalens rom, inn i refleksjonens og tolkningens rom. Det er et kommunikativt rom. Det er rom der det grunnleggende sett er tillitt mellom mennesker, og de språklige ytringsformer er varierte og innfallsrike (Martinsen 2005 s.56).

Å være et menneske er en utfordring i forhold til den erfaring livet gir. Hva gjør et menneske med de erfaringer det får i de ulike sammenhenger? Det være seg operasjonssykepleiere på en operasjonsavdeling eller som medmenneske i verden. Alle opplever situasjoner som berører en, og en umiddelbar reaksjon på noe slikt kan være at en forteller om det som en har opplevd eller erfart. Man lærer og får erfaring av dette sier Martinsen: ”Ved å fortelle om opplevelser kan en få avstand til dem, tenke over dem og lære av dem. Det fortalte gir stoff til ettertanke. Da utkrystalliseres erfaringer” (Martinsen 2005 s.66). Det vil si at en kan utvikle seg både av det en selv erfarer, men også av det en hører og ser andre erfarer, ved å gå inn i det kommunikative rom. I dette rommet skjer det refleksjon. Martinsen viser til Skjervheim som hevder at vi reflekterer om vi vil eller ei, men vi trenger ikke ta refleksjonen inn over oss. Dermed kan refleksjon bli en nøkkel til utvikling. Det betyr at å reflektere krever noe av den enkelte. En må risikere at en tar feil, at en har vært på feil spor, men da gir det også mulighet for å endre kurs. Å leve blir et liv i ettertanke der evidensen viser seg subjektivt hos den enkelte (Martinsen 2005).

Bruken av ordet evidens har i den siste tiden hatt sammenheng med den type forskning som er knyttet opp mot den såkalte ”gullstandard”, det vil si målbare resultater, som er knyttet til

evidensbasert medisin (EBM) (Martinsen 2005). Denne type forskning er vel kjent i sykehusene, også på operasjonsavdelingene. Problemet er ikke at denne forskningen ikke er ”god”, men den gir ikke svar på alle de utfordringer som kreves i en slik høgteknologisk ”verden”. Ikke minst på en slik avdeling synliggjøres det et behov for ulike forsknings- og kunnskapssyn fordi situasjonene er så komplisert at det trengs ulike typer kunnskap for å imøtekomme det kompliserte. Det vil si at en forskningsmetode ikke gir svar på alle sider ved en sak, men at vi ved å bruke ulike forskningsmetoder, vil bildet bli mer nyansert. Problemet i dag er at alle må vise til effektivitet. Økonomien skal til enhver tid ha prioritet. Det vil si at myndighetene baserer sine avgjørelser på forskning som viser til målbare resultater. Derfor blir den ”evidensbaserte” forskning i tråd med det myndighetenes ønsker (Martinsen 2005). Forskere som driver den type forskning vil dermed komme i en ”rett” dialog med myndighetene og vil lettere få midler til sin forskning.

2.3 Patricia Benner

Patricia Benner er en sykepleier som har vært knyttet til Universitetet i California, San Francisco School of Nursing. I hennes sykepleieteori som hun har skrevet sammen med Judith Wrubel, tar hun sterk avstand fra et logisk-positivistisk verdens- og vitenskapssyn, og bygger på Heideggers fenomenologiske verdensforståelse. Hennes tenkning har mye til felles med Kari Martinsens (Kirkevold 1992). Fra en konferanse uttaler Patricia Benner: ”Som sykeplejersker skal vi ikke være teknikere som tager os af sygdomme, men plejere som tager os af mennesket” (Benner 2000/1995 s.13). I boken ”Fra Novise til Ekspert”, tar hun for seg utviklingen av sykepleiere, og fra hennes empiri sies det mye om hvordan den faglige utviklingen blant forskjellige sykepleiere kommer til uttrykk i praksis. Hun snakker om sykepleie som en humanistisk vitenskap. ”Fra Novise til Ekspert” er en teori om hvordan sykepleiere utvikler seg i ulike stadier i praksis. Dette er svært relevant for min problemstilling som tar opp utvikling av skjønn hos operasjonssykepleiere.

2.3.1 Fra Novise til Ekspert

I prosjektet ”fra novise til ekspert”, tar Benner for seg ulike kunnskapsnivåer hos ulike sykepleiere (Benner 2000/1995). Noe av intensjonen var å belyse den kunnskap som sykepleiere hadde eller manglet i sin sykepleiepraksis. Det er forskjell på praktisk og teoretisk kunnskap. Teori er et mangelfullt redskap til forklaring og forutsigelse. Selv om teoretikere prøver å forklare og lage prosedyrer på ”ting” som kan skje i gitte situasjoner, vil de i mange

situasjoner komme til kort. Benner viser til Kuhn og Polanyi som mener at det ”å vite at” og det ”å vite hvordan” viser til forskjellige former for viten (Benner 2000/1995 s.21). Slik jeg forstår Benner kan mange av de ulike kontekster være av en slik art at en i de gitte situasjoner må kunne tolke og handle, ”knowhow”, på en helt spesiell måte. En mageblødning hos en person, kan kreve en helt annen behandling enn mageblødning hos en annen. I slike situasjoner må operasjonssykepleieren bruke sine kunnskaper på en slik måte at den enkelte pasient med mageblødning, får god faglig behandling. Det vil si at operasjonssykepleieren knytter sine tidligere erfaringer og sine teoretiske kunnskaper sammen og gir den enkelte det beste hun kan. Handlingen er uforutsigbar på den måten at den ikke kan forklares før den er utført. Erfaring er et hovedpoeng i praksis. Her uttrykkes forskjeller i handlemåter. Teorien kommer til kort når en ser erfarne sykepleiere handle. De går utover det som står nedskrevet i teorien. Benner setter fokus på denne kliniske kunnskapen. En rikdom av uutnyttet viten ligger innleiret i den erfarne sykepleiers arbeid og ”knowhow”. Dette er kunnskap som verken er belønnet i anerkjennelse eller økonomi, skriver Benner (2000/1995). Benner viser til Stuart Dreyfus og Hubert Dreyfus som kom til at ervervelse og utvikling av ferdigheter vil passere 5 ferdighetsnivåer: Novise, Avansert nybegynner, Kompetent, Kyndig og Ekspert. 1): Novisen er det laveste nivå, der personen mangler bakgrunnsforståelse for situasjonen. 2): Avansert nybegynner er man når man kan prestere en tilnærmedesvis akseptabel innsats. Hun trenger veiledning for å forstå ulike komponenter i en situasjon, men hun har bakgrunns erfaring nok til å gjenkjenne en situasjons aspekter. 3): Den kompetente kjennetegnes ved en betydelig, bevisst og veloverveid planlegging. Planen dikterer hvilke attributter (kvantifiserbare trekk og egenskaper ved en situasjon) og aspekter ved de øyeblikkelige og forventede fremtidige situasjoner og i hvilken rekkefølge de skal prioriteres. Det kompetente nivå kjennetegnes ved et høyere effektivitetsnivå. Det er vanlig at dette utvikles over 2-3 år i samme arbeidsforhold. 4): Den kyndige aktøren oppfatter situasjoner som helheter snarere enn aspekter, og prestasjonen styres av maksimer (kryptiske instruksjoner). Den kyndige aktøren erkjenner en situasjon med utgangspunkt i et helhetsbilde og erkjenner hvilke av situasjonens aspekter som er mest avgjørende. Den kyndige aktøren har en intuitiv fornemmelse for situasjonen basert på en dyp bakgrunnsforståelse. Det er kvalitativt sett et stort sprang mellom en kompetent og en kyndig aktør. De kyndige har jobbet med samme type pasienter etter 3-5 år (skjønn). 5): Eksperten har med sin enorme erfaringsbakgrunn fått et intuitivt grep om hver situasjon og kan zoome inn på den nøyaktige problemstillingen uten å skulle bruke tid på overveielser og analytiske prinsipper.

Empirien Benner viser til bygger på dialog med sykepleiere i et forskningsprosjekt. Hun analyserte frem fem kompetansenivå innenfor klinisk sykepleie. Kunnskapen og bruk av skjønn kommer til uttrykk i mange situasjoner, men det som tydelig manifesterer seg er at den teoretiske kunnskapen som kan uttrykkes og formaliseres kommer til kort i de komplekse kliniske praksissituasjoner (Benner 2000/1995 s. 47). Det er denne handlingskunnskapen, som Aristoteles ville ha sagt "kan være annerledes". Å møte slike situasjoner med handlingsklokskap setter skiller mellom de ulike sykepleierne.

2.3.2 Klinisk kunnskap

Klinisk kunnskap viser seg i handling hos de sykepleierne som Benner undersøkte. Gjennom utallige eksempler viser de at de handlinger de utfører er velbegrunnet ut fra de uttrykk pasienter viser. Når en av pasientene er inne i en kritisk fase, tolker sykepleierne de tegn som foreligger og ser dette som parametere for den handling de iverksetter. Dette sier Benner, er sykepleiere som har et stort repertoar av erfaring. De skaper orden selv om situasjonen er kaotisk. Hun sier at når disse erfarne sykepleierne bruker sin kunnskap, har de mange strenger å spille på, og det kan se ut som de opptrer i hjemmевante situasjoner (Benner 2000/1995). Å handle klinisk på en slik måte er å besitte en høy grad av ekspertise og å kjenne igjen pasientsituasjoner og iverksette kyndig behandling. Noen ganger er ikke legen tilstede, da må en kunne handle til han/hun er på plass. Dette er å identifisere den tilstanden som er og iversette kyndig og klinisk handling. God handling, sier Benner, er også å forebygge kriser, være forutseende og sette i gang tiltak slik at forventede ting ikke utvikler seg. Forventes det blodtrykksfall, setter en i verk handling/behandling som kan redusere eller hindre dette. Benner mener at sykepleierne er de som står nær sykesengen, og ofte den første til å sette i gang handling i de skiftende pasientsituasjoner (Benner 2000/1995).

2.3.3 Utviklingsstadier

Benner er tydelig på at sykepleiere er på ulike nivå i utviklingen av det å bli en kompetent sykepleier. Som uerfaren og 2-3 år frem i tid, har de fleste nok med å lære seg prosedyrer og handle i forhold til dette. Dette preger handlingene disse utfører. De arbeider best i kjente situasjoner der objektive data er styrende for handlingene. Selv om de kjenner igjen noen sitasjoner eller noe i situasjonen, er det mye som ikke er gjenkjennbart. Først etter de første 3 fasene snakker Benner om kyndighet. Det er først på dette nivået sykepleiere er i stand til å gjenkjenne tegn som krever igangsetting av handling, før objektive data er tilstede. Under en operasjon vil dette kunne vise seg ved at den "uerfarne" ikke ber om ekstra utstyr før legen

sier at nå må du finne frem slik eller sånn. En erfaren operasjonssykepleier vil på et tidlig tidspunkt fatte mistanke om at noe ikke er helt som det skal være, og be om det utstyret som skal til, i tilfelle noe skjer, eller for å ha ”alt” klart veldig raskt når noe skjer. Dette kan for eksempel være en pasient med cancer som blir operert i magen. Ved metastaser og innvekst av cancerceller i øvrig vev kan blødninger være et stort problem uten at det ser slik ut når buken blir åpnet. Det skjer noe underveis som gjør at hun skjerper sansene sine på en spesiell måte for å ligge i forkant av det som måtte komme. De fleste utvikler etter hvert evnen til å ”være i forkant”. Benner sier imidlertid også at det er noen som ikke følger dette ”skjemaet”, men det stemmer for de fleste (Benner 2000/1995). På det høyeste nivået er eksperten i en klasse for seg. Med sin enorme erfaringsbakgrunn, har hun intuitivt grep på den enkelte situasjon, og ”kan zoome ind på den nøjagtige problemstilling uten at skulle spille tid på overvejelser af en bred vifte af ufruktbare, alternative diagnoser og løsninger” (Benner 2000/1995 s. 44). Ikke alle blir eksperter sier Benner. ”Evnen til at se hva der er mulig, er af de kjennetegn, der skiller den kompetentes præstasjon fra den kyndiges og eksperten” (Benner 2000/1995 s.47). Ekspertene er i en gruppe for seg hevder Benner, og de er gjenkjennbare i sine handlinger. Måten de gjør kliniske vurderinger på eller styrer kliniske situasjoner vises på en bemerkelsesmessig måte. Mange ”stopper” på et kyndighetsnivå, og gjør en god jobb. Det er bare noen som når det øverste nivå på utviklingsstigen, men Benner sier ikke hvorfor. Likevel er denne type kompetanse bemerkelsesverdig på en slik måte at den viser seg unik i positiv forstand (Benner 2000/1995).

2.3.4 Erfaringens betydning

Slik jeg forstår Benner er den teoretiske kunnskap en viktig del av den totale kunnskapen hos sykepleieren og den må brukes slik at den kommer til syne i handling. Men teorien kan fremlegges på en formalisert måte sier hun, det kan ikke praksis. Det er den kompleksiteten som praksis byr på, som er utfordringen fordi den rommer flere realiteter enn det teorier kan romme (Benner 2000/1995). For å nyttegjøre seg teori, må en forstå det kliniske bilde. ”Det er denne kliniske dialog med teorien, der gjør det tilgjengelig og mulig for den erfarne sykeplejersken at utvikle sin praksis” (Benner 2000/1995 s.48). Det er her de erfarne sykepleiere viser sin styrke både i handling, men også i det å forstå teorien og kunne bruke å utvikle den i tråd med det den aktuelle situasjonen krever. Erfaring viser seg dermed å ha en stor betydning, og det er først når en kommer på et vist nivå i denne ”kunnskapssirkelen” at en kan videreutvikle både handlingskunnskap og teorikunnskap. Derfor, sier Benner, er det viktig at det ekspertene gjør blir dokumentert. Så lenge dette ikke blir registrert og

dokumentert begrenses utviklingen av den teoretiske sykepleien. De sykepleierne som har lang erfaring på "sitt felt", skaper seg et rikt grunnlag i å kunne tolke nye situasjoner og handle i forhold til et stort repertoar, men det er ikke enkelt å lage retningslinjer for denne type handling (Benner 2000/1995). Det er stor forskjell på ekspertene og de andre. Særlig de unge er opptatt av å følge prosedyrer og retningslinjer. Det kan være motsatt med ekspertene. De kan føle at deres handling blir begrenset av formelle modeller eller regler. Benner bruker ikke ordet skjønn, men hun sier at "hvis man tvinger ekspertene til å følge særlige forskrifter eller formelle modeller eller regler, medfører det en faktisk forringelse af deres præstationer"(Benner 2000/1995 s.48). Om ikke ordet skjønn blir brukt så ligger det implisitt i dette en "frihet" til å handle ut fra en kontekstuell situasjon, og denne handlingen strekker seg utover det som er fastlagte prosedyrer.

2.4 Bengt Molander

Bengt Molander, Fil.Dr., professor ved Filosofisk institutt, NTNU – Norges tekniske-naturvitenskapelige universitet i Trondheim. Han er opptatt av "Kunnskap i handling" og ser på kunnskap som en form av oppmerksomhet. Kunnskap i handling er den levde kunnskapen, den levde kroppens kunnskap som er i stadig bevegelse mellom innlevelse og distanse, mellom reaksjon og refleksjon, mellom del og helhet og mellom tillit og kritikk. Molander har sine røtter både i klassisk filosofi og moderne hermeneutikk. Molander viser til ulike kunnskapssyn som vi i den vestlige verden knytter oss til og som det i dag dessverre er skille mellom. Han viser til to ulike tradisjoner, nemlig den teoretiske kunnskapstradisjonen og den praktiske kunnskapstradisjonen (Molander 2001/1997). *Den teoretiske tradisjonen* viser seg blant annet ved dualisme, objekt og subjekt er atskilt. En kan ha kunnskap uten at den kan anvendes, og den bygger på en holdning som sier at kunnskap avspeiler virkeligheten. Denne teoretiske kunnskapstradisjonen formulerer kunnskapen i ord og tall, selv om man aldri kan komme frem til den endelige universelle kunnskapen (Molander 2001/1997 s. 131). *Den praktiske kunnskapstradisjonen* viser seg ved at den tar avstand fra dualismen og den bygger på deltagelse og dialog med andre. En tilegner seg kunnskap mens en er i situasjonen, og Molander snakker om levende kunnskap som finner sted i den praktiske handling og mellom mennesker. Han er overbevist om at mye av kunnskapen er "taus", men den er likevel en verdifull kunnskap. Til sist sier han at praktiske kunnskapstradisjoner er "forankret i levende tradisjoner" (Molander 2001/1997 s.131). Med dette erkjenner Molander sitt ståsted i den praktiske tradisjonen. Ikke slik å forstå at han ikke ønsker den teoretiske

kunnskapstradisjonen, men bare en av tradisjonene gir ikke et godt nok bilde på virkeligheten, og for å gjøre det beste for menneskene, for eksempel for pasienter i sykehus, må kunnskap fra begge tradisjonene være tilstede. Mangel på ”sammenvevde” kunnskapstradisjoner kan komme til syne i den teoretiske kunnskapstradisjonen der subjektet ikke blir tatt hensyn til (Molander 2001/1997), men den kan også komme til uttrykk i den praktiske kunnskapstradisjonen ved at den faglige viten ikke er reflektert til stede.

2.4.1 ”Kunnande som en form for oppmerksomhet”

Kunnskap som oppmerksomhet er den røde tråden i Molanders bok ”Kunnskap i handling”. Han skriver om kunnskap som levd handling. Denne kunnskap kan ikke alltid fanges med ord, men på en fruktbar måte kan vi styre oppmerksomheten og dermed vår bevissthet om kunnskap (Molander 2000/1996). Molander er opptatt av at kroppen er et ”personlig hjem”. Kroppen er vårt ansikt utad. Det er gjennom kroppen vi handler og reflekterer, vi bruker kroppen, og som forfatteren sier: ”Kroppen må derfor gjeninnsettes som erfaringskilde og sentrum for væren” (Molander 2000/1996 s. 28). Molander viser til Polanyi som sier at vi kan mer en vi kan fortelle. Han sier også at vi kan kjenne igjen ting og handle uten at vi eksakt kan fortelle hvordan vi gjør det. Denne kroppslige viten viser seg hos mange når de kjører bil. En kan komme ut for en situasjon som krever rask handling, og uten å ”forstå” hva en selv gjør, ”håndterer” kroppen bilen på en slik måte at skader ikke skjer. På samme måte kan en oppleve at en i pasientsituasjoner handler på en slags ”refleks”. Kroppen handler før en klarer å tenke at tanken går gjennom hode. I motsetning til dualisme, hevder Molander at ”Vi er våra kroppar” (Molander 2000/1996 s. 25). Kunnskapen ligger i kroppen. Den kroppslige kunnskapen må taes på alvor hvis vi skal forstå kunnskap i handling (Molander 2000/1996).

Bruken av kroppen står sentralt i yrkesutøvelsen av operasjonssykepleien. Kroppen blir brukt som instrument, som synliggjør ulike være- og handlemåter. Å bruke kroppen som instrument kommer tydelig til uttrykk i det sterile miljøet. Når en operasjonssykepleier har vasket seg ”kirurgisk” og tatt steril frakk og hansker på, har hun kun et begrenset område å bevege seg innenfor. Hun må bevege seg slik at hun ikke gjør seg ”usteril”, eller gjør annet utstyr usterilt. Måten hun beveger seg på viser om hun kan dette, at kroppen umiddelbart trekker seg vekk hvis ”farer” nærmer seg. Min egen opplevelse er at jeg har en usynlig ramme rundt meg som ingen må komme i nærheten av, eller som jeg ikke må ”trå” ut av, og dette kjenner kroppen. Kroppen vet hvor rammeverket er, grensene er innebygd i kroppen. Det samme er når en bruker instrumenter, så blir de som en forlengelse av kroppen. Denne type kunnskap er ”taus”

sier Molander og viser til Polanyi som sier at ”innlært kunnskap blir en del av kroppen” (Molander 2000/1996 s. 44). Et godt eksempel er den blinde mannens stav. Når han har lært å bruke staven blir den som en del av den blindes ”øyne”. Når stokken blir brukt til å føle med, så er det ikke stokken han kjenner, men det som stokken berører (Molander 2000/1996). ”Kunnande er en form for oppmerksomhet” hevder Molander og det er den røde tråden i hans budskap. For å lære kunnskapen viser han til tre viktige moment:

1. Övning eller träning
2. Diskussjoner om teknikk, reflektion över hur något gjordes, de möjligheter som fanns och de som skapas – för att få ett språk som hör till verksamheten.
3. Det personliga inträdet i en tradisjon, genom en mästare; berättelser och minnen har en viktig funktion för att skapa en professionell identitet. (Molander 2000/1996 s. 13)

Å lære seg et fag blir med Molanders øyne en aktiv prosess der den enkelte personlig må ta ansvar for å lære. En må problematisere virkeligheten som et steg på vegen til kunnskap. Det vil si at en må stille spørsmål, ikke bare med det en ikke forstår, men med det en gjør. En må reflektere over livet en lever i. Her viser han til den hermeneutiske tradisjonen, der forforståelsen er sentral. ”Ingen forståelse är obetingad, all forståelse kräver förförståelse” (Molander 2000/1996 s. 69). Han viser til den hermeneutiske sirkel, som blant annet viser til at forståelse av delene fordrer forståelse av helheten og omvent (Molander 2000/1996). Og det er på dette punktet Molander mener at kunnskap er en form for oppmerksomhet. At man hele tiden lever i dette pulserende livet der kunnskap ikke har en begynnelse eller en slutt, men at den er tilstede hele tiden som noe levende. Settes denne kunnskapen i sentrum, så snakker vi ikke bare om kunnskap, men om ”kunnskapsbildning” (Molander 2000/1996 s.70).

2.4.2 Taus kunnskap

Taus kunnskap er ikke lett å beskrive, og i selve ordet ligger det at det er noe som ikke er lett å få tak i. Molander har en god beskrivelse som klart kommer til uttrykk i de praktiske yrkene, og som jeg ser også blant operasjonssykepleierne. Taus kunnskap er en ”klyfta mellan beskrivning och den verklighet som beskrivs” (Molander 2000/1996 s.39). I en praktisk situasjon kan mye beskrives, men det vil alltid være noe som ikke kan gjengis verken muntlig eller skriftlig. Det ligger noe i holdning og handling hos en utøver som ikke umiddelbart kan forklares ei heller umiddelbart forstås. Molander viser til Polanyi, og sier at ”vi vet och kan mer än vi kan uttrycka i ord” (Molander 2000/1996 s. 35). Molander deler kunnskap inn i tre, der 1) påstandskunnskap er en form for faktakunnskap, mens 2) ferdighetskunnskap og 3) fortrolighetskunnskap er former for ”taus” kunnskap. Alle typer av kunnskap blir vevd sammen og brukt kontinuerlig, men ferdighetskunnskap og fortrolighetskunnskap er kunnskap

som i stor grad brukes blant operasjonssykepleiere uten at det blir dokumentert språklig. Ferdighetskunnskap har med håndlaget å gjøre, og en trenger innlæring av praktiske ferdigheter. Her trengs øvelse sier Molander (Molander 2000/1996). Men for å utvikle sine ferdigheter i et fag, må en ha kunnskap om fagets forutsetninger, teorier og metode, ”slik snekkeren må trene på høvling og saging og samtidig øve opp evnen til kreative løsninger av forskjellige oppgaver” (Aadland 1997 s. 50). Ferdighetskunnskap likner på det som Aristoteles kaller techne. Aadland viser også til et annet eksempel som kan overføres til operasjonssykepleien og belyse de forskjeller vi kan se hos operasjonssykepleiere i deres handlemåte. Han beskriver en pianostemmer som bruker lang tid på å øve og øve opp øret til å høre de rette dissonansene mellom forskjellige toneintervaller. Dette arbeidet krever en nøyaktighet som skiller amatørerne fra de profesjonelle (Aadland 1997). Øvelse blir et hovedtrekk i denne utviklingen. Fortrolighetskunnskap er en type ”taus” kunnskap som viser seg i handling. Den viser seg som ”knowhow”, det vil si at personen som innehar denne kunnskapen vet hvordan hun skal handle i en gitt situasjon. Det ligger mye i fortrolighetskunnskapen sier Molander, forståelse, ferdigheter, sikkerhet, kunst, omdømme, begavelse, oppmerksomhet, fortrolighet, erfaring og personlig engasjement (Molander 2000/1996). For å utvikle denne fortrolighetskunnskapen må en ha erfaring og selvinnsikt, og en må kjenne sine grenser. Gjør en ikke det hindrer en denne typen kunnskap i å utvikle seg. For fortrolighetskunnskap er personlig og det kreves et personlig engasjement (Molander 2000/1996). ”På samme vis som en kunstner ikke skaper mesterverk ved å kopiere andre mestere, ligger utfordringen i å utvikle sitt eget blikk og sin faglige oppmerksomhet til å se mulighetene” (Aadland 1997 s.75). I dette ligger en evne til å kjenne seg frem til gode løsninger, som Aristoteles vil kalle fronesis. Molander viser at kunnskap er en form for oppmerksomhet, den hører til det som kan være annerledes. Vi må være oppmerksomme i vår atferd.

2.5 Avslutning

Etter å ha presentert de fire teoretikerne jeg har valgt som støttespillere i oppgaven, viser de mange fellestrekk. De har likevel sine særtrekk som gjør at jeg har valgt å ta dem med som selvstendige teoretikere og ikke utelukke en til fordel for en annen.

Aristoteles skriver om skjønn og klokskap som noe essensielt i livet og akter høyt de personer som innehar dette. Han setter klokskap foran ”det meste” og ønsker at dette skal tilstrebes. Å

bruke skjønn er å være i en situasjon der den handlingen som gjøres kan utføres på flere måter, og de kloke, de som viser skjønn, vet å handle på den beste måten, til den andres beste. Skjønn brukes i de situasjoner som kan være annerledes. I de situasjoner som ikke kan være annerledes er ikke skjønn nødvendig på samme måte.

Kari Martinsen skriver også om skjønn. Hennes bruk av skjønn kommer tydelig til syne i møtet med den andre. Hvordan møter vi den andre? I dagens samfunnsdebatt er den evidensbaserte kunnskapen et samtaleemne og et redskap både for behandling og økonomiske forutsetninger. Hvordan kan skjønn og kunnskap om skjønn bli aktualisert som høyverdig evident kunnskap? Hvordan kan den praktiske handling i møte med pasienter tilkjenne behovet for det gode skjønn?

Patricia Benner er opptatt av sykepleieres utvikling og kompetanse. Å bli en kompetent sykepleier tar tid. Benner skriver også om bruk av skjønn, og knytter det til sykepleiere med lang erfaring og faglig tyngde. Hun beskriver forskjellen mellom de urutinerte og de erfarne sykepleierne, og veien frem mot økt faglig kompetanse. Ikke alle kommer like langt på denne kompetansestigen sier hun, men de fleste gjør det, og alle kan bli bedre.

Bengt Molander ser på kunnskap i handling som en form for oppmerksomhet. Han setter lys på refleksjon i arbeidet, både av seg selv og av andre for å bli oppmerksom på hva en gjør, og hvordan en kan bli bedre. Han skriver om den "tause" kunnskapen som vises i handling. Vi kan mer enn vi vet sier han, og det er ikke mulig å forklare alle våre handlinger i ord.

På hver sin måte beskriver disse teoretikere skjønn og utvikling av faglig skjønn. Det er dette som også er min problemstilling med hensyn til operasjonssykepleiere. Før jeg presenterer empirien jeg samlet inn ved å intervju operasjonssykepleiere og kirurger, vil jeg i det følgende beskrive min metodiske tilnærming.

3 Metode

Metode er en planmessig måte å løse et problem på. Utgangspunktet for denne fremgangsmåten er problemstillingen i oppgaven: Hvordan utvikler operasjonssykepleierne det faglige skjønn, og hvordan kommer dette til uttrykk på en operasjonsavdeling. Hvordan empirien systematisk er samlet og bearbeidet kan si noe om pålitelighet og troverdighet. Hvordan jeg kommer frem til de svarene som foreligger og hvordan dette har blitt gjort, ønsker jeg å dokumentere i dette kapitlet. Mitt mål er at leserne av denne oppgaven skal kunne stole på at det dreier seg om kunnskap som er samlet inn på en måte som ivaretar de grunnleggende krav som stilles til en vitenskapelig undersøkelse. Det skal være et skille mellom fri fantasi og tilfeldige historier versus en systematisk kvalitativ gjennomgang av et tema (Malterud 2003).

Jeg har så langt det er mulig satt meg inn i det de intervjuede har fortalt. Jeg har smakt på det, brukt alle sanser for å leve meg inn i det som kom frem (Husserl 1997/1950). Min måte å tolke og beskrive på er avgjørende. Hva har jeg med meg i min ”ryggsekk” som gjør at jeg forstår og beskriver slik jeg gjør? Hermeneutikk er også en måte å kritisk rette blikket på seg selv. Hva åpner og hva stenger i tolkningsprosessen? Den måten jeg tolker deres budskap på og formidler det videre vil være preget av hvordan jeg forstår kontekstuellet. Jeg har et fenomenologisk – hermeneutisk utgangspunkt og vil først redegjøre kort for dette.

3.1 Fenomenologisk tilnærming

Fenomenologi er både en metode og en filosofi. Som metode knyttes den til en måte å komme til bunns i en sak på, mens som filosofi er det en måte å tenke på. Det er ikke lett i en oppgave å skille når fenomenologi er en metode og når det er en tenkemåte, da dette ofte går i hverandre. Likevel vil jeg påpeke at skillet kan være tilstede.

Som metode går fenomenologien ut på å fremstille saken(e) på en så riktig måte som mulig. Det spesielle fenomenet, det gode skjønn, er målet for selve undersøkelsen. Det er sakene selv som skal tale for seg selv uten at vi innordner dette i teorier eller fordommer som vi har på forhånd (Bengtson 1998 s.27-28). Den svenske filosof og fenomenolog Bengtson (1998) forteller om et tankeeksperiment der indianere med bind foran øynene for første gang skulle kjenne på en elefant. En kjente på snabelen og trodde det var en slange, en kjente på beinet og trodde det var et tre. Ingen av de beskrivelsene kunne gi en rettferdig beskrivelse av elefanten

(Bengtson 1998). Slik også med det fenomenet jeg er interessert i å forske på. Da må den enkelte informant få komme med sitt syn på det faglige skjønn i operasjonssykepleie, og det må være det som legger føringer for både kategorier og teorier. Når jeg var usikker på deres svar i intervjuet, ble det viktig at dette ble presisert under intervjuet. For eksempel ved å stille utdypende spørsmål, eller oppklarende spørsmål slik at de intervjuede på en best mulig måte kunne fortelle om fenomenet slik de erfarer og opplever det. Var det slik du mente det? Eller kan du utdype dette nærmere. Under flere av sekvensene opplevde jeg at de intervjuede sa, at nei, det var ikke akkurat slik, men sånn de tenkte om dette. Men i mange situasjoner ble det jeg spurte om understreket og forsterket.

Som filosofi er fenomenologi knyttet til tanketradisjoner. Bengtson mener at dette kommer til uttrykk ved hvordan man lever i relasjoner i forhold til handling og erfaring, hvordan en ser på virkeligheten, og hvordan ens livsverden fortoner seg (Bengtson 1998 s.29). Dette er svært aktuelt for de informanter og respondenter som er med i min undersøkelse. De forteller ut fra situasjoner som er helt unike, men de er også selv unike. Hvordan den enkelte intervjuede uttaler seg og beskriver et fenomen blir dermed det riktige. Bakgrunnen vil være ulik fordi ingen er like, og vi har forskjellig livsverden. Hvordan jeg skal få frem det de intervjuede virkelig mener, krever innsikt i deres livsverden. Med livsverden menes slik Husserl ser det en helhet av alle våre tillegg og utfyllinger i vår erkjennelse av verden. Ethvert vitenskapelig miljø bygger på teorier som fungerer som trosretninger. Disse teoriene fylles inn i livsverden. Dette livsverdenbegrepet likner Kuhns paradigmebegrep. ”Det er vannet vi svømmer i, eller den luften vi puster i” (Aadland 1998 s.164). Jeg kan ikke noen gang bli en av de jeg intervjuet, men jeg kan forstå, tolke og beskrive, og bruke deres utsagn til å understreke betydningen. Den enkeltes livsverden sier noe om ulikheter. Dette kom sterkt frem under intervjuene. Vi er forskjellige. Dette var en utfordring å forholde seg til. Når jeg hadde tatt ett intervju, merket jeg fort at dette kunne prege neste intervju. Jeg tenkte av og til at dette var en oppfølging av det forrige. Derfor ble det viktig å prøve å legge til side alle andre intervju og bare konsentrere meg om den aktuelle respondent eller informant. Dette var ikke alltid like lett. Å finne en balansegang mellom det å bruke tidligere erfaringer som utgangspunkt for nye spørsmål samt at den enkelte fritt skulle fortelle var en utfordring. Spesielt vanskelig opplevde jeg dette når jeg hadde hatt en erfaren operasjonssykepleier som siste intervjuperson og så skulle intervju en nyutdannet. I disse intervjuene måtte jeg være svært oppmerksom på hvordan jeg lyttet og kom med oppfølgingsspørsmål. Deres livsverden ble like viktig å få innsikt i som de erfarnes livsverden. Mange ser hermeneutikk som en del av fenomenologien.

Filosofen Ricour som er kjent for å være en brobygger når det gjelder tolkning og forståelse, sier at ”handlingen struktureres også i et samspill mellom fantasien og den praktiske fornuft, der utgør og udstikker de etiske rammer for handlingen” (Hermansen og Rendtorff 2002 s. 8). Hvordan dette ”spillet” mellom å forstå det det virkelig handler om, og presentere det så korrekt som mulig, er en spenning i måter å tolke på. Derfor må en til en hver tid være kritisk og undrende. Det betyr, sier Ricour, at ”handlingshermeneutikken ikke kan undgå at være en kritisk hermeneutikk, der sigter mod det gode liv for og med det andet menneske i retfærdige institutioner (Ricour i Hermansen og Rendtorff 2002 s.8). Dette er også mitt utgangspunkt når jeg skal fortelle dette videre.

3.2 Hermeneutisk tilnærming

Den hermeneutiske vitenskapen er opptatt av vilkårene for forståelse og hvordan mulighetene er for å utvikle tolkninger av tekstene som er vitenskapelig akseptable. Det sies at de humanistiske vitenskapene arbeider med meningsfulle data (Johannessen, 1988). Selve ordet hermeneutikk, kommer fra det greske ordet ”hermeneuein” som betyr å fortolke. Men slår en opp i fremmedordbøker kommer fortolkningskunst opp som svar. Og med et slikt svar reises det flere problemer, for hva legges det i ordet kunst? (Johannessen 1988). Andre mener at betydningen av hermeneutikk kommer fra den greske guden Hermes, som var budbringer for gudene. Hensikten med budbringere var at han skulle forklare menneskene det guddommelige språket (Aadland 1998). Det som er hensikten med den hermeneutiske tolkningen er at de data som er tilgjengelig, blir forstått og at de blir forstått så riktig som mulig. Johannessen sier at forståelse blir en grunnkategori sett i lys av hermeneutikk (Johannessen 1988). Det er ikke snakk om forklaring, men forståelse av noe. Dette noe er i første omgang teksten som skal forstås, i neste omgang er det å forstå hva det faglige skjønnet er, hvordan det viser seg og hvordan den enkelte utvikler dette. De intervjuede forteller fra sin livsverden. Den handling de beskriver skal jeg forstå, og ”en handling er derfor grunnleggende karakterisert ved sin meningsfullhet (Johannessen 1988 s.153). I forbindelse med den empiri jeg har ”fått”, vil tolkning av den være noe av målet for oppgaven. Jeg ønsker å forstå hva respondenter og informanter mener, men jeg ønsker også å formidle til andre den forståelsen jeg sitter inne med. Men i dette finnes det flere måter å tolke på. Det kan være noen utsagn som kan tolkes på flere måter, og en kan spørre seg om tolkningen er sann eller falsk. ”Begrepene om mening og meningsfullhet og vilkårene for den vitenskapelige forståelsen blir således sentrale temata i hermeneutikken” (Johannessen 1988 s.153).

For å tolke, må man også "lete". En må lete etter den røde tråden, eller helheten i det som kommer frem. Da blir situasjonen kontekstavhengig, og en må ha kjennskap til den kulturen de intervjuede besitter. Aadland viser til et eksempel fra bibelhistorien der uttrykket "Se der Guds lam" får en helt annen betydning i Palestina enn det får på Grønland (Aadland 1998). Skål noe tolkes så riktig som mulig må de kontekstuelle premisser også være til stede. Slik også i min oppgave. Det er viktig at jeg forstår den sammenhengen de intervjuede er i og snakker ut ifra. Den livsverden operasjonssykepleiere forteller fra kan være lettere for meg å sette meg inn i som selv er operasjonssykepleier. Hadde jeg hatt et helt annet yrke, ville jeg kanskje tolket på en annen måte. Min måte å forstå og formidle et budskap på vil være basert på den personen jeg er i møte med de intervjuede.

Det er mange filosofer som tar opp dette med hermeneutikk. Det Aadland skriver om filosofen Wilhelm Dilthey (1833-1911) er sentralt i min metode i forhold til tolkning. Dilthey sier at en må skape en "forståelses metodologi". Den består av tre elementer: "Opplevelse, uttrykk og forståelse"(Aadland 1998 s.161). Situasjonen er kompleks i det ulike deler er med på å si noe om en helhet. Opplevelsen er beskrivelse av en måte å forholde seg til noe på og det er en sammensmelting av forståelsen til både intervjuer og den som blir intervjuet. Uttrykk er spor som mennesker etterlater seg, enten i tekst eller bilder, fortellinger eller i ulike meninger, og disse sporene er målet med hermeneutikk. Forståelse er det som skjer når den andres verden åpner seg for oss. Gjennom samvær med den andre vil alle komponenter i en bestemt situasjon ha betydning for hvordan vi tolker. Vi tolker deler av det vi opplever med våre sanser og prøver å sette dem sammen til helheter. "Vi dras mot hemmeligheten i den andres verden, og gjennom forståelse, trer vi inn i den andres intensjoner, oppfatninger og livstolkning" (Aadland 1998, s.161). Mange viser til den hermeneutiske sirkel som går ut på at vi hele tiden utvikler vår forståelse gjennom en veksling mellom forforståelse og ny erfaring. Etter hvert samler vi opp et reservoar av erfaringer som etter hvert gir en dypere forståelse. Og som Aadland sier: "Min personlige hermeneutiske sirkel skrur seg videre gjennom hele livet i en evig veksling mellom forforståelse og tolkning, teori og praksis, refleksjon og opplevelse" (Aadland 1998 s.175). I møte mellom meg som forsker og de intervjuede håper jeg at min måte å opptre på kan være en "bro" mellom deres måte og formidle på og min måte og tolke på.

Intervjuene var der og da, slik at det ble viktig å ta opp uklare uttalelser mens jeg hadde mulighet til å spørre. Jeg hadde også en avtale med den enkelte respondent at jeg kunne ringe

tilbake for utdypende spørsmål. Det ble ikke gjort. Tolkningen gjøres kontinuerlig. Når det transkriberte materialet ble beskrevet, ble ”sporene” fra de intervjuede tolket. Det skriftelige materialet har blitt gjennomgått på nytt og på nytt. Å ha reflektert over og ha litt kjennskap til hermeneutikk og fenomenologi før jeg startet på de kvalitative forskningsintervjuene, mener jeg bidro til en validering av det intervjuarbeidet jeg har utført.

3.3 Valg av forskningsmetode

Det er spørsmålet som bestemmer hvilken metodisk fremgangsmåte som bør velges. Likevel var jeg innom flere ulike metoder før jeg falt ned på en bestemt. Operasjonssykepleiere er en stor gruppe, slik at jeg helt innledningsvis tenkte å sende ut spørreskjema for å få bredde på hvor mange som hadde syn på og bevissthet om skjønn. Dette skulle da trianguleres opp mot den kvalitative undersøkelsen som jeg var bestemt på skulle være hovedmetoden. Gruppen operasjonssykepleiere sto også i sentrum en stund slik at fokusgruppeintervju ble vurdert. Det til tross, det var den individuelle bruk av et godt skjønn som opptok meg mest. Det uttrykker seg hos operasjonssykepleiere som jeg og andre opplever som svært dyktige i faget. Hvordan viser det seg, og hvordan har de blitt slik? Med den tiden jeg hadde til rådighet ble det det kvalitative forskningsintervju som ble valgt som metode. Etter hvert som jeg ble ferdig med intervjuene ble valget av metode befestet som den best egnede til mitt formål. Dette fordi den enkeltes bidrag ble så essensielle og unike, og veldig mye av det som kom frem tror jeg ikke hadde blitt sagt på samme måte i en gruppe.

3.3.1 Det kvalitative forskningsintervju

Kvale skriver (Kvale 2001/1997 s.19) om gruvearbeidermetaforen. Metaforen står for en metode for å hente ut verdifullt metall. Jeg går i denne avhandlingen inn og intervjuer operasjonssykepleiere, i håp om at de kan gi meg gullkorn i forhold til det å ha og utvikle et godt faglig skjønn i operasjonssykepleien. Min intensjon er å ”grave” frem det ”gullet” disse operasjonssykepleierne sitter inne med. Målet er å innhente beskrivelser om faglig skjønn og hvordan det er utviklet fra ulike operasjonssykepleiere, og fortolke de fenomener som kommer fram. Det kvalitative forskningsintervju er ikke et intervju mellom to likeverdige partnere. Forskeren er på et spesielt oppdrag, for å få svar på de spørsmål en er ute etter (Kvale 2001/1997). Temaene i intervjuene er noe intervjuer og intervjuede er opptatt av. Intervjuene blir samtaler omkring disse temaene hvor intervjuer er opptatt av å få tak i den andres erfaringer, opplevelser, fortellinger og beskrivelser i forhold til tema. ”Gjennom

konversasjon lærer vi andre å kjenne – vi lærer om deres erfaringer, følelser og håp, og om den verden de lever i” (Kvale 2001/1997 s.21). Det er deres livsverden som skal løftes frem. Denne type intervju blir kalt *halvstrukturerte livsverden-intervju* (Kvale 2001/1997 s. 21). Selv om dialogen og samtalen er hverdagslig, så er konversasjonen faglig, og knyttet opp mot en problemstilling. Det er fra operasjonssykepleiernes livsverden jeg har ønsket å hente opplysninger fra. I åpne kvalitative intervju er det den andres svar som bidrar til nye spørsmål. En intervjuguid kan være viktig å ha hvis en kommer utenfor det område som er til utforskning. Den kan bidra til å styre inn igjen på rett tema. Et halvstrukturert intervju gir store rom for samtalen. Dette var en fordel i mitt prosjekt. Det er operasjonssykepleiernes og kirurgenes erfaringer og opplevelser om skjønnsutøvelse jeg ønsker å komme på sporet av. Utfordringen ligger ikke minst her, i balansegangen mellom den ”friheten” de intervjuede har til å snakke og komme med synspunkt og meninger, og det som blir etterspurt. Å ”bremse” de intervjuedes frihet til å komme frem med det de ønsker og mener har betydning for problemstillingen kan være en større ulempe. Det er bedre med for mye data, og forhåpentligvis nye data, enn for lite og begrenset data.

3.3.2 Utarbeidelse av intervjuguide

Intervjuguiden (vedlegg VII) skal hjelpe meg til å få svar på problemstillingen. Intervjuet var halvstrukturert, og det reflekterer intervjuguiden. Det vil si at jeg ikke hadde strenge rammer. Jeg var redd for at det var noe jeg ikke ville få med, og jeg var også redd for at jeg ikke hadde nok å snakke om. I utarbeidelsen av intervjuguiden gikk jeg fra en lang liste med spørsmål til tre hovedspørsmål og noen underspørsmål. De fleste av underspørsmålene gikk ut på at respondentene og informantene skulle si hva de mente om slik og sånn, og komme med eksempler fra egen hverdag. For å teste ut intervjuguiden og meg selv som instrument, valgte jeg og gjøre et pilotintervju. Jeg spurte en erfaren operasjonssykepleier om hun ville være med på dette. Hun fikk vite at dette var en utprøving i forhold til intervjuguiden, men at det ville gå inn som et av intervjuene hvis intervjuguiden holdt mål. Spørsmålet var om jeg ville få svar på det jeg spurte etter, og om det ville svare på problemstillingen. Jeg fikk mange svar på det jeg var ute etter i problemstillingen. Det kan både henge sammen med respondenten og intervjuguiden. Respondenten hadde mye å berette og med en så erfaren operasjonssykepleier hadde jeg ikke behov for å stille mange spørsmål. Svarene og eksemplene kom av seg selv.

Som nevnt hadde jeg tenkt å ha fokusgruppeintervju fordi jeg ønsket å se på operasjonssykepleiergruppen. Men det som kom frem av individuelle holdninger og handlinger i pilotundersøkelsen var så knyttet til personen at det kvalitative forskningsintervju måtte bli et førstevalg. Fokusgruppeintervju ville vært et godt supplement, men på grunn av tid og stort arbeidspress bestemte jeg meg for bare kvalitative forskningsintervju.

3.3.3 Tilgang til og utvalg av informanter og respondenter

Den empirien som skal gi svar på min problemstilling skal være så gyldig og troverdig som mulig. Jeg er ute etter erfaringer og opplevelser fra operasjonssykepleiere som kan fortelle meg noe om det gode faglige skjønnet. Da må jeg få respondenter og informanter blant dem eller noen som samhandler med dem. Jeg skiller mellom respondenter og informanter. Respondenter er operasjonssykepleiere, de representerer sitt fag, og kan fortelle hvordan de selv utøver faglig skjønn. Informanter er personer som kan informere meg om operasjonssykepleieres utøvelse av skjønn, og er i denne studien kirurger.

Utvalg av respondenter og informanter er ikke vilkårlig valgt. Først og fremst ville jeg ha erfarne operasjonssykepleiere. Jeg valgte selv ut to erfarne der den ene var en pilotrespondent. De andre tre ble plukket ut av ledere ved avdelingen. To nyutdannede og to kirurger ble også med i studien for å få andre nyanser og mer variert informasjon.. Totalt ble 9 intervjuet, 2 kirurger (2 informanter), 2 uerfarne - og 5 erfarne operasjonssykepleiere (7 respondenter).

Hvis jeg skulle tatt et tilfeldig utvalg av operasjonssykepleiere, ville jeg kanskje i den gruppen fått mange uten godt utviklet faglig skjønn. Derfor har utvalget vært av strategisk karakter, selv om også det er en kalkulert risiko (Malterud 2003 s. 66). At det er av strategisk karakter vil si at jeg har gått ut for å få det som jeg mener er operasjonssykepleiere med et godt faglig skjønn. Også i diskusjon med dem som har valgt respondentene ut for meg, har jeg sagt at de som disse velger ut, må ha kvaliteter som jeg er på "jakt" etter. Det vil si at jeg har ønsket bestemte kvaliteter på de som skal være med som erfarne operasjonssykepleiere. De skal både være sterke faglig, og de skal ha det vi, den kontaktpersonen jeg har og jeg, kan bedømme som et godt skjønn. Jeg har valgt respondenter og informanter fra to ulike sykehus. De to kontaktpersonene er begge operasjonssykepleiere med lang erfaring, og de bekler i dag ledende stillinger på operasjonsavdelingene. Slik min erfaring er, har begge god forståelse av hva et godt faglig skjønn innebærer.

Selve utvelgelsen var jeg veldig usikker på. Skulle jeg selv velge ut eller skulle jeg få andre til å velge for meg? Jeg visste hva jeg ønsket, men ville det ha betydning for oppgavens troverdighet? Jeg kom til at jeg kunne gjøre begge deler, både velge selv, og la andre velge ut. En operasjonssykepleier som jeg selv ser på som svært dyktig og reflektert, spurte jeg selv om ville stille som respondent. Jeg hadde kontakt med en av lederne på de ene sykehuset. Hun leste gjennom både prosjektplanen og informasjonsskrivet og valgte ut både respondenter og informanter. På det andre sykehuset var jeg helt avhengig av hjelp fra andre. Min første kontakt der var en fagdirektør som etter å ha lest informasjonsskrivet, umiddelbart kunne fortelle meg hvem som skulle være min kontaktperson. Det å få tilgang til feltet rent administrativt gikk veldig greit. Alle ledere og underledere gav positive tilbakemeldinger. Dette var i utgangspunktet ingen selvfølge, da jeg i informasjonsbrevet ba om at intervjuene måtte bli tatt i arbeidstiden, og at sykehusene eventuelt måtte stille med rom. Alle intervjuer ble foretatt på sykehusene. Rammvilkårene gikk noen ganger ut på at informanter og respondenter måtte kunne stille på kort varsel hvis øyeblikkelig hjelp situasjoner skulle oppstå. Det vil si at de også under intervjuet måtte være disponible for avdelingen hvis den skulle ha behov for deres assistanse til ulike akutte operasjoner.

Alle ledere og kontaktpersoner fikk tilsendt informasjonsskriv (Vedlegg III). Alle ble returnert med positivt svar. Når respondenter og informanter var klarert, fikk også de tilsendt informasjonsskriv (vedlegg IV og V) og samtykkeerklæring (vedlegg VI). Alle respondentene, eller operasjonssykepleierne, gav rask tilbakemelding med positivt svar. Disse tok jeg deretter individuell kontakt med for bestemmelse av tid og sted for intervjuet. De ulike avdelingsledere var positive og svært behjelpelig med at vi skulle få gjennomført dette, både når det gjaldt tid og sted. Jeg måtte vente lenge på svar fra informantene, eller kirurgene. Etter noen uker tok jeg kontakt med dem. Det viste seg at de ikke hadde anledning. Tiden var nå knapp, og min kontaktperson var på ferie. Jeg valgte derfor å selv ta kontakt med to kirurger. De sa begge ja. Begge fikk tilsendt informasjonsskriv og samtykkeerklæring, hvorav den ene straks meldte tilbake at alt var greit, den andre meldte tilbake at han ikke ønsket båndopptak i intervjuet. Informantintervjuene ble slik, et med båndopptak, ett med papir og blyant. Etter alle intervjuene noterte jeg tanker og reaksjoner som jeg hadde knyttet opp mot det enkelte intervju. Dette la jeg ved det aktuelle intervju.

Etter at jeg hadde gjennomført alle intervjuene ønsket jeg å ha ennå en erfaren operasjonssykepleier med i utvalget. I utgangspunktet hadde jeg mye empiri, men det var noe

jeg ønsket å få utdypet mer. Jeg fikk min kontaktperson til å spørre en jeg selv hadde ”sett” meg ut. Hun svarte også ja, og tid og sted for intervjuet ble bestemt. Til denne respondenten glemte jeg å sende ut informasjonsskriv og samtykkeerklæring. Dette ble først gjort etter at intervjuet ble gjennomført. Før selve intervjuet snakket vi om det som stod i informasjonsskrivet, og diskuterte litt rundt ordet skjønn.

3.3.4 Egen rolle i feltet

Det er få i dag som snakker om en nøytral forsker. Mitt ståsted, og andres er påvirket av de interesser og erfaringer en har til den problemstillingen som skal belyses, de metoder som velges, utvalget som taes og de valg som blir tatt når konklusjonen på empirien skal fremlegges. Det er ikke snakk om at forskeren ikke påvirker prosessen, men hvordan (Malterud 2003). Målet er å få tak i andres erfaring ved å stille åpne spørsmål om tema og problemstilling, og ikke be etter spesielle svar slik en kan få i ledende spørsmål. Å takle balansegangen i et kvalitativt forskningsintervju der respondentenes og informantenes synspunkt skal høres og lyttes til, og min egen aktivitet som spørsmålsstiller, var noe jeg tenkte på gjennom hele intervjuet. Selv om jeg stilte spørsmål og oppfølgingsspørsmål var målet at empirien skulle være tonesatt av de som ble intervjuet. Under selve intervjuet tenkte jeg at jeg måtte høre min egen stemme minst mulig, la den andre tale. Det som jeg spesielt la merke til, var at det var enklest å intervju de erfarne. De kunne bare få ”et stikkord” så hadde de mye å snakke om. De uerfarne var det vanskeligere å intervju. De måtte jeg stille flere spørsmål med påfølgende oppfølgingsspørsmål. Intervjuene med de erfarne varte lenger enn de uerfarne. Hvordan jeg som person var med på å påvirke/ikke påvirke er det vanskelig å svare på, men jeg følte i det store og hele at det gikk greit.

Å bruke seg selv som instrument var både spennende og utfordrende, men det setter likevel en del føringer for hvordan en skal opptre i en slik situasjon. Jeg har ”forsket” i et kjent felt, jeg har kommet til mine egne, selv om ikke alle var personlig kjente. Det var viktig å skape en trygg atmosfære slik at respondenter og informanter kunne komme frem med det som lå dem på hjertet. Derfor ble det slik at vi alltid pratet litt sammen om løst og fast før selve intervjuet startet og båndopptakeren ble satt på. Denne samtalen var ofte tuftet på fag. Det viktigste var at vi fant en ”tone” som var forenelig med å starte på et intervju. Jeg startet alltid med en liten oppsummering av det innholdet som stod i informasjonsskrivet samt en klargjøring av problemstillingen, men først av alt så jeg det som viktig å ha ro og harmoni rundt samværet.

”Forskningsintervjuet er en mellommenneskelig situasjon, en samtale mellom partnere om et tema av felles interesse”(Kvale 2001/1997 s.73).

Hva jeg har av forkunnskaper om temaet kan både være en fordel og en ulempe. Kanskje vil det at jeg kjenner miljøet være med på å lukke øynene mine for nye ting, og kanskje være med på at de spørsmålene jeg stiller blir mer begrensende enn klargjørende. Å ikke ha skylapper på for nye ting eller for ting som blir sett annerledes på enn det jeg tenker, var jeg opptatt av. Selv om jeg var opptatt av og ikke stenge for noe å være åpen mot det som kom frem i samtalen, ligger min begrensning i det jeg ikke ser eller er blind for fordi jeg kjenner fagkulturen godt. Likevel mener jeg at det er en større fordel enn ulempe å kjenne dette feltet. Å forstå til fulle hva alle snakker om gjør jeg ikke, men min erfaring som operasjonssykepleier gav stor hjelp i samtalen, og i forhold til utdyping av respondentene og informantenes meninger. Summen av det de forteller og min måte å forstå og tolke på, blir ”bilder” slik jeg ser det. Når de fortalte historier fra sitt felt, kunne jeg ”følge med dem” i det de sa, og med det stille oppfølgingsspørsmål. Erfarne operasjonssykepleiere snakker ofte med ”kryptiske” termer. Det vil si at de har et språk som ofte er uforståelig for andre. Et eksempel på dette kan være at en operasjonssykepleier sier at: ”Nå blør det”. For noen vil det være en opplysning, for en annen erfaren operasjonssykepleier betyr det at hun må finne frem en karrist som inneholder ulike tenger til å sette på de karene som blør. Til en nyutdannet må en si: Hent en karrist. Det tar tid for nyutdannede å komme inn i disse språktermene, maksimer, men mange av de erfarne har dette som en del av sitt handlingsrepertoar (Benner, 2000). Min forforståelse var mer til nytte enn til besvær, kanskje fordi jeg kjenner til maksimene og måten og tenkte på.

3.4 Gjennomføring av datasamling og refleksjon rundt fremgangsmåte

Hvordan den enkelte intervjusamtale forgikk var forskjellig. Dette kan skyldes både den som intervjuer og den som blir intervjuet. Selv om målet var at de intervjuede skulle snakke om ”selve saken”, ble jeg ofte utfordret på hva jeg mente, eller om det var dette jeg tenkte på. For å få en fenomenologisk tilnærming i intervjusituasjonen, var det viktig å få oppklart noen spørsmål, men det var samtidig viktig at respondenter og informanter fikk snakke fra ”hjerne”. Denne balansegangen kan jeg bare håpe fungerte så optimalt som mulig. Noen ganger syntes jeg selve intervjusituasjonen gikk ”helt på skinner” andre ganger var det mer slitsomt. Det var enkelt og intervjuer når intervjupersonene svarte ”helt etter min tanke”, men det hendte også at

jeg lurte litt på de svarene jeg fikk. Det viste seg at uttalelser som jeg under intervjuet stusset litt på, ble verdifull empiri. Etter hvert fikk også jeg mer trening med å intervju. Dette gjorde at jeg mer kunne forutse ting og være mer i forkant på de siste intervjuene. Det gjorde at jeg selv kunne være mer ”profesjonell” på slutten. Det følte godt. Flere av respondentene uttrykte at det hadde vært positivt å være med. De mente at dette var et viktig emne å snakke om. Noen hadde blitt veldig overrasket over problemstillingen, og de hadde grunnet og lest mye om ordet skjønn. De sa at de hadde lagt mye arbeid i forberedelsen til intervjuet. Andre tok det på sparket, men de var likevel mentalt forbredt etter å ha lest informasjonsskrivet. To respondenter sa at de opplevde dette som interessant, men vanskelig. Begge informantene gav positiv tilbakemelding, men den ene uttrykte veldig sterkt at dette var svært interessant. Jeg ble godt tatt imot av alle, og den totale opplevelsen var at dette var kjekt, nyttig og lærerikt.

De fysiske forholdene var varierende, alle intervju ble foretatt på sykehus. Det var også slik at noen måtte være i ”beredskap” hvis noe uforutsett skulle skje. Ingen av de som hadde en slik begrensning over seg ble tilkalt. Men vi ble forstyrret noen ganger av andre som kom løpende inn der vi satt, selv om det sto opptatt på døren. Dette medførte små forstyrrelser, og vi mistet litt av tråden en gang av den grunn. Jeg laget derfor en stor plakat med ikke forstyrret utenfor døren til senere intervju. I et av intervjuene ringte en mobiltelefon. Når jeg etterpå gikk gjennom opptaket, så viste det seg at forstyrrelsen medførte at vi tapte noe av ”tonen” vi hadde om emne vi snakket om. Jeg var opptatt av å lytte til alt respondentene og informantene sa slik at eventuelle oppfølgingsspørsmål kunne bli så relevante som mulig. Dette medførte at jeg ikke hørte at båndspilleren stoppet for at båndet måtte snues. Når dette ble oppdaget, måtte vi ta en repetisjon på det siste som var sagt. Dette skjedde to ganger. Det ble et lite ”sår” i en sekvens.

Bruken av analog båndspiller fungerte stort sett greit. De var informert om at intervjuet skulle taes opp, og noen kommenterte at det var litt ubehagelig, men etter som intervjuet gikk sin gang, var det ingen som virket negativt påvirket av dette. Opptaket ble godt med god lyd kvalitet. Det matarealet jeg satt igjen med etter at båndet var avspilt, var verdifullt. Ett intervju foregikk uten båndspiller. Her fikk jeg også verdifull informasjon, men jeg måtte skrive mye under intervjuet og mistet nok viktige poeng. Her ble etterarbeidet lite. Jeg erfarte at det å ta opp på bånd, er svært nyttig. Da får en med seg mye mer enn uten bånd.

Varigheten av intervjuene varierte fra ½ time til 1½ time. Det som var spesielt var at respondenter med lang erfaring snakket lenger enn de med mindre erfaring. Informantene brukte kortere tid enn respondenter med lang erfaring. Jeg måtte stille flere spørsmål til de nyutdannede enn til de erfarne respondentene. De erfarne hadde så mye å snakke om. De forstod, og gjorde mer enn bare å svare. De hadde eksempler på eksempler å komme med, og mens de snakket så fikk de nye impulser og nye eksempler. Skillet mellom de erfarne og de uerfarne lå på mange måter i hva de fortalte om og hvordan. Slik ble de nyutdannedes svar svært viktig, både i seg selv, men også hvordan de speiler de erfarne operasjonssykepleiere. På samme måte er kirurgene eller informantene viktige bidragsyttere, de samhandler tett med operasjonssykepleierne og erfarer ”de andres” utøvelse av skjønn. Alle intervjuene inneholder verdifull informasjon om det som er hovedtema, erfarne operasjonssykepleieres utøvelse og utvikling av det faglige skjønn.

Den praktiske gjennomføringen var spennende og lærerik. Den utfordret meg spesielt på det å være forbredt. Jeg hadde forbredt meg både metodisk og teoretisk. Flere ganger i løpet av intervjusituasjonen tenkte jeg at det var en ”lykke” at jeg hadde lest slik og sånn. Det samme gjaldt på metoden. Flere ganger måtte jeg tenke gjennom hva jeg hadde lest, eller rettere sagt: Hva sa Steinar Kvale om dette? Forberedthet er en nødvendighet. Dette ble også min begrensning. For hvor forbredt kan man være? Jeg vil alltid kunne bli bedre, jeg kunne ha lest noe annet. Det er forskjell på å være teoristyrte og teoriladete. Å være teoristyrte vil begrense den fenomenologiske tilnærmingen. Å være ladete med noen teoretiske innsikter kan bidra til at oppfølgingsspørsmålene blir mer relevante enn uten slik ladning. Kvale sier at en ikke skal være så redd for å utfordre den intervjuede i en intervjusituasjon (Kvale 2001/1997). Som urutinert forsker var det en vanskelig balansegang. Når jeg lyttet på båndene oppdaget jeg områder der jeg burde stilt kritiske spørsmål. I situasjonen var jeg ikke alltid rede til det. Derfor blir konklusjonen at en gjør og ser bare stykkevis og delt og det som kommer frem viser små bilder av det store virkelige bildet. Det blir som å grave etter gull. En må kanskje forandre retning eller skifte kontinent, men det kan også hende en må finne nye redskaper å bruke.

3.5 Analyse og tolkning av intervjuene

Analysen og tolkningen er et møysommelig arbeid. Den starter med forberedelsen til intervjuene og fortsetter i samtalene, gjennom transkripsjonsprosessen og i analysen av utskriftsteksten.

Transkripsjonen startet jeg med så raskt som mulig, allerede samme dag som intervjuet ble tatt. Dette ble skrevet for hånd i en A4 bok der jeg lagde en stor marg for notater og tanker, mens den transkriberte teksten stod på den andre siden. Det ble transkribert ordrett, men jeg skrev om enkelte ord og uttrykk til bokmål slik at "eg" på båndet ble "jeg" i det skriftelige materialet. Det var viktig for meg å transkribere så fort som mulig fordi når jeg lyttet til båndet husket jeg ting som var viktig å notere i marginen. Transkripsjonen var tidkrevende, og på de lengste intervjuene klarte jeg ikke å bli ferdig på en dag. Det ble cirka 250 håndskrevne sider empiri som nå skulle beskrives, tolkes og analyseres.

Det var vanskelig å sitte og bla i alle disse sidene. Først planla jeg å meningsfortette alle intervju, slik at selve intervjuet ble forkortet. Dette ble gjort med tre av intervjuene. Dette følte jeg lite tilfredsstillende, og lot det være med det. Jeg var redd for å utelate noe.

Meningskategorier medfører at intervjuet kodes i kategorier. Uttalelser fra det empiriske materialet blir skrevet under kategorier (Kvale 2001/1997). Jeg gikk nøye gjennom hvert enkelt intervju og skrev ned kategorier i marginen. Det ble svært mange kategorier på hvert enkelt intervju, men dette var en grei start for meg. Alt ble skrevet inn på datamaskinen. Mange av kategoriene kunne slås sammen, det ble gjort etter hvert. Selv om dette var en type kategorisering så inneholdt disse redigerte intervjudataene både meningsfortetninger og narrative strukturer. Etter hvert ble det lettere å lese gjennom tekstene. De ble kortere og mer systematiske. Det som var viktig for meg var at jeg ikke fjernet viktige poeng fra empirien. Det ble en balansegang mellom nødvendig materiale og det som kunne utelates.

Både gruppeveiledning og individuell veiledning var svært viktig i denne fasen. Det var dager med lite progresjon og usikkerhet i forhold til hva og hvordan jeg skulle gjøre dette. Jeg skrev mye, men ikke alt var like verdifullt. Det var nyttig å få tilbakemelding på hvordan det ikke bør gjøres, det gav ofte a-ha opplevelser.

Problemstillingen var en god hjelp i analysedelen. Hva spør den om, og hva skal jeg se etter for å svare på den. Det var utgangspunktet for videre analyse. Jeg brukte ulike farger på ulike tema eller kategorier. Alt med samme farge ble samlet. Jeg hadde altfor mange kategorier. Flere ble slått sammen. Analysen av empirien ble etter hvert redusert til noen få kategorier som jeg mener er svar på problemstillingene. Ved å lese gjennom empirien igjen og igjen kom underkategorier tydeligere frem. Empirien danner grunnlaget for både underkategorier og hovedkategoriene. At empirien skulle være talende og reflektere tonen i oppgaven, gjorde at jeg måtte være bevisst på hvordan jeg leste og analyserte. Det var lett å legge egen mening i beskrivelsen. Men hensikten var å få frem det operasjonssykepleiere og kirurger mente, at deres røst ble båret frem.

Etter hver kom jeg frem til tre hovedkategorier sett i lys av problemstillingen. Underkategoriene ble først mange. Det var så mye som jeg ville ha med. Problemstillingen ble igjen styrende. Hva spør den etter og hva finner jeg av svar i empirien i forhold til problemstillingen. Mange av underkategoriene kunne slås sammen, noe måtte fjernes. Noe var godt å få vekk, andre ting var ikke like lett å fjerne. Fargeblyantene ble brukt igjen for å ordne i underkategoriene. Empirien ble igjen lest grundig igjennom, og nye "ting" dukket opp. Det ble mye endringer på overskrifter både på hovedkategoriene, og ikke minst på underkategoriene. Å finne "overskrifter" som kunne romme mye var en utfordring og et møysommelig tankearbeid. Papir og blyant måtte til for å utforme utallige forslag. Kreativiteten bak noen av kategoriene er ikke alltid like stor, men funnene er empiristyrte!

Det har vært et mål for meg at den enkelte informant skal kjenne igjen sine utsagn eller sitt budskap. Derfor er mange av kategoriene også knyttet opp mot de empiriske utsagn. Slik har respondenter og informanter ikke bare hjulpet meg med analysen, men de har også bidratt til den metodiske beskrivelsen.

Analyse og tolkning i forhold til teori er spesiell i kvalitativ forskning. Mens jeg ennå var i planleggingsstadiet av problemstillingen, leste jeg teori om temaet. Det som imidlertid viste seg, var at empirien endret mye av det som ble relevant teori i drøftingsdelen. Noe teori som jeg var helt sikker på ville være aktuell gikk ut, noe annet fikk større plass og ny teori ble tatt inn. For eksempel hadde jeg trodd at "taus" kunnskap og fysisk håndlag ville være sentral når operasjonssykepleiere ble intervjuet. Dette ble nesten ikke berørt, mens klokskap og skjønn

ble omtalt på en svært praktisk måte, som noe av det viktigste i operasjonssykepleiernes funksjon. Det empiriske materialet viste meg til relevant teori. I mange uker konsentrerte jeg meg bare om empirien. Hva sier den, og hvilke teorier skal jeg bruke? Det er lett å bli teoristyrte, noe jeg kanskje var i starten, men jeg opplever at empirien i større og større grad har anvist meg på teoretiske innfallsvinkler.

Å analysere tekster stiller store krav til ydmykhet og ærlighet i forhold til det som skal presenteres. I oppgaven presenteres kun deler. De som leser må sette sin lit til min tolkning, en arbeidsmåte som er hermeneutisk-fenomenologisk basert.

3.6 Forskningsetikk

Selv om det ikke er pasientopplysninger direkte i den transkriberte teksten, så kan eksempler og fortellinger bære sensitive opplysninger med seg. Fortellinger fra praksis må hele tiden vurderes opp mot igjenkjenning. Likeledes opplysninger om kollegaer og institusjoner. Dette er anonymisert. Etikk, å ønske det gode og hindre det onde, ligger som ramme rundt hele prosjektet.

Før selve undersøkelsen ble forskningsprosjekt meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD). En prosjektsøknad ble sent NSD. NSD godkjente prosjektet (Vedlegg I og II).

- NSD er oppnevnt som personvernombud for forskning ved alle universitetene og de vitenskapelige høgskolene, de statlige og en rekke private høgskoler, helseforetak og andre forskningsinstitusjoner. Datatilsynet har gitt fritak for meldeplikt, under forutsetning av at prosjektene meldes til Personvernombudet for forskning, NSD.

Å publisere en forskningsrapport reiser moralske spørsmål, både i forhold til den som intervjuer og de som blir intervjuet. Det er flere etiske områder som blir berørt. Forskerens ærlighet og etterrettelighet, og at en fremstiller presentasjonen så korrekt som mulig og ikke tillegger eller trekker fra noe som kan kaste ukorrekt lys over informanter eller empirisk materiale. Dette vil være en måte å gjøre arbeide troverdig på..

Informert samtykke (vedlegg VI) er en sikkerhet både for intervjupersonen og for forskeren. Her skal det komme frem hva som skal brukes av innsamlet materiale og hvordan lydbånd og

transkribert materiale skal behandles etter at oppgaven er ferdig. Dette er best å ha skriftlig (Kvale 2001/1997).

Konfidensialitet er et nøkkelord. Opplysninger som kommer frem må ikke fremlegges på en slik måte at pasienter, respondenter eller informanter blir gjenkjent. De må omskrives slik at anonymitet sikres, men meningen består (Kvale 2001/1997). Det er ingen pasienter som er intervjuet i denne oppgaven, men mange av respondentene beskriver pasientsituasjoner. Disse pasientene er beskyttet ved at gjenfortellingene er omskrivet. Gjenkjenning av informanternes utsagn kan for den enkelte informant ikke skjules, men for de som leser det og for andre som har vært med i studien skal det ikke være gjenkjennbart. Det vil si at den enkelte respondent eller informant vil kunne si/tenke at dette var det jeg som sa. Hvis respondenter og informanter leser gjennom oppgaven, er det mitt ønske at de ser noe av det de selv har bidratt med. For meg er det etikk også. Alle bidragsytere har gitt verdifull empiri.

”Det kan være vanskelig for en forsker å forutse en intervjuerapports potensielle konsekvenser”, skriver Kvale (Kvale 2001/1997 s.182). Kanskje kan noen komme til å reagere annerledes enn jeg kunne forutse. Hvordan det vil kunne påvirke informanter og respondenter må være en avveining mellom ”ikke skade prinsippet” og fremkommet kunnskap.

3.7 Troverdighet

Verdien av kvalitativ forskning er fremdeles omdiskutert innen noen fagfelt. Vitenskapelig kunnskap er innenfor positivismen bare det som kan måles i tall og det som kan generaliseres. I mitt fag har vi utallige eksempler på at bruk av skjønn er avgjørende i behandling, derfor er det kvalitative forskningsintervju knyttet opp mot de personer som kjenner til bruken av skjønn. Både reliabilitet, pålitelighet og validitet, gyldighet er ord som også har relevans i kvalitativ forskning. Også her må det dokumenteres det som gjøres og måten funnene er kommet frem på. Det vil si at det er kvalitetskrav til det arbeidet som blir gjort.

3.7.1 Reliabilitet

Med reliabilitet menes nøyaktighet og pålitelighet. Utgangspunktet skal være at vitenskapelig kunnskap skal være til å stole på (Malterud 1996). Derfor er innsamlingen av empirien, og bruken av den en viktig del av analysens reliabilitet.

Pålitelighet i kvantitativ forskning er knyttet opp mot det en kan generalisere og reproducere. Det er ikke slik i kvalitativ forskning. En hver samtale er unik, og kan ikke reproduseres. Intervjusituasjonene er kontekstbundne og spesielle. Det enkelte møte mellom to personer vil være forskjellig. Hva som skjer i den enkelte kontekst kan ikke generaliseres (Fog 2004). Jette Fog er klar på at vi må kjenne oss selv, vite om sterke og svake sider når vi bruker oss selv som instrument, og ta høyde for at det kan påvirke forskningsresultater (Fog 2004). Dokumentasjon på hva man har gjort er med på å gjøre arbeidet pålitelig, og det krever ærlighet av den enkelte forsker. Ingen kan fullt ut kontrollere det forskeren gjør, verken under intervjuøansen, bearbeidingsfasen eller analysefasen, så det hviler et stort ansvar på den enkelte.

3.7.2 Validitet

Validitet handler om gyldighet. I følge Kvale skal et valid argument være et fornuftig, velfundert, berettiget, sterkt og overbevisende argument (Kvale 2001/1997 s.165). Utfordringen har vært å vise og presentere mine funn på en overbevisende måte.

Kvale viser til tre sider ved validering som en kan bruke som forskningsverktøy. Det er kontrollering, utspørring og teoretisering av kunnskapen som produseres (Kvale 1997 s.168). Under hele prosessen har jeg prøvd å huske på dette. Det er lett å glemme og derfor har spesielt kontroll og kritiske spørsmål vært viktig når jeg har vært i analysedelen. Spesielt vanskelig har validitet vært knyttet opp mot at jeg selv er operasjonssykepleier og forsker. Det er lett å bytte roller og ikke være så ”objektiv” som jeg skulle ha vært. Dette har medført at jeg utallige ganger har gått gjennom det empiriske materialet. Hva sier empirien? Kan noe av dette være mitt?

Å kontrollere er en måte å validere på. Kritiske øyne på hvordan jeg selv tolker kan være med på å validere funnene. Jeg kan ikke være sikker på at respondenter og informanter er blitt rett tolket. Da skulle de ha lest gjennom mine beskrivelser. Men ved å kritisk tenke igjennom: var det slik eller kunne det ha vært slik? vil en gjennom kritisk tenkning og mer refleksjon, kunne komme frem til gyldige svar. Jeg har forsøkt å være selvkritisk før og under hele arbeidsprosessen (Kvale 2001/1997).

Å stille spørsmål er en måte å validere på. Når gyldighet ved et funn skal fastsettes, må spørsmål om hva og hvorfor besvares før spørsmålet om hvordan (Kvale 1997 s. 169). I mitt

prosjekt har ulike spørsmål med ulike vinklinger vært med på å få frem ulike sider av det å være operasjonssykepleier. Spørsmål knyttet opp mot problemstillingen har vært sentralt og oppfølgingsspørsmål likeså. Hvordan jeg har gått frem og hvordan jeg har håndtert ”hvordan” er viktig. Med dette vises både svakhet og styrke i oppgaven, svakhet fordi jeg er ny som forsker og sikkert ikke har stilt de optimale spørsmål verken i intervjusituasjon eller som opponent til min egen fremgangsmåte. Styrken er å være ærlig mot egen svakhet. Det er også en styrke når en stiller seg spørsmålet om hvordan, at en på ærlig vis kan redegjøre både for hva, hvorfor og hvordan. Å arbeide seg gjennom oppgaven gang på gang, stille seg spørsmål, øker valideringen.

Teoretisering er en tredje måte å validere på (Kvale 2001/1997). Før jeg startet med prosjektet hadde jeg ikke bare lest metodebøker om fremgangsmåter, men også satt meg inn i teorier som var knyttet opp mot temaet og problemstillingen i oppgaven. Som ny forsker var dette helt nødvendig. I intervjusituasjonen ble oppfølgingsspørsmål ofte knyttet opp mot kjent teori for å få frem det respondenter og informanter mente om temaet. Eksempel på det kan være fra et intervju der vi snakket om hvordan denne personen hadde utviklet sitt faglige skjønn. Her var et av oppfølgingsspørsmålene: Er det en tilfeldighet at du har blitt den fagpersonen som du er i dag? Teorien gav ”tips” til måter å vinkle utsagn på i oppfølgingsspørsmålene. Men det gjelder her som ellers, en må balansere slik at ikke teorien blir styrende, at empirien får tale. Likevel tror jeg som fersk og uerfaren forsker at den teoretiske ballasten har økt oppgavens validitet.

Jeg har i dette kapittelet redegjort for den metodiske fremgangsmåten. I det følgende vil jeg presentere dataene slik jeg har strukturert og analysert disse frem på bakgrunn av et stort intervjumateriale.

4 Presentasjon av hovedresultater

Datagrunnlaget er stort. Ikke alt blir presentert, men hovedresultatene og hovedessensen slik jeg ser det, er analysert frem i tre hovedkategorier: Først presenterer jeg hvordan operasjonssykepleierne omtaler skjønn og skjønnsutvikling, deretter hvordan skjønn viser seg i operasjonssykepleien, og til slutt hvordan de forteller at de utvikler skjønn. Jeg bruker forkortelsen ER og UR for henholdsvis erfaren og uerfaren respondent. Begge informanter var erfarne, derfor EI som forkortelse her.

4.1 Hvordan omtales skjønn og skjønnsutvikling

Både respondenter og informanter har omtalt og dvelt ved skjønn. Under intervjuet ble skjønn sett på som noe personlig som den enkelte bidro med i møte med pasienten. Skjønn blir sett på som noe positivt i holdning og handling. Det omtales både som noe ”skjønt”, men også om å skjønne en situasjon. Og i etterkant av det å skjønne, må det handles. Blikket ser og hendene utfører det som er rett. Som en erfaren respondent sa:

Det gode skjønn er vanskelig å definere, men jeg vet akkurat hva som skal til for at et inngrep eller en situasjon skal bli god, og hva som skal til for at den ikke blir god.

4.1.1 Skjønn er skreddersøm

Å bruke skjønn, er å gjøre det beste du kan i en situasjon, ut fra de forutsetninger som er tilstede. I møte med en pasient er kun det beste godt nok, og det viser en ved å komme pasienten i møte der han er. En ”skreddersyr” operasjonssykepleie ved bruk av sitt skjønn. Å kunne se om en pasient trenger en eller flere puter gjør hver situasjon unik. Operasjonssykepleieren må se den enkelte og hans særegne behov, og forstå, vurdere og handle i tråd med det. En erfaren respondent sa det slik:

Å bruke det faglige skjønn er å bruke det du har lært gjennom et langt arbeidsliv. Det er ingen pasienter som er like og alle trenger en spesiell type operasjonssykepleie når de er i en slik akutt situasjon som en operasjon kan være. (Erfaren respondent, ER).

Som personer er vi ulike. Det har undret meg i mange år at noen alltid finner gode løsninger, mens andre ikke gjør det. Dette på tross av at de kan ha den samme utdanningen og ganske lik praksis. Likevel handler de ulikt i situasjoner. Flere av respondentene og informantene hevder at det er forskjell på hvordan det handles skjønnsmessig i en situasjon. Noen har noe med seg

som andre mangler. Skjønnnet viser seg i hva de gjør og hvordan de gjør det, og det er knyttet mot den enkelte personen og dennes lange erfaring:

Å bruke skjønn er på en måte innebygd hos noen mennesker, men en opparbeider seg erfaring opp igjennom årene akkurat som hos en dyktig lege som stiller den rette diagnosen med en gang.(ER).

Både studenter og nyutdannede har syn på skjønn, og for alle som jeg snakket med var skjønnnet noe positivt. Det vil si hvis skjønnnet fungerer slik det skal. En må ikke unnskyldes seg bak bruk av skjønn. Selv om ikke skjønnnet har blitt en del av ens handlemønster, kan skjønnnet likevel beskrives ganske konkret. To uerfarne informanter gjør det konkret, samtidig som de befester en bevissthet til emnet. Skjønnnet er noe de ser etter hos andre, og de ser hvem som har et godt skjønn, men de er også opptatt av hvordan dette kan utvikles. Bevissthet om skjønn vil kunne utvikle skjønnnet.

I ordet skjønn legger jeg det at en operasjonssykepleier er vis, klok og innsiktsfull, og samtidig er klartenkt og viser omsorg.(Uerfaren respondent UR).

Ordet skjønn, knyttet til et faglig skjønn, vil jeg dele inn i 4: 1) Forståelse, 2)Fornuft, 3)Vurderingsevne og 4)Dømmekraft. Når dette er på plass så kan skjønnnet vise seg. (UR).

Skjønn er ikke noe ”hva som helst”. Skjønnnet må være tuftet på noe en kan begrunne eller forklare. Blir ikke det gjort kan skjønnnet få en negativ vinkling. Skjønnnet er ikke noe en bruker for å finne en begrunnelse for en handling. Da kan skjønnnet lett komme i ”unåde”. En av respondentene var veldig opptatt av dette. Mangel på gode prosedyrer og kunnskaper må ikke kunne skjules bak bruk av skjønn. Det er viktig at en lærer det som skal læres, og at det ligger som en ballast hos den enkelte utøver. For som hun sa:

Jeg er egentlig litt redd for skjønnnet også. For å slippe ”skjønnnet” løs. For det er noe med det å kvalitetssikre. For kan en dekke seg bak et faglig skjønn? Alt det vi gjør, gjør vi jo for pasienten. Men, prosedyrer er viktig, men det er klart at prosedyrene rommer ikke alltid alt. Da er det viktig at en tar med all den lærdommen en har i ryggsekken og bruker det en kan. (ER)

Vi bedømmer og blir bedømt av dem vi arbeider sammen med. De fleste ønsker å gjøre en god jobb, og det er godt når dagen er over og en får takk for god innsats. Skal skjønnnet utvikles, må en få tilbakemelding både på det som fungerer bra, og på det som ikke fungerer slik at en blir bevisst. Det kan være situasjoner som en ikke får positiv tilbakemelding på, og

det kan være dager med kritikk. Dette er dårlige vekstvilkår for skjønnen. Derfor er tilbakemelding et gode for bevisstgjøring. Som en erfaren respondent sa:

Det er miljø for å utvikle det gode skjønn. Jeg ønsker å bli pirket på hele tiden, bli stilt spørsmål til. Det gjør meg bevisst og reflektert. Men det går på det å være åpne mot hverandre. (ER)

Å forstå hva som skjer, kunne sitt fag og bruke erfaring er viktige deler av et skjønn i handling. Derfor kreves det noe av den enkelte også i møte med andre i et kirurgisk team. Operasjonssykepleierne er en av brikkene som må fungere og de blir bedømt ut fra det de gjør. Som en av kirurgene sa det:

Noen operasjonssykepleiere skjønner hva vi gjør, de skjønner hva det gjelder(EI).

Å ha et godt skjønn er å ha et godt blikk. Blikk for det som er og for det som skal gjøres. En kan ikke bare se, en må også gjøre. De som bruker blikket, de ser og handler i tråd med det de ser. Den som ikke kan svømme hopper ikke intuitivt uti for å redde en som holder på å drukne. Han roper heller på hjelp. Vi gjør det vi kan, intuitivt, i den gitte situasjonen, og det er det beste vi kan! Skjønnen ”ser” en situasjon utover det blikket fanger opp. Summen av den kontekstuelle forståelsen blir handling når skjønnen får dominere. En respondent sa det slik:

Skjønnen har noe med blikket vårt å gjøre. Noen har det innebygd i seg. De handler intuitivt ut fra ting slik du ser dem der og da.(UR)

4.1.2 Skjønnen som det unike arbeidsredskap

Operasjonssykepleiere som innehar et godt skjønn kommer godt til syne i ukjente situasjoner. Det kan være i akutte situasjoner der situasjonsbildet er nytt og ukjent og det kreves rask handlekraft, men også kunnskap. I slike situasjoner har en ikke prosedyrebøker en kan følge, men en må handle på intuisjon. Likevel klarer de å organisere arbeidet, be om utstyr som de mener kan være nyttig å ha, og de kan komme med konstruktive forslag til nye ting. Alt det de gjør legges sammen på en slik måte at resultatet blir det beste. De gjør seg nytte av den kunnskapen de har. Ofte kan du se at de bruker noe de har lært på en avdeling, og noe annet fra en annen avdeling. Summen av kunnskap viser seg i handlingen.

Skjønn er så mye, men som erfaren operasjonssykepleier kan jeg legge lag på lag av erfart og lært kunnskap sammen på en helt spesiell måte.(ER).

Så lenge pasientene er ulike er en hver situasjon unik, men det er likevel mange fellestrekk. Det er sammenkoblingen av disse fellestrekkene som så tydelig viser at en kan bruke de ulike erfaringene og bygge sammen til større helheter. Hvis man får inn en pasient som er knivstukket, så er det ikke prosedyrer for en hver type knivstikk. Den handlingen som kanskje må til kan gå langt utover det som er nedskrevet. Det er noe uforutsigelig, spesielt i slike situasjoner. Det er derfor veldig vanlig at erfarne operasjonssykepleiere er med på slike operasjoner. Her må tideligere kunnskap brukes på en slik måte at en forstår situasjonen og handler adekvat i forhold til den. Hvordan den enkelte løser dette er forskjellig.

Når en må gå utover det som står nedskrevet i prosedyrebøker, viser skjønnen seg. (ER).

Å se uten å handle når en situasjon krever handling er fravær av det gode skjønn. Skjønnen er avhengig av den konteksten en står i, at en fullfører det som kommer til syne på en klok måte. Skjønnen viser seg ved konkret handling, uten alltid å kunne si hva som er rett, så gjøres det rette. Det kommer til syne i møte med en situasjon som krever noe. Skjønnen blir brukt som redskap. Dette kommer for eksempel tilsyne når en skal legge en pasient godt til rette. Som en operasjonssykepleier sa:

Blikket, å se at den enkelte pasient har behov for å få best mulig operasjonssykepleie, mener jeg er veldig viktig. Når en pasient ligger med bena i beholdere så kan du se om han legger godt eller ikke. Det skal kanskje bare en liten justering til før alt er ok. Blikket må brukes bevisst (ER).

4.1.3 Skjønnen som tonetolker

Det er mange typer handling på en operasjonsstue. Ikke alt er av fysisk karakter. Tonen på operasjonsstua kan si noe om hvordan en kan oppføre seg. Det gjelder både i forhold til ansatte og pasienter. Å forstyrre en kirurg som er inne i en kritisk fase av et arbeid kan være mangel på skjønn. Skjønnen viser seg i hvordan en møter den tonen som er tilstede. Likeledes er det i møte mellom oss og pasientene. Noen pasienter ønsker kontakt, andre ikke. Dette viser de først og fremst nonverbalt. De toner noe som vi må tolke. Måten vi tolker på sier mye om bruk av skjønn. Operasjonssykepleiere og andre teammedlemmer må bruke sitt sanseapparat sammen med ulike fagkunnskaper. Når dette settes sammen på en klok og riktig måte er skjønnen dominerende.

Å sense en situasjon, for eksempel om pasienten ønsker kontakt eller ei og hvordan, det krever bruk av skjønn. (ER).

Når skjønnnet er med som tonesetter kan vanskelige situasjoner bli lettere. Men slike ”vanskelige” situasjoner kan også utfordre skjønnnet og en kan ”gå over streken”. Å finne denne balansegangen kan være vanskelig og hvem som kan klare dette er kanskje bare de beste skjønnere. Kanskje vil noen kunne reagere på tonen, mens andre opplever det godt. En erfaren respondent beskriver en situasjon som ligger i grenseland, men som ble en god opplevelse for dem det gjaldt:

Jeg er som person livlig av natur. På en av de arbeidsplassene jeg har vært i har vi hatt en veldig livlig tone selv om pasientdiagnosene er svært alvorlig. Det har vært viktig for meg at vi har en positiv tone, og at vi også møter pasientene på den måten. Nå er det ikke slik at vi skal le og flire på pasientens bekostning, for en må sense situasjonen de gangene en må være mer alvorlig. Men jeg tror at det å ha en lett tone og en tone for håp og liv også kan være positiv for syke pasienter. Jeg husker jeg tok imot et ektepar, der konen var i ferd med å abortere. De hadde infertilitetsproblemer, slik at denne graviditeten var veldig etterlengt. Jeg prøvde å vise omtanke med mitt gode humør, samtidig som jeg ivaretok pasienten på best mulig måte. Noen ville kanskje ha reagert på dette, men året etter fikk jeg tilbakemelding fra ”ektemannen” at dette møte hadde vært av stor betydning for dem, selv i den smerten de hadde. Den positive tonen var krydder i en ellers dyster situasjon. Men noen ganger må en selvsagt være forsiktig. Dette er også bruk av skjønn. (ER).

Skjønnnet blir omtalt på en positiv måte. Måten skjønnnet omtales på innlemmer både situasjonens tone og bruken av skjønn som et arbeidsredskap. Der skjønnnet er tilstede, veves kunnskaper sammen på en unik måte. Både arbeidsprosess og arbeidsresultat er med i metaforen ”skreddersøm”. Et godt faglig skjønn er en skreddersydd være- og handlemåte i en kontekstuell sammenheng. Skjønnnet er noe skjønt som kan fylle det som mangler, sette delene sammen til en helhet.

4.2 Hvordan viser skjønnnet seg i operasjonssykepleien?

En hverdag med kompromisser er en utfordring for skjønnnet. Respondentene viser til utallige eksempler der skjønnnet viser seg. Hver eneste dag er utfordringene store og mange, og den kvalitative handlingen viser seg hos den enkelte operasjonssykepleier. Valgene er mange, det er kanskje løsningene også, men hva som er den optimale handling i en gitt situasjon avgjør kvaliteten på den operasjonssykepleie pasienten får. En respondent sa det slik:

Det er ved kompromisser at skjønnets kvalitet viser seg.(ER)

4.2.1 Det gode skjønn kan være den beste behandling, også livreddende

Handlingskompetanse kommer til syne ved hvordan man handler i en gitt situasjon. I min empiri er det forskjell på nyutdannede og erfarne, men det er alltid nyanser i begge grupper. Empirien knytter i stor grad handlingskompetansen opp mot de erfarne operasjonssykepleierne, når handlingskompetansen sees i lys av deres bruk av faglig skjønn. De erfarne operasjonssykepleieren hadde alle utallige eksempler på handlinger der skjønnnet hadde betydning for behandlingen på en eller flere måter. Konsekvenser ved ikke å bruke skjønn i enkelte situasjoner, kunne vært fatale. Hendelser kan dukke opp til stadighet, en må derfor være så klar som mulig til omstilling og handling. En erfaren operasjonssykepleier sa at i enkelte situasjoner er det bruken av skjønn som er hovedgrunnen til at pasienten overlever. Hun sa det slik:

Jeg har eksempler på at det har blitt gjort livreddende behandling på tvers av oppsatte prosedyrer. En blir stilt overfor kompromisser der skjønnnet avgjør og livet blir reddet. Jeg husker en episode for noen år siden, vi hadde nettopp kjørt en hjertepasient ut av en operasjonsstue, og personalet hadde gått til lunch. Operasjonsstuen var ikke rengjort. Jeg går ut på gangen for å gjøre klar til neste pasient da noen kommer løpende med en mann på båre. I kjeledress ble han kjørt inn på den urene stua og de som spiste ble bedt om å løpe inn igjen. Uten vask og ordinær planlegging, ble pasienten åpnet i en fart. En hjerteventil hadde løsnet og tilstanden var meget kritisk. Hvis faste prosedyrer var blitt brukt i denne situasjonen hadde pasienten mistet livet. Skjønn er å ikke ta seg tid til å vaske når sekundene teller. Det finnes ikke prosedyrer for slike ting, og slik må det også være.(ER).

Det er forståelig at en i slik akutt situasjon handler som en gjør. Denne type eksempler kommer fra de som har erfaring, som kan prosedyrene og sin kunnskap. De vet når prosedyrer må settes til side. Skjønnnet viser seg både i det at de ser hva som skal gjøres, og at de handler riktig. Det vil sikkert være noe som i en slik situasjon kunne vært bedre, men å ha fokus for det som skal skje i den fornuftigste rekkefølgen er sentralt. Når liv skal reddes har en ikke tid til diskusjoner og vurderinger. Skjønnnet viser seg i rask omstilling og handling, og det setter store krav til faglig kunnskap. Å vite at en ikke har to minutter ekstra, betyr at en bedømmer ut fra fag og skjønn:

Jeg husker vi tok keisersnitt ute i gangen en gang fordi vi ikke rakk inn på operasjonsstua. Det var en skjønnshandling som reddet liv.(ER)

4.2.2 Handlingskompetanse og skjønn hånd i hånd

I akutte situasjoner er kravet til handlingskompetanse og bruk av skjønn veldig tydelig. Men i det daglige er det utallige situasjoner som kan få oss til å fundere over ulike handlinger. Å handle er en ting, men hvordan du handler er noe annet. Og det er i utførelsen skjønnen viser seg. Hvordan en blir møtt når en tar kontakt med et offentlig kontor, eller hvordan en blir behandlet når en kommer på et legekantor, gir oss ofte tanker om at noe kunne vært gjort annerledes. Slik er det også med operasjonssykepleiere i møte med den enkelte pasient. Det finnes prosedyrer for mottak av pasienter, hva en skal spørre om og hva en skal se etter. Hvordan dette møte blir, er ofte et resultat av det skjønnen som ble utvist. Hva den aktuelle pasient trenger, det får han av en operasjonssykepleier med et godt skjønn. Kanskje skal denne pasienten nærmes på en annen måten en andre. En må være kreativ og lydhør både for det en ser og det en hører. En respondent forteller slik:

Når du tar imot en pasient på stua gjøres det ulikt fra gang til gang. Det første du gjør er å hilse på pasienten og snakke med ham. Noen ganger kan andre som kommer inn spørre om vi kjenner hverandre fra før fordi vi har slik en god dialog, mens slik er det ikke. Andre ganger viser pasienter at de ikke vil ha kontakt, hold deg unna blikket. Da må en prøve å sense hvorfor. Er det fordi han ikke vil ha kontakt, eller er det engstelse eller annet. Det er å møte pasienten i forhold til hans behov. Kanskje et håndtrykk og en liten beroligende kommentar kan "smelte" noe av avstanden. Disse tingene må løses med skjønn i møte med den enkelte pasient. (ER)

Klokskapen er en del av skjønnen. Likevel ser det ut som noen viser sitt skjønn bedre enn andre. Flere sier at det å forstå hva det "virkelig" handler om krever et godt skjønn. I et høyteknisk miljø som en operasjonsavdeling kan være, er en opptatt på å stille de rette diagnoser og gi den rette behandlingen. Kirurgene som ble intervjuet var begge erfarne, og ut fra sitt syn kunne de si mye om hva de så som viktige handlinger i et kirurgisk team. Operasjonssykepleierne er der for å gjøre det beste for pasienten, men også for å assistere legen på en best mulig måte. Skjønn er å skjønne hva som skjer og handle i takt med det. Teamet kan være med på å gjøre hverandre gode og med det gi pasienten så god behandling som mulig. Da viser operasjonssykepleierne at de er faglig gode. Kan anatomi og fysiologi, vet hva og hvordan de ulike instrumenter skal brukes, og ikke minst er kreativ i hva som kan gjøres. En kirurg sa det slik:

Et eksempel på det kan være at jeg under en operasjon med mikroinstrumenter stoppet helt opp, jeg manglet progresjon i arbeidet. Så strekker jeg ut hånden og får et instrument som forteller meg hva jeg skal gjøre videre. (EI).

Skjønnnet kommer også til uttrykk i hvordan en oppfører seg og fungerer i et team. Det setter krav til fleksibilitet og omstilling. Teamene kan stadig skifte, og en kan ikke gå med den som en liker best. Øyeblikkelig hjelp (ØH) situasjoner kan oppstå og endringer skjer i en fart. Kanskje må en plutselig arbeide sammen med noen en ikke var forbredt på å arbeide sammen med. De med et godt skjønn ser ut til å takle dette på en utmerket måte. En kirurg sier det slik:

Det viser seg blant annet ved at en får god service på operasjonsavdelingen. Operasjonssykepleierne er positive og dyktige og forbredt på at det plutselig kan oppstå endringer. Handlingskompetansen viser seg(EI)

Teamene er ofte bygd opp slik at nyutdannede alltid går med erfarne operasjonssykepleiere. Dette synliggjør ofte ulik handlekompetanse, men da kommer den erfarne inn og overstyrer. Her viser en også skjønn i sin fremtreden, både overfor pasienten som skal få den rette behandlingen, men også i forhold til en kollega som skal se, gjøre og lære. En uerfaren operasjonssykepleier så dette klart under et inngrep:

Et eksempel på hvordan det faglige skjønnnet viser seg i praksis har jeg ferskt i minne. Jeg arbeidet på en ortopedisk operasjonsstue. Vi skulle sette inn en kneprotese på en pasient. Vanligvis opereres denne i blodtomhet, men den skal ikke stå på i mer en 2 timer. Så når tiden nærmer seg 2 timer spør den erfarne operasjonssykepleieren meg om jeg trenger flere kompresser. Nei sier jeg. Det jeg ikke tenkte på, men som hun tenkte på var at nå måtte blodtomheten straks slippes opp, og da vil det komme til å blø mye. Det tenkte ikke jeg på fordi jeg aldri hadde vært med på at de ikke var ferdig innen 2 timer. Hun hadde erfaring, men jeg tenkte ikke så langt. Hun brukte sitt faglige skjønn.(UR)

4.2.3 Skjønn er vågemot

Å bruke skjønn kan i enkelte situasjoner medføre konflikter. Ikke bare når en går utover sin egen handlingskompetanse, men også når en går over i andres ansvarsområde. På en operasjonsavdeling er det legene som har det medisinske hovedansvaret, selv om vi i følge den nye helsepersonelloven ikke kan fraskrive oss ansvar (Lov om helsepersonell 2001). Ser en som erfaren operasjonssykepleier noe som kan få store konsekvenser for pasienten, vil en operasjonssykepleier bruke sitt skjønn og søke å avverge situasjonen.

Jeg vil nevne et eksempel for en del år tilbake da vi fikk meldt en pasient som skulle opereres for blindtarmsbetennelse. Pasienten var gravid i 7. mnd. Jeg var veldig usikker på dette om det virkelig var blindtarmbetennelse og at pasienten virkelig skulle opereres, så jeg ba alle involverte stoppe og ikke gjøre noe som helst, og så tok jeg kontakt med ansvarshavende på avdelingen og spurte om han hadde vært involvert i denne pasienten. Det hadde han ikke og jeg ba ham se til pasienten. Pasienten ble ikke operert, det var ingen blindtarmbetennelse, men kun graviditetssmerter. Jeg opplevde at mitt skjønn hindret pasienten i å bli farefullt og feil behandlet.

At en tar en slik avgjørelse på grunn av skjønn, viser at skjønnen har i seg lang erfaring. En skal ha vært borti mange pasienter med blindtarmbetennelse, og mange gravide for å kunne skille slike situasjoner. Når jeg intervjuet legene var dette også et tema. De var også klar på at dette var et vanskelig punkt. De hevdet at erfarne operasjonssykepleiere kan vurdere en situasjon med et bedre skjønn enn enkelte kirurger. Når slike situasjoner oppstår er det ofte de erfarne operasjonssykepleierne på en avdeling som griper inn. I skjønnen ligger godhet for den andre, for pasientens beste. Dette må veie tyngst på vektskålen når en bruker sitt skjønn opp mot dem som er medisinsk ansvarlig. Skjønnen blir brukt i den hensikt og gi pasienten optimal behandling, ikke å kritisere en annen. Men når situasjonen krever det må operasjonssykepleieren bruke motet. Måten dette blir gjort på er kontekstavhengig. Det kan løses på flere måter. Som en av kirurgene sa det:

Jeg ser helt klart at operasjonssykepleierne av og til må bruke sitt faglige skjønn i forhold til kirurger på en ubehagelig måte. Dette er vanskelig. Det kan være en uerfaren kirurg som ikke behersker det han holder på med. Da kan det være greit at operasjonssykepleieren spør om hun skal ringe etter bakvakten eller annen hjelp. Som jeg sier til mine underordnede: Det viktigste er å vite hva du ikke kan. Noen ganger må operasjonssykepleierne gripe inn, men dette er vanskelig.(EI).

Det kan også være vanskelig å gripe inn overfor medkollegaer. Men når en ser andre operasjonssykepleiere gjøre noe som ikke er rett må en gripe inn. En må ville det beste for pasienten selv om det kan være sårt for operasjonssykepleieren. En av respondentene sa:

Her er det kanskje noe av skjønnen kommer inn, at en ikke kan la vær å si ifra når noen ikke gjør det som er til det beste for pasienten. Det er jo for å hjelpe hverandre, ikke for å ta hverandre. Når en ser noe som ikke fungerer så bra, så må en gi beskjed. Det er å gi anbefaling også om at ting kan gjøres på en bedre måte.(ER)

At skjønnen kan bli satt på prøve er et daglig problem i sykehusene. Tiden som er til rådighet kan være knapp, og det skal ikke mye til for at dagens program blir forskjøvet og pasienter

blir strøket av operasjonsprogrammet. De fleste gjør sitt ytterste, men rammer for tidsbruk og arbeidstid er styrende. Dette kan være en stor utfordring for skjønnnet, men det kan også være smertefullt for de som arbeider å måtte se at pasienter blir strøket. Det er ofte de som blir tatt sist på dagen og som i utgangspunktet er lavere prioritert enn de som blir satt opp fra morgenen av. Noen viser sitt skjønn ved å gå inn i en slik ”konflikt” også. De taler den svake pasient sin sak.

Skjønnnet kan vise seg på mange måter. En hendelse står tydelig for meg. Vi skulle operere en gammel dame med underlivsproblemer, men det var sent på dagen, så vi hastet med å komme i gang. Jeg sendte bud etter henne i god tid slik at jeg kunne gjøre henne raskt klar før anestesi skulle legges. Hun hadde gått med plager i 40 år (siden siste fødsel), men var ikke blant dem som klaget. Og akkurat når vi var klar til å kjøre henne inn på operasjonsstua, spurte jeg henne om det var noe mer hun lurte på? Ja hun skulle så gjerne ha vært på toalettet. Jeg ble fortvilet. Vi har ikke toalett på innledningsrommet og det gikk ikke an å gi bekken til en pasient med hennes plager. Jeg bare bestemte at hun måtte tilbake til post for å late vannet. Dette tok 45 minutter, og tiden vi hadde til rådighet var brukt opp. Da tok jeg neste avgjørelse. Vi jobber over for å få denne pasienten gjennom. Denne damen hadde fått naboen til å passe huset, hun hadde lang reisevei, men det hadde ikke vært en dame som hadde klaget hvis hun ble strøket. Her opplevde jeg at jeg brukte skjønn samtidig som jeg gjorde et menneske en tjeneste. Men dette er som regel utover vårt mandat, for vi har ikke lov til å beordre andre til overtid (ER).

4.2.4 Skjønn som ”taus” samhandling

Når erfarne operasjonssykepleiere arbeider sammen viser det seg gjerne i taus samhandling. Da kan ord vise seg å være unødvendig fordi de til enhver tid vet hva som skal gjøres. Begge vet rekkefølgen av det som skal gjøres, og begge følger med på en slik måte at den ene trenger ikke å be den andre om noe. Hvis det blør mye og en trenger mange kompresser, er ikke det noe en trenger å spørre etter, det er der før den ene har rukket å tenke på at hun må få flere. Selv en alvorlig situasjon kan virke rolig når de rette personene er til stede. Skjønnets betydning i situasjonen er kontekstbundet og en ser resultatet i den utførte handling. De erfarne operasjonssykepleierne arbeider sammen på en helt spesiell måte. De har et ”språk” seg imellom som de forstår, men som andre som ikke er inne i denne tankemåten kan ha vanskelig for å forstå. Det er en ønskesituasjon for erfarne operasjonssykepleiere. Som en sa:

Skulle jeg kunne velge hvem jeg ville hatt med meg i en akutt situasjon, ville jeg valgt en med erfaring, en person på mitt eget nivå. Da trenger vi ikke å snakke for da vet vi begge hva som skal gjøres. Vi vet hvor vi skal begynne og slutte. Vi gjør det som er viktig og utsetter det som er unødvendig (ER).

4.2.5 Et faglig skjønn er kontekst- og personbundet

Enhver situasjon er unik. Det å være med i en akutt situasjon kan oppleves traumatisk for alle medarbeidere fordi en er redd for at liv skal gå tapt. Her blir skillet mellom de erfarne og de uerfarne ofte tydelig. De erfarne klarer å gjøre flere ting samtidig. Å ha innsikt i egen begrensning er viktig for at pasienten skal bli minst mulig skadelidende. Som en sa det:

I en krisesituasjon vil det viktigste være å holde liv i pasienten. Da ville jeg ha satt alle prinsipper til side. Jeg ville vært opptatt av å beherske det tekniske før det mellommenneskelige så fikk det heller komme i ettertid. Men jeg husker fra en akutt situasjon der den erfarne operasjonssykepleieren klarte å gjøre begge deler. Det hadde ikke jeg klart, men jeg var imponert over hva slags jobb min kollega utførte. Hun ivaretok pasienten på det mellommenneskelige samtidig som hun jobbet i et meget høyt tempo og fikk gjort alt som skulle gjøres.(UR)

Å ha innsikt i sin egen situasjon og samtidig se og forstå hvilket arbeid som ligger bak det en annen kollega utfører er viktig for å videreutvikle seg i faget. Det er ikke uten grunn at nyutdannede ønsker å arbeide sammen med erfarne operasjonssykepleiere. De viser hvordan de tenker og handler på en "lesbar" måte. De uerfarne ønsker å arbeide med de erfarne fordi disse bidrar med noe de uerfarne mangler. Dette gir trygghet og lærdom for de uerfarne, og pasientene blir ivaretatt. Skjønnen blir ivaretatt selv om den ene er uerfaren, fordi den erfarne setter tonen på det som gjøres.

De operasjonssykepleiere som innehar det gode skjønn, de ser du det på. Du ser det på måten de jobber på, og så forklarer de hva og hvorfor de gjør ting slik og sånn. De er reflekterte over det de gjør og hvorfor (UR).

Å handle klokt gjelder ikke bare i forhold til arbeidsinstrukser og prosedyrer, men også i forhold til den helhetlige konteksten en er i. Dette kan også overføres til den enkelte i en konkret arbeidssituasjon. En av informantene sa dette tydelig fordi han opplevde så mye forskjellig. Det var noen som det var "godt" å arbeide sammen med.

Det har alltid slått meg at noen operasjonssykepleiere skjønner hva vi gjør, hva vi holder på med, og hva vi har tenkt å gjøre. De ligger i forkant av prosessen. Og rent praktisk viser det seg ved at vi ikke bør be om alle instrumenter, men at alt er ferdig forbredt og at de har en forståelse for hva inngrepet går ut på.(EI)

Dette tar han opp igjen i en annen situasjon. En kan si at handlingsklokskap bygger på erfaring og tillært kunnskap, men noen viser sin handlingsklokskap i praksis på en helt spesiell måte.

Jeg var i et land i øst Europa hvor jeg skulle operere en pasientgruppe som de ikke opererte. Jeg fikk med meg en operasjonssykepleier som aldri hadde vært med på denne type inngrep før, men hun skjønte. Jeg bare strakk ut hånden, og fikk det jeg skulle ha.(EI)

Slik jeg forstår respondenter og informanter ligger klokskapen i skjønnnet, men det er noen som på en spesiell måte utmerker seg. Om dette er noen som er spesielt ”kloke” kan en undre seg over, men noen observerer og mener at det er forskjeller. Særlig hevder informantene at det er noen som på en helt spesiell måte utmerker seg. Du kan se det på hele deres væremåte at de utfører jobben på en unik måte. En kirurg sa det slik:

Det er noen som utmerker seg spesielt. Jeg hadde en utenlandsk kirurg på besøk en gang, og etter at han hadde sett en operasjonssykepleier i aktivitet i 20 minutter sa han: ”She is the very best”. 20 minutter var nok for ham til å se det også jeg visste.(EI)

4.2.6 Når skjønnnet er fraværende

Respondenter og informanter omtaler skjønnnet på en positiv måte. Det har noe godt ved seg. Det er ikke alltid like lett å forklare hva som skjer når skjønnnet er tilstede. Noen ganger kommer det tydeligere frem når det mangler.

Det kan være slitsomt når noen ikke forstår hva du gjør eller har tenkt å gjøre. Arbeidet ”glir” ikke fremover og rytmen i arbeidet forsvinner. Noe av teamfølelsen er vekke når noen ikke mestrer den aktuelle situasjonen, og du får ikke den hjelpen du trenger. En informant sa det slik:

Jeg kan ha mange eksempler på mangel på skjønn, men jeg prøver å legge det bak meg. Men det er noen som aldri forstår hva du holder på med. Du må be om absolutt alt. De kan stå og telle ting på assistansebordet, de kan stå med ryggen til og aner ikke hva som skjer i feltet.(EI)

I akutte situasjoner, når sekundene teller, gjelder det å forstå hva som gjelder, hvilke prioriteringer som skal gjøres og i hvilken rekkefølge. I alvorlige tilfeller er disse sekundene

livsviktige, og skjønner en ikke hva som skjer kan det få katastrofale følger. En av respondentene hadde opplevd følgende:

*Jeg har eksempel fra en akutt operasjon der 2 operasjonssykepleiere skulle hjelpe meg med å komme i gang med et akutt aortaaneurisme, og det første jeg fikk på bordet var bandasje. Isteden skulle de gitt meg kniv og kompresser og liknende. Det gjelder å se hva som er nødvendig i den gitte situasjonen. Ha **blikk** for det som skjer.(ER)*

At skjønnnet er fraværende mener flere har sammenheng med at interessen for faget mangler. Hvis operasjonssykepleiere ikke bryr seg om å gjøre en god jobb, ikke er interessert i å oppdatere seg verken faglig eller mellommenneskelig, kommer det til syne i hvordan de opptrer på en operasjonsavdeling. De er dårlige rollemodeller og har lite og bidra med både til pasienter og kolleger. De gjør bare det de må, og er ikke med på å skape et godt utviklende fagmiljø. Som en nyutdannet respondent sa:

Det er forskjell på rollemodeller. Mange av dem som har vært her i mange år de oppdaterer seg ikke på samme måte som vi gjør. Kanskje har de ikke overskudd. Kanskje kan det være mangel på interesse for faget, at den dør ut.(UR)

Flere av respondentene hevder at tiden, eller mangel på tid kan sette skjønnnet til side. Presset om å komme gjennom dagens program, og kanskje klare litt ekstra, medfører at det må knipes inn på den tiden de bruker på den enkelte pasient. Et stadig mas om penger som skal spares og effektiviteten som skal økes, gjør at arbeidsfokuset endres. Økonomien blir styrende for den tiden som skal brukes på pasienten. Derfor mener noen av respondentene at tid og penger kan gjøre noe med skjønnnet. En uerfaren operasjonssykepleier ser det slik:

Økonomi har med skjønn å gjøre fordi tid er penger. Det er så mye som vi skal rekke, så mange operasjoner som skal gjennomføres på en bestemt tid, og da er det ikke alltid at vi rekker og liksom føler at vi tar oss av pasienten. Vi kan følge prosedyrer til punkt og prikke, men pasienten er ikke i sentrum, og skjønnnet er fraværende.(UR)

Flere av respondentene viser også til at skjønnnet kan mangle hvis ikke de er bevisst hvilken pleie de gir til den enkelte. Tid og penger kan bety noe, men også den enkelte operasjonssykepleiers holdning og arbeidsmoral. I møte med pasienten kan mangel på skjønn vise seg ved at en ikke handler i tråd med det en ser. Dette kan komme til uttrykk når du leirer en pasient (legger pasienten på en slik måte at kirurgen får operativ tilgang, samtidig som pasienten ikke får trykk og nerveskader eller andre form for fysisk eller psykisk skade):

Du kan se at pasienten er engstelig, men du gjør bare det du skal i henhold til leiring. Pasienten kan teknisk ligge godt og riktig, men du har ikke imøtekommet hans engstelse. Her tenker jeg at en har blitt teknisk kald. Rammer og økonomi setter ofte grenser for hvor god jobb vi kan gjøre. Kvantitet vinner foran kvalitet.(ER)

Alle de intervjuede forteller at skjønnen har en stor betydning i utøvelsen av operasjonssykepleien. Skjønnen er knyttet til den enkelte situasjon, men den er også knyttet til den enkelte operasjonssykepleier. Et godt faglig skjønn viser seg særlig hos erfarne operasjonssykepleiere som i handling viser at de kan legge lag på lag av kunnskap inn i den kontekstuelle handlingen. Indirekte sier noen av respondentene at mangel på skjønn er ”dårlig” operasjonssykepleie. Å bruke skjønn må være et tema på dagsorden sier de, slik at pasienten kan få den operasjonssykepleie som han har behov for.

4.3 Hvordan utvikler operasjonssykepleiere det gode skjønn?

Respondentene kan si noe om egen utvikling, og de kan mene noe om andres. Slik empirien taler, er utviklingen av et godt skjønn en aktiv og bevisst prosess. Den røde tråden i svarene vil jeg kort si med en av respondentene:

Kom igjen og jobb, kom i gang, ikke stå med hendene i lomma.(ER)

4.3.1 ”Noen har et spesielt anlegg”

Som ellers i samfunnet er også operasjonssykepleiere ulike som personer. Både informanter og respondenter sier noe om disse ulikhetene, og at noen har noe helt spesielt ved seg. Særlig kan dette vise seg hos de nyutdannede som utøver et håndverk utover det som er forventet. På alle trinn i opplæringsfasene ligger de ”foran”, og gjør seg bemerket med dette. Flere av respondentene mener at noe av dette må være medfødt. De har ikke svar på hvorfor noen behersker oppgavene, men de registrerer forskjellene. Dette kan være noen som er flinke teoretisk og som har gjort ”leksene” sine, men de imponerer utover det. Slik sa en respondent det:

Jeg tror at noen har medfødte evner i forhold til den handlingen de utfører. Jeg tenker på de helt nye som kommer inn her. De klarer ofte en operasjon fordi de kan anatomen så godt, men de finner også på ”ting”, de tenker selv på en måte du ikke

forventer på dette stadiet. De er både tekniske, de takler det tekniske, har et godt håndlag, men de er samtidig kloke. De behersker begge deler.(ER)

Det er flere av de intervjuede som hevder at det er noen som er i en særstilling i forhold til det å utøve et operasjonssykepleieskjønn. Noen få ”stikker” seg ut som spesielt dyktige. Informantene bemerket dette, men det gjorde også respondentene. En sa at de fleste kan lære mye, men det kan ta litt tid, men det er noen som er i en klasse for seg. Disse må vi ta vare på sa hun:

Men jeg ser at vi har noen her som har et naturtalent. De får også ofte skryt fra kirurgene om at de er dyktige. Disse må vi ta vare på. (ER)

De kan lære ulike handlingsmønstre sier en respondent, men de løser ting forskjellig. Teorien må kunne settes ut i praksis. Det er ikke lett å få svar på hva som gjør at noen løser problemer forskjellig, men ”det får meg til å tenke på det å kjøre buss”, sier en erfaren respondent og fortsetter:

Jeg har ofte vært passasjer på bussen. Noen kjører smidig og behagelig, mens andre er det ikke godt å sitte på med. Hva er det som gjør det? Hadde du spurt bussjåføren om hva som gjorde at han kjørte så smidig i svingene så ville han kanskje sagt at det er sånn det må være. Jeg tror at dette er medfødt eller at det er medfødte evner som er utviklet.(ER)

Informanter og respondenter snakket om egnethet. Dette kommer sterkt inn når de snakker om de som ikke egnert seg. Disse siste står i sterk kontrast til de første som utmerker seg spesielt positivt. De aller fleste kan utvikle seg i riktig retning, de har et potensial. Slik jeg har forstått informanter og respondenter er det noen unike på begge sider av vektskålen, mens den store andelen av operasjonssykepleiere er blant dem som har forutsetning for å utvikle seg, men det kreves noe. Utfordringen sier de, ligger i hva de kan og hva de vil lære. En respondent og en informant sa det slik:

Jeg tror det er noen som ikke har de ferdighetene andre har, eller som mangler evner til å utføre denne jobben. Det er ikke mange, for jeg tror mye kan læres, men det er noen som har et spesielt anlegg for å lære dette.(ER)

Det er noen som skiller seg ut som svært dyktige, og noen som skiller seg ut som svært dårlige, men de fleste tilhører den ”grå” massen.(EI)

I empirien kommer det tydelig frem at noen har et spesielt anlegg. Alle har utviklingsmuligheter, men de intervjuede mener det er noen få som helt klart skiller seg ut. Uansett kommer ikke utviklingen av seg selv. Faglige kvaliteter og utvikling av skjønn ser ikke ut til å være tilfeldig. Selv om noen er ”et naturtalent”, ligger det interesse, engasjement og læring i den faglige og personlige utviklingen.

4.3.2 Interesse for faget, betydning for skjønn

At interesse for faget har betydning for utvikling av skjønn er alle intervjupersoner enig om. De fleste har begynt på operasjonsutdanningen fordi de var interessert, og denne interessen har utviklet seg og vært en pådriver til vekst for den enkelte. Samtlige respondenter liker faget og sier at interessen er en pådriver. Interesse for noe gjør det spennende og utfordrende. Det setter i gang noe sa en respondent:

Mitt personlige skjønn har spesielt blitt utviklet fordi jeg har vært så interessert i det som jeg drev på med, og da får du lyst til å gå utover dine egne grenser. Ettersom jeg har vært i denne jobben i mange år, har jeg også fått mye gratis. Men det har alltid interessert meg det som ligger forut for og det som var etter en operasjon, slik at jeg kunne gjøre ting optimalt i forhold til dette.(ER)

Slik noen av respondentene legger dette frem synes det som interessen for faget og skjønn hører sammen. Mangler interessen for faget og pasienten er noe borte i utviklingen av skjønn. Interessen for å gjøre det gode og det beste viser seg i handling, og det utvikles operasjonssykepleierne som har interesse for faget. En av respondentene sa at interessen for faget var det viktigste både når det gjaldt utøvelse og personlig utvikling av faget.

Både respondent og informant er klar på at skal de utvikles til skjønnere må det vises interesse. De mener at de ”gode” er de interesserte:

En må vise interesse, og følge med i feltet.(EI), En må vise interesse i å bli god.(ER)

Noen hevdet at det skjer en seleksjon allerede når en søker på operasjonssykepleierutdanningen. Noen har kanskje hatt en interesse for dette yrket i mange år, mens andre ikke helt vet hva de går til. Alle har sykepleiehøgskolen som et fundament, mens det er interessen for å bli operasjonssykepleier som får mange til å søke på nettopp

denne utdanningen. Derfor er mange gode operasjonssykepleiere, fordi de ikke har valgt yrket uten grunn. Som en av informantene sa:

Jeg tror de har valgt operasjonssykepleieryrket som en motivasjonsfaktor. Motivasjon og interesse for faget, samt fartstid og erfaring bidrar til å gjøre dem god. (EI)

Det koster å utvikle seg som fagperson sier respondentene. På en arbeidsplass kommer dette gjerne til syne i hvordan du bruker pauser og "fritid". Noen liker å drikke kaffe og prate med andre, men noen ønsker å oppdatere seg på nye ting eller repetere det de er usikker på. En av de erfarne operasjonssykepleierne sier at det ofte er tid til oppdatering og uttesting av utstyr, og det er også tid til diskusjoner i de små pausene. Mange bruker denne muligheten til utvikling og oppdatering. Noen tar andre valg. Enkelte av respondentene etterlyser iveren etter å lære, og som en respondent uttrykte:

Jeg har fått spørsmål om anaurismeristen (hodeaurismer). Det er mange forskjellige tenger med tilhørende klips som kan være vanskelig å sette på. Jeg har gjort det mange ganger og kan det, men det kan ikke alle. Jeg sier at hvis de vil at jeg skal gå igjennom dette eller noe annet med dem, må de bare komme, men de må si fra de det gjelder. Jeg viser dem gjerne, men jeg har en følelse av at det er lettere å sitte på lunchrommet å drikke kaffe. Det er altfor sjeldent at noen ber om den slags hjelp og veiledning.(ER)

4.3.3 Husets fundament gir grunnlag for utforming

Når en bygger et hus må en ha et fundament, og ut fra det fundamentet kommer resten av reisverket. Det er ikke slik at fundamentet kan stå alene, men det er som en stabilisator for resten av huset. Slik er også operasjonsutdanningen noe av byggverket omkring huset. Operasjonssykepleiere har en grunnutdanning i sykepleie som er noe av fundamentet i huset. Ut fra dette bygges ulike typer kunnskap som byggverk på "huset". Begge deler er like viktige og de er på en unik måte avhengig av hverandre. Som respondenten sa:

Kunnskap er viktig, teknikk er viktig, men hvis bare det blir rådende så er det noe som mangler.(ER)

Det ligger mye arbeid bak det å bli en god skjønner og en god operasjonssykepleier slik flere respondenter forteller om sin utvikling. Å lære seg et fag tar tid, og det koster stor innsats, en må gjøre og ville det. De vil utvikle seg til bedre operasjonssykepleiere og de ser at de kan bli

bedre. Det er hele tiden noe å strekke seg etter. Da kan de ikke stå med hendene i lommen. For noen blir målet om å bli bedre en livsstil. De tenker fag og utvikling ikke bare i arbeidstiden, men også på fritiden. De bruker mye av sin tid på å dyktiggjøre seg i arbeidet:

Jeg er aldri ferdig med jobben når jeg kommer hjem. Jeg leser mye. I begynnelsen leste jeg mye teknikk. Det gav en trygghet i å kunne det tekniske, og det uttrykker pasienten også. De ser at vi kan det tekniske. Ellers har jeg lest mye artikler og litteratur som er knyttet til mitt fag. Er det noe jeg ikke skjønner når vi står og opererer så ber jeg om forklaring. Det er en balansegang mellom det å si at du ikke kan og det å være ydmyk i forhold til det du ikke kan. Men målet er etter hvert å kunne mest mulig. Jeg har også gått på mange kurs, og vært bevisst på faglighet i forhold til det enkelte kurs. Så har jeg ønsket å diskutere mye. Her har jeg ikke fått nok utbytte. Derfor tok jeg veiledningsutdanning for å både styrke meg selv, men også for å komme inn med veiledning i avdelingen. Dette er med på å stimulere det faglige miljøet. Å gå i veiledningsgruppe har bidratt til at jeg har blitt tryggere på meg selv og i faget mitt, og som person.(ER)

Det er mange måter og ville bli god på. Flere av respondentene sier at noe av utviklingen ligger i det å få utfordringer. De må ha noe og strekke seg etter. Noen ønsker det vante, det de er helt sikre på, andre har krav til vekst og utfordring. Og det er en stor vekstmulighet sier flere av respondentene. Det gjelder å våge seg ut på når de har andre i ”ryggen”. Flere av de erfarne operasjonssykepleierne hevdet at mange er redde for å ta utfordringene. Slik var det ikke før hevder en. Hun refererer til sin egen tid som nyutdannet operasjonssykepleier og sier:

Hele tiden fra utdannelses tiden har jeg fått oppgaver å vokse på. Noen trekker seg unna, men jeg stod der og ble dyttet videre. Da ble en mer og mer trygg på seg selv, dette klarer du, og du kom videre. Så måtte jeg tidlig ta ansvar og lede en avdeling. Jeg har fått mulighet til å vokse og utvikle meg, og jeg ar tatt utfordringen. Det er noen som ikke tar utfordringen, de trekker seg, men jeg har alltid tenkt at dette er en mulighet jeg tar for å komme videre.(ER)

De nyutdannede er opptatt av å lære prosedyrer og faktakunnskaper. Noe av fundamentet er de prosedyrer og de teoretiske kunnskaper som forventes av en når en arbeider som operasjonssykepleier. Før dette er på plass kan de uerfarne ikke tenke på ”utsmykning” og ombygninger. Det er noe av husets fundament som først må sikres. Dette har de erfarne vært igjennom. Både som ”fundament” og ”reisverk” er all kunnskap viktig og nødvendig, og som en nyutdannet respondent sa:

Det er helt nødvendig at vi lærer de enkelte prosedyrer og det tekniske utstyret. Også dette er det liten tid til. Prosedyrer og kunnskap om tekniske hjelpemidler må være på plass for at en kan utvikle det faglige skjønn.(UR)

En av respondentene som ikke har så lang erfaring som operasjonssykepleiere er også opptatt av at gode prosedyrer skal fungerer godt i den enkelte situasjon. Hun hevder at gode prosedyrer er gjennomtenkte prosedyrer, og en sikkerhet i det arbeidet som skal gjøres. Om en ikke kan handle skjønnsmessig, så kan en gjøre en bra jobb hvis en følger gode prosedyrer. Dette kan være nyttig for mange som er uerfarne og ikke behersker alt, de holder seg til de gjeldende prosedyrer. De kan komme med de rette plankene selv om de ikke har kontroll på hele reisverket. Og for dem er det viktig at det de gjør er rett. Når skjønnnet ikke er utviklet, får andre ting fokus, nemlig prosedyrene. Når en ikke er så erfaren i faget er prosedyrer en knagg å holde seg fast i. De som har laget prosedyrene har ofte både kunnskap og skjønn. Dette er en gode sa en, og fremhevet det slik:

Her inne på operasjonsavdelingen er det mange prosedyrer. Det er veldig viktig at vi følger dem, for de er nøye gjennomtenkte. Jeg har tidligere jobbet med kvalitetssikring og kontroller (ikke som operasjonssykepleier), og der lærte jeg meg at det var viktig å få nedfelt og nedskrevet rutiner og prosedyrer, slik at en hadde ryggdekning på det en gjorde.(UR)

4.3.4 ”En have blir en aldri ferdig med”

Å arbeide som operasjonssykepleier er å arbeide i et miljø der det er en rivende utvikling og der en har mulighet til å utvikle seg hele tiden. Og selv om respondentene er erfarne ønsker de å bli bedre. I møte med praksis kommer ofte den boklige lærdommen til kort. Her finnes utfordringer som går utover det teoretiske. Derfor er det viktig med et faglig miljø der en kan reflektere og diskutere sammen med kolleger for å komme frem til de beste løsningene. Da må en være bevisst på dette og ha personlig vekst i faget som mål. Bevisstheten og refleksjon er ikke noe en bare bruker under opplæring, de er sentrale hele tiden:

Det er to stikkord som er viktig i det å utvikle seg. Det er bevissthet og refleksjon. Jeg tenker på en bestemt person, for hun tilstreber hele tiden å bli bedre. Hun hevder ikke at alt som står i bøkene og som hun har lært på skolen er det riktige, men hvordan kan jeg bli bedre. Og det tenker jeg også. Hvordan kan jeg bli bedre, jeg som er regnet som ekspert? På denne seksjonen som jeg nå har begynt på er det en god ”faglig” tone på operasjonsstua. Kollegaene er samstemte, de snakker sammen, stiller kritiske spørsmål til det som blir gjort, og de ønsker å bli gode operasjonssykepleiere. Det er miljø for å utvikle det gode skjønn. Jeg ønsker å bli pirket på hele tiden, bli stilt

spørsmål til. Det gjør meg bevisst og reflektert. Men det går på det å være åpne mot hverandre. (ER)

Diskusjoner og samhandling med ulike operasjonssykepleiere er med på å utvikle den enkelte. Det er mye en kan lære av hverandre selv om begge er erfarne. Det er ofte slik at en har ulike kunnskaper, og gjerne utøver skjønn ulikt. Dette kan være med på å videreutvikle selv den ”beste” operasjonssykepleier. Fruktbart samarbeid kan medføre kreative løsninger. Som en respondent sa:

Å være sammen med en som har et godt skjønn, men som er forskjellig fra meg er positivt. Det kan være med på at jeg kan utvikle mitt faglige skjønn på andre områder. Vi har så mye å lære av hverandre. Det tror jeg kan løses ved at vi ser likheter og ulikheter og ønsker å jobbe med det. (ER)

Kreativitet kommer ikke uten videre. Er en opphengt i prosedyrer og teoretiske spissfindigheter, kommer ikke kreativiteten frem. Nytenking fremmes ikke når prosedyrer er styrende for en handling. Her skiller de erfarne seg ut versus de uerfarne. Kreativitet kommer mer tilsyne hos de erfarne. De våger seg frem på en annen måte. Ikke for å markere seg, men for å gjøre en bedre jobb. Det er som du hører de tenker: Hvordan kan denne pasienten få det enda bedre. Derfor må det reflekteres hele tiden, hvorfor handler de slik de gjør, og hvorfor handler jeg slik jeg gjør, og hva kan bli bedre. Noen gir seg aldri, de blir ikke gode nok, de vil bli bedre. Som en erfaren respondent sa:

Hvis en er litt kreativ i tankegangen tror jeg en kan gjøre en bedre jobb. En må tenke litt og være litt oppfinnsom. Skal en måle skyllevæske så er det greit for eksempel å klippe et hakk i et papir hver gang en fyller en 20 cc sprøyte og så legge sammen til slutt. Noen sliter også med det. Vi som jobber på sykehus i dag vi har så mye hjelpemidler, så kommer du på noe nytt så er det mange som bare måper. De er ikke vant til kreativ tenking. Refleksjon, kreativ tenkning har med erfaring å gjøre, men det går også på arbeidslyst og evnen til å stole på seg selv. (ER)

En lærer hele tiden, men en må lagre kunnskapen og bruke den. En kan bli god, men ikke god nok. Det er som en hage, den blir aldri ferdig. Skal du vise frem hagen, vil du vise den fra sin beste side. De fineste hager blir arbeidet med hele tiden. Noe er vissent, det skal taes bort, kanskje skal nye planter såes slik at fargespillet blir bedre, og noe skal skjæres ned for at noe annet kan komme frem. Ikke minst må det vannes og gjødsles. Å få en blomstrende have fin krever kontinuerlig innsats. Men det krever også mot og vilje til nytenkning. Kanskje kan nye

busker og blomster være med på å sette ”prikk over i’en”, og kanskje må en be om hjelp fra en gartner. Målet er en fin have. Slik også med en operasjonssykepleier:

Noen sa at En have blir en aldri ferdig med. Det vokser ugress, og en må luke og gjødsle. Det må jobbes med hele tiden. Det er alltid noe som kan finpusses. Det kommer nye instrumenter og nytt teknisk utstyr. Jeg må hele tiden være så oppdatert at jeg kan det bruksområdet som forventes av meg. Dette kreves innsats. Her er det viktig at vi setter oss inn i det som har med funksjonen og gjøre. Vi kan ikke druknes i all teori bak ethvert teknisk apparat, men vi må vite tilstrekkelig i forhold til bruk og sikkerhet. Hvis noe går galt, hva gjør jeg da? Jeg kjenner min begrensning, men hva må jeg kunne for å ha en optimal funksjon som operasjonssykepleier. Be om hjelp når det er nødvendig, men teste ut i ledige stunder slik at du får erfaring. Å våge litt når ikke pasienten er der er en god lære. Men en må aldri teste ut noe som en ikke kjenner på pasienten hvis noe galt kan skje.(ER)

Hagemetaforen er et godt bilde på mange av respondentene. De var opptatt av å utvikle seg faglig. De ønsket å vise ”den fineste hagen”. Dette krever stor egeninnsats. De må bruke tid til refleksjon og annet som var med på å finpusse hagen. Dette var personlig. De ville være den fineste hagen. Trekket det lenger, er ikke en hage bare fin å se på, den lukter også godt. Det gjelder å få frem de ulike nyansene som er med på å gjøre et hagespill komplett. Å være tonesetter i utvikling betyr at en vil noe, en har faglige ambisjoner. En glødende operasjonssykepleier sa det slik:

Refleksjon er viktig. Bruke tidligere erfaringer. Er en ny i faget, ja erfaren også, må en ikke bare stå der. En må aktivt prøve seg fram. Vise interesse og tørre å våge seg på. En må være kreativ. Det gjelder å ta i bruk det du har, hjerte ikke minst. Og så må du vise det. En må være profesjonell, du må si til deg selv at dette er min profesjon.(ER)

Mange av de intervjuede har sagt noe om at noen har noe spesielt ved seg. Noen har en finere hage enn andre. Vi vet at ulike vekstvilkår har betydning for vekst. Blomster blir finere i en oase enn i en ørken, selv om det blir vannet. Det er noen som ”vokser” seg forbi andre. De er slik, og de er til stor nytte. En sa det slik:

At noen er veldig dyktig er ingen tilfeldighet. Det er fordi de er sånn som de er, men tilfeldig og tilfeldig, det er naturen og oppdragelsen og sånne ting som har gjort dem slik. (ER)

Det er flere av de som ble intervjuet som sa at de brente for faget. De ville utvikle seg og bli dyktige. For de nyutdannede kan det synes som en lang vei å gå. En må øve seg i tålmodighet.

Mange av disse erfarne operasjonssykepleierne har over 20 års erfaring, og grunnen er ofte denne tiden. En skal være aktiv, men det tar tid som en respondent sa:

Når du lærer noe i teorien, har du lyst til å teste ut i praksis. Se om det fungerer. Men så må vi være tålmodig. Rom ble ikke bygd på en dag.(ER)

Selvkritikk er viktig for fagutvikling. Et godt utviklet skjønn, er et oppegående skjønn som videreutvikles gjennom bevissthet og refleksjon og kontroll av egen handling. Dette er viktig sier respondenten:

Om en handler automatisk, må en aldri handle så automatisk at en ikke ser konsekvensene av det en gjør. En må aldri handle slik at det skjer noe galt. En må hele tiden kontrollere, det blir som kokeplaten hjemme, har jeg slått av? Lå den armen godt?(ER)

4.3.5 "Så får du kritikk etter hvordan du tolker rollen"

Hvordan man utvikler seg som operasjonssykepleier viser seg i handlingene. Vi bedømmer og blir bedømt. De fleste vet når de har gjort en god jobb, og en vet også når det ikke har gått så bra. Men hva gjør en med det? En av informantene sa at forskjellene mellom de "gode" og de som ikke var "så gode" ofte var veldig stor, for når noen var gode, så var de gode på mye, mens hvis du ikke fikk det så godt til, så gjaldt også det på mange områder. En må ville handle og utsette seg for å bli bedømt. Det kan være både tøft, lærerikt og utviklende. En av respondentene sier det så fantastisk:

En må stå frem. En står på en sene hver eneste dag. Du har en rolle, en hovedrolle i et spill, og der er det bare hovedroller. Det er ingen biroller. Så da må du kunne teksten. Og så må du legge litt til slik som skuespillerne gjør, og så får de kritikk etter hvordan de tolker rollen. Ble den tolket godt nok? Hva legger vi i den? For vi legger forskjellig i rollene. Det går veldig fint an å lire av seg slik at det går "knirkefritt", men det er ikke noe mer. Men det skal være litt mer. Det skal være sånn at en kjenner kryddersmaken. Ja noen ganger når en jobber sammen så bare går det helt automatisk. Du trenger ikke si et ord, du trenger ikke be om en ting, alt bare glir. Det er en slik vidunderlig følelse. Og tenk om disse nyutdannede kunne få oppleve det en gang i uka, isteden for at ting butter imot. Men jeg tror de må gå i seg selv.(ER)

Når "krydderet" kommer frem er det gode skjønnnet til stede. Da bedømmes de ulike kontekster på en unik måte som en ikke kan lese seg til. Erfaringene er satt sammen på en spesiell måte. De former handlingene. Hva som trengs for å utvikle skjønnnet, kan

sammenliknes med en gjerdeig forteller en. Når en har blandet de rette ingrediensene for eksempel til en bolledeig, vet den erfarne baker at nå er sammensetningen av mel, smør, sukker, kardemomme, egg, melk og gjær akkurat slik at bollene blir perfekte. Ikke bare slik at bakeren er fornøyd med dem, men også de som skal spise. Slik også med operasjonssykepleie og bruken av skjønn. Det blir bedømt ikke bare av dem selv, men av alle som er ”smakere” av produktet. Slik ble det uttrykt av en respondent:

Det gode skjønn får meg til å tenke på en gjerdeig. Når du har laget det noen ganger så vet du akkurat hvor mye mel du skal ha i deigen for at den skal bli akkurat slik du vil ha den. Slik også med skjønn, det er en følelse, og du utvikler det kliniske blikket.(ER)

En av informantene var opptatt av dette med roller og rollemodeller. Han var også opptatt av at de som hadde noe spesielt ved seg skulle være rollemodeller for de som var nye og skulle lære faget. Disse skjønnere må inn i skolen sa han, og fortelle om sine ferdigheter, hvordan de tenker. Informanten sa det på denne måten:

Jeg tror at hvis de dyktige operasjonssykepleierne kunne bli pekt ut til å fortelle de under utdanning eller de man anser det er håp for, hvor viktig det er å få forståelse for hva en operasjon går ut på, og være foran og sånn. Hvis en tok inn de beste operasjonssykepleierne i undervisning, med vekt på dette, så kanskje en del av den grå massen kunne skjønne hva det dreide seg om, og en kunne løfte dem opp. Det kunne vært en positiv gest til disse dyktige operasjonssykepleiere også å få en slik oppgave.(EI)

Alle ønsker å arbeide sammen med dyktige operasjonssykepleiere, men spesielt viktig sier de nyutdannede det er for dem. Det gir både trygghet og rom for læring. De gode skjønnere har noe det de uerfarne mangler. De nyutdannede operasjonssykepleierne lærer av de erfarne gode skjønnere. Alle respondenter som ble intervjuet ønsket å utvikle seg i positiv retning, de ønsker å bli dyktige. I samspill med andre tar de selektive valg i forhold til hvem de vil imitere og hente kunnskap hos. De velger sine rollemodeller. En nyutdannet operasjonssykepleier sa dette:

De operasjonssykepleierne som innehar det gode skjønn, de velger jeg meg ut som rollemodeller. De kan en diskutere med, hvorfor de gjorde sånn eller slik, og da får du ikke bare at ”sånn er det”, men de svarer med begrunnelse.(UR)

Bak slike valg ligger det vurderinger av operasjonssykepleierrollen fra de uerfarnes sin side.

En annen nyutdannet respondent beskrev både gode og mindre gode rollemodeller. Mange eldre hadde nesten ”sovnet” i faget fortalte hun, og denne mangel på interesse skremte henne. Andres kritikk og andres vurderinger, både fra erfarne og uerfarne medarbeidere bidrar til å utvikle skjønnen. De gode skjønnere finnes, en må bare få mulighet til å være sammen med dem og lære av dem. Dette hadde en erfart:

Når jeg var operasjonssykepleierstudent hadde jeg en veldig god læremester. Hun var reflektert og kunnskapsrik og dette formidlet hun videre til meg. Dette gjorde at jeg kunne se ting på en ny måte. Dette var med på å utvikle et faglig skjønn. Jeg opplever at det er veldig forskjell på operasjonssykepleiere. Noen er gode rollemodeller, andre er det ikke. Noen lærer jeg av hele tiden, andre lærer jeg ingenting av. De som er flinke, er flinke hele veien og motsatt.(UR)

4.3.6 Den ”rette” arbeidsplassen kan gi bedre vekstvilkår for skjønnen

I møte med operasjonssykepleierne blir den enkeltes ansvar for handling og utvikling fokusert. Likevel hevder mange av de intervjuede at arbeidsplassen kan være med på å tilrettelegge på en slik måte at kvaliteten på operasjonssykepleie kan utvikles. Gode miljø kan fremme økt kvalitet både hos den enkelte, i grupper og til pasienten.

Utvikling av fagkompetanse er både knyttet til den enkelte og til et godt fagfora. God tilretteleggelse på arbeidsplassen er av stor betydning hevder flere. Skal skjønnen utvikles må det være gode rammer for det. Særlig de unge og uerfarne trenger oppfølging. Tid til oppfølging og veiledning er et behov som ofte kolliderer med den aktiviteten og det tidspresset som er på en operasjonsavdeling. Som en helt nyutdannet operasjonssykepleier sa:

Det er helt nødvendig at vi lærer de enkelte prosedyrer og det tekniske utstyret. Også dette er det liten tid til. Prosedyrer og kunnskap om tekniske hjelpemidler må være på plass for at en kan utvikle det faglige skjønn. Her dreier det seg igjen om økonomi, som setter begrensninger. ”Alt skal gå så fort”.(UR)

De uerfarne respondentene sier det er av stor betydning for dem at de får være i et miljø som de både kan lære i, men også som de kan føle seg trygge i. De uerfarne ønsker at lederne skal tenke på dette, når de setter sammen operasjonsteam. En prøver i det lengste å la uerfarne gå sammen med erfarne, men det har hent at to ganske nyutdannede har arbeidet sammen, det var en vond opplevelse sa en av de uerfarne. Det ble en utrygg og svært vanskelig situasjon. De uerfarne ønsker til enhver tid å gå sammen med noen som gir trygghet og utviklingsmuligheter. De uerfarne visste hvem de ønsket å arbeide med. De sa det så enkelt:

Å arbeide med de erfarne gir først og fremst trygghet, men det gir også lærdom. Du kan diskutere og reflektere sammen, og utvikle deg faglig.(UR).

Å være i en situasjon med erfarne kolleger er en god læresituasjon. (UR).

Det er flere av respondentene som etterlyser et aktivt fagforum på arbeidsplassen. Dette mener de kan ha positiv innvirkning på faget. For eksempel er det noen som helt konkret savner et bedre "fagbibliotek" der de kan gå for å slå opp og finne konkrete svar på mange spørsmål. Det samme gjelder obligatoriske fagdebatter som ikke er et faktum alle steder. Det er helt tydelig at respondentene ønsker faglig utvikling på arbeidsplassen fordi de mener at noe av utviklingen skjer i samhandling med andre. Noen trenger mer enn andre. Noen trenger et puff. Skal skjønnnet utvikles, må også det faglige miljøet utvikles. Den faglige ledelse har et stort ansvar. En av respondentene sa det slik:

Jeg tror at mer og bedre faglig utvikling hadde blitt resultatet hvis arbeidsgiver hadde lagt forholdene bedre til rette for undervisning, diskusjon og refleksjon. Da hadde kanskje folk blitt mer interessert i å bli mer oppdatert også. Ellers synes jeg det er for lite litteratur i dette faget.(UR)

Noen av respondentene var opptatt av et aktivt fagmiljø. Både for egen utvikling, men også for ikke å gå lei. I et aktivt fagmiljø der en får oppgaver å strekke seg etter, ja kanskje prosjekter å være med på, vil utfordringene være med på å stimulere til vekst. Det er ofte slik at leger flytter på seg og har utvikling på den måten, men operasjonssykepleiere de blir statistisk mer på samme sykehus. De får ikke på samme måte variasjon i fagmiljøet. Da må det settes fokus på fagmiljøene på stedet og der har ledene operasjonssykepleiere et ansvar.

Du trenger ikke å ha nye folk for å få et oppegående fagmiljø, men en må ha bevisste leder(ER).

Oppsummerende kommentar:

For å utvikle det faglige skjønn kreves egeninnsats. Bak denne egeninnsatsen ligger interesse, en faglig innstilling til faget som skal læres. Det kreves at en aktivt går inn for å utvikle seg som operasjonssykepleier. Denne utviklingen er og blir forskjellig. De fleste har et stort utviklingspotensial. Likevel hevder mange av de intervjuede at det er noen som på en helt spesiell måte utmerker seg med sine ferdigheter. Noen har noe særegent ved seg som gjør at de "blomstrer" mer enn andre. Alle har et fundament i bunnen, men hvordan de utformer det

varierer. Derfor blir operasjonssykepleierne bedømt etter hvordan de tolker og utøver rollen. Med hagemetaforen kan vi si at å utvikle seg som operasjonssykepleier er som å stelle en have. Du må arbeide med den hele tiden. Vedlikeholdet består i å plante nytt, men også beskjære. Å utvikle et faglig skjønn er personlig, men det skjer i samarbeid og samhandling med andre, og å ha fag og fagutvikling på dagsorden i et arbeidsmiljø er med på å fremme den enkeltes vekst.

5 Diskusjon av data

Etter å ha fått verdifullt datamateriale fra informanter og respondenter, er det mye som lar seg diskutere. Alle de intervjuede gir tydelig uttrykk for at skjønn kommer til syne i den praktiske hverdagen blant operasjonssykepleiere på forskjellig vis. Bak faglig skjønnsutvikling ligger ulike former for personlig innsats og engasjement. Det er forutsetninger som må være til stede for at faglig vekst skal skje. I forhold til problemstillingen, var det fire emner som de intervjuede til stadighet kom tilbake til og som er en rød tråd i datamaterialet slik jeg ser det. Hvordan det faglige skjønn viser seg og hvordan det utvikles vil jeg derfor belyse gjennom disse overskriftene:

1. Hvordan viser skjønnnet seg i operasjonssykepleien?
2. Utvikling av det faglige skjønn
3. Noen har noe spesielt ved seg
4. Skjønn og evidens

Temaene vil bli diskutert enkeltvis selv om de går noe i hverandre. Hvordan skjønnnet viser seg har med hvordan den enkelte utvikler, eller har utviklet sitt personlige skjønn.

5.1 Hvordan viser skjønnnet seg i operasjonssykepleien?

Datamaterialet som foreligger forteller om ”det som kan være annerledes”. Operasjonssykepleierne beskriver ulike situasjoner og viser til egen erfaring der skjønnnet hadde betydning for den handling som ble utført. En av respondentene viser til en akutt situasjon der hun selv ikke hadde erfaring nok til å handle utover prosedyrer og rammer som var innlært, men hvor hun observerte at den erfarne operasjonssykepleieren hun arbeidet sammen med klarte både det som hadde med prosedyrer og rutiner å gjøre, samtidig som hun så pasienten og tok seg av det mellommenneskelige. Denne beskrivelse fra hverdagslivet, synliggjør ulike kunnskapsnivå blant dem som arbeider, og dette kommer til uttrykk i handlingene. Vi har sett at Benner hevder at de ”nye” og uerfarne lærer seg prosedyrer og rutiner og arbeider innenfor dem, mens de erfarne ”stiller” inn sin handling ut fra den enkelte pasients behov (Benner 2000/1995). Å kunne ”skreddersy” sin sykepleie til den individuelle pasient, krever erfaring. Martinsen beskriver slike kontekster som situasjoner der tydingen i sykepleien viser seg. Det vil si hvordan en tolker og handler. Hun viser til det Løgstrup kaller de forenende motsetninger, for eksempel motsetningen mellom nærhet og distanse. Det faglige skjønnnet har i seg både nærhet og distanse. Med en følsom åpenhet overfor pasienten og situasjonen ser en appellen fra den andre. Distansen kommer til uttrykk ved at en bruker

faglighet til å handle på en faglig- og skjønnsmessig måte. Den sansende nærheten og den forstående fagligheten forenes i et klinisk skjønn. Slik kan sykepleier yte ”skreddersydd” omsorg. Her kommer skjønnnet inn. Martinsen viser, og det er også min erfaring, at de som sammenkobler det faglige og det mellommenneskelige nettopp gjør dette ved bruk av klinisk skjønn (Martinsen 1993). Dette tydeliggjøres når en operasjonssykepleier kan gi omsorg og informasjon til pasienten samtidig som hun ivaretar de akutte handlingsprosedyrer. Personer med et godt faglig skjønn vet når de er i de forenende motsetninger, og finner balansen mellom det teoretiske og det mellommenneskelige i de aktuelle situasjonene. Dette viser seg ofte på en operasjonsstue, der høyteknologi skal kombineres med omsorg, og begge typer kunnskap er nødvendig på en sammenflettende måte.

Skjønn viser seg i handlinger som har flere alternativer. God skjønnsutøvelse blir betegnet som god og riktig handling. Respondentene forteller at skjønnnet viser seg når en må gå utover det som er nedskrevet i prosedyrebøkene. Og livet er fullt av situasjoner som er unike og komplekse og som ikke lar seg prosedyrefeste eller foreskrive. Når målet er å redde liv, betyr ikke alltid ”veien” så mye. De valg som taes, må sees i sammenheng med målet, nemlig best mulig handling for pasienten. Datamaterialet viser at skjønnbruk kan redde liv. En hjertepasient som i full fart må opereres, kan miste livet hvis prosedyrer og regler skal følges. Dette er eksempler som viser at skjønnbruk må vinne fremfor regelbundne handlinger. Skal en kunne klare utfordringer som slike komplekse situasjoner krever, må en ha mer enn teoretisk viten. Handlingsklokskap er å se nye muligheter der situasjonen oppleves som umulig. Det er her Alvsvåg med referanse til Aristoteles, peker på oppfinnsomhet som en del av klokskapen. Klokskap uten oppfinnsomhet finnes ikke (Alvsvåg 1993). Også her vises skjønnbruk i handling, at oppfinnsomheten får plass i den gjeldende situasjon. Et eksempel på kreativitet i operasjonsavdelingen kan være at en klipper et merke i en lapp hver gang en skyller med væske i hjernen. Hver gang sprøyten er tom er det skylt med 20 cc. Aristoteles peker på to viktige punkt i klokskap, nemlig beslutning og overveielse. Han sier at beslutning er opp til oss, det har med de valg vi gjør, men den opptrer sammen med fornuft og tenkning, eller overveielse (Aristoteles 1999). Resultat av beslutning og overveielse er grader av god eller mindre god handling. Derfor blir handlingen bevisst, ved at man handler i tråd med det man mener er det beste i situasjonen. Men overveie kan man gjøre uten og komme til en bestemmelse (Aristoteles 1999). Derfor kan en si at overveielse og beslutning nesten er det samme, men i beslutningen ligger allerede valget. Molander sier det slik: ”Förståelsen, eller bristen på sådan är en viktig del av själva handlingen (Molander 2000/1993 s. 117). Valget

om handling har i seg forståelse og er viktig i den situasjonen operasjonssykepleierne ofte står overfor der tiden til overveielse er liten, og beslutninger må taes fort. Det er legene som har det medisinske ansvaret, men det er ofte sykepleierne som står "bed side" og må iverksette ulike handlinger raskt. Vi har et medansvar og vi har et sykepleiefaglig ansvar (Helsepersonell lov 2001, Rammeplan og forskrift 1999). Overveielse og besluttsomhet kan dermed vise seg livsviktig i mange sammenhenger.

Å bruke skjønn er å skjønne hva som skal gjøres i den enkelte situasjon. Vi har sett at dataene sier mye om det å "lese" situasjoner og handle i tråd med det operasjonssykepleiere leser. Det kan se ut som mange handler med erfaring selv i nye og ukjente situasjoner. Dette beskriver en av kirurgene klart da han opererte i et annet land, og den operasjonssykepleieren som assisterte ham forsto hva som skulle gjøres selv om hun aldri hadde vært med på denne type inngrep før. Hun hadde annen erfaring og kunnskap som ble overført til den nye situasjonen. Dette er situasjoner som de erfarne operasjonssykepleier handler intuitivt i. Det er det Martinsen kaller for innfall. Hun sier at innfallet kommer hurtig, men det ligger forberedelse og arbeid bak (Martinsen 2005). Slik jeg forstår Martinsen og de intervjuede, ligger det mye refleksjon og erfaring bak handlinger som utføres i forhold til innfall en får. Respondentene sier de legger lag på lag av kunnskap og erfaring i en situasjonsbestemt handlemåte, mens Martinsen sier at "innfallet hviler i og springer ut av inntrykket" (Martinsen 2005 s.74). Ut fra dette kan en trekke den slutning at de som handler intuitivt eller ut fra et innfall, ikke gjør dette tilfeldig. Bak slike handlinger ligger det erfaring og kunnskap som settes sammen på en unik og "skreddersydd" måte i de ulike kontekster.

Respondentene viser ofte til akutsituasjoner. Det er det mye av på en operasjonsavdeling, og tiden er en begrensende faktor, det kreves rask handling. Respondentene var klare på hva som måtte til i slike situasjoner. En nyutdannet var for eksempel tydelig på at hun måtte ha en erfaren med seg. De erfarne ønsket i utgangspunktet å ha med en på sitt eget nivå, men skulle de ha med en uerfaren, var det viktig at denne var lydhør for beskjeder og ikke fikk panikk. Dette får meg til å tenke på det å kjøre bil. Er det to erfarne sjåførere kan begge takle de situasjoner som skulle oppstå. Er den ene uerfaren, vil den som har erfaring, enten kjøre selv, eller tar styringen med hvordan den uerfarne skal kjøre. Og den uerfarne har alltid behov for å vite hva han skal gjøre hvis slik eller sånn oppstår. Å være forutseende i akutte situasjoner kan ikke en være som ikke har "kjørt før". Derfor viser det seg at teamsammensetningen er viktig. Selvsagt skal de uerfarne lære, men det finnes situasjoner der to erfarne bør håndtere det som

skal gjøres. "Vi trenger ikke å snakke" sa en av respondentene og refererte til en akutt situasjon der to erfarne arbeidet sammen. De har et språk seg imellom som de tyder. De stoler på hverandre. De forstår hverandres handlinger og er enige uten spesielle forklaringer. Benner kaller dette for maksimer, et "språk" der de som arbeider sammen gir hverandre kryptiske instruksjoner. Dette kan de bare hvis de begge har en dyp forståelse av den situasjonen som gjelder (Benner 2000/1995).

I noen situasjoner kan bruk av skjønn bli konfliktyllet. Dette kan slik de intervjuede uttaler være i situasjoner der operasjonssykepleiere reagerer på det kirurgene gjør eller har tenkt å gjøre. Dette er vanskelige situasjoner, skjønnet kan være avgjørende for resultatet. Et eksempel er den gravide kvinnen som ble meldt til operasjon, men som operasjonssykepleieren på grunn av sitt faglige skjønn mente måtte undersøkes ytterligere av en mer erfaren kirurg. Operasjonssykepleiere kan gi råd, men det er kirurgene som har det medisinske ansvaret til slutt. Også her gjelder helsepersonelloven. Dette er vanskelig sier informantene, men i noen situasjoner må operasjonssykepleierens skjønn avgjøre. Å bruke skjønn dreier seg ikke om å følge normer, regler og lover, der vi står overfor mangetydige situasjoner, men ut fra dømmekraft og ønske om det beste for pasienten, sette dette til side, og handle rett. Det kan vise seg at det å gå etter lovens eller prosedyrens bokstav, kan være et dårligere alternativ for pasienten, og da må den person som leser en slik situasjon gripe inn for at lovens eller prosedyrens ånd skal oppfylles, den kan ikke alltid oppfylles ved å være bokstavtro (Alvsvåg 2003). Dette er det Martinsen vil kalle oppriktighet og skjønn, og som hun påpeker er viktige bestanddeler i vår moralske praksis. Moralske vurderinger av situasjonen og profesjonelle handlinger peker mot et godt faglig og moralsk skjønn (Martinsen 1990). I slike situasjoner kommer også erfaringene til syne hos den enkelte operasjonssykepleier. En uerfaren vil ikke kunne bedømme situasjonene slik en erfaren operasjonssykepleier kan, for her er det snakk om kunnskap som knyttes opp mot overveielse og beslutning, og mot til å ha pasientens beste i sentrum, og vurdere muligheter og begrensninger.

For å avgjøre det trenger en kunnskaper, faglig innsikt og erfaring, slik at en i en kompleks enkeltsituasjon kan vurdere godt og riktig og finner de beste og riktige måtene å handle på. Samtidig som en er bundet til kunnskapen, må en ha en viss avstand til regler, lover og normer i denne kunnskapen, slik at skjønnet kan få rom i enkeltsituasjonen (Alvsvåg 2003 s. 76-77, norsk oversettelse).

Skjønn knyttes til personer med erfaring. Mitt datagrunnlag viser også det. De uerfarne tar ikke egne beslutninger, men tar kontakt med kollega, eller holder seg til de lover og

retningslinjer som foreligger. Skjønn uttrykkes på en helt annen måte hos erfarne enn hos uerfarne operasjonssykepleiere. Også Benner sier at det er først etter flere år at en sykepleier kan komme opp på et nivå der hun kan improvisere og iverksette rask og korrekt handling (Benner 2000/1995).

Å bruke skjønn viser seg i hvordan en møter et annet menneske, og hva en gjør i det møtet, forteller operasjonssykepleierne. Noen snakker om å se til at pasienten ligger bra, eller umiddelbart endre leiet hvis pasienten ikke har det så godt som det går an. Andre ser med en gang av det kroppsspråket pasienten har at her må det gripes inn på et eller annet slags vis. De gode operasjonssykepleierskjønnere skreddersyr det enkelte møte, slik at pasienten føler seg betydningsfull og verdsatt, og pasienten opplever at de er der for dem. Dette er i samme "ånd" som Martinsen belyser i boken "Øyet og Kallet", der den røde tråden ligger i å se og møte den enkelte også i de komplekse situasjoner. Å se med hjertet er å ville den andre vel, og svare på de tegn som pasienten uttrykker (Martinsen 2000). Denne type selvstendig handling er høyt prioritert hos de erfarne operasjonssykepleierne, mens det er et ønske om å bli slik blant de uerfarne. En av respondentene sa at hun gikk alltid inn og hilste på pasienten. Da så hun med en gang hva akkurat denne pasienten hadde behov for av henne som operasjonssykepleier. De uerfarne kunne ikke hevde slik "selvsikkerhet" i møte med pasienten. Benner påpeker også denne forskjellen i sin bok. Mine uerfarne informanter er bevisst på hvordan de vil bli, ikke minst i møter og læresituasjoner de har hatt med de erfarne og kloke operasjonssykepleierne. Her ligger noe av spiren til å bli en god skjønner.

Skjønn viser seg på mange ulike måter i datamaterialet. For noen er det ikke like lett å bruke et skjørt utviklet skjønn, mens for de erfarne er skjønnbruk en del av handlingsmønsteret. Skjønn viser seg i forhold til hvordan vi tar imot pasienter, hvordan vi møter den enkelte, men det faglige skjønn viser seg også i hvordan vi knytter faktakunnskap og det mellommenneskelige sammen. Å bruke skjønn, er å kunne teoretisk viten og prosedyrer, men på samme tid møte den enkelte pasients behov. I artikkelen "Nurse Are What Nurses do" er forfatteren opptatt av teoretisk viten som en del av den kunnskapen som er nødvendig i møte med pasienter. Hun sier at skal en kunne gi individuell sykepleie må faktakunnskaper være integrert i de mellommenneskelige møtene (Domino 2005). Dette er det samme som Martinsen sier når hun snakker om nødvendigheten av faglig viten: "Det kan bli til følsomhetens ufølsomhet når holdningen til pasienten ikke bæres oppe av solid faglig viten og kunnen. Uten fagkunnskap vil omtanken til pasienten bli til sentimental omsorg" (Martinsen

1990 s.63). En operasjonssykepleier med faglig skjønn mestrer å flette sammen viten til en skreddersydd handling der hele pasienten er ivaretatt ut fra et operasjonssykepleierperspektiv. Respondentene jeg snakket med beskriver situasjoner i pasientbehandlingen, der tiden styrer på en slik måte at skjønnsettes legges vekk og prosedyrer og regler er med på å styre arbeidsdagen. Dette oppleves vanskelig for mange operasjonssykepleiere fordi de ikke får gi individuell sykepleie, men er styrt av et "system" som igjen er styrt av penger. Når 10 pasienter skal gjennom et "behandlingsopplegg" pr. dag, blir det liten tid til den enkelte i forhold til personlig kontakt. Skjønnsettes blir til sidesatt. Respondentene ønsker at det faglige skjønnsettes skal være en del av det å gi operasjonssykepleie. Det "kommer så godt til syne når det mangler". Respondentene mener at skjønnsettes har noe med blikk og væremåte og gjøre, og det kommer til syne blant annet med hvordan de møter pasientene og kollegaer. Skjønnsettes er med å sette tone på den stemningen som råder, men det må være et ærlig og riktig skjønn som har de beste hensikter, og jeg vil si som Alvsvåg:

I en profesjonell sammenheng blir fagkunnskaper fundamentale for å forstå og skjønnsettes riktig, og for å kunne handle godt og riktig. Sansningen og forståelsen er vevet sammen. De lar seg ikke skille, selv om sansningen og forståelse hver for seg er forskjellig (Alvsvåg 2000 s. 23).

Slik mitt datagrunnlag fremstår, blir skjønnsettes en del av den gode faglige handlingen operasjonssykepleiere utfører. Skjønnsettes blir lagt merke til fordi man ikke setter spørsmål med de valgene som ble tatt, men man forstår at avgjørelser og handlinger som ble tatt var de beste. Noen ganger kommer mangel på skjønn tydelig frem. Det kan skyldes tidspress og et "system" som er styrt av penger. Man er ikke fornøyd. I ettertid kan man si at dette kunne hvert gjort på en annen og bedre måte. I en slik kritisk etterrefleksjon har et operasjonsteam muligheter til å forbedre den faglige praksisen i forhold til nye situasjoner. Heri ligger det et utviklingspotensial for det faglige skjønn. Molander skriver:

Reflektion innebär, som jag ser det, att ta ett steg tillbaka, för att se och tänka över sig själv och vad man gör, för att få perspektiv på en situation. Det man gör och den situation man befinner sig i skall "speglas" eller "reflekteras" för en själv. Man får då inte vara helt upptagen av handlingen (Molander 2000/1996 s. 143).

5.2 Utvikling av det faglige skjønn

I mitt datamateriale er det et skarpt skille mellom de uerfarne og de erfarne når det gjelder syn på utvikling av skjønn. De uerfarne er først og fremst innstilt på å lære prosedyrer og

sikkerhetshandlinger slik at de ikke ”gjør noe galt”. De er opptatt av å ikke skade pasienten, og av at de mester de ulike situasjoner. Dette er i tråd med det Benner sier om de nyutdannede som trenger regler å handle ut fra. Dette på grunn av mangel på erfaring, det gjør dem usmidige og begrensende i ulike handlingskontekster (Benner 2000/1995). Når Benner snakker om de 5 nivåer, er det først på nivå 3, når sykepleieren er kompetent, at en person kan handle og tolke. For å komme dit tar det 2-3 år i den ”samme” jobben. Dette viser at erfaring er nødvendig for skjønn, fordi skjønn ”vet” når regler må settes til side. Det vet ikke de nyutdannede og uerfarne. Når de erfarne respondentene ble spurt om hvordan de utviklet seg i starten, svarte de at de lærte seg regler og prosedyrer, og satte seg inn i mye teori for å ha det som støtte i arbeidet. Igjen en parallell til bilkjøring. Den uerfarne sjåfør ønsker å kjøre på en oversiktlig veg med markeringsstriper på begge kanter og autovern på sidene, slik at han kan være trygg i situasjonen. De erfarne kan kjøre på den smaleste veg, de tar det som kommer. De uerfarne operasjonssykepleierne var opptatt av å bli gode skjønnere. De så klart forskjellene på de som hadde et godt skjønn og de som ikke hadde det, og de ønsket de gode skjønnere som rollemodeller i sitt arbeid.

Når de erfarne ble spurt om hvordan de utviklet sitt faglige skjønn, var det mange fellestrekk. Et var at de var aktive i forhold til egen utvikling, et annet at det hadde tatt tid. For som en sa, ”kom igjen og jobb, Rom ble ikke bygget på en dag”. Hvor lang tid den enkelte trenger for å utvikle et faglig skjønn vil være individuelt. Skjønn og bruken av skjønn er personlig, og knyttet opp mot den enkelte, men alle trenger erfaring. Benner knytter utvikling til år, men hun sier også at det er individuelle forskjeller. Praksis er unik i forhold til faglig utvikling, fordi faglig skjønn utvikles i faglig praksis. Her viser hun til den begrensning læring kan få ved bare å sette seg inn i teorier, mens den praktiske hverdagen er kompleks og inneholder ”langt flere realiteter enn teorien alene kan romme” (Benner 2000/1995 s.47). Hun sier også at det er gjennom ”den kliniske dialogen med teorien den erfarne sykepleier utvikler sin praksis” (Benner 2000/1995 s.48). Sett i lys av dette kan en konkludere med at en aldri blir ferdig utlært, men at det blir som en hage som en alltid må stelle med og holde ved like. Det er en aktiv prosess, og en vet at det er forskjell på en nyplantet og en eldre hage. I den nyplantede hagen er det ”glissent” mellom busker og planter, mens i en eldre hage har plantene vokst nær hverandre. I begge tilfeller må ugress og villnis lukes vekk. Det tar tid, men slik vi beundrer en flott hage, beundres også de operasjonssykepleiere som har utviklet et godt faglig skjønn og som fremstår som blomstrende fagpersoner. Det ligger mye arbeid bak det de viser av kunnskap og klokskap.

De intervjuede sier at å ”blomstre” som operasjonssykepleiere har noe med interesse for faget å gjøre. Både de intervjuede og de teoretikerne som blir referert viser til at interesse og personlig engasjement er nødvendig i forhold til utvikling av faglig skjønn. Selv om ikke alle visste hva de gikk til når de søkte operasjonssykepleierutdanningen, hadde de en formening om at dette var noe som kunne interessere dem. Senere var det interessen for faget og å videreutvikle både faget og seg selv som sto sentralt. Og som de uttrykte det: ”Denne interessen må være tilstede hele tiden som en pådriver til vekst”.

Molander har tre punkter (1. Øving og trening, 2. Diskusjoner om teknikk, refleksjoner rundt dette, og 3. den personlige inntreden i tradisjonen se Teorikap.) som han ser som betydningsfulle for utviklingen i et fag, der refleksjon er et av disse punktene. De to andre er øvelse og trening og personlig inntreden i fagtradisjonen. ”Kunnskap i handling” har en rød tråd, nemlig at kunnskap er en form for oppmerksomhet, og dette må det reflekteres over (Molander 2000/1993). Samtlige av mine respondenter var opptatt av refleksjon for å komme videre i sin utvikling. Refleksjon skjer enkeltvis, men en må også reflektere sammen med andre. Ikke minst er dette viktig for de nyutdannede. Å diskutere hendelser og situasjoner kan være med på å videreutvikle innsikten. De erfarne var også opptatt av refleksjon, og så på det som en av grunnene til at de var kommet dit de var. Martinsen skriver at det å fortelle om sine opplevelser og tenke over dem, gjør at en får en avstand til dem som gjør det lettere å se hva som skjedde og lære av dette. ”Det fortalte gir stoff til ettertanke. Da utkrystalliseres erfaringer” (Martinsen 2005 s.66). Det er gjennom fortellinger og refleksjoner en lærer av de erfaringer en gjør eller andre gjør. Dette er med på å ”justere” den utviklingsveien en går på, enten ved at en fortsetter på det samme sporet, eller ved at en endrer på kursen. Å reflektere eller å undre seg er en langsom prosess, det gir rom for ettertanke. Fortellingene blir ettertankens mellomledd mellom erfaringer og opplevelser (Martinsen 2005 s.67). Dette samstemmer med det respondentene uttrykker. De erfarne hevder at en alltid må reflektere kritisk over det en gjør, ja også over det andre gjør. I dette ligger bruk av skjønn, for skal en lytte til sitt skjønn, må en kunne reflektere over det som blir gjort, eller ikke gjort, og så sette i verk handling. De nyutdannede ønsker å reflektere/diskutere med de erfarne, både for å utvikle seg, men også få bekreftelse på det de gjør. De ønsker å forandre kursen hvis de erfarne har bedre argumenter. Å bruke skjønn, er å kontinuerlig reflektere. Skjønn er mer en refleksjon, men refleksjon finnes i skjønnnet. Dermed kan en si at de som ikke reflekterer i forhold til sitt fag, heller ikke er en skjønner i sitt fag. Dette går hånd i hånd i utviklingen av det faglige skjønn. Slik jeg

forstår Molander og operasjonssykepleierne i min empiri, ligger ”hemmeligheten” til økt kunnskap og skjønnsbruk i å være søkende mot og reflektert i det som skjer i situasjoner der det er behov for det. Molander knytter dette til den hermeneutiske sirkel og sier:

Den kunniga praktikerens kunnskap-i-handling karaktäriseras av reflektion-i-handling, vilket inte betyder att hon alltid reflekterar men att hon har en beredskap för det. Reflektionen ingår då i kunskapen-i-handling och modifierar den samtidig. Det är en cirkel-eller spiralrörelse mellan del och helhet (Molander 2000/1996 s. 139).

Operasjonssykepleiere etterlyser de erfarne i studentenes opplæring. De nyutdannede og informantene sier noe om at de erfarne må være læremestere. Benner understreker at det er viktig at vi får skrevet ned det som disse erfarne har av kunnskap. Det skrevne ord har stor betydning for utviklingen av et fag. Det ligger kunnskap i fagtekster, og disse tekstene må komme andre til gode. Martinsen sier at ”I lesingen skjærer tekstens og leserens verdener hverandre. Det er i skjæringspunktet mellom leserens og fortellingens verden at nye innsikter unnfanges” (Martinsen 2005 s. 76). Kunnskap må søkes der kunnskap er å finne. På en arbeidsplass er det i samvær med kollegaer, i faglige diskusjoner der hendelser blir fortalt og reflektert over. Tekster som kan leses har en utfyllende måte å komme læring i møte på. Martinsen viser til Ricoeur som sier at ”teksten tar talens plass, når det som blir sagt, nå blir sagt av teksten. Der viktige som hender, er at tekstens referanse, det den er om, åpner seg. Den er ikke lukket om seg selv (Martinsen 2005 s. 77). Å utvikle seg skjer også gjennom faglige tekster, noe også respondentene uttrykker at de ønsker mer tid til, for de mener at det ligger kunnskap i å lese.

Innlæring av et fag har i seg kunnskaper av ulikt slag, noen mer eksakte enn andre. Vanligvis er de eksakte kunnskapene det som Aristoteles benevnte ”det som ikke kan være annerledes”. Dette tar også tid å lære, men denne type kunnskap kan en lese seg til, for eksempel fysiologi, farmakologi og sykdomslære. Skal skjønnet utvikle seg må slik innsikt læres. De uerfarne respondentene er opptatt av dette, mens hos de erfarne er dette en selvfølge, og denne type kunnskap er vevd inn i deres handlingsrepertoar, og de har erfart at selv om teoretiske kunnskaper kan beskrives i teksten, kan de uttrykke seg på ulike måter hos ulike pasienter. Det er viktig å se disse forskjellene. Her skiller de uerfarne seg fra de erfarne ved at de i stor grad er opptatt av å lære inn teoretisk viten løsrevet fra de konkrete sammenhenger. Det trenger ikke være en motsetning, de har bare ikke kommet så langt på vegen i forhold til et helhetlig kunnskapsbilde, der teori i praksis utgjør et komplekst mangfold.

Den faglærte yrkesutøver vil også ha med seg sitt fags regler, prosedyrer og faktakunnskap i skjønnet. Men reglene og prosedyrene danner ikke noe system, og bare ut fra erfaringer kan vi anvende dem riktig (Martinsen 2005 s. 148).

Med denne påstanden hevder Martinsen at eksakte kunnskaper er en forutsetning i de ulike yrker, og at erfaring er viktig for å kunne anvende dem riktig. Når vi selv er "pasienter" enten hos en tannlege eller en lege og skal igjennom en eller annen behandling, så etterspør vi sjelden hans teoretiske viten, men vi er interessert i om vedkommende har "gjort dette før". Vi etterspør erfaring som inneholder alle typer kunnskaper. Min erfaring i møte med pasienter er at de lurer på om den som skal gjøre slik eller sånn har erfaring med arbeidet. Ofte er det snakk om det enkelte fags spesialitet. Erfaring gir det som gjerne betegnes som "tause Kunnskap".

Både Molander og Martinsen snakker om det gode håndlaget og de gode holdninger i et og samme bilde. Dette er noe som kjennetegner en faggruppe som for eksempel operasjonssykepleiere. Denne type kunnskap kaller Molander ferdighetskunnskap og fortrolighetskunnskap. Innlæring av denne type "kunnen" kan ikke skje i klasserommet, men i det konkrete miljøet. Han understreker øvelse som grunnlag for utvikling. Øvelse er å gjøre ting mange ganger. Dette hjelper på ferdighetskunnskapen spesielt, men øvelser kombinert med refleksjon bidrar i utvikling av fortrolighetskunnskap også (Molander 2000/1996). Noe av den tause kunnskapen innlæres i miljøet der denne type kunnskap anvendes. Det skjer ved at en imiterer andre eller prøver ut andres gjøremåter på en måte som er tilpasset en selv. Molander viser til et eksempel der en musiker lærer en elev. I starten vil musikeren at eleven skal innlære alle grep på hans måte. Når han er "ferdig utlært" kan han selv improvisere (Molander 2000/1996). I dette ser jeg en hemmelighet i forhold til utvikling av operasjonssykepleiefaget. Først skal en lære noen viktige håndgrep for å kunne mestre det vanlige, men så skal en kunne utvikle sitt ferdighetsnivå i forhold til den fortrolighetskunnskapen som en etter hvert tilegner seg. Jeg tror at vekslingen mellom de ulike kunnskapsformene kan utvikle den "tause kunnskap", ikke for at noe skal bli mer taust, men for at kvaliteten skal bli bedre. Dette opplever jeg er sentralt i mye av mitt datagrunnlag. Noen, selv etter 20 år, ønsker å utvikle sitt kvalitative repertoar. Men da må en fortsette å være i det faglige miljøet, være engasjert og reflektert, og sammen med andre ha utvikling som mål. En av grunnene til at de nyutdannede ønsker å "gå med de erfarne" kan nettopp

være å utvikle kunnen og fagidentitet. Det er denne type kunnskap de etterspør. De må få ta utfordringene, repetere og reflektere og være aktive. Ingenting kommer av seg selv.

I sykepleiens historie har mye av opplæringen skjedd i én mester – elev – situasjon. Slik også i opplæring av operasjonssykepleiere. De nyutdannede operasjonssykepleiere etterspør også dette. Martinsen beskriver det personlige engasjementet som var mellom sykepleier og elev. Utviklingen var ikke bare faglig, men også personlig. De lærte om skjønnet som skulle brukes konstruktivt. Det vil si at de måtte reflektere over regler og prosedyrer fordi den viktigste diskusjonen for dem var den konkrete pleien, eller hvordan yte pasienten den beste hjelp (Martinsen 2005). Kanskje skal vi i enda større grad bygge opp vår kompetanse på operasjonsstua ved at vi har et mester-elevforhold som de uerfarne operasjonssykepleiere etterspør. En av informantene ønsket at noen av disse mestere fikk ha ansvar for utviklingen til studentene. Jeg forsto det slik at de kunnskapene de innehar er tause, men kan læres bort, og de er essensielle i vårt virke. De erfarne innehar kvaliteter og ”hemmeligheter” som vi må gjøre mest mulig synbare. For å videreutvikle faget må mestere også være sammen, de får ikke den samme utviklingen ved å hele tiden skulle være mester i forhold til studenter. Mesteren trenger også en mester. Flere av respondentene etterspør et fagforum på arbeidsplassen der det er mulighet for denne type samhandling som kan gi faglig vekst. Det trengs fellessammenkomster til samtaler og diskusjoner og det kan gjøres noe med, hvem en går sammen med. Dette kan være med på å utvikle språket. Det handler om å ”få et språk som tilhører virksomheten” (Molander 2000/1996 s. 13). Det er i slike situasjoner at en bidrar til å skape profesjonell identitet (Molander 2000/1996). Har man språket, har man også større forståelse og utviklingsmuligheter som også er et mål. Det gjelder å være med i en utviklingsspiral.

5.3 ”Noen operasjonssykepleiere har noe spesielt ved seg”

Samtlige av de intervjuede kommenterte at det var noen som skilte seg ut både i positiv og negativ forstand, men det ble fokusert på dem som utmerket seg positivt, altså som gode skjønnere. Både operasjonssykepleiere og kirurger bemerket at det var forskjell, og dette er godt synlig, hevdet de. Flere av respondentene ble også av andre, blant annet av de som valgte dem ut til å være med i mitt prosjekt, betegnet som spesielt faglig dyktige. Under intervjuet var jeg oppmerksom på hva disse svarte når det gjaldt egen utvikling. De ble alle spurt om hvorfor de var blitt slik de var blitt. Samtlige var interessert i faget. Det var denne

interessen som gjorde at de ville bli gode. Dette er det Molander mener med å bli god. Det er en forskjell mellom det å være god og det å ville bli bedre. En må jobbe med den saken hele tiden, og dersom noe ikke lykkes, ligger spenningen i å gjøre det bedre neste gang (Molander 2000/1996). Kunnskap sier han, er oppmerksomhet som er rettet mot kontinuerlig vekst og læring.

Flere av respondentene var inne på å ta den utfordring som de møter på i utøvelsen av yrket. Det vil si at de for eksempel må handle i forhold til det blikket pasienten uttrykker og som operasjonssykepleieren ser, en må sette seg inn i den teoretiske kunnskap som en mangler, og en må lære seg de ferdigheter og utvikle den fortrolighetskunnskap som skal til. Men først av alt må en vise beslutsomhet. En må ikke bare vurdere, men en må handle, også i forhold til egen væremåte. Aristoteles peker på dette som viktig i forhold til de beste løsningene. Han hevder at beslutsomhet er noe som skal aktes, men det er mange som tross viten tar andre beslutninger. Noe av grunnen til at enkelte blir å regne som ”bedre” enn andre er deres engasjement for det Aristoteles (1999) kaller det godeste gode. Det at du vil gjøre ditt beste, og at det er det som er ditt mål. Og så viser det seg i ettertid at de valgene de tok, var de beste. Det kommer til syne når målet er nådd.

Aristoteles sier at vi må se på de ”kloke” hvordan de handler, vi må lære av dem. Han sier samtidig at det er noen som ikke er like kloke. Aristoteles bruker ordet klokskap knyttet til handling, og i den ligger skjønn. Han sier det er en handlingsorientert holdning (Aristoteles 1999 s. 115). Datamaterialet viser at denne forskjellen i handling er synlig i avdelingene. Det er kvalitetsforskjell på operasjonssykepleie til den enkelte pasient, og disse kvalitetsforskjellene er påvirket av det skjønn som er til stede eller mangler. Operasjonssykepleie er blant de ”ting” som kan være annerledes, og ikke alle kommer opp på ”det høyeste nivå”. Benner sier at det som kjennetegner en ekspert er at eksperten ser hva som er mulig. Dette skiller den kompetente sykepleier fra de kyndige og fra ekspertene. Hun sier også at ”ikke alle evner å bli eksperter” (Benner 2000/1995 s. 47, oversatt fra dansk). Noen ganger kan de rette personene være livreddende for den enkelte pasient. Det er skremmende, men en realitet. Alle har vært nye, også ekspertene, og livet er ikke slik at bare de erfarne til enhver tid kan være til stede. Alle skal få muligheten til å utvikle seg. Læring skjer gjennom handling (Molander 2000/1996), den handling som utføres. En kan ikke slippe de uerfarne til i alle typer situasjoner. Hvis livet står på spill må utvelgelsen ha et klart mål, nemlig at det beste blir gjort. Dette betyr ikke at de uerfarne ikke skal være med, men at de må ha en

passende rolle i teamet. I øyeblikkelig-hjelpssituasjoner er det ofte hektisk og kritisk på alle plan. I hverdagen, på dagtid, blir operasjonsteamene satt sammen på en måte som ”passer” til de utfordringene som forventes. Dette er skjønnbruk i forhold til den enkelte situasjon, men også i forhold til egen utvikling. Ut fra empirien har det ”kostet” samtlige respondenter å bli det de til nå har blitt. Det er ingen lett vei, de har bevisst jobbet på alle nivå for å nå det som Aristoteles benevner det godeste gode. De har gjort feil og erfart andres feil, og lært av disse.

En av respondentene brukte en scenemetafor i forhold til hvordan hun opplevde det å være operasjonssykepleier. ”Du står på en scene hver dag. Det er bare hovedroller, og du blir bedømt etter hvordan du tolker rollen”. En blir bedømt og en bedømmer selv andre. Fra hverdagslivet bedømmes skuespillere ulikt. Vi har forskjellig smak, noen liker den og noen liker den, men det er noen få som blir bedømt som ”enere”. De er i en klasse for seg. De er kreative og kan improvisere, og de utfører de ”vanskeligste” roller på en glimrende måte. Kanskje var det dette han mente kirurgen som sa at ”she is the very best”, eller han som kom til et østeuropeisk land, og den operasjonssykepleieren forsto og handlet rett uten noen gang å ha vært med på det samme før. Benner sier det, og mitt datamateriale viser det også, det er noen som skiller seg ut.

5.4 Skjønn og evidens

Evidensbasert praksis er et fenomen som har vokst frem de siste årene (10 - 13 år), og har blitt en verdensomspennende bevegelse. Det startet innenfor medisin, evidensbasert medisin, men har vunnet innpass i de fleste helsefagene. Intensjonen er at de vurderinger og handlinger som skal gjøres i praksis i større grad skal være basert på ”sikker” kunnskap. Det vil si kunnskap som er utviklet gjennom forskning, fortrinnsvis slik biomedisinsk vitenskap er utviklet. Dette er i hovedsak objektive studier der kriterier for forskning er utviklet for at studiene skal være tilbasset internasjonale databaser, som igjen bygger på den såkalte ”gullstandard” (Ekeli 2002 s.3). I følge Martinsen er evidensbegrepet mangfoldig. Hun viser til den finske sykepleierforskeren Katie Eriksson. ”Rent språklig betyr evidens å se og å innse, ordet er beslektet med å vite, som igjen kan bety å se til, kjenne, erfare og ut fra dette få en åpenbar visshet om noe” (Martinsen 2005 s. 52). Når det skal forskes på faglig skjønn, kan noen komme til å tenke at den type skjønn ikke hører med i den evidente forskning, fordi det ikke er ”sikker” kunnskap i forhold til tallenes tale. Med mitt datamateriale håper jeg å kunne formidle det faglige skjønn som evident, ved at skjønnnet viser seg som noe vi kan ”se”, ”innse”, ”erfare” og få ”visshet” om.

I en fersk artikkel beskriver Boge og Martinsen hvordan begrepet og forskning benevnt "evidens" er knyttet til medisinsk praksis. Evidensbasert forskning har på kort tid fått gjennomslag i de medisinske og de sykepleierfaglige miljøene, og er nå et satsningsområde internasjonalt (Boge & Martinsen 2005). Evidensbasert- eller kunnskapsbasert forskning som det også benevnes er lett å "kjøpe". Sykdommer og ulike behandlinger får prislapper avhengig av resultater, tidsbruk etc. Dette kan medføre, og medfører allerede at myndigheter prioriterer penger til de som kan vise til sikre prislapper på tjenester og behandlinger. Dette medfører et hierarki av kunnskap mellom dem som har "evidente" sykdommer og dem som ikke har det (Boge & Martinsen 2005). Kronisk syke, pleietrengende og døende er eksempler på ikke evidente sykdommer. Dette er pasienter som ikke er arbeidsføre og som ikke lenger vil yte penger til statskassen. En "sykemeldt" pasient som kan komme tilbake til arbeid etter en operasjon, kan dermed være aktuell å satse på. På en operasjonsstue kan dette også vise seg ved at de evidente forskningsresultater bestemmer tidsbruk på det enkelte inngrep, og hvilke type inngrep som skal prioriteres, og ikke minst hvilke pasientgrupper som skal prioriteres. Det snakkes ikke lenger om en pasient som skal få hofteprotese, men om hofteproteseoperasjonen. Tid til pleie og omsorg blir dermed nedprioritert, da det rent tekniske og det kostnadmessige ved operasjonen styrer tidsbruk og handling. Slik jeg ser det er kunnskap og evidens mer enn det som kan måles. All type viten som kommer pasienten til gode bør sidestilles, forskes på og utvikles, ikke mist den kunnskap som ligger bak faglig skjønn.

Min empiri viser at respondentene har mye kunnskap. Denne kunnskapen er ingen tilfeldighet, og de handlinger operasjonssykepleierne utfører er i høy grad kunnskapsbasert. Men denne kunnskapen er av en annen type enn den såkalte evidensbaserte. Jeg vil dvele litt ved dette. Vi hører ofte snakk om "praksisyrker" eller "bare praksis" som om det er noe mindreverdige i forhold til teoretisk kunnskap. Alle profesjonelle yrker er yrker der erfaring spiller en avgjørende rolle. Her blir alle kunnskapstyper benyttet i forhold til konkrete situasjoner. En situasjon danner forbindelse til neste. Dette er ikke til kritikk for naturvitenskapen, men i et høgteknologisk miljø som en operasjonsavdeling er, er vi avhengig av flere kunnskapsformer. Empirien viser også det. Vi er helt avhengig av den naturvitenskapelige vitenskapen, men vi er også helt avhengig av humanvitenskapen. Dette vil jeg forklare på følgende måte: Når det oppstår en akutt situasjon, for eksempel at en mann plutselig har falt om på arbeidsplassen, er gjerne den eneste opplysningen til

operasjonsavdelingen at mannen er tidligere hjerteventiloperert. Pasienten blir kjørt rett til operasjonsavdelingen der det forventes rask behandling. Alle involverte blir tilkalt, men anestesisykepleier, operasjonssykepleier og anestesilege er de første på stedet og starter hurtigforberedelse av operasjon. Ved en slik operasjon bruker en vanligvis en time til forberedelser. I en akutt situasjon blir denne tiden redusert til mellom 5 til 10 minutter. Hvorfor? For å redde denne mannens liv, eller prøve å gjøre det. For å få dette til må ”de rette” personene være med. Her trengs det kunnskap på et høyt nivå satt ut i praktisk handling. Dette er kunnskap i skjønnbruk, beslutning og handling, men også i naturvitenskapelig faktakunnskap. Her må en vite hva som skal gjøres først, hva så, og hva kan vente. Men en kan ikke bare vite dette, en må kunne utføre dette i rett rekkefølge og i rett tid. Her teller sekunder. Etter en slik situasjon der alle arbeider, får en sin ”lønn” ved at pasienten overlever. I slike situasjoner er det handlingskompetansen som blir bedømt, det var den som var med på å redde liv. I slike situasjoner er bruk av skjønn livreddende. Bedømming og handling ut fra den kontekstuelle situasjon. Det kan være mange likhetstrekk med andre situasjoner, men det går ikke an å lage en prosedyre på denne som vil passe for en tilsvarende ny situasjon. Det er mange slike situasjoner som er gjenkjennbare på en operasjonsstue. Skjønnen blir brukt i varierende grad, men når det er av høy faglig karakter kan det også være livreddende. Lag på lag av kunnskap blir lagt sammen på en unik måte og ender i akkurat slike rette handlinger. Dette gjelder selvsagt ikke bare operasjonssykepleierne. Og en kan også tenke seg situasjoner der skjønn ikke er tilstede. Det kan være gode prosedyrer på øyeblikkelig hjelp, og det skal det være, men når prosedyrene ikke kan gi det beste resultat, må skjønnen brukes, både ved å ta beslutning, men også ved å handle. Alvsvåg skriver i en artikkel at denne type profesjonell kunnskap og erfaring er bygd opp og gir en bred forståelse og fleksibilitet hos de som innehar denne kunnskapen i pasientsituasjoner (Alvsvåg 2005). Historien over kan være med å belyse situasjoner med handlingskompleksitet. Slik jeg ser det kan slike narrative ”situasjonsbilder” gjøres til en viktig del av evidensforskningen. Da må evidens som begrep utvides og føres tilbake til en videre betydning. De erfarnes fortellinger om situasjoner og deres begrunnelse for handling kan synliggjøres. Handlingene vil tale for seg selv, og vi trenger ikke å overtale fordi vi overbeviser gjennom fortellinger. Jeg vil også uttrykke meg med Martinsen som sier:

Fortellingen er en slik undringens og ettertenksomhetens omvei der en kan komme på sporet av fellesmenneskelige, grunnleggende erfaringer, og forstå noe av det evidente ved den verden en bebor (Martinsen 2005 s. 82).

Evidens er et mangfoldig begrep som har mange betydninger, men som i dag i stor grad er knyttet opp mot den naturvitenskapelige forskningen. Evidens har imidlertid en videre betydning. Evidens, som betyr å innse, er beslektet med ordet å vite, ”som igjen kan bety å se til, kjenne eller erfare, og ut fra dette få en åpenbar visshet om noe” (Martinsen 2005 s.52). Martinsen sier videre at evidens er å ”gjøre noe synlig som er hevet over tvil” (Martinsen 2005 s.52). Disse ordforklaringer av evidens, viser at den type kunnskap som operasjonssykepleiere som utøver et godt skjønn i komplekse situasjoner har, er evident kunnskap. Respondentene har erfaring, og de har mange typer kunnskap som er vevd sammen på en unik måte. Benner snakker om et ekspertnivå. De som innehar dette har kvaliteter som er bygget på ulike kunnskaper og erfaringer, og som viser dette i kompliserte situasjoner der mange andre uten slike kvaliteter ikke ser løsninger. Nettopp fordi praksis er så komplisert, viser ekspertene sitt nivå, ved at det lager ”veier der det ikke er veier”, og når det ønskede mål (Benner 2000/1995). Dette er noe av det Molander kaller den tause kunnskapen, og som Benner mener vi må prøve å gjøre mindre taus. Den teoretiske kunnskapen som brukes, er lett å fremlegge, men alt det erfaringsmessige er langt vanskeligere å forklare med ord, men det kan vises i handling og gjerne i fortelling. Her er det viktig å få ekspertene i tale sier Benner, slik at en kan synliggjøre, styrke og anerkjenne ekspertisen (Benner 2000/1995). Vi snakker om evident forskning. Jeg vil hevde at erfarne operasjonssykepleiere som har et høyt faglig nivå kan kalles evidente eller kunnskapsbaserte operasjonssykepleiere. Evidens blir i dag ”oversatt” til kunnskapsbasert, Jeg mener at den empirien som foreligger om det faglige skjønn kan nyttes som evidentbasert forskning. Da forstått i den vide betydning av ordet, at noe kan gjøres synlig, utvilsomt og åpenbart. Her vil fortellinger og erfaringer om skjønn kunne tjene som ”bevis”.

Skjønn og kunnskap hører sammen. Et godt faglig skjønn er evident. Språket vi uttrykker, formidler kunnskap. Evidens sier Martinsen, er ”som å innse, kjenne og vite at det må være slik, fordrer at vi kan vise det” (Martinsen 2005 s. 115). Dette kommer dermed til uttrykk hos personer som handler klokt og riktig i en situasjon, og i ettertid kan ”stå inne for” de avgjørelser eller de handlinger de utførte. Et godt skjønn kan dermed ”dokumenteres” som evident. Dette står i kontrast med den måten ordet evidens blir brukt på i dag, der ”målbare” resultater ligger til grunn, og kunnskap som ikke kan måles har mye mindre verdi. Slik Martinsen antyder, kan det som bygger på skjønn og fronesis også dokumenteres, ikke med tall og statistikker, men i handling og gjennom fortellinger (Martinsen 2005). I dag er kunnskap rangert i et hierarkisk system, der den evidensbaserte kunnskapen som blir gjort

målbar, blir sett på som den viktigste og den beste, mens den evidensbaserte humanistiske kunnskapen, som ofte handler om sykdom og lidelse får lavere prioritet og lavere status. Å handle riktig i forhold til sykdommen, personen som lider og den pårørende som lider, blir rangert som mindre verdifull. Dermed blir behandlingsmetoder, som har kvantifiserbare mål som resultat, rangert høyere enn den behandling som gjelder pleie av sykdom og lidelse. Erfaringsbasert forskning rangeres i dag innenfor den snevre evidensbaserte forskningen på det laveste nivå (Martinsen og Boge 2004). Aristoteles fronesis med klokskap, erfaring og skjønn har liten verdi. For han var fronesis verdifull og viktigst, fordi det har med de rette handlinger og de rette holdninger å gjøre (Aristoteles 1999).

I møte med operasjonspasienten utfordres den enkelte operasjonssykepleier. I disse møtene er det mye som kan være annerledes, og i måten dette løses på synliggjøres skjønn eller mangel på skjønn. Noen av respondentene uttrykte uro i forhold til det tidspresst som de blir utsatt for. Dette er en begrensning for dem i møte med operasjonspasienten. Mange poliklinikker er bygd opp etter det prinsippet at det skal opereres flest mulig pasienter på kortest mulig tid. Dette er effektiviserende og samfunnsøkonomisk besparende. Dette skal også være gjeldende på de vanlige operasjonsstuene, da det er det økonomiske som styrer også her. En av respondentene opplever dette som en stor fare. Hun sier at denne travelheten endrer sykepleien. Hun gjør det "hun skal, men skjønn uteblir". Det som særpreger skjønn, er nettopp det at en skjønner hva som skjer i de ulike praksiser. Dette kolliderer med det naturvitenskapelige der diagnosebehandling og det enkelte møte blir priset til en fast sum. Innen for denne prisen, som skal ha et eksakt tidsintervall, skal faste prosedyrer utføres. Dette er opplysninger som sykepleiere får av lederne på helseforetakene, og som flere av respondentene uttrykker bekymring i forhold til. Dette er virkeligheten i dagens helsevesen, der vi på operasjonsavdelingen er vitne til at stoppeklokke blir brukt for å fastsette bruk av tid på ulike prosedyrer. Det blir ikke rom for skjønn når slike forhold råder. Dette blir beskrevet av respondentene som mangel på skjønn. Skjønn, sier Martinsen, trenger rom, eller distanse, i forhold til å skjønne og tolke, slik at en får en "rasjonell argumentasjon for det som skal skjønn" (Martinsen 2005 s.91). Det samme trenger refleksjonen: "Reflectionen förutsätter en överblick, ett relativt lugn utan omedelbar handlingspress – det skal finnas ett "avstånd" till det som härnäst skal göras" (Molander 2000/1996 s. 144). Dette er en utfordring for alle som arbeider med pasienter i dag. Har vi lov til å være tause og la oss styre av rammer som skyver skjønn og refleksjon ut fra profesjonell praksis? Min opplevelse er at forskningen som utføres i dag ikke sidestiller forskjell på skjønn som evident i forhold til annen mer tradisjonell

evidensbasert forskning. Forskning på skjønn kan ikke på noen måte gi målbare resultater i kroner og ører, men det vil kanskje, slik flere respondenter fremhever, vise betydning av god pleie/operasjonssykepleie. Kanskje kan det vise seg på lengre sikt at dette ikke er så uøkonomisk. Forskningen blir nå sett i forhold til det som er økonomisk besparende for samfunnet og ikke hva som er til pasientens beste. Forskning blir et mål på god praksis. Tor-Johan Ekeland sier det slik:

Den evidensbaserte bølgen representerer derfor noe nytt, og det nye er ikke empirisk forskning på praksis. Det nye er empirisk kontroll av praksis, en intensivt empirisme med prediktorforskning i framsete (i Martinsen 2005 s.92).

I et slikt samfunn blir det ikke plass til det subjektive, det kliniske skjønn, eller de erfaringer og eksempler som er med på å legge lag på lag av kunnskap slik at en kan møte den enkelte pasient på en slik måte at han føler seg ivaretatt også som menneske i en høgteknologisk sfære. Gjennom egen empiri mener jeg å kunne vise at den kunnskap disse operasjonssykepleiere innehar, er av så stor kvalitet, og har så stor verdi, at den på alle måter må sidestilles med all annen forskning. Erfaringsbasert kunnskap er av uvurderlig nytte når den enkelte skal utvikle handlingsberedskap og handlingsklokskap. Å lese faglige artikler er nyttig, men det gir ikke alltid svar på de problemer operasjonssykepleiere møter i praksis. Derfor er det viktig at syn på praksis og erfaringsbasert praksis ikke reduseres til fordel for ”evidensbasert” forskning (Martinsen 2005). Slik de enkelte sykehus styres i dag, er produktivitet, økonomi og kostnadskontroll begrunnelse for de avgjørelser som blir tatt og for de handlinger som blir utført. Valgene man tar i forhold til egen arbeidssituasjon, kan lett bli slik at man tilpasser seg de rådende forhold. Ikke alle orker å kjempe, men som respondentene sa, vi har et fundament i vår sykepleieutdanning der noe av intensjonen er å møte mennesket der det er. De må vi ikke glemme i all teknikken. Nå kan spørsmålet bli om vi i det hele tatt blir tatt på alvor når vi sier at vi vil møte den enkelte som et subjekt. I dette tror jeg noe av utfordringen vår ligger i dag, for vårt faglige omdømme og vår kommende eksistens. Hvis vi bare skal gjøre slike ting som ikke kan være annerledes, blir utfordringene på et helt annet nivå. I lengden vil opplæring i prosedyrer og regler undergrave faget og en profesjonell yrkesutøvelse. ”Hvem som helst” kan lære å følge regler. Derfor må vi kreve vår eksistens, begrunne våre handlinger og vise våre resultater på en slik måte at denne type kvalitativ forskning ikke blir nedprioritert. Vi som ser og kjenner hvilken verdifull kunnskap som ligger i erfaring, vi må kjempe for pasientene, vår faggruppe og for samfunnet. Dette er også en kamp for pasientene, som er den svakeste part. De trenger å bli behandlet likeverdig, men individuelt. Dette er Martinsen en budbringer for. Hun er opptatt av den enkelte, men på en

kollektiv måte. Hun ser enkeltmenneske i samfunnet. Dette i kontrast til det budsjetteringssystem som rå i helsevesenet, der pengene følger den enkelte diagnose og ikke den enkeltes behov. Dermed kommer noen sykdommer mye bedre økonomisk ut enn andre sykdommer. Pasienter ”med høy evidens” gir sykehuset mer penger enn pasienter med ”lav evidens”. Dette kan også medføre at folk søker seg arbeid der det er mest penger, og vi kommer inn i en ond sirkel. I følge Bergens Tidende 3. mai 2005 er det svært få som vil forske på eldre. Dette står i skarp kontrast til økningen i antall eldre. Noe av Martinsens kritikk av hjelpeapparatet viser seg nettopp her, ved at det blir ulik fordeling av goder som hun mener alle skal ha krav på. Hennes omsorgsteori er relevant for alle typer pasienter som på grunn av sin sykdom eller sin situasjon trenger hjelp. Respondentene er opptatt av at skjønnnet skal få dominere en pasientsituasjon. Som en sa: ”Jeg vet akkurat hva som skal til for at en situasjon skal bli god”. Hvis skjønnnet skal nedprioriteres, tror jeg ikke ”deigen vil få samme konsistens” og ”baksten”, våre handlinger, vil ikke lenger være av samme kvalitet. Derfor må vi, som Martinsen hevder, ha holdninger som er individuelle på en kollektiv måte. Vi må kunne gi operasjonssykepleie av høy kvalitet enten det er til en hjertepasient eller en leddgiktspasient. Solidariteten vår må være hos den enkelte pasient, og i dette møte må vi bruke vårt faglige skjønn. Martinsen ber oss prøve å sette oss inn i pasientens situasjon, og tenke ut hva vi mener er de beste valg og handlinger (Alvsvåg 2005).

”Byråkrati dreper faglig skjønn” var overskriften på en artikkel i Sykepleien nr 13, 2004. En erfaren spesialsykepleier i geriatri roper et varsku for hun opplever at hennes sykepleiefaglig skjønn blir mistrodd. På grunn av lite penger skal hjemmesykepleien spare penger, og det gjøres ved at det skrives opp kontrakter med hver enkelt bruker, og mer enn det som står i kontrakten, har ikke brukerne krav på (Lindholm 2004). Dette og liknende situasjoner kan vise seg også i en operasjonsavdeling. Tidsakkord kan bidra til at en ikke kan tilrettelegge et opplegg for den enkelte. Ingen pasienter er like, verken fysisk eller psykisk, og derfor må den faglige kunnskapen, skjønnnet og refleksjonen dominere. Faglig skjønn er en så viktig del i et høgteknologisk behandlingsmiljø at mangel på det kan medføre tap av menneskeliv. Jeg vil vise til empirien som har eksempler der operasjoner ble utført / ikke utført på grunn av godt faglig skjønn. En hjerteoperasjon og et keisersnitt ble operert ureglementert, mens en pasient, gravid i 7. måned ikke ble operert selv om hun var meldt til operasjonsstua. De to første var livreddende, mens den siste kunne fått et katastrofalt utfall om operasjonen hadde blitt utført. Følger en ”boka” og pasienten dør, kan en slippe rettslig forfølgelse. Hvis en vet at en annen

type handling enn den prosedyrefastsatte kunne ha reddet en pasient, er det en mager trøst for dem som ønsker det beste for pasientene.

5.5 Oppsummering

Skjønnnet viser seg der fagpersoner har handlingsmuligheter og handlingsalternativ. Bedømmelsen av skjønnnet skjer gjennom resultatet av handlingen og refleksjon over den. Skjønnnet utvikles over tid og den uerfarne operasjonssykepleieren lærer seg mye teoretisk viten og gjør erfaringer før det faglige skjønnnet får en dominerende funksjon i yrkesutøvelsen. Dette fordi skjønnutvikling er knyttet til erfaring. Før rik erfaringen er vunnet, er den teoretiske kunnskapen og de faste prosedyrene et godt anker. Etter hvert som erfaringen kommer til, kan operasjonssykepleier stille spørsmål ved prosedyrer og teoretiske sannheter som kanskje ikke alltid fungerer like bra. De erfarne operasjonssykepleiere bruker sine kunnskaper til å vurdere situasjoner og ta beslutninger i henhold til hva som er best for pasienten. Ikke alle er like beslutningsdyktige. Selv om de gjør et godt arbeid i forhold til operasjonspasienten, kan noe bli bedre. Alle har utviklingspotensial, men det må handles bevisst og på en reflekterende måte. Ekspertene kan være til hjelp her, ved at operasjonssykepleiere med et godt faglig skjønn og rik erfaring er bevisst sine kvaliteter og formidler dette videre til novisene. Respondentene er opptatt av det faglige skjønnnet, og at det får råde på operasjonsavdelingen. Det er en utfordring i dag med strenge økonomiske tider, der pengene skal følge den enkelte pasientdiagnose. Mye av den naturvitenskapelige forskning knyttes opp mot diagnoser og økonomi, og får dermed råde på ”forskningsfronten”. Skjønnnet og forskning på det har en annen innfallsvinkel, og selv om den også kan være kostnadssparende, så vises ikke det i tall på samme måte. Min empiri er krydret med eksempler og fortellinger om det gode faglige skjønn, og min oppgave blir å formidle betydningen av dette. Slik kan jeg håpe på at betydningen av å bruke et faglig skjønn med tiden kan bli sidestilt med dagens naturvitenskapelige forskning, i dag kalt evidensbasert forskning.

6 Konklusjon og avsluttende kommentar

Gjennom arbeidet med å fokusere på det faglige skjønnnet blant operasjonssykepleiere, har ikke respekten for yrkesgruppen blitt mindre. Det arbeidet som vises på en operasjonsavdeling er ingen tilfeldighet.

Det faglige skjønn blir beskrevet både av respondenter og informanter som noe verdifullt og viktig i yrkesutøvelsen. I møte med de ulike kontekster kreves handlingsklokskap. Denne handlingsklokskapen er blant de ting som kan være annerledes. Og man blir bedømt etter den handling man utfører. Klokskapen består i både å forstå rett, og sette handling ut i livet. I det faglige skjønnnet ligger også evnen til refleksjon. Refleksjonen skjer både før, i og etter handling og er sammenvevd med faglig viten. Å bruke et faglig skjønn, er å ha det ”beste” i sikte. Dette er det utallige eksempler på i empirien. Det faglige skjønn blir brukt ”som en syvende sans”. Når teori og faktakunnskap ikke strekker til blir det faglige skjønn en ”bro” som knytter de ulike kunnskaper sammen på en kreativ og konstruktiv måte. Resultatet gjør en forskjell kvalitativt, ja det kan sågar være livreddende. Gjennom en bevisst holdning til innlæring, refleksjon og handling, utvikler de sitt handlingsrepertoar og handlingsklokskap. Derfor bør bruk av skjønn være et viktig satsningsområde i dag, i et helsevesen som måler alt i kroner og ører. Skjønn handler om kvalitet, og det etterspørres ikke på samme måte som økonomisk effektivitet av de som gir penger til forskning og utvikling. Kunnskap og klokskap må ikke skilles i profesjonelle yrker. Derfor må praksis få anerkjennelse for sin fronesis og ikke vurderes ringere enn teoretisk viten.

Det snakkes om tid og penger. Hvis tiden ikke får spille på lag med utviklingen, vil utviklingen bli skadelidende på sikt. Det er min påstand at utvikling av det faglige skjønn trenger tid, og får ikke denne utviklingen blomstre, altså det faglige skjønnnet, vil det bli fattigere og mangelfullt. Faglig skjønn er kunnskap av ypperste klasse og evident.

6.1 Konsekvenser for operasjonssykepleierfaget

Ikke all kunnskap har praktisk betydning. Men bruk av faglig skjønn kan virkelig få betydning i kontekstuelle sammenhenger. Erfarne operasjonssykepleiere og kirurger viser til situasjoner der handlingene ble annerledes på grunn av hvem som var til stede på det aktuelle tidspunktet. Vi må fokusere mer på faglig skjønn, og hva det er. De erfarne operasjonssykepleierne har ikke utviklet sitt skjønn helt av seg selv. Det koster noe å bli en god operasjonssykepleier med

et godt skjønn. Jeg mener at de som har dette gode skjønnet i større utstrekning må være med å undervise og sette ord på praksis, som de på en unik måte møter klokere enn mange andre. Likeledes må uerfarne få disse gode skjønnere til læremestere. Dette betyr at arbeidsplassen må vær påpasselig med sammensetning av ”operasjonsteam” av hensyn til læringsutbytte. Skjønn har med erfaring å gjøre. Derfor må erfaringspraksis være i en særstilling i de praktiske fagene. Stadig skjæres det ned på praksistid til fordel for teori i mange profesjonsutdanninger. I dag snakker man om ”Klinisk master” i profesjonsyrkene uten at klinisk erfaring blir en del av denne masteren. Hva er det man ønsker seg? I dag åpnes det for master i evident sykepleie. Med den type snevert innhold som legges i ”evidens”, kan man stille seg spørsmål om skjønn og erfaring fra praksis vil få betydning? Denne masteroppgaven kan være en spire til å verdsette skjønn og erfaring. Slik sett bidrar den i en pågående kunnskapsdebatt i sykepleiefaget. I operasjonssykepleierutdanningen vil dette få betydning. I høgteknologisk utdanning har faglig skjønn gjerne dårlige kår. Jeg har vist at faglig skjønn og refleksjon er livsviktig i operasjonssykepleien, derfor må det vektlegges i utdanningen.

6.2 Veien videre

Skjønn er viktig i operasjonssykepleierfaget, men i alle profesjonelle sammenhenger er et faglig skjønn noe en kan og bør ha fokus på. Problemet er at den type forskning som er ledende i dag, har andre krav og andre mål. Fordring om resultater i tidsbesparing er det som det lettest gies penger til, faglig skjønn og nytten av det lar seg ikke måle på samme måte. Derfor har vi et arbeid å gjøre i forhold til å hevde skjønnets forskningsrett, at det bli sidestilt med annen forskning. Jeg ønsker å formidle både bruken av og forskning på det faglige skjønnet i operasjonssykepleien, men jeg ønsker også å fremheve skjønn som et viktig forskningsområde i mange ulike fag og yrker. Å forske på skjønn må bli et prioritert område i utdanningsforskningen og helsevesensforskningen. Alle profesjonelle yrker gjør bruk av faglig skjønn og refleksjon. Faglig skjønn bør settes på dagsorden i samfunnsdebatten.

6.3 Kritikk av eget arbeid

Det har vært spennende å arbeide med empiri og teori i denne oppgaven. Informanter og respondenter har tilkjennegitt en forståelse og en interesse for temaet som har gitt meg mer innsikt enn jeg hadde forventet. Likevel har jeg en uro i forhold til om jeg har beskrevet deres forståelse av det faglige skjønn på en best mulig måte. Hva jeg har tatt med, fra respondenter

og informanter, handler om å gjøre utvalg. Jeg har forsøkt å velge ut det som kan kaste lys over problemstillingen.

I teoridelen har jeg ”bygd” kapittelet opp etter teoretikere. Jeg kunne valgt en mer tematisk oppbygging. Nærheten til den enkelte teoretiker er stor i teorikapittelet. Distansen er bedre ivaretatt i diskusjonen. Teoretikerne jeg bruker har mange fellestrekk. Likevel vektlegger de noe ulikt. Dette har jeg forsøkt å få frem både i teori- og drøftingskapittelet.

Empiriske funn er spesielt drøftet opp mot de fire teoretikerne jeg har valgt å bruke, i liten grad opp mot tidligere forskning. Dette er et bevisst valg, først og fremst fordi jeg har fire ”tunge” teoretikere med i oppgaven.

Den metodiske tilnærmingen er ”det kvalitative forskningsintervju”. Oppgaven kunne blitt ”rikere” ved at flere typer metoder hadde blitt tatt i bruk. Både spørreskjema og fokusgrupper ble vurdert. Å være ”forsker” for første gang har også vært en utfordring. Forskning trenger en også erfaring i. Men min erfaring som operasjonssykepleier har jeg sett på som en styrke. Ulempen kan være at jeg på noen områder ikke stiller meg kritisk til egen profesjon. Oppgaven er på ingen måte nøytral, men jeg håper den fremstår som edruelig.

6.4 Noen ord til slutt

Å arbeide med noe som opptar en er et privilegium. Tross mye slit og mange tunge stunder, har det vært utrolig lærerikt å arbeide seg gjennom prosessen med masteroppgaven. Å ”forske” på det faglige skjønn har gitt meg enda større forståelse og innsikt i både begrepet, og ikke minst viktigheten av å ha fokus på det faglige skjønn. Derfor håper jeg på å kunne arbeide videre med tema. Det faglige skjønn er blitt enda viktigere for meg enn før jeg tok fatt på denne oppgaven. Jeg ønsker ikke å holde det for meg selv. Tiden vi lever i roper etter bruk av faglig skjønn.

Litteraturliste

- Aadland, E. (1997/98). "Og eg ser på deg." Otta: Tano Aschehoug.
- Aadland, E. (1993). Skjønn og skjulte verdier, *Barnevernspedagogen*. Årgang. 18, nr 6.
- Alvsvåg, H. (1993). Hvor beveger sykepleien seg – mot viten eller klokskap? I Kirkevold, M, Nortvedt, F, Alvsvåg, H (1993). *Klokskap og kyndighet*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.
- Alvsvåg, H. (2000). Menneskesynet. I Alvsvåg, H. og Gjengedal, E. (2000). *Omsorgstenkning*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Alvsvåg, H. (2002). Det Kliniske skjønn. I Bjørk, Helseth, Nortvedt (2002) *Møte mellom pasient og Sykepleier*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Alvsvåg, H. (2003). Omsorg – Med utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgstenkning. I Nielsen, B. K. *Sygeplejeboken 2* (del 1). København: Gads Forlag.
- Alvsvåg, H. (2005). Kari Martinsen, Philosophy of Caring. I Tomey, A.M. og Allgood, M.R *Nursing Theorists and Their Work*, Sixth Edition USA: Mosby.
- Aristoteles (1999). *Den Nikomakiske etikk*. Oslo: Bokklubben Dagens Bøker, (Oversatt av Øyvind Rabbås og Anfinn Stigen).
- Bengtsson, J. (1998). *Fenomenologiska utflykter*. Uddevalla: Daidalos MediaPrint.
- Benner, P. (2000/1995). *Fra novice til ekspert*. København: Munksgaard.
- Benner, P. (2004). Using the Dreyfus Modell of Skill Acquisition to Describe and Interpret Skill Acquisition and Clinical Judgement in Nursing Practice and Education, *Bulletin of Science, Technology & Society* nr.3 June 2004.
- Berg Eriksen, T. (1999). Innledende essay. I *Den Nikomakiske etikk*. Oslo: Bokklubben Dagens Bøker, (Oversatt av Øyvind Rabbås og Anfinn Stigen).
- Boge, J. og Martinsen, K. (2005). Kritiske kommentarer til evidensbasert undervisning og praksis. *Vård i Norden* 2005.
- Bø, I. og Helle, L. (2002). *Pedagogisk ordbok*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Domino, E. (2005). Nurses Are What Nurses Do- Are you Where You Want to Be? *AORN journal* nr.1, 2005-03-09.
- Ekeli, B.E.(2002). *Evidensbasert praksis*. Tromsø: Eureka Forlag.
- Flaming, D. (2001). Using phronesis instead of research-based practice' as the guiding light for nursing practice. *Nursing Philosophy*, Oct.2001.
- Fog, J. (2004). *Med samtalen som utgangspunkt*. København: Akademisk Forlag.

- Helsepersonell lov (2001). *Sosial- og helsedepartementet*.
- Hermansen, M. Rendtorff, J.D. (2002/1983). *En Hermeneutisk brobygger*. Århus: Forlaget Klim.
- Husserl, E (1997/1950). *Fænomenologiens ide*. København: Hans Reitzels Forlag A/S.
- Jensen, T. (1990). Sygepleje som etisk know-how. I Jensen, T. K., Jensen, L. U., Kim, W. C.(red): *Sykepleiens grunnlagsproblemer*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag 1990.
- Johannessen, K. S. (1988). *Tradisjoner og skoler i moderne vitenskapsfilosofi*. Bergen: Sigma Forlag AS.
- Kirkevold, M. (1992). *Sykepleieteorier, analyse og evaluering*. Aurskog: Ad Notam Gyldendal A/S.
- Kvale, S. (2001/1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Landsvik, L.M. (2002). En god klinisk bedømmelse reflekterer en godklinisk praksis". Hovedoppgave ved Institutt for sykepleievitenskap, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.
- Lindholm, S. E.M. (2004). Byråkrati dreper faglig skjønn. *Sykepleien* nr.13, 2004.
- Lorensen, M. (red)(1998). *Spørsmålet bestemmer metoden*. Oslo:Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (1996). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (1990). Moralsk praksis og dokumentasjon i sykepleie. I Jensen, T. K., Jensen, L. U., Kim, W. C.(red). *Sykepleiens grunnlagsproblemer*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Martinsen, K. (red)(1993). *Den omtenkssomme Sykepleier*. Oslo: Tano.
- Martinsen, K. (1993). *Fra Marx til Løgstrup*. Oslo: Tano A.S.
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, K., Boge, J. (2004). Kunnskapshierarkiet i evidensbasert sykepleie *Sykepleien* nr. 13, 2004.
- Martinsen, K (2004). Skjønn- språk og distanse. *Klinisk Sykepleje* nr.2, 2004.
- Martinsen, K. (2005) *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe forlag.
- Molander, B. (2000/1996). *Kunskap i Handling*. Göteborg: Bokforlaget Daidalos.

- Molander, B. (2001/1997). Kunskapsmångfald och olika kunskapstraditioner. I Alvsvåg, H., Andersen, N., Gjengedal, E., Råheim, M. (2001/1997). *Kunnskap, Kropp og Kultur*. Oslo: Gyldendal Norske forlag AS.
- Nielsen, B. K. (2003). Den interaksjonelle sygeplejepraksis. I *Sygeplejeboken 2* (del 1). København: Gads Forlag.
- Nortvedt, P. (2001). Clinical Sensitivity. The Inseparability of Ethical Perceptiveness and Clinical Knowledge. *Springer Publishing Company*.
- Rammeplan og forskrift (1999). Videreutdanning i anestesi-, operasjon, intensiv-, barne- og kreftsykepleie. *Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, Norgesnettrådet 2000*.
- Spjelkevik, M.L. , Nerdal, E., Rønningen, K., Lia, I., Kjeldberg, E. (2004). *Bak lukkede dører I*. Skien: Oluf Rasmussen AS.
- Stokkenes,G. (2003). Utvikling/læring av profesjonelt skjønn hos fysioterapistudenter. *Nordisk Fysioterapi*, 2003; 7:38-47.
- Stokkenes,G. (2004). Utvikling/læring av profesjonelt skjønn hos fysioterapistudenter. *Nordisk Fysioterapi*, 2004; 8:35-42.

Vedlegg I Prosjektbeskrivelse

Prosjektbeskrivelse

Behandlingsansvarlig:

Herdis Alvsvåg

Seksjon for utdanningsvitenskap
 Institutt for praktisk pedagogikk
 Universitetet i Bergen

Christies gate 13

5015 BERGEN

Daglig ansvar/prosjektleder:

Grethe M. Dävøy

Seksjon for utdanningsvitenskap
 Institutt for praktisk pedagogikk
 Universitetet i Bergen

Christies gate 13

5015 BERGEN

11224 Hvordan utvikler operasjonssykepleieren det faglige skjønn? Og hvordan kommer dette til uttrykk på en operasjonsavdeling

Formålet med prosjektet er å studere operasjonssykepleieres faglige skjønn, herunder utvikling og uttrykk.

Utvalget består av 8-9 erfarne og nyutdannende operasjonssykepleiere ved to sykehus. I tillegg inngår to kirurger fra et av sykehusene. Utvalget rekrutteres gjennom prosjektleders eget nettverk ved at en kontaktperson (operasjonssykepleier) ved de respektive sykehus forespør aktuelle sykepleiere og kirurger.

Det gis skriftlig og muntlig informasjon og innhentes skriftlig samtykke. Det informeres bl.a. om formål, hva deltakelse innebærer, frivillighet, mulighet for å trekke seg, konfidensialitet, anonymitet og at prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Opplysninger samles inn gjennom intervju.

Tema for intervju er utøvelse og utvikling av faglig skjønn.

Intervju tas opp på analogt lydbånd og transkriberes manuelt. Opplysningene registreres på isolert pc og pc tilknyttet Internett i anonymisert form ved at verken direkte eller indirekte personopplysninger fremgår.

Prosjektsslutt er satt til 15.06.2005.

Vedlegg II Godkjenningbrev fra NSD

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

Grethe M. Dävøy
Janaveien 219
5179 GODVIK

Vår dato: 01.07.2004

Vår ref: 200400784 SM / RH

Deres dato:

Deres ref:

MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 24.06.2004. Meldingen gjelder prosjektet:

11224 *Hvordan utvikler operasjonssykepleieren det faglige skjønn? Og hvordan kommer dette til uttrykk på en operasjonsavdeling*

Meldingen er behandlet av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD). Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører behandling av personopplysninger i henhold til personopplysningsloven §§ 1 til 3, og følgelig ikke utløser meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Vedlagt følger vår vurdering. Prosjektet kan settes igang.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de punktene som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt.

Vennlig hilsen


Vigdis Kvalheim


Siv Midthassel

Vedlegg: Prosjektbeskrivelse

Kopi: Behandlingsansvarlig Herdis Alvsvåg

Avdelingskontorer / District Offices:

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

Vedlegg III Forespørsel til ledere ved sykehus/operasjonsavdelinger

Grethe M. Dávøy
Janaveien 219
5179 Godvik

Bergen.08.05.04

Oversykepleier/ Avdelingssjef.....ved operasjonsavdelingensykehus.

**Forespørsel om å få gjennomføre en intervjuundersøkelse av 3-4
operasjonssykepleiere ved Sentraloperasjonsavdeling.**

Jeg er operasjonssykepleier og arbeider som høgskolelærerlærer ved høgskolen i Bergen, avdeling helsefag, med hovedvekt på utdanning av operasjonssykepleiere. Siden høsten 2003 har jeg vært Mastergradstudent ved Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen, ved Seksjon for Utdanningsvitenskap. Min veileder på mastergradsoppgaven er 1. amanuensis Herdis Alsvåg, ved Seksjon for utdanningsvitenskap.

Jeg er interessert i å høre fra ulike operasjonssykepleiere hva de legger i ordet skjønn, og hvordan dette kommer til uttrykk på en operasjonsavdeling. Det har i mange år interessert meg at noen har en handlingskompetanse som overgår mange andre, særlig de uerfarne. Denne gruppen ønsker jeg å intervju, samtidig som jeg også vil intervju en til to ganske nyutdannede. Problemstillingen min lyder som følge:

**HVORDAN UTVIKLER OPERASJONSSYKEPLEIEREN DET FAGLIGE SKJØNN?
OG HVORDAN KOMMER DETTE TIL UTTRYKK PÅ EN
OPERASJONSAVDELING?**

Jeg vil med dette søke om tillatelse til å intervju 3-4 operasjonssykepleiere ved din avdeling.

Intervjuene vil foregå på et nøytralt kontor enten på høgskolen eller på sykehuset. Det vil vare i ca. 1-1 1/2 time for hver enkelt, og jeg ber samtidig om tillatelse til at dette kan skje i arbeidstiden, for eksempel fra klokken 13.00 og utover. Jeg vil også be om tillatelse til å kunne innkalle til utdypende spørsmål hvis det skulle bli nødvendig.

Jeg vil herved opplyse at jeg har taushetsplikt, og opplysninger som kommer frem vil bli anonymisert. Intervjuet er frivillig, og intervjupersonene kan trekke seg når de måtte ønske det. Hvis jeg får positiv tilbakemelding på denne forespørselen, vil jeg selv ta kontakt med en operasjonssykepleier som skal være min kontaktperson ved sykehuset. Hun vil få i oppgave å plukke ut respondenter/intervjupersoner som hun mener kan gi meg de svar jeg er på utkikk etter. Når disse intervjupersonene eventuelt takker ja, får jeg navn og adresse og skriver selv til den enkelte.

Selve undersøkelsen kan tidligst starte i august/september 2004. Utdypende spørsmål kan komme etter denne tid.

Intervjuet vil bli tatt opp på bånd, og den enkelte operasjonssykepleier vil bli sikret anonymitet. Data oppbevares etter gjeldende regler, og vil bli makulert etter prosjektets avslutning.

Forskningsprosjektet vil bli meldt til NSD (personvernombud for forskning). Sluttproduktet vil bli tilgjengelig for den enkelte avdeling som har bidratt til min masteroppgave.

Jeg ser frem til en spennende og utfordrende tid, og håper på et godt samarbeid og også felles nytte. På forhånd takk!

Vennlig hilsen

Høgskolelærer Grethe M. Dāvøy
Møllendalsveien 6
5009 Bergen

Mail: gda@hib.no

Tlf: 55 58 56 33 eller mobil: 41 42 09 69

Vedlegg IV Informasjonsskriv til respondenter

Grethe M. Dāvøy
Janaveien 219
5179 Godvik

Til Operasjonssykepleier ...
Sentraloperasjonsavdeling.
Haukeland Universitetssykehus
5021 Bergen

Bergen 25.08.04

Vedrørende din deltagelse i intervju i forbindelse med min Mastergradsoppgave.

Jeg er operasjonssykepleier og arbeider som høgskolelærer ved høgskolen i Bergen, avdeling helsefag, med hovedvekt på utdanning av operasjonssykepleiere. Siden høsten 2003 har jeg vært Mastergradstudent ved Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen, ved Seksjon for Utdanningsvitenskap. Min veileder på mastergradsoppgaven er 1. amanuensis Herdis Alvsvåg, ved Seksjon for utdanningsvitenskap.

Jeg er interessert i å høre fra ulike operasjonssykepleiere hva de legger i ordet skjønn, og hvordan dette kommer til uttrykk på en operasjonsavdeling. Det har i mange år interessert meg at noen har en handlingskompetanse som overgår mange andre, særlig de uerfarne. Denne gruppen ønsker jeg å intervju, samtidig som jeg også vil intervju en til to ganske nyutdannede. Problemstillingen min lyder som følge:

**HVORDAN UTVIKLER OPERASJONSSYKEPLEIEREN DET FAGLIGE SKJØNN?
OG HVORDAN KOMMER DETTE TIL UTTRYKK PÅ EN
OPERASJONSAVDELING?**

Hovedfokus i oppgaven går ut på å få fram skjønnets betydning for operasjonssykepleiere. Derfor ønsker jeg å intervju deg for å høre hva du mener om skjønnets. Å handle med et godt skjønn tenker jeg er å handle både godt, hensiktsmessig og riktig. Jeg håper at du med ditt syn kan formidle hva du mener om det gode skjønn, og kanskje også si noe om mangel på skjønn. Hva tror du ligger til grunn for at enkelte operasjonssykepleiere utøver et godt skjønn i sitt arbeid? Historier og eksempler fra din hverdag vil ha stor verdi for denne oppgaven.

Hensikten med oppgaven:

Hensikten er å bli kjent med de ”gode/faglige skjønnere”, lære av dem, og utvikle operasjonssykepleierfaget.

Jeg vil på samme tid be om mulighet til å komme tilbake hvis det skulle være noe jeg kunne trenge utdypende svar på, enten i form av et ytterligere intervju, eller et kort spørsmål enten i avdelingen eller over telefonen.

Deltagelsen er frivillig under hele prosessen, og du kan trekke deg når som helst uten at det vil få konsekvenser for deg. Det gies ingen økonomisk godtgjørelse, men hver deltager skal få et eksemplar av den ferdige Mastergradsoppgaven.

Selve intervjuet vil foregå på et nøytralt kontor på Høgskolen i Bergen, eller ved sykehuset der du arbeider. Intervjuet vil foregå i arbeidstiden, men tid og sted kommer vi tilbake til.

Jeg vil herved opplyse at jeg har taushetsplikt, og opplysninger som kommer frem vil bli anonymisert. Intervjuet er frivillig, og intervjupersonene kan trekke seg når de måtte ønske det. Selve undersøkelsen kan tidligst starte i august/september 2004. Utdypende spørsmål kan komme etter denne tid.

Intervjuet vil bli tatt opp på bånd, og den enkelte operasjonssykepleier vil bli sikret anonymitet. Data oppbevares etter gjeldende regler, og vil bli makulert etter prosjektets avslutning.

Forskningsprosjektet er meldt til NSD (personvernombud for forskning), og blitt godkjent.

Ønsker du ytterligere informasjon, kan du ta direkte kontakt med meg på telefon.

Vennlig hilsen

Høgskolelærer Grethe Dávøy
Møllendalsveien 6
5009 Bergen

Mail: gda@hib.no

Tlf: 55 58 56 33 eller mobil: 41 42 09 69

Vedlegg V Informasjonsskriv til informanter

Grethe M. Dávøy
Janaveien 219
5179 Godvik

Bergen 08.05.04

Overlege.....ved Kirurgisk avdelingensykehus.

Forespørsel om å få gjennomføre et intervju.

Jeg er operasjonssykepleier og arbeider som høgskolelærer ved høgskolen i Bergen, avdeling helsefag, med hovedvekt på utdanning av operasjonssykepleiere. Siden høsten 2003 har jeg vært Mastergradstudent ved Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen, ved Seksjon for Utdanningsvitenskap. Min veileder på mastergradsoppgaven er 1. amanuensis Herdis Alvsvåg, ved Seksjon for utdanningsvitenskap.

Jeg er interessert i å høre fra ulike operasjonssykepleiere hva de legger i ordet skjønn, og hvordan dette kommer til uttrykk på en operasjonsavdeling. Det har i mange år interessert meg at noen har en handlingskompetanse som overgår mange andre, særlig de uerfarne. Denne gruppen ønsker jeg å intervju, samtidig som jeg også vil intervju en til to ganske nyutdannede. Problemstillingen min lyder som følge:

**HVORDAN UTVIKLER OPERASJONSSYKEPLEIEREN DET FAGLIGE SKJØNN?
OG HVORDAN KOMMER DETTE TIL UTTRYKK PÅ EN
OPERASJONSAVDELING?**

I tillegg til dette ønsker jeg å intervju to kirurger for å høre hva deres syn på det faglige skjønn eller mangel på dette, og hvordan det viser seg på en operasjonsstue. Derfor er jeg svært interessert i deg som informant i et intervju. Dette vil berike oppgaven fra en annen side. Kirurgene arbeider tett med operasjonssykepleiere. Vårt mål er blant annet å assistere dere på den best mulige måten for at det operasjonsteknisk skal bli så bra som mulig. Optimal operasjonssykepleie er vårt mål, da må vi beherske både det tekniske og det sykepleiefaglige. Med din erfaring ønsker jeg ditt syn på det faglige operasjonssykepleieskjønn.

Intervjuene vil foregå på et nøytralt kontor enten på høgskolen eller på sykehuset. Det vil vare i ca. 1-1 1/2 time for hver enkelt, og jeg håper dette kan gjøres i arbeidstiden. Det er dessverre ingen økonomisk godtgjørelse.

Jeg vil herved opplyse at jeg har taushetsplikt, og opplysninger som kommer frem vil bli anonymisert. Intervjuet er frivillig, og intervjupersonene kan trekke seg når de måtte ønske det. Selve undersøkelsen kan tidligst starte i august/september 2004. Utdypende spørsmål kan komme etter denne tid.

Intervjuet vil bli tatt opp på bånd, og den enkelte vil bli sikret anonymitet. Data oppbevares etter gjeldende regler, og vil bli makulert etter prosjektets avslutning. Forskningsprosjektet er meldt til NSD (personvernombud for forskning), og blitt godkjent. Sluttproduktet vil bli tilgjengelig for den enkelte avdeling som har bidratt til min masteroppgave.

Jeg ser frem til en spennende og utfordrende tid, og håper på et godt samarbeid og også felles nytte. På forhånd takk!

Vennlig hilsen

Høgskolelærer Grethe M. Dåvøy
Møllendalsveien 6
5009 Bergen

Mail: gda@hib.no

Tlf: 55 58 56 33 eller mobil: 41 42 09 69

Vedlegg VI Samtykkeerklæring

Samtykke erklæring:

Deltagelse i et kvalitativt intervju i forbindelse med Mastergradsoppgave.

På bakgrunn av den informasjon jeg har fått både muntlig og skriftlig, ønsker jeg å delta i denne undersøkelsen.

Jeg er kjent med at intervjuet er et ledd i et Mastergradsarbeid, Seksjon for Utdanningsvitenskap, Universitetet i Bergen. Jeg er forespurt om dette fordi jeg innehar erfaring, kunnskap og synspunkter som har betydning for studiet.

Jeg er informert om at jeg til en hver tid har rett til å trekke meg hvis jeg ønsker det.

Intervjuet vil finne sted i min arbeidstid, og det vil ikke bli gitt økonomisk godtgjørelse. Jeg vet at all informasjon som jeg gir vil bli anonymisert både i forhold til oppbevaring og fremstilling i oppgaven.

Dato:

Signatur:

PS: Samtykke erklæring sendes til Grethe Dåvøy i vedlagt konvolutt

Hvis flere spørsmål, kontakt meg på telefon: 55 58 56 33

Vedlegg VII Intervjuguide

Intervjuguide.

I forbindelse med dette intervjuet ønsker jeg å få svar på ditt syn på det skjønnnet som utøves på en operasjonsavdeling.

- Hva legger du i ordet skjønn?
 - Kan du gi eksempler fra din egen praksis der skjønnnet var av betydning for den handlingen som ble utført?
 - Kan du også komme med eksempler der det faglige skjønn ikke var tilstede?
 - Hvordan vil du beskrive operasjonssykepleiere som innehar det gode faglige skjønn, eventuelt kan du beskrive de som ikke har det.

- Kan du fortelle hvordan du har utviklet et faglig skjønn?
 - Er det tilfeldig?
 - Er det ikke tilfeldig? Kan du eksemplifisere?
 - Hvilke betydning mener du skjønnnet har for utvikling av operasjonssykepleierfaget?

- Tenk deg inn i en situasjon der du sammen med en annen kollega skulle være med i det teamet som skulle behandle en alvorlig skadet pasient. Hva ville du satt som ”krav” til kunnskap og handling? Kom gjerne med eksempler, både der ”ting” fungerte, men også fra episoder der noe ikke fungerte.