

Kamper i sykehushverdagen

En kvalitativ studie av hvordan operasjonssykepleiere vurderer sitt yrkesfelt

Åse - Lill Ellingsæter



Masteroppgave

Det medisinske fakultet, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag.

UNIVERSITETET I OSLO

26. April 2010

Forord

Det å gjennomføre en masteroppgave har for meg vært en reise inn i kjent og ukjent landskap, noe som har beriket min tilværelse, selv om jeg har møtt mange utfordringer på veien. Jeg har utforsket et yrkesfelt gjennom deltakernes samhandlingsrelasjoner, relasjoner som jeg selv er delaktig i som arbeidstaker, men det har blitt gjort gjennom teori og perspektiver som tradisjonelt er lite anvendt innenfor sykepleien.

Det er flere jeg ønsker å takke i forbindelse med denne masteroppgaven. Først vil jeg takke intervjupersonene, operasjonssykepleierne, som tok seg tid til å dele sine tanker og synspunkter med meg. Jeg vil takke min veileder Elisabeth Fransson, som har vist interesse og engasjement og som har satt meg på sporet av ny kunnskap, nye perspektiver. Så vil jeg takke min arbeidsgiver, Operasjonsenhet 3, Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet som har gitt meg gode betingelser for arbeidet med oppgaven. Jeg vil takke Norsk Sykepleierforbund som har gitt meg 15 000 kroner i mastergradstipend. Og sist, men ikke minst, vil jeg takke min søster Anne Lise og min mann Odin som har vært gode støttespillere. Tusen takk!

Oslo, april 2010

Åse - Lill Ellingsæter

Sammendrag:

Formål: Målet med denne studien har vært å få kunnskap om operasjonssykepleiernes yrkesforståelse og deres arbeidssituasjon gjennom å undersøke hva som foregår i det tverrfaglige teamet. Operasjonssykepleiernes refleksjoner har jeg først og fremst belyst i forhold til deres samhandlingsrelasjoner. Dette vil gi en bedre forståelse av operasjonssykepleie siden denne prosessen er lite omtalt i sykepleielitteraturen.

Teoretisk forankring: Oppgavens teoretiske referanseramme er sentrale begreper i den franske sosiologen Pierre Bourdieus teori for å forstå samhandling mellom operasjonssykepleierne og de andre aktørene i det tverrfaglige teamet. Jeg anvender også kjønnsforskerne West og Zimmermans kjønnsperspektiv for å undersøke hvordan kjønn kommer til uttrykk i samhandlingsrelasjonene.

Metode: Denne studien har en kvalitativ tilnærming og datamaterialet er hentet fra tre fokusgruppeintervju med totalt 13 operasjonssykepleiere. Datamaterialet er analysert ved hjelp av Bourdies begreper felt, habitus og kapital, samt West og Zimmermans kjønnsperspektiv i tillegg til Katrine Fangens fortolkningsstadier.

Resultater / Konklusjon: Studien viser at anerkjennelse er en sentral dimensjon i samværet mellom yrkesgruppene i det tverrfaglige teamet. Operasjonssykepleierne vurderer sin kompetanse, kulturelle kapital, som like verdifull som de andre yrkesgruppene som de samarbeider med. Imidlertid opplever de at deres kompetanse i liten grad anerkjennes av andre yrkesgrupper. Operasjonssykepleierne kjemper for anerkjennelse av sin kompetanse. Et annet hovedfunn viser at operasjonssykepleierne i liten grad har andre forventninger til kvinnelige leger enn mannlige leger. Dette gjelder også operasjonssykepleierne seg i mellom. I denne sammenhengen tyder det på at kjønnsforskjeller er noe som skapes i konkrete samhandlingssituasjoner. Et tredje hovedfunn viser at operasjonssykepleiernes yrkesutøvelse i dag preges av en travelhetskultur. Et arbeidsmiljø hvor mye handler om å jobbe fort. Det er en kamp mot klokka. Operasjonssykepleierne må i stor grad forholde seg til tidsaspektet. Operasjonssykepleierne opplever at de gjør sitt beste men de får i liten grad anerkjennelse for den jobben de gjør. Det tyder på at travelhetskulturen skaper en knapphet på anerkjennelse.

Abstract:

Purpose: The purpose of this study is to gain knowledge about the surgery nurses' understanding of their profession and the situation in the surgery room. This is done by examining the interaction of the cross-profession team in the operating room. I have focused on the views of the surgery nurses themselves by looking at the way they deal with this interaction. This gives us a better understanding of surgical nursing, since the issue is rare within the nursing school literature.

Theory: The theoretical frames of this paper are the key notions used by the French sociologist Pierre Bourdieu to understand the interaction between the surgery nurses and the other players on the cross-profession team. In addition, I use the West and Zimmermans perspective on gender to analyze how gender is expressed through interaction.

Method: The study takes a qualitative approach. It is built on three different interviews within the focus group, involving totally 13 surgery nurses. The underlying material is analyzed by using Bourdieu's notions of field, habitus and capital, the gender perspective of West and Zimmerman, and Katrine Fangen's interpretative stages in analyzing the data.

Results / Conclusions: The study demonstrates that recognition is an important element within the cross-profession team. The surgery nurses see their professional competence, cultural capital, equal in value to those of the other professions. However, they feel that their competence to a lesser degree is recognized by the others. Surgery nurses are still fighting for recognition. Another important finding is that the nurses hardly have different expectations to female medical doctors than male MDs. This finding refers also to the situation within the nurses' own group. The gender differences seem to be something that develops during situations in the surgery room. A third finding tells that hastiness characterizes the surgery nurses' work day. It is about working fast, a struggle against the clock. Even though they feel they do their best, the surgery nurses say they seldom get recognition for their professional job. This suggests that the culture of stressful fastness in the surgery room creates a lack of recognition.

Innhold

INNHold	5
1. INNLEDNING	8
1.1 TEMA OG BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	8
1.2 OPPGAVENS PROBLEMSTILLINGER	11
1.3 AVGRENSING AV OPPGAVEN.....	11
1.4 OPPGAVENS OPPBYGNING	12
2. TEORETISKE PERSPEKTIVER PÅ SOSIAL SAMHANDLING OG KJØNNSRELASJONER 14	
2.1 BOURDIEUS TEORI.....	15
2.1.1 <i>Pierre Bourdieu</i>	15
2.1.2 <i>Sentrale trekk ved Bourdieus teori</i>	17
2.1.3 <i>Felt</i>	18
2.1.4 <i>Habitus</i>	20
2.1.5 <i>Kapital</i>	20
2.1.6 <i>Symbolsk kapital</i>	22
2.1.7 <i>Bourdieu's kjønnsforståelse</i>	23
2.1.8 <i>Bourdieu's vitenskapssyn</i>	24
2.2 HVA ER KJØNN?.....	24
3. FORSKNING OM KJØNN, SYKEPLEIERE OG LEGER	27
4. FORSKNINGSMETODE	32
4.1 KVALITATIV METODE.....	32
4.2 FOKUSGRUPPEINTERVJU	33

4.3	REKRUTTERING AV FOKUSGRUPPEINTERVJUDELTAERNE	35
4.4	INTERVJUDELTAERNE - UTVALGET	36
4.5	INTERVJUGUIDEN	37
4.6	FOKUSGRUPPEINTERVJUENE	38
4.7	ANALYSE OG TOLKNING AV DET INNSAMLEDE MATERIALET.....	41
4.8	ULIKE FASER AV ANALYSEN	41
4.9	FORSKNINGSETISKE REFLEKSJONER	44
4.10	Å FORSKE I EGEN YRKESKULTUR.....	45
4.11	STUDIENS RELIABILITET OG VALIDITET	46
4.12	STUDIENS GENERALISERBARHET.....	47
5.	OPERASJONSSYKEPLEIERS YRKESKONTEKST	49
5.1	HVA ER EN OPERASJONSAVDELING?	49
5.2	OPERASJONSSYKEPLEIENS HISTORIE	51
5.3	HVA ER OPERASJONSSYKEPLEIE?	56
5.4	HVA ER KOMPETANSE?.....	57
5.5	SYKEPLEIE - OG LEGERELASJONENS KJØNNMESSIGE SAMMENSETNING	59
6.	KAMPEN OM ANERKJENNELSE.....	61
6.1	UFORMELLE STATUSFORSKJELLER MELLOM SPESIALUTDANNINGENE I SYKEPLEIE.....	61
6.2	SOSIAL NÆRHET OG AVSTAND.....	63
6.3	VERDSETTING AV KOMPETANSE	65
6.4	HVA HANDLER ANERKJENNELSE OM?.....	66
6.5	KJØNN OG TEKNOLOGI.....	67
6.6	VI – TEAMET - HAR ET FELLES MÅL.....	71

7.	OPPFATNINGER AV KJØNN I SAMHANDLINGSRELASJONENE	78
7.1	KJØNN ELLER PERSONLIGHET - ELLER BEGGE DELER	78
7.2	KJØNNETE HANDLINGER	80
7.3	KJØNN OG ETNISKE FORSKJELLER.....	84
8.	KAMPEN OM KRONENE OG MINUTTENE	85
8.1	SYKEHUSHVERDAGEN FØR OG NÅ	85
8.2	PERSONALTRØBBEL	86
8.3	PENGETRØBBEL	89
8.4	FARTSTRØBBEL.....	91
8.5	SPRIK MELLOM ARBEIDSGAVER OG RESSURSER	96
8.6	MISMATCH MELLOM LEGENES OG SPESIALSYKEPLEIERNES NORMALARBEIDSTID.....	98
9.	AVSLUTNING	102
9.1	OPPSUMMERING AV HOVEDFUNN.....	102
	KILDELISTE	107
	VEDLEGG 1	112
	VEDLEGG 2	113
	VEDLEGG 3	115
	VEDLEGG 4	118
	VEDLEGG 5	119
	VEDLEGG 6	122
	VEDLEGG 7	124
	VEDLEGG 8	126

1. Innledning

En operasjonsavdeling er en spesialavdeling hvor pasienten kommer for å gjennomgå diagnostiske undersøkelser og eller kirurgiske inngrep (Høiland 1996). Operasjonsavdeling er en arbeidsplass for flere yrkesgrupper, størsteparten av yrkesgruppene er leger og spesialsykepleiere. Disse yrkesgruppene jobber i et tverrfaglig team i det pasientrettete arbeidet. Det tverrfaglige teamet møter pasienter i alle aldre, pasienter i ulike faser i livet, pasienter i ulike situasjoner, pasienter med kroniske eller akutte sykdommer og tilstander (Utdannings- og forskningsdepartementet 2005). I det pasientrettete arbeidet skal det tverrfaglige teamet gi pasienten best mulig pleie og behandling. Alle yrkesgruppene i teamet har sin spesielle funksjon og rolle.

Operasjonssykepleiere er sykepleiere med videreutdanning i operasjonssykepleie og er en del av det tverrfaglige teamet. Utdanningen er en av de eldste videreutdanningene i sykepleie. Videreutdanningen har utviklet seg fra å være en intern utdanning i operasjonsavdelinger ved de enkelte sykehus, til i dag å være en utdanning på universitet - og høgskolenivå. I løpet av årene har operasjonssykepleie utviklet seg fra det å være et praktisk yrke til også å være en formalisert kompetanse. I dag har operasjonssykepleiere en kompetanse som er nødvendig for at det tverrfaglige teamet skal kunne gjennomføre en operasjon i dagens helsevesen.

Helt siden kirurgiens fremmarsj har sykepleiere samarbeidet med kirurger i operasjonsavdelinger, og i de siste årtier også sammen med anestesileger og anestesisykepleiere. Operasjonssykepleiere har en lang tradisjon med å arbeide tverrfaglig.

Kjønns sammensetningen i det tverrfaglige teamet er i forandring. Kvinnelige leger er på vei inn i operasjonsavdelingene, selv om de er i mindretall i forhold til sine mannlige kollegaer. De fleste spesialsykepleierne er kvinner, mannlige spesialsykepleiere er fremdeles i mindretall i forhold til sine kollegaer i en operasjonsavdeling. Operasjonssykepleiere samhandler med både kvinnelige og mannlige spesialsykepleiere og kvinnelige og mannlige leger.

1.1 Tema og bakgrunn for valg av tema

Tema for denne kvalitative studien er hvilke refleksjoner operasjonssykepleiere gjør seg om yrket sitt i dagens operasjonsavdeling. Jeg beskriver og analyserer deres tanker og vurderinger

ved å ta utgangspunkt i hvordan de snakker om samhandlingsrelasjoner i det tverrfaglige teamet de inngår i. I operasjonsavdelingen møtes kirurger, anestesileger, anestesisykepleiere og operasjonssykepleiere, ulike yrkesfelt med både lik og ulik fagkunnskap og kompetanse, for sammen å finne de best mulige løsninger for pasienten. Operasjonssykepleiere utøver yrket, faget sitt, i samhandling med de andre yrkesgruppene i det tverrfaglige teamet. Det er det relasjonelle som ligger til grunn for å forstå samhandlingsprosessen i det tverrfaglige teamet. Derfor handler denne oppgaven ikke først og fremst om hva operasjonssykepleie er i seg selv, men mer om de prosessene som former operasjonssykepleiernes praksis.

Hensikten med studien er å utvikle kunnskap om operasjonssykepleiernes yrkesforståelse og deres arbeidssituasjon i dagens helsevesen. Min oppfatning, som operasjonssykepleier, er at det å studere hvordan operasjonssykepleiere forstår yrket sitt, med utgangspunkt i det tverrfaglige teamet, er interessant og et fruktbart utgangspunkt for å bringe fram slik kunnskap. Det er i denne konteksten operasjonssykepleiere utvikler sin faglige selvforståelse og sin praktiske yrkesrolle. Yrkesrollen dannes i konkrete arbeidssituasjoner. Kunnskap om samhandlingsprosessen, hva som foregår i denne prosessen, vil være med på å gi en bedre forståelse av operasjonssykepleie da denne prosessen er lite omtalt i sykepleielitteraturen.

For å gi et bilde av operasjonssykepleie som praktisk virksomhet, vil jeg gi en kort beskrivelse av arbeidsoppgaver og organisatorisk kontekst. Operasjonssykepleie er et spesialområde innen sykepleie som krever kunnskaper om og forståelse for den akutt og eller kritisk syke operasjonspasientens situasjon og kjennskap til operasjonstekniske prinsipper og kirurgiske undersøkelser og behandling. Operasjonssykepleie innebærer å ivareta pasientens behov for sykepleie før, under og umiddelbart under det operative inngrepet (Utdannings- og forskningsdepartementet 2005). I dette pasientrettede arbeidet, arbeider operasjonssykepleierne i tverrfaglige samarbeidsteam. Teamet består som oftest av to operasjonssykepleiere, en anestesisykepleier, en anestesilege og en til to kirurger. I tillegg til relasjonen til pasienten så samhandler operasjonssykepleieren med alle de nevnte aktørene i teamet. Operasjonssykepleie bygger på grunnleggende sykepleie og de samme grunnleggende verdiene, som helhetlig menneskesyn, omsorg og respekt for menneskeverdet (NSF 2007).

For at pasienten skal få best mulig behandling er pasienten avhengig av kompetansen til alle yrkesgruppene i det tverrfaglige teamet. Alle i teamet må ha en forståelse for hverandres yrkesfunksjon dersom teamet skal fungere optimalt (Dåvøy, Eide, Hansen 2009:20). Dette krever at arbeidstakerne vet hva som forventes av dem og har innsikt i hverandres

yrkesutøvelse. Min erfaring er at i operasjonsavdelinger, som ofte er store avdelinger, kan det være vanskelig å få til en dialog om forventninger og forestillinger knyttet til hverandres yrkesfunksjon. Denne studien kan være et innspill til en dialog som kan komme pasienten til gode ved et godt samarbeid mellom aktørene i teamet.

Både kvantitativ og kvalitativ forskning viser at det gjør en forskjell i samhandlingen mellom sykepleiere og leger om legen er kvinne eller mann (for eksempel Gjerberg og Kjølørød 2001, Wear og Keck-McNulty 2004). I denne studien går jeg litt videre ved å utforske samhandlingsrelasjonene mellom flere aktører i det tverrfaglige teamet. Jeg vil med et kjønnsperspektiv og ved hjelp av den franske sosiologen Bourdieus begrepsapparat belyse operasjonssykepleiernes oppfatninger av samhandling i det tverrfaglige teamet. Jeg vil særlig utforske hvordan operasjonssykepleierne oppfatter det som foregår i samhandlingsrelasjonene mellom yrkesgruppene og hvordan de observerer posisjonering i teamet.

Bourdieu var i sine studier opptatt av hva som foregår i relasjoner mellom individer og mellom grupper av individer (Danielsen og Hansen 1999). For å forstå hva som utspiller seg i det sosiale hverdagslivet opererer Bourdieu (1997) med tre begreper, felt, habitus og kapital. Disse begrepene er grunnleggende for å forstå hva er det som gjør at mennesker handler på den måten de gjør. I det tverrfaglige teamet hvor samhandling er sentralt kan Bourdieus begreper, etter min mening, gi innsikt og forståelse av operasjonssykepleiernes oppfattelse av handlinger og hva er det som gjør at operasjonssykepleierne handler som de gjør. Studiens tittel ”Kamper i sykehushverdagen. En kvalitativ studie av hvordan operasjonssykepleiere vurderer sitt yrkesfelt” kan relateres til Bourdieus begreper.

I følge en rapport fra Sosial- og helsedirektoratet (2006) kan det synes som om det vil bli stor mangel på operasjonssykepleiere i framtiden. Det å sikre et visst antall yrkesutøvere handler om både utdanningskapasitet og det å legge til rette for at yrkesutøvere forblir i yrket så lenge som mulig. Denne studiens belysning av operasjonssykepleiernes yrkesfelt kan gi kunnskap som kan være nyttig i forhold til å forberede fremtidige operasjonssykepleiere på yrkesfunksjonen.

Sykehusene, og operasjonsavdelinger, har de siste årene gjennomgått store reformer og omstillinger hvor hovedfokuset har vært å gjøre sykehusene mer effektive, høyne produktiviteten og samtidig minske kostnadene. I 2005 gjennomførte Arbeidstilsynet en omfattende kartlegging av det organisatoriske og psykososiale arbeidsmiljøet i sykehus ”God vakt - kampanjen”. Kartleggingen viste at det var særlig misforholdet mellom de oppgavene som de ansatte skal utføre og egen kapasitet som sliter på de ansatte. De ansatte følte at de ikke

strakk til, de fikk dårlig samvittighet og de var redd for å gjøre feil (Østhagen 2006). I denne undersøkelsen belyses de økonomiske og organisatoriske rammebetingelsene i en operasjonsavdeling. Dette kan bidra til kunnskap om betydningen av disse rammebetingelsene for operasjonssykepleiernes vurdering av yrkesutøvelsen.

1.2 Oppgavens problemstillinger

På bakgrunn av disse begrunnelsene er oppgavens hovedproblemstilling:

Hvordan reflekterer operasjonssykepleierne rundt sitt yrke og sine samhandlingsrelasjoner?

Underproblemstillinger:

- 1. Hvordan vurderer operasjonssykepleierne sin kompetanse og hvordan oppfatter de at andre yrkesgrupper vurderer den?*
- 2. Hvordan tematiseres kjønn i samhandlingssituasjoner?*
- 3. Hva betyr økonomiske og organisatoriske rammebetingelser for operasjonssykepleiernes yrkesutøvelse?*

Problemstillingene besvares ved hjelp av kvalitativ forskningsmetode. Underproblemstillingene strukturerer studiens tematiske analyse. Datamaterialet er hentet fra tre fokusgruppeintervju med til sammen 13 operasjonssykepleiere som arbeider i operasjonsavdelinger.

1.3 Avgrensning av oppgaven

Det er operasjonssykepleiernes perspektiv, deres beskrivelser og refleksjoner som ligger til grunn for denne studien. I denne oppgaven er det kun operasjonssykepleiernes stemme som høres. Det kan bety at andre yrkesgrupper som operasjonssykepleierne samhandler med, fremstilles på en forenklet måte. Pasientens perspektiv, pasientens opplevelse av møte med det tverrfaglige teamet, vil heller ikke bli vektlagt i denne oppgaven.

Jeg bruker betegnelsene sykepleier og operasjonssykepleiere om hverandre i teksten. Der hvor jeg bruker ordet sykepleier, innbefatter det også operasjonssykepleiere. Jeg bruker også

betegnelsen intervjudeltaker, intervjuperson og operasjonssykepleiere om hverandre for å variere språket.

1.4 Oppgavens oppbygning

Oppgaven består i alt av 9 hovedkapitler. I dette innledningskapitlet har jeg kort presentert operasjonssykepleie som virksomhet. Jeg har også presentert oppgavens tema og bakgrunn for valget av tema, samt problemstillingene jeg ønsker å besvare i denne oppgaven.

I hovedkapittel 2, *Teoretiske perspektiver om samhandling og kjønn*, presenterer jeg studiens teoretiske referanseramme. Jeg gjør først rede for Bourdieus analytiske begreper for å forstå samhandling mellom operasjonssykepleierne og de andre aktørene i det tverrfaglige teamet. Deretter redegjør jeg for kjønnsperspektiver med utgangspunkt i kjønnsforskerne West og Zimmermanns kjønnsforståelse for å undersøke hvordan kjønn kommer til uttrykk i samhandlingssituasjoner mellom aktørene i teamet.

I hovedkapittel 3, *Forskning om kjønn, sykepleiere og leger* belyser jeg relasjonen mellom leger og sykepleiere med tidligere forskning.

I hovedkapittel 4, *Metodisk fremgangsmåte*, gjør jeg rede for valg av forskningsmetode og andre valg i løpet av forskningsprosessen, deriblant erfaringer ved innsamling av datamaterialet, etiske refleksjoner i forbindelse med studien og en redegjørelse for den analytiske metoden som jeg har anvendt på materialet.

Hovedkapittel 5, *Operasjonssykepleieres yrkeskontekst*, belyser den konteksten som operasjonssykepleiere arbeider innenfor. Det omfatter organisatoriske rammer, fagets historiske utvikling, operasjonssykepleieres arbeidsoppgaver, samt hvordan sykepleieres og legers kompetanse kan forstås ut i fra et kjønnsperspektiv og yrkesgruppens kjønnsmessige fordeling i det tverrfaglige teamet.

Hovedkapittel 6, 7 og 8 presenterer studiens temaer, analyse og funn. Jeg vil nærme meg oppgavens problemstillinger gjennom tre temaer: kampen om anerkjennelse, oppfatninger av kjønn i samhandlingsrelasjoner og kampen om kronene og minuttene. I kapittel 6, *Kampen om anerkjennelse* vil jeg se nærmere på hvordan operasjonssykepleierne vurderer sin kompetanse, hvordan de oppfatter at andre yrkesgrupper vurderer den.

I kapittel 7, *Oppfatninger av kjønn i samhandlingsrelasjoner* undersøker jeg hvordan operasjonssykepleierne erfarer at kjønn har betydning i samhandlingsrelasjoner i det tverrfaglige teamet.

I hovedkapittel 8, *Kampen om kronene og minuttene* fokuserer jeg på hvordan økonomiske og organisatoriske rammer har betydning for operasjonssykepleiernes yrkesutøvelse.

Oppgavens siste kapittel er hovedkapittel 9, *Avslutning*. I dette kapitlet vil jeg samle trådene, diskutere studiens hovedfunn og legge frem noen forslag til videre forskning.

2. Teoretiske perspektiver på sosial samhandling og kjønnsrelasjoner

I løpet av forskningsprosessen, etter innsamlingen av datamaterialet, viste materialet at det var særlig tre temaer som kom fram. Temaene var anerkjennelse og verdsettelse av operasjonssykepleiernes kompetanse, hvilken betydning kjønn har i samhandlingsrelasjonene og hva økonomiske og organisatoriske rammer betyr for operasjonssykepleiernes yrkesutøvelse. Temaet anerkjennelse kan relateres til temaet om rammebetingelser da datamaterialet viser at rammebetingelsene legger noen forutsetninger for anerkjennelse. Det er med andre ord det empiriske materialet, det intervjudeltakerne sa i intervjuene, som har vært avgjørende for valget av teoretiske perspektiv.

I forhold til mitt intervjumateriale ser jeg det fruktbart å anvende sosiologen Pierre Bourdieus teori eller begrepsapparat da det som fremkom i mitt materiale omhandler distinksjoner og dominansforhold, forskjeller, posisjonering og likeverd i relasjonene i det tverrfaglige teamet. Dette er aspekter som også Bourdieu (1995, 1996, 1997) var opptatt av å undersøke i sine studier.

I følge Bourdieu kan ikke forskeren nærme seg sitt forskningsfelt uten å ha en teoretisk referanseramme for sin forskning. Forskere kan ikke analysere andre menneskers perspektiver på tilværelsen uten at de selv har et perspektiv på det de studerer, ellers er det en risiko for at forskningsresultatene kun blir en gjentakelse av forskerens forforståelser (Bourdieu 1993 i Mik-Meyer og Järvinen 2005:13). Metodelitteraturen beskriver en tilsvarende forståelse av hensikten med en teoretisk ramme. I følge Halvorsen (2002) er hensikten med teori at den skal styre vår retning for forskningsinteressen, belyse empirien på en bestemt måte og bidra i forhold til analyse og tolkning av materialet (Halvorsen 2002:39). For å kunne analysere og forstå det empiriske materialet er det behov for et analytisk begrepsapparat som redskap. Hvilke begrepsapparat som velges er av betydning for hvilket blick empirien undersøkes med.

Når jeg i dette kapitlet vil gjøre rede for studiens teoretiske perspektiver, vil jeg først gi et lite bilde av Bourdieu da det kan være nyttig med kjennskap til hans bakgrunn for å forstå hans begreper. Det er grunn til å tro at det er en sammenheng mellom hans erfaring, hans forskningsinteresse og hvordan han griper an sin forskning (Wilken 2008:11). Deretter vil jeg gi en kort introduksjon til Bourdieus teori før jeg redegjør for hans analytiske begreper; felt,

habitus og kapital slik jeg forstår dem. Så vil jeg se nærmere på Bourdieus kjønnsforståelse og hans vitenskapssyn før jeg redegjøre for studiens kjønnsperspektiv med utgangspunkt i kjønnsforskerne West og Zimmermans perspektiv. Denne kjønnsforståelsen er grunnlaget for å forstå hvordan kjønn kommer til uttrykk i samhandlingssituasjoner mellom aktørene i teamet.

2.1 Bourdieus teori

I litteraturen brukes ordet teori om hans begrepsmessige analyseapparat, selv om Bourdieu var skeptisk til en slik beskrivelse av sine analytiske begreper (Wilken 2008:31). Bourdieu mente selv at begrepene hans skulle forstås som et sett av tenkeredskaper som tar form i forbindelse med empirisk forskning (Bourdieu og Waquant 1992:160 i Wilken 2008:8). Bourdieu gir ikke eksakte definisjoner av sine begreper, han gir en beskrivelse i tekstene sine av hva han mener med begrepene (Aamodt 2005). Begrepene må forstås i den sammenhengen de er beskrevet.

2.1.1 Pierre Bourdieu

”Jeg tilbrakte det meste av ungdom i en liten, fjerntliggende landsby i det sørvestlige Frankrike, et svært ”tilbakestående” sted, som byfolk pleier å si. Og jeg kunne leve opp til de utdanningskravene jeg hadde blitt stilt overfor, ved å ignorere mange av mine primære erfaringer og pregninger, det var ikke bare en aksent jeg skulle legge av meg....
(Bourdieu&Wacquant 1992 i Wilken 2008:24).

Pierre Bourdieu ble født i 1930 i en liten landsby i sørvestlige - Frankrike, nær grensa til Spania og han døde i 2002. Faren var leilending og postbud (Broady 1991:108). Familien hans tilhørte lavere middelklasse. Dagligspråket var occitansk. Bourdieu gikk på den lokale skolen. Siden fikk han et stipend som gjorde at han kunne forsette sin skolegang på en kostskole i en nærliggende, større by. Her gjorde han seg bemerket og fikk enda et stipend og fortsatte da ved et berømt gymnas i Paris. Bourdieu ble så oppfordret av sin gymnaslærer til å søke et universitet i Paris, et av mest prestisjefylte utdanningsinstitusjoner i Frankrike hvor han startet filosofistudier i 1951. Bourdieu klarte seg ved hjelp av dyktighet og stipend (Wilken 2008:13). Fra oppveksten på landsbygda til det urbane Paris, var møtet med den akademiske eliten ikke lett for Bourdieu. For å bli godtatt i det akademiske miljøet følte han at han måtte kvitte seg med mye av det særegne han hadde med seg fra sitt hjemlige miljø, blant annet dialekten. Det beskrives at Bourdieu allerede i studenttiden la merke til forskjellen mellom seg og byelevene. De hadde blant annet penere manerer og var mer velkledde enn de som kom fra landet. De

representerte noe utilgjengelig for ham (Aamodt 2005:56,). Dette ga ham en personlig erfaring, å bevege seg i et sosialt system, å bevege seg vekk fra noe og bevege seg mot noe en kanskje aldri når. Bourdieu ble oppmerksom på noen av de sosiale mekanismene som vanskeliggjør det å bevege seg sosialt. Det er nærmest umulig for dem som tilhører et miljø å formulere de uskrevne reglene som strukturerer måtene ting gjøres på. Dette har sammenheng med at man tar sin egen praksis for gitt, og fordi man tar for gitt at de måtene å gjøre ting på er den vanligste måten å gjøre det på. Bourdieus frustrerte erfaringer fra tiden på kostskolen og gymnaset, ga ham perspektiver på sosialt liv. Det samme gjaldt i forhold til hans oppvekstmiljø og studier av sosiale miljøer. Men allikevel var ikke Bourdieus teoretiske verk selvbiografiske. De innsiktene han tilegnet gjennom sine egne erfaringer kanaliserte han over i en selvbevisst teorirefleksjon (Wilken 2008:14).

Bourdieu studerte først filosofi. Etter avsluttet eksamen underviste han i filosofi til han ble innkalt i militæret og sendt til Algerie i 1955, hvor han var utstasjonert til 1958. Han var vitne til den franske hærens brutale framferd og den nedlatende behandling av det algeriske befolkning. Etter endt militærtjeneste fikk han en undervisningsstilling ved universitetet i Alger inntil han ble nødt til å flykte under et profransk militærkupp i 1960 (Wilken 2008:16).

Under oppholdet i Algerie møtte han algeriske fjellbønder og begynte å sammenligne dem med bøndene hjemme. Han så at de hadde noe felles, noe som var knyttet til måten å bevege seg på, kroppsuttrykk og væremåte (Aamodt 2005:60). Bourdieu utviklet sin spesielle forståelse av hvordan samspillet mellom subjektivitet og objektivitet strukturerer (Wilken 2008:16). Etter sine undersøkelser i Algerie ble Bourdieu opptatt av hvordan kulturen som det enkelte menneske levde i var avgjørende for hvilke valg dette mennesket gjorde. Han ble opptatt av hvordan mennesker lar seg styre av valg uten at de forstår hvorfor de gjør disse valgene (Aamodt 2005:60, 61). Bourdieu ble opptatt av hva som ligger til grunn for menneskers handling.

Bourdieu kalte seg selv for overløper. I det la han at han hadde beveget seg fra en sosialt sett underliggende klasse med liten tilgang på kulturell kapital, til et sosialt felt der hvor den kulturelle kapitalen var den mest etterspurte. I litteraturen blir det antydnet at det ikke bare var Bourdieus forskningsinteresse som var avgjørende for at han beveget seg over til et annet fagfelt, samfunnsvitenskapen, men også fordi han ikke fant seg helt til rette i den akademiske høyborgen, filosofien. Det er tenkelig at han med sine holdninger og væremåte, følte seg kanskje mer dominert innenfor en dominerende kultur hvor han aldri ble fullt ut akseptert (Aamodt 2005:61,62).

Etter oppholdet i Algerie ble han ansatt som adjunkt i sosiologi og antropologi. På begynnelsen av 60-tallet ble han tilknyttet et europeisk senter for historisk sosiologi og på slutten av 60-tallet etablerte han sitt eget sosiologiske forskningscenter hvor han og hans medarbeidere produserte kritisk forskning om forholdet mellom kultur, makt og sosial ulikhet. På begynnelsen av 80-tallet ble han utnevnt til professor i sosiologi (Wilken 2008:27,28).

Bourdieu var spesielt opptatt av utdanningssystemet, hvordan det ga tilgang til maktposisjoner og statusyrker. Han mente at det var en illusjon at alle har lik tilgang til utdanning hvis de bare har vilje og evner. Han mente at livssjansene ikke er likt fordelt mellom folk. Bourdieu hevdet at evner og vilje er mer et uttrykk for sosial klasse og miljø enn for biologiske egenskaper (Aamodt 2005:53). Det Bourdieu hevder her kan bety at oppvekstmiljø har betydning for valg av utdanning. Det er kanskje heller ikke tilfeldig at det fremdeles er flest kvinner som tar sykepleieutdanning. Det er tenkelig at oppvekstmiljøet er med på å sosialisere verdier og muligheter i forhold til jenter og gutters utdanningsmuligheter.

Bourdieu arbeidet med hierarkiske relasjoner. I hans analyser er det sosiale liv preget av distinksjoner og dominans (Wilken 2008:91). Bourdieu kastet i liten grad sitt kritiske blikk på det franske helsevesenet. Hans interesse lå på andre felt, som blant annet utdanningssystemet og andre kulturelle felt, som kunstnerfeltet og journalistfeltet.

Bourdieu hadde også et personlig politisk engasjement. Han engasjerte seg i spørsmål som blant annet gjaldt globalisering, sosiale nedskjæringer, arbeidsløshet og rasisme. Bourdieus politiske engasjement står i forhold til hans sosiologiske forskning, som blant annet omhandler hvordan sosial ulikhet reproduces (Wilken 2008:27,29). Det er også tenkelig at innenfor et sykehussystem og en operasjonsavdeling, vil sosial ulikhet produseres og reproduceres mellom yrkesgrupper.

2.1.2 Sentrale trekk ved Bourdieus teori

Bourdieus teori konsentrerer seg om noen sentrale begreper, felt, habitus og kapital, for å forstå former for handling i det sosiale liv. Bourdieu presiserer at hans teori eller filosofi kan kalles for relasjonell, det vil si at den anser relasjonene for det grunnleggende. Fokuset ligger på relasjoner mellom individer eller grupper. Andre forhold som teorien fokuserer på er de potensielle muligheter for handling som til dels ligger i individene (kroppsliggjorte strukturer) og til dels i strukturen (sosiale struktur) i de situasjoner som individene handler innenfor. De potensielle

mulighetene for handling ligger i relasjonen mellom disse to fenomenene. Det er snakk om en to-veis- relasjon, disse to virker inn på hverandre gjensidig (Bourdieu 1997:11,12). En menneskelig handling er hverken basert ene og alene på bakgrunn av strukturer eller individuelle behov. Bourdieus teori refererer til premissene for handling, som ligger midt i mellom det subjektive og det objektive. Mennesket står hverken fritt til å handle eller er underlagt eller styrt av sosiale strukturer. Individet påvirker samfunnet og samfunnet påvirker individet. Samtidig oppfatter Bourdieu handling som strategisk, men ikke nødvendigvis i bevisst forstand (Rogg 1991). Men heller på bakgrunn av hva som er mulig, hva som er rom for handling i en situasjon (Bourdieu 1996, 1997).

Bourdieu studerte ulike dominansrelasjoner, og hvordan de vedlikeholdes og styrkes (Rogg 1990). Alle mennesker, sosiale aktører, inntar en relasjonell posisjon i forhold til hverandre i et rom, som Bourdieu kaller det sosiale rom. I dette rommet vil det alltid eksistere forskjeller mellom aktørene. Men, sier Bourdieu, hvordan distinksjoner kommer til uttrykk skapes av aktørene (Bourdieu 1997:29). Aktørene fordeler seg i det sosiale rom etter hvor mye samlet kapital aktøren besitter og ut ifra hvordan verdien av kapital vektlegges (Bourdieu 1997:21). Bourdieu (1997) påpeker at det er den økonomiske og kulturelle kapital som er mest virkningsfull. Aktørens plassering i det sosiale rom er bestemt av deres egenskaper som yrke, utdanning, inntekt og kjønn. Men i følge Bourdieu er posisjonene i det sosiale rom i stadig endring. Individene kan endre sin posisjon over tid hvis det totale volumet av kapital øker eller avtar (Danielsen og Hansen 1999:46,47). Da operasjonssykepleie i dag er et eget fag på universitets og - høyskolenivå, så kan man tenke seg at det gir operasjonssykepleierne en annen posisjon i det sosiale rommet enn tidligere. De har gjennom tidene økt sitt kapitalvolum, økonomisk og kulturelt.

2.1.3 Felt

Bourdieu opererer med begrepet felt. Et felt beskrives som et sosialt rom, hvor individer eller grupper har en plassering i dette rommet, en posisjonering som sier noe om dominansforholdene (Broady 1996:272). Individet eller gruppens posisjonering i feltet, sier noe om de tilhører de dominerende eller de som blir dominert.

Et sosialt felt eksisterer, i følge Bourdieu (1997), når en avgrenset gruppe mennesker eller institusjoner strir om noe som er felles for dem. I dette feltet tørner aktørene sammen med forskjellig midler til rådighet og forskjellige mål, alt avhengig av deres posisjon i feltets

maktstruktur. Noe som gjør at de enten bidrar til å bevare eller forandre maktstrukturen (Bourdieu 1997:54). Feltbegrepet kan forstås som en sosial arena (Danielsen og Hansen 1999). Feltbegrepet beskriver de sosiale arenaene som praksis (handling) utspiller seg innenfor. Kriteriet for å definere felt er altså at man kan påvise at noe står på spill, noe aktørene finner det verdt å kjempe for eller om. Hvilken posisjon aktørene har i feltet er knyttet til deres spesifikke kapital (Bourdieu 1996). Bourdieu (1996,1997) bruker metaforen spill for å forstå hva som skjer i interaksjonen mellom aktører i det sosiale liv, hva som utspiller seg i et felt. Spillene er det sosiale, man kan ikke velge dem bort (Wilken 2008:48). Spill følger ikke bare et sett regler, reglene danner rammer for hva man skal gjøre og ikke gjøre (Wilken 2008:47). Dersom man vil studere hvordan et spill forløper må man studere spillerne, blant annet ved å studere deres motiver, deres interesser, deres evne til å "lese" de andre spillerne (Wilken 2008:48). I følge Bourdieu deltar aktører i en rekke sosiale kamper om innflytelse og kapital. Disse kampene utspiller seg innenfor spesifikke og relativt autonome områder (Wilken 2008:38,39). Kampen i feltet handler også alltid om en kamp om feltet og om feltets grenser. Kampene fører ikke til en utligning av forskjeller, de forsvinner ikke, de reproduseres bare i andre former. Kampene handler ikke om ting, men om makt og kapital (Wilken 2008:44). Feltbegrepet kan altså anvendes for å undersøke posisjoner i et felt. En posisjon, som kan være en yrkesgruppes posisjon i forhold til andre yrkesgrupper, defineres av sine relasjoner til andre posisjoner (Broady 1996:271).

I forhold til min empiri anser jeg Bourdieus feltbegrep som nyttig analyseverktøy for å utforske både hvordan yrkesgruppene posisjonerer seg i forhold til hverandre i feltet og hva det er som står på spill. Jeg tenker meg sykehuset som et stort felt og feltet hvor aktørene i det tverrfaglige teamet interagerer som et delfelt, operasjonsfeltet. I følge Bourdieu kan felt overlappe hverandre og store felt kan deles inn i mindre delfelt. Et og samme individ, gruppe eller institusjon kan tilhøre mer enn et felt (Broady 1991:270). Operasjonsfeltet er (i hvert fall) en sosial arena hvor det er tenkelig at det utspilles kamper mellom aktørene, kamper om innflytelse og om hvilken kapital som skal gjelde. Leger og sykepleiere møtes, interesser brytes og posisjoneringskamper utkjemper. Det vil alltid være noe som står på spill.

Aktørene i det tverrfaglige teamet tilhører i ulik grad andre typer behandlingsfelt. Legene er delaktige i andre felt enn bare behandlingsfeltet i en operasjonsavdeling, eksempelvis på sengeavdelinger, poliklinikk, dagkirurgiske avdelinger. Legene er i relasjon til mange yrkesgrupper. Om operasjonssykepleierne, de som jobber i en operasjonsavdeling, kan man vel si at de tilhører kun et felt, de har sitt virke kun i operasjonsavdelingen.

For å kunne undersøke aktørenes posisjon i et sosialt felt må de kombineres med å undersøke individets habitus (Bourdieu 1997).

2.1.4 Habitus

Habitus er et produkt av sosialisering og begrepet forholder seg til det folk gjør ut i fra deres forståelse av den situasjonen de er i (Wilken 2008:36,37). Bourdieus habitusbegrep hviler på en enkel tanke, nemlig at menneskers habitus formes av det livet vi hittil har levd og styrer våre forestillinger og praksiser. Dette gjør at den sosiale verden gjenskapes eller, når det ikke er samsvar mellom menneskets habitus og den sosiale verden, så forandres den (Broady 1990:225). Habitus er en sosialisert kropp, en strukturert kropp og en kropp som strukturer handlinger i verden (Bourdieu 1996:137). Habitus er på en og samme tid både individuell, kollektiv og samfunnsmessig. Individuell da den integrerer individets erfaringer, alle har en unik historie (Wilken 2008:37). Kollektiv da den tilegnes i et sosialt miljø, utvikler en felles forståelse (Bourdieu 1980/1990 i Wilken 2008:37). Habitus er også samfunnsmessig da den får oss til å akseptere ulikheter i samfunnet og ta dem for gitt (Wilken 2009:38). Det er mulig at ulikheter mellom yrkesgruppene i operasjonsfeltet vil komme til uttrykk gjennom yrkesgruppens habitus, en ulikhet som vi tar for gitt.

Aktørene i feltet handler på bakgrunn av sine erfaringer, erfaringer som er ervervet gjennom det å leve i et samfunn, i en felles verden med alle de forventninger, forestillinger og normer for handling. Habitus utgjør bakgrunnen og rammen for handlingene eller praksis som Bourdieu (1996) skriver, i feltet. Men det må påpekes at Bourdieu i sine analyser var opptatt av gruppers habitus, eksempelvis yrkesgruppers habitus. Hans analyser stoppet ikke ved den enkelte individs habitus (Broady 1990:227). I mine analyser forsøker jeg å fokusere på yrkesgruppens habitus.

2.1.5 Kapital

Kapitalbegrepet kan forstås som resurser og verdier i en bestemt sosial sammenheng (Rogg 1990, Wilken 2008). Bourdieu operer med tre former for kapital: økonomisk, kulturell og sosial kapital.

Økonomisk kapital handler om inntekt eller andre økonomiske goder (Wilken 2008). I det tverrfaglige teamet har aktørene ulik inntekt, her går skillelinjene mellom legene og

spesialsykepleierne. Det er allment kjent at legene tjener mer enn sykepleierne. Men er det tenkelig at økonomisk kapital differensieres også i arbeidssituasjonen? Det er mulig at legene har et større økonomisk handlingsrom i feltet enn operasjonssykepleierne.

Kulturell kapital omhandler utdanning, kompetanse, kunnskap (Bourdieu 1983/86 i Wilken 2008:39). Aktørene i feltet har ulik utdanningskapital, utdanningene er forskjellig selv om de har noe felles kunnskapsmasse. Legene har en type spesifikk kapital som er avgjørende for behandlingen av sykdommen. En operasjon er helt avhengig av kirurgen (legen), den som kan skjære, operere. Sykepleierne har en type spesifikk kapital som er av betydning for pasienten. Den som bringer med seg mest kapital av den typen som gjelder for feltet, har størst mulighet til å dominere (Rogg 1991:58). På bakgrunn av kapitalbesittelse er det derfor rimelig å tenke seg at legene dominerer feltet, men kanskje ikke på alle områdene innenfor feltet.

Sosial kapital referer til tilgang av sosiale nettverk, kontakter og sirkulasjon av informasjon, altså sosiale forbindelser (Danielsen og Hansen 1999:46). Sosial kapital handler blant annet om i hvilken grad individet har mulighet til å få støtte eller hjelp fra andre personer, kjenne de ”riktige” personene. I operasjonsfeltet har yrkesgruppene forskjellig sosial kapital. Legene (kirurgene og anestesilegene) arbeider ved flere avdelinger, eksempelvis poliklinikker og sengeavdeling. De er også innom oppvåkingsavdelinger og intensiv og – postoperative avdelinger. Legene har et stort nettverk på sykehuset, de er i en relasjon til mange personer og det er dermed tenkelig at de kan påvirke beslutningsprosesser og eventuelt kunne hente støtte fra andre og egne yrkesgrupper dersom de trenger det. Det er også tenkelig at de vil ha tilgang til informasjon gjennom sine nettverk. Operasjonssykepleierne kan anses som de som besitter minst sosial kapital da de som oftest kun arbeider i operasjonsavdelingen. For denne gruppen kan det være vanskeligere å påvirke beslutningsprosesser og mobilisere eventuell støtte hvis det skulle kreves. Anestesisykepleierne jobber også hovedsakelig i operasjonsavdelingen, men de kalles ut til andre avdelinger i spesielle tilfeller. De har også mindre sosial kapital enn legene.

Hvilke kapitalform som gis mest verdi i et felt vil variere fra felt til felt. Bourdieu (1997) refererer til eksempler som finansfelt og kunstnerfelt. I finansfelt vil det være økonomisk kapital som er av betydning, mens i kunstnerfeltet, vil det være kulturell kapital (Bourdieu 1997). I operasjonsfeltet hvor aktørene i det tverrfaglige teamet interagerer, vil nok både besittelsen av kulturell og økonomisk kapital være av betydning.

Habitusbegrepet henger sammen med kapitalbegrepet (Aamodt 2005:50). Eksempelvis kan individets språklige kompetanse ha sammenheng med utdanning. Alle mennesker har en

habitus, men noen menneskers habitus anses som mer verdifull enn andres. Hva som vurderes som verdifullt kan variere fra hvilken gruppe en tilhører (Broady 1990:226). Bestemte sosiale betingelser, betingelser som også er formet av kapitalens fordeling, er med på å forme den enkeltes habitus (Aamodt 2005:51). Kanskje noen vil si at operasjonssykepleiere har en bestemt habitus. En habitus som er preget av deres spesifikke feltpkapital. Et eksempel kan være at operasjonssykepleiere har et spesielt fokus på hygiene. Smykker og klokker er sjelden en del av operasjonssykepleieres arbeidsantrekk. Hygieniske prinsipper er internalisert i operasjonssykepleieres habitus.

Bourdieu knytter makt til kapital. Mye kapital betyr også mye makt (Danielsen og Hansen 1999:45). Makt og kapitalbesittelse henger sammen. Ved å disponere spesifikk feltpkapital gir det makt innenfor et felt (Danielsen og Hansen 1999:66). Bourdieu var opptatt av lokale kontekster for maktutøvelse (Danielsen og Hansen 1999:63) og hvordan den usynlige makten kommer til uttrykk (Bourdieu 1996). Makt kan være både synlig og usynlig i relasjonene lege - anestesisykepleier - og operasjonssykepleier.

2.1.6 Symbolsk kapital

Disse tre formene for kapital, økonomisk, kulturell og sosial, rangerer aktørene innenfor feltene og er gjenstand for kamper (Wilken 2008:38,39). Disse kapitalformene kan sammen betraktes som et generelt begrep, symbolsk kapital (Bourdieu 1996:61)

Symbolsk kapital er det mest grunnleggende begrepet i Bourdieus teori (Broady 1996:169). Symbolsk kapital er hvilken som helst form for kapital; fysisk, økonomisk, kulturell, sosial (Bourdieu 1996:61). Begrepet anvendes for å fange inn at visse mennesker eller institusjoner nyter tiltro, aktelse eller anseelse (Broady 1991:169). For at den skal ha noe verdi, må aktørene være i stand til å gjenkjenne den og anerkjenne den (Bourdieu 1996:61). Symbolsk kapital er altså det som av sosiale grupper gjenkjennes som verdifullt og som tilkjennes verdi. Et viktig kjennetegn ved symbolsk kapital, er at den er felles for alle medlemmene i en gruppe (Bourdieu 1996:90). Dette begrepet hviler på grupperes trosforestilling og ikke på en individuell anerkjennelse (Broady 1996:169). På bakgrunn av den symbolske kapital som gruppen besitter, og som oppfattes av andre, konstrueres sosiale kategorier ut i fra de egenskapene gruppen har, eksempelvis de som er høyt oppe/ de som er lavt nede, kvinner/menn (Bourdieu 1996:90).

Det å være mann kan i mange sammenhenger fungere som en grunnleggende form for symbolsk kapital (Danielsen og Hansen 1999:61). Man kan tenke seg at legene (mannlige kirurger) beskrives som høyt oppe - høy status og sykepleiere (kvinner) som lavt nede - lavere status. Yrkesgruppene besitter ulik mengde av symbolsk kapital. Legene har til eksempel vitnemål fra et studium som det er krevende å komme inn på i Norge. Konkurransen er stor. Alle disse aspektene kan konverteres til symbolsk kapital dersom de andre aktørene anser det som verdifullt, de må ha tro på at den er verdifull.

2.1.7 Bourdieus kjønnsforståelse

Bourdieu anser kjønn som sosialt skapt eller sosialt konstruert (Bourdieu 2000). Etter min mening er Bourdieus kjønnsforståelse i tråd med West og Zimmermanns (1987) perspektiv som jeg kommer nærmere inn på senere i kapitlet. I følge Bourdieu (2000) sosialiseres kvinner inn i tankestrukturer som definerer dem som mindreverdige. Disse tankestrukturene skapes av forestillinger og forventninger som knyttes til hva som er mannlig og hva som er kvinnelig. De mentale strukturene er også en avspeiling av de sosiale strukturene i samfunnet. Dersom de assosierer kvinnelighet med underlegenhet, blir de også kvinnes egne strukturer (Järvinen 2001). Det er samfunnets og individers forestillinger og forventninger til hva som er mannlig og hva som er kvinnelig, som former kvinners underordningsforhold til menn. Dominansforholdene skapes gjennom inndelingsprinsipper som skiller det maskuline fra det feminine. Dette prinsippet skaper dominans og underkastelse (Bourdieu 2000:29). Individets egne og andres forestillinger og forventninger kroppsliggjøres, innleires i den enkeltes habitus.

Kjønnsdistinksjonene innleires i ubevisstheden (Rogg 1991). Det å være kvinne eller mann kan ha ulike betydninger i ulike kontekster (Bourdieu 1990 i Rogg 1991). Bourdieu mener at det ikke finnes en universell måte å praktisere kvinnelighet eller mannlighet på. Kvinnelighet kan praktiseres på en måte i et felt, mens det kan praktiseres på en annen måte i et annet felt. Dette gjelder også for mannlighet (Rogg 1990). Den sosiale verden er ikke statisk eller gitt. Bourdieu så på den sosiale verden, med sine oppdelinger, som noe de sosiale aktørene er nødt å skape, konstruere, individuelt og spesielt kollektivt, gjennom samarbeid og konflikt (Bourdieu 1997:29).

Mennesket skaper verden i interaksjon med andre mennesker. Aktørene i operasjonsfeltet skaper sin arbeidshverdag gjennom samarbeid og kamper.

2.1.8 Bourdieus vitenskapssyn

Når vi nå har undersøkt sentrale trekk ved Bourdies teori kan vi spørre oss om hvilket vitenskapelig tilnærming eller perspektiv hans teori er influert av. Mye tyder på at Bourdieu var influert av fenomenologi. Dette kommer blant annet til uttrykk gjennom hans analytiske anvendelse av habitusbegrepet (Broady 1991:296, Østerberg 1995:25). Menneskets habitus, kroppsliggjort erfaring, setter rammer for handling i konkrete situasjoner (Broady 1991:296). Metodelitteraturen, både den som er influert av fenomenologi (Kvale og Brinkmann 2009) og av interaksjonisme (Järvinen og Mik-Meyer 2005), refererer til Bourdieus begrepsapparat og tekster. Bourdieu forsøkte gjennom sitt habitusbegrep å bygge bro, en relasjon, mellom ulike perspektiver, eksempelvis mellom det subjektive og det objektive, mellom fenomenologiske undersøkinger og undersøkinger av sosiale system (Broady 1990:297).

2.2 Hva er kjønn?

”Man er ikke født som kvinne – man blir det” (Beauvoir 1996:157)

Den franske filosofen Simone Beauvoirs (1908-1986) kjente setning handler om hvordan kvinner oppfatter seg selv, blir formet av kulturen. Kjønn omhandler noe mer enn biologi. Beauvoir var opptatt av kvinners stilling, blant annet av deres muligheter for utdanning og lønnet arbeid, i Frankrike på midten av 1900-tallet.

Ordet kjønn brukes på forskjellige måter og tillegges ulike betydninger. Kjønn er et sammensatt begrep. Det består både av biologi, kropp, tanker og følelser. I medisinsk vitenskap blir som regel kjønn begrenset til ulike biologiske, fysiologiske og kroppslige funksjoner og stort sett vurdert i forhold til menn. Først de siste årene har det fremkommet kunnskap som viser at en rekke lidelser kan ha ulik opprinnelse og forløp hos kvinner og menn, eksempelvis kan hjerte – og karsykdommer ha ulik opprinnelse og forløp hos kvinner og menn (Dahle 2005:120).

I samfunnsvitenskapen og humanistiske fag brukes ordet kjønn på annen måte enn innenfor det medisinske perspektivet. I dagens kjønnsforskning forstås begrepet kjønn som historisk, kulturelt og sosialt konstruert og ikke som biologisk gitt (Dahle 2005:121). Dagens kjønnsforskning er opptatt av å utforske hvordan kjønn skapes og gjenskapes gjennom samhandling i konkrete kontekster (Dahle 2008:222).

Kjønnsforskerne West og Zimmermanns (1987) beskriver kjønn (kjønnsatferd) som noe som blir til i samhandling, i interaksjon med andre. De hevder at kjønn ikke er et karaktertrekk ved et individ eller en rolle, men et produkt av det vi gjør i våre sosiale samhandlinger med andre (West og Zimmerman 1987:129). Kjønn er noe en gjør, handlinger er kjønn. Man handler ut i fra forestillinger og forventninger knyttet til det å være kvinne eller mann. Kjønn er ikke en egenskap eller en rolle som eksempelvis en yrkesrolle, sykepleierrollen eller legerollen. Det å være ”jente” eller ”gutt”, sier West og Zimmerman, er ikke bare det at du er mer kompetent enn en ”baby”, men du har også lært å oppføre deg i tråd med oppfatninger av hva som anses som essensiell kvinnelighet og mannlighet (West og Zimmer 1987:142). Kjønnbestemt atferd er når man handler i samsvar med normen av hvordan man bør oppføre seg (West og Zimmerman 1987:127). Begrepene ”jente” og ”gutt” er knyttet til forventninger om det å være kvinne eller mann. Kjønn er situasjonsbestemt. West og Zimmerman (1987) hevder videre at kjønn er en kraftig ideologisk innretning som produserer, reproduserer og legitimerer de valg og grenser som er forventet av kvinner og menn (West og Zimmerman 1987:147). West og Zimmermann tar utgangspunkt i at kjønn er biologisk bestemt og et synlig tegn på kroppen som skaper forestillinger om hvem personen er. I tillegg til det biologiske aspekt vektlegger de at kjønn er en relasjon, et samhandlingsfenomen hvor kulturelle og ideologiske forestillinger tas opp gjennom personene. Personene møter hverandre som kjønnete individer hvor forventninger skapes og gjenskapes (Dahle 2008:223) ”Å gjøre kjønn” eller ”doing – gender” perspektivet, tar utgangspunkt i at personen handler ut i fra normer og forventninger, slik som rolleteorien beskriver, men normene sees ikke kun som noe personen internaliserer gjennom sosialisering. I ”doing- gender” perspektivet går sosialiseringen begge veier, normene formes av personene når de samhandler og samhandlingen formes av normene (Solbrække og Aarseth 2006:67). Sosialiseringen er tosidig. Hva som er normen for akseptabel atferd er ikke et statisk fenomen, men derimot i kontinuerlig forandring. Handlingsrommet for begge kjønn kan forandres (Dahle 2008:223). Kjønn er altså både et biologisk kjennetegn på kroppen og noe som konstrueres og skapes i samhandling med andre personer i konkrete situasjoner. I følge West og Zimmermann (1987) ”gjøres” kjønn i alle situasjoner. Kjønn blir noe en ”gjør” i en pågående interaksjon med andre som en prosess. Det er derfor ikke fastlagt en gang for alle hva kjønn betyr (Levin og Trost 2005:158). Hvordan kjønn kommer til uttrykk, er ikke gitt. Heller ikke hvordan kjønn ”gjøres” kvinner i mellom, kvinner og menn mellom og menn i mellom.

Selv om Bourdieu ikke så på verden som statisk oppfatter jeg at hans kjønnsperspektiv gir mindre rom for forandring enn West og Zimmermanns perspektiv. Slik jeg forstår det, beskriver

Bourdieu (1996) den enkeltes habitus som en forholdsvis stabil dimensjon, noe som gjør at oppfattelseskategoriene vanskeligere lar seg forandre.

Distinksjoner, dominans og kjønnete handlinger i relasjonene mellom aktørene i operasjonsfeltet, ut i fra operasjonssykepleiernes oppfatning, vil jeg utforske og drøfte i kapitlene 6, 7 og 8 som presenterer materialet og analysen av materialet. I analysen har jeg forsøkt å kombinere Bourdieus perspektiv og et kjønnsperspektiv.

Men før jeg gjør det vil jeg i neste kapittel belyse relasjonen mellom sykepleiere og leger med tidligere forskning.

3. Forskning om kjønn, sykepleiere og leger

I dette kapitlet vil jeg belyse sykepleier - og legerelasjonen ut i fra tidligere kvalitativ og kvantitativ forskning. Jeg refererer til studier som både har et operasjonssykepleierperspektiv og et sykepleierperspektiv. I tillegg har jeg valgt to undersøkelser som har fokus på relasjonen mellom kvinnelige sykepleiere og kvinnelige leger da jeg i denne studien også er interessert i relasjonen mellom (kvinnelige) operasjonssykepleiere og (kvinnelige) leger.

Da jeg gjorde litteratursøk, fant jeg ikke så mange studier som omhandlet relasjonene i det tverrfaglig teamet ut i fra et operasjonssykepleierperspektiv. Men det kom opp noen internasjonale studier som gir en ”elendighetsbeskrivelse” av noen sider ved operasjonssykepleieres arbeidssituasjon i operasjonsavdelinger. Studiene viser at operasjonssykepleiere blir utsatt for blant annet verbal utskjelling og trakassering av aktørene i teamet, spesielt fra legene side (Cook, Green og Topp 2001, Watson og Steiert 2002, Gilmore og Hamlin 2003, Strauss 2008). Både kvinnelige og mannlige operasjonssykepleiere ble utsatt for denne typen atferd, men de mannlige operasjonssykepleierne opplevde at de i mindre grad ble utsatt for denne typen atferd. Operasjonssykepleierne opplevde at de hadde et bedre forhold til kvinnelige kirurger enn til mannlige og de ga uttrykk for at det var lettere å jobbe sammen med yngre anestesileger enn med eldre. Operasjonssykepleierne beskrev teamet mer som et hierarki enn som et team (Strauss 2008). Forskerne hevder at grunnene til at problematisk atferd vedvarer i operasjonsavdelinger, er blant annet at operasjonssykepleiere ikke rapporterer eller tar igjen ovenfor denne typen atferd. Grunnen til underrapportering kan blant annet være at det forekommer så ofte at operasjonssykepleiere ser det som en del av jobben, at operasjonssykepleierne ser på seg selv som håndlangere for legene i teamet og at de ikke vet hva de skal gjøre med problemet (Gilmour og Hamlin 2003). Forskning viser at denne typen problematisk atferd av aktører i teamet fører blant annet til svekket pasientomsorg, liten jobbtillfredshet og mistriivsel (Cook, Green og Topp 2001).

En canadisk kvantitativ studie (Sirota 2008) belyser noen av de samme aspektene som i studiene ovenfor. Nesten 900 sykepleiere ble spurt om deres forhold til leger. Svarene fra 2008 ble sammenlignet med svarene fra en tilsvarende undersøkelse i 1991. 57 % av sykepleierne var generelt fornøyd med sitt forhold til leger mot 43 % i 1991. Bare noen få av sykepleierne som sa at de var fornøyd med sitt forhold til legene kommenterte dette. Informantene mente at legene i større grad respekterer og anerkjenner sykepleiernes kunnskaper og ferdigheter når de jobbet

tett sammen med sykepleierne og når de lærte sykepleierne bedre å kjenne (Sirota 2008). Vi ser her en liten bedring i forholdet mellom sykepleiere og leger.

I 2008 karakteriserte 46 % av sykepleierne sitt forhold til legene som underordnet mot 57 % i 1991. 38 % av sykepleierne svarte at sykepleierne og legene hadde et kollegialt forhold mot 29 % i 1991. På bakgrunn av respondentenes kommentarer kan det tyde på at det er mange faktorer som spiller inn, blant annet at mannlige leger hadde en tradisjonell måte å oppføre seg på, at sykepleierne føler seg mindreverdige og at sykehuskulturen eller politikken forsterker sykepleierens underordnede rolle (Sirota 2008).

I likhet med de andre studiene jeg har referert til, bekrefter denne studien at problematisk atferd fra legene fremdeles er et stort problem ved sykehus i Canada. I 2008 svarte 67 % av sykepleierne at de hadde opplevd problematisk atferd fra legene i løpet av det siste året. Det var den samme svarprosenten som i 1991. Noen av sykepleierne følte at det ville slå tilbake på dem dersom de rapporterte legenes problematiske atferd. Noen av respondentene var skeptiske til om de institusjonelle hierarkiske holdningene noen gang ville endre seg (Sirota 2008). Det er interessant at i forhold til dette aspektet viser studien ingen bedring i relasjonen mellom sykepleiere og leger.

I forhold til sykepleier - og legerelasjonen viser en svensk studie at sykepleierne lar legens (ofte menn) innstilling avgjøre hvordan relasjonen skal utvikles. Sykepleierne oppfører seg i samsvar med hva som vil gi dem positive tilbakemeldinger. Sykepleierne tror også at flere mannlige sykepleiere vil føre til bedre arbeidsmiljø (Lindgren 1992).

En norsk kvalitativ og kvantitativ studie (Gjerberg og Kjølrsrød 2001) og en amerikansk kvalitativ studie (Wear og Keck-McNulty 2004) har spesifikt undersøkt forholdet mellom kvinnelige sykepleiere og kvinnelige leger. Den norske studien belyser temaet ut i fra et legeperspektiv mens den amerikanske studien belyser temaet både via et sykepleie- og legeperspektiv. Flere av deltakerne i begge studiene var knyttet til det kirurgiske fagfeltet.

I den norske studien opplevde de kvinnelige legene at de fikk mindre hjelp og assistanse fra sykepleierne enn mannlige kollegaer i det daglige arbeidet. Det dreide seg blant annet om motvilje mot å hente utstyr, som det å finne dikteringsbånd, klargjøre papirer eller å forberede assistanse (Gjerberg og Kjølrsrød 2001:194). Dette tyder på at sykepleierne yter mannlige og kvinnelige leger forskjellig hjelp og assistanse.

Denne studien viser at det var de yngre kvinnelige legene som opplevde å få minst hjelp. 40 % av de kvinnelige legene under 35 svarte dette mens bare 9 % av de over 55 år. Forskerne forklarer dette ved at eldre kvinnelige leger befinner seg i en høyere posisjon i det medisinske hierarkiet. Statusforskjellen mellom eldre kvinnelige leger og sykepleiere er større enn mellom yngre leger og sykepleiere. Høy posisjon er ofte synonymt med høy alder i sykehushierarkiet. Dette kan forklare at de sannsynligvis får den hjelpen de spør om (Gjerberg og Kjølrsrød 2001:194, 195). Dette kan tyde på at det er statusen som er avgjørende og ikke kjønn.

Over halvparten av de kvinnelige legene rapporterte at de hadde erfart at sykepleierne behandlet dem med mindre respekt enn de mannlige legene. Både yngre og eldre kvinnelige leger beskrev situasjoner hvor de måtte kjempe for å få sykepleierne til å respektere deres avgjørelser:

”Det er ikke bare det at jeg må være like godt kvalifisert som mine mannlige kollegaer. Jeg bør helst være bedre kvalifisert enn dem. Hele tiden må jeg forsvare hva jeg gjør. Sykepleierne spør hele tiden om hvorfor jeg gjør forskjellige ting. Mine mannlige kollegaer får ikke slike spørsmål, en ordre blir bare mottatt selv om den kan være feil” (Kvinnelig lege, spesialist i kirurgi, 40 år) (Gjerberg og Kjølrsrød 2001:196) (min oversettelse)

De fleste kvinnelige legene trodde at deres erfaringer med hensyn til diskriminering hadde å gjøre med den tradisjonelle konflikten mellom sykepleiere og leger. Ved å nekte å utføre ting for de kvinnelige legene, enten ved å overhøre beskjeden eller ved å be de om å gjøre det selv, mente de kvinnelige legene at det var en måte for sykepleierne å holde legene ”nede” på. Sykepleierne forsøker å redusere statusforskjellen mellom leger og sykepleiere ved å gjøre de kvinnelige legene lik seg selv (Gjerberg og Kjølrsrød 2001:197).

De kvinnelige legene mente at mannlige leger fikk service ved å flørte og ved å være sjefete. De ga uttrykk for at sykepleierne alltid hadde noe på gang med legen, ikke nødvendigvis erotikk eller flørting, men noe.

For å få å hjelp fra sykepleierne utviklet de kvinnelige legene ulike strategier. Noen etablerte vennskap med sykepleierne, noen hjalp sykepleierne med private problemer og andre ba heller om mindre hjelp og forsøkte å gjøre mest mulig på egenhånd (Gjerberg og Kjølrsrød 2001:198). Denne studien viser at sykepleierne forholdt seg forskjellig til legene ut i fra om legene var kvinner eller menn. De hadde forskjellige forventninger og forestillinger i forhold til mannlige og kvinnelige leger, noe som gjorde at de møtte kvinnelige og mannlige leger med forskjellige atferd.

Den amerikansk studien viser at flertallet av de kvinnelige sykepleierne innenfor operasjon og akuttmedisin, så på deres forhold til kvinnelige leger som mer positivt enn sitt forhold til mannlige leger. De kvinnelige sykepleierne som så mest positivt på forholdet til kvinnelige turnusleger, brukte beskrivelse som ” de får deg ikke til å føle deg dum når du stiller et spørsmål, fellesskap, lettere å komme overens med, å bli behandlet som et menneske på lik linje med dem, lettere å samarbeide med” (Wear og Keck-MCNulty 2004:295). Disse sykepleierne jobbet i avdelinger hvor de jobbet tett med legene hele dagen. Mange turnusleger fortalte at det ble hyggeligere på operasjonsstua når alle som var til stede var kvinner. En beskrev det slik når en mannlig behandlende lege har ansvaret:

”han er kongen på operasjonsstua. Det er hans skip og alle gjør som han ønsker...Når det er en kvinne som er den behandlende legen, er alle en del av teamet...Tonen er veldig annerledes...Eller når den mannlige behandlende går og det bare er kvinner igjen, er det mer sånn ”Hei, hva trenger du?” (Wear og Keck-MCNulty 2004:297) (min oversettelse).

Tonen og atmosfæren på operasjonsstua blir beskrevet som mer uformell og en samhandling preget av større åpenhet når det kun er kvinner til stede.

I likhet med den norske studien mente flesteparten av de kvinnelige turnuslegene at det foregikk flørting mellom mannlige leger og kvinnelige sykepleiere og at flørtingen gikk begge veier. Noen av turnuslegene så på flørtingen som en reaksjon på legenes makt. Når sykepleierne sa: ”la meg hjelpe deg, Doktor”, tolket assistentlegene det som noe ”ekstra” og som kvinnelige turnusleger hadde de selv ikke erfart dette ekstra ”la meg hjelpe deg, Doktor” (Wear og Keck-MCNulty 2004:299).

De kvinnelige sykepleierne i denne studien uttalte av og til at deres holdning overfor kvinnelige leger kunne beskrives som en funksjon av hva de kalte personlighet, og som ikke nødvendigvis var relatert til kjønn. Noen av sykepleierne var sterk i troen på at kjønn ikke hadde noen betydning mens andre var åpen for at ulike forhold hadde betydning, både kjønn og personlighet (Wear og Keck-MCNulty 2004).

I følge denne studien er kjønn viktigst for sykepleierne i relasjonen til kvinnelige assistentleger. Sykepleierne kommenterte mange ganger alle de positive aspektene ved forholdet mellom seg og de kvinnelige turnuslegene. Men for kvinnelige turnusleger var stillingen, og stillingens status, av større betydning enn kjønn. Dette forklarer forskerne ved at turnuslegene har mer autoritet og en annen rolle enn sykepleierne i pasientbehandlingen. Disse faktorene gjør at deres forhold til sykepleierne er uavhengig av kjønn (Wear og Keck-MCNulty 2004).

Disse studiene som jeg her har referert til, tyder på at sykepleierne er opptatt av samhandlingsrelasjonene og at kjønn er innvevd i forventninger og forestillinger om hverandres yrkesroller.

4. Forskningsmetode

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for studiens metodiske tilnærming og begrunnelse for valget. Deretter vil jeg redegjøre for prosessen med utvelgelse av intervjudeltakere, samt erfaringer og refleksjoner rundt innsamlingen av datamaterialet. Så vil jeg beskrive den analytiske metoden jeg har anvendt på materialet. Jeg vil også legge frem noen etiske refleksjoner knyttet til arbeidet med studien og refleksjoner knyttet til det å forske i egen yrkeskultur. Til slutt vil jeg belyse studiens kvalitet ut i fra begrepene reliabilitet, validitet og generaliserbarhet.

4.1 Kvalitativ metode

En problemstilling kan åpne for ulike metodevalg. Hva studiens ønsker å belyse, er avgjørende for valg av metode (Kvale 2001). Da jeg ønsket å beskrive og analysere hvordan operasjonssykepleiere reflekterer over yrket sitt i en operasjonsavdeling har jeg valgt kvalitativ tilnærming og (fokusgruppe)intervju som metode. Mitt mål var å innhente kunnskap på bakgrunn av operasjonssykepleiernes egne beskrivelser og forståelser av sin yrkesfunksjon ved å ta utgangspunkt i samhandlingsrelasjonene operasjonssykepleierne inngår i, det tverrfaglige teamet. I følge metodelitteraturen egner kvalitativ metode seg hvis vi ønsker å få vite mer om menneskers erfaringer, opplevelse, tanker, motiver og holdninger (Malterud 2003:32).

Tidlig i forskningsprosessen vurderte jeg deltakende observasjon, som er en annen sentral metode innenfor kvalitativ metode (Fangen 2004). I følge Widerberg (2005) bør man velge observasjon hvis man ønsker å belyse et fenomen slik det fremstår i virkeligheten. Dersom hensikten med studien hadde vært å belyse hvordan samhandlingen i det tverrfaglige teamet gjøres i hverdagen, ville det ideelle vært å gjøre en deltakende observasjonsstudie. Slik jeg ser det var det hensiktsmessig for min problemstilling å velge (fokusgruppe)intervju som metode da mitt valg av problemstilling tar utgangspunkt i operasjonssykepleiernes refleksjoner og beskrivelser.

4.2 Fokusgruppeintervju

Fokusgruppeintervju er et planlagt diskusjonsmøte hvor deltakerne kan snakke om og utveksle erfaringer (Polit og Beck 2008:395). Fokusgruppeintervju er spesielt godt egnet hvis vi vil lære om erfaringer, holdninger eller synspunkter i et miljø hvor mange mennesker samhandler (Malterud 2003:134). Hensikten med intervjuet er å få deltakerne til å beskrive opplevelse og erfaringer, tanker og vurderinger av en spesiell situasjon. Det som er spesielt for fokusgruppeintervju, til forskjell fra et individuelt intervju, er at interaksjonen i gruppen brukes spesielt til å få fram data (Dalland 2007:163,164). Siden jeg ønsket å beskrive og analysere de tanker og vurderinger operasjonssykepleiere gjør seg om yrket sitt, passet det godt å bruke fokusgruppeintervju hvor deltakerne kan utveksle arbeidserfaringer, meninger og synspunkter.

Det som metodelitteraturen beskriver i forhold til individuelle forskningsintervju gjelder også for fokusgruppeintervju (Dalland 2007).

Fokusgruppeintervju blir beskrevet som en ressursbesparende metode når det gjelder å samle data fra flere personer (Lerdal og Karlsson 2008:172, Malterud 2003:135). Min intensjon for å velge fokusgruppeintervju som metode var ikke å spare tid eller krefter, men at gruppediskusjonene, utveksling av erfaringer og synspunkter, ville kunne gi meg mer kunnskap enn et individuelt intervju ville gjøre. I følge metodelitteraturen kan et fokusgruppeintervju gi mer datamateriale enn et individuelt intervju (Polit og Beck 2008:395, Malterud 2003:70). Men metodelitteraturen påpeker at fokusgruppeintervju kan gi annen type informasjon enn ved individuelle intervju da gruppedynamikken i gruppen kan hindre at avvikende synspunkter eller sensitiv informasjon kommer opp (Malterud 2003:70). Det er derfor mulig at individuelle intervju ville ha gitt meg annen type kunnskap.

Kjønn er en viktig dimensjon i denne studien. Jeg tenkte at denne dimensjonen ville kunne skape diskusjon i gruppen og muligens få frem erfaringer og meninger som ikke ville kommet frem i et individuelt intervju. Dessuten tenkte jeg at ved å velge fokusgruppeintervju som metode ville det gi meg ny kunnskap og erfaring da jeg tidligere ikke har erfaring fra denne formen for intervju.

I et fokusgruppeintervju oppfordrer intervjueren deltakerne til å snakke med hverandre, stille spørsmål og kommentere hverandres synspunkter og erfaringer (Dalland 2007:164). Det er viktig å oppfordre intervjudeltakerne til å snakke med og til hverandre i stedet for at de snakker til moderatoren (Lerdal og Karlsson 2008:173). Før intervjuet startet informerte jeg deltakerne

om at hensikten med fokusgruppeintervjuet var at de utvekslet erfaringer og tanker med hverandre, at de snakket og diskuterte med hverandre (Vedlegg 2).

I følge Polit og Beck (2008) er det ulike anbefalinger i forhold til hvor store gruppene skal være for å få til et samspill i gruppen. I en stor gruppe er det krevende å styre prosessen. Det kan være lett å miste tråden i diskusjonen. Det kan være en fordel å ha en forholdsvis liten gruppe når en ønsker å få del i erfaringer fra fagpersoner, da det kan tenkes at de har mye å fortelle (Dalland 2007:167). Da jeg hadde lite trening i å intervjuet tenkte jeg at en gruppe på 4-5 personer ville være passelig for denne situasjonen og for temaet for min masteroppgave.

Et fokusgruppeintervju krever to personer. Fokusgruppen ledes av en moderator sammen med en assistent (Dalland 2007:164). Assistenten blir også kalt sekretær i metodelitteraturen (Malterud 2003:134). Moderators rolle er å presentere temaet for intervjudeltakerne, styre diskusjonen, sørge for at alle kommer til orde (Dalland 2007:166, Malterud 2003:134, Kvale og Brinkmann 2009:170). Siden intervjumaterialet kun skulle brukes av meg var jeg moderator som stilte hovedspørsmålene, oppfølgingsspørsmål, bestemte skifte av tema, og holdt intervjuet i gang.

Metodelitteraturen vektlegger å ha en assistent eller en sekretær som dokumentere det som blir sagt og måten det blir sagt på, selv om det gjøres lydopptak (Dalland 2007:166, Malterud 2003:134). Fordi det ikke var mulig for den ene medhjelperen min å delta ved alle fokusgruppeintervjuene, hadde jeg to kvinner med operasjonssykepleiefaglig bakgrunn til å hjelpe meg med intervjuene. Assistenten dokumenterte hovedpunkter under de enkelte diskusjonstemaene, hvilke spørsmål som engasjerte, hvilke som kunne synes som mer problematiske. Sekretæren eller assistentens rolle beskrives noe ulikt i metodelitteraturen, fra å være en passiv rolle i gruppen (Malterud 2003) og til en mer deltakende rolle (Dalland 2007). Jeg var åpen for at assistenten kunne stille spørsmål hvis hun ønsket det, eller hjelpe meg dersom diskusjonen i gruppen sto fast. I et par av intervjuene stilte assistenten oppfølgingsspørsmål.

I en fokusgruppesamling samtaler intervjudeltakerne en time eller to med moderatoren (Malterud 2003:134). Jeg valgte å sette en grense på 1 ½ time da jeg tenkte at to timers intervju ville være slitsomt etter en arbeidsdag. I et av intervjuene så jeg etter en stund at vi fikk dårlig tid til å belyse alle temaene og jeg spurte deltakerne om de hadde mulighet til å gå litt over tiden. En av deltakerne hadde ikke mulighet til det så vi avsluttet som planlagt etter 1 ½ time. Et av temaene i intervjuguiden ble ikke belyst i dette intervjuet.

Metoden fokusintervju krever en forholdsvis åpen form slik at de som blir intervjuet har mulighet til å komme med innspill (Polit og Beck 2008:395). Poenget er å få fram ulike synspunkter i gruppen (Kvale og Brinkmann 2009:170). Et intervju kan ha ulik grad av struktur (Kvale 2001). Jeg gjorde tre halvstrukturerte fokusgruppeintervju. Jeg hadde struktur i form av at jeg anga retning for hva vi skulle snakke om, men jeg hadde åpne spørsmål. Et av intervjuene var i utgangspunktet et pilotintervju, et prøveintervju, hvor jeg ønsket å teste intervjuguidens relevans og funksjon i en intervjusituasjon (Foss 2006). Dette fokusgruppeintervjuet er innlemmet i studien etter samtykke med intervjudeltakerne.

Metodelitteraturen angir ikke noe eksakt tall på hvor mange fokusgruppeintervju en studie bør ha. Antall grupper bør bestemmes ut i fra studiens problemstilling og tilgjengelige ressurser (Lerdal og Karlsson 2008:173). Da denne studien er i forbindelse med en studentoppgave, masteroppgave, vurderte jeg, sammen med min veileder, at et prøveintervju og to fokusgruppeintervju var tilstrekkelig for å få kunnskap om hvordan operasjonssykepleiere forstår sitt yrke i dagens helsevesen. Og i forhold til at jeg som student skulle få erfaring og innsikt i kvalitativ metode.

4.3 Rekruttering av fokusgruppeintervjudeltakerne

Intervjudeltakerne i denne studien er rekruttert delvis gjennom mine sosiale og faglige kontakter og via ledere ved operasjonsavdelinger ved ulike sykehus. Jeg kontaktet operasjonsavdelingene på ulike måter, de fleste ble kontaktet i første omgang per telefon. Der hvor jeg ikke fikk kontakt per telefon sendte jeg informasjonsskriv hvor jeg presenterte studien og formålet med den per brev (Vedlegg 5). Fra de hørte jeg aldri noe mer. I en avdeling var jeg personlig og fortalte om temaet for min masteroppgave. Jeg kontaktet langt flere sykehus enn de som ble med i denne studien. Jeg opplevde at jeg ble møtt med imøtekommenhet, vennlighet og interesse for studien fra de lederne jeg var i kontakt med.

Rekrutteringsprosessen tok tid. Jeg opplevde at operasjonssykepleiere ikke står klare for å bli intervjuet. I en periode var jeg i tvil om det lot seg gjøre å gjennomføre fokusgruppeintervjuene og jeg vurderte individuelle intervju som et alternativ. Noe som også gjorde rekrutteringen komplisert var at intervjuene måtte foregå utenfor arbeidstid av hensyn til driften ved operasjonsavdelingene. Operasjonssykepleieres arbeidssituasjon gir lite rom for fleksibilitet. Jeg antar at mange operasjonssykepleiere er slitne etter en arbeidsdag og at de har forpliktelser etter

arbeidstid. Under et av intervjuene måtte en kvinnelig intervjudeltaker gå før intervjuet var planlagt å være ferdig.

Noe som også gjorde rekrutteringsprosessen tidkrevende var å finne en tid som passet for intervjupersonene. Jeg valgte å gjøre intervjuene rett etter arbeidstid da jeg tenkte at det var tidsbesparende for intervjudeltakerne istedenfor å møtes på et senere tidspunkt, eventuelt på kveldstid.

4.4 Intervjudeltakerne - utvalget

Velbegrunnede og gjennomtenkte valg er kjennetegn på god forskning (Widerberg 2005:12). Forskningsprosessen består av mange valg. Tidlig i forskningsprosessen måtte jeg ta et valg i forhold til hvilke operasjonssykepleiere jeg ønsket å intervju. Hvordan fokusgruppen settes sammen er av betydning for gruppeprosessen, for samspillet og diskusjonen i gruppa. I følge Polit og Beck (2008:395) er det viktig å sette sammen en homogen gruppe i forhold til alder, kjønn og erfaringer. I kvalitativ forskning er ikke poenget å oppnå statistisk representativitet. Poenget er å finne gode eksempler, som eksempelvis typiske tilfeller som vil kunne finnes i tilsvarende varianter andre steder. Derfor gjorde jeg et strategisk utvalg (Fangen 2004:51). Et av kriteriene for å delta i studien var at operasjonssykepleierne skulle være kvinner, da de fleste operasjonssykepleierne er kvinner, anså jeg det som relevant. Det er tenkelig at det finnes operasjonsavdelinger hvor det ikke jobber menn. Menn er sterkt underrepresentert i sykepleien.

En fokusgruppe bestående både av kvinner og menn ville muligens gitt et bredere bilde av hvordan kjønn kommer til uttrykk i samhandlingssituasjoner i dagens helsevesen og gi et bredere bilde av operasjonssykepleie. Dette kunne ha åpnet opp for flere perspektiver.

I et av fokusgruppeintervjuene var en av intervjudeltakerne mann. Det bare ble slik.

Tidlig i rekrutteringsprosessen valgte jeg å gjøre om på et av utvalgsriteriene. I forhold til erfaring ønsket jeg i utgangspunktet å intervju operasjonssykepleiere som hadde mellom to til fem års erfaring. Jeg tenkte at de ville befinne seg på et ganske likt faglig nivå, noe som har betydning for forståelsen av faget og fagutøvelsen. Fokusgruppen ville være forholdsvis homogen, den ville være symmetrisk noe som kunne ha betydning i forhold til gruppeprosessen. Dette kriteriet valgte jeg å gjøre om på da jeg anså at det kunne være problematisk i forhold til rekruttering. Det kan være relativt få operasjonssykepleiere ved de enkelte

operasjonsavdelingene som befinner seg i erfaringsgruppen to – fem år. Dessuten vurderte jeg at det å ha et smalt rekrutteringskriterium kunne være problematisk i forhold til anonymitet. I tillegg anså jeg det som mindre viktig etter at jeg hadde gjort prøveintervjuet. Ulikt erfaringsgrunnlag ga mangfold og bredde i gruppediskusjonen, de med lang erfaring hadde mye å fortelle. Da jeg hadde bestemt meg for å utvide rekrutteringskriteriet valgte jeg å ha kriteriet litt åpent. Fokusgruppene består av operasjonssykepleiere som både har forholdsvis kort erfaring og av noen som har lang erfaring.

I forhold til alder, tenkte jeg at det ville være vanskelig å fastsette en bestemt alder i tillegg til erfaringskriteriet da sykepleiere tar videreutdanning i operasjonssykepleie i ulike alder.

Det siste kriteriene for å bli med i denne studien var at operasjonssykepleierne måtte være ansatt ved en operasjonsavdeling som har døgkontinuerlig drift og som har akuttkirurgi. Dette for å kunne belyse samhandlingsrelasjonene i komplekse kontekster, hvordan operasjonssykepleierne opplever at samhandlingen gjøres og kommer til uttrykk i ulike arbeidssituasjoner.

4.5 Intervjuguiden

Før fokusgruppeintervjuene lagde jeg en intervjuguide som var et hjelpemiddel i forhold til hvilke tema og spørsmål som skulle tas opp i fokusgruppeintervjuet (Polit og Beck 2008:394-395). Hovedproblemstilling og underproblemstillingene var bakgrunnen for utarbeidelse av intervjuguiden (Vedlegg 2). Etter prøveintervjuet fjernet jeg et tema på intervjuguiden på grunn av tidsaspektet, ellers gjorde jeg ingen andre forandringer da jeg opplevde at spørsmålene fungerte i intervjusammenhengen.

Jeg ønsket å få belyst ulike sider av operasjonssykepleieres situasjon og deres forståelse av yrket sitt gjennom deres beskrivelse av sine erfaringer og meninger. Intervjuguiden består av tematiske spørsmål. I tillegg stilte jeg underspørsmål som eksempelvis: ”Gjør det en forskjell hvis det er en kvinnelig kirurg?” I tillegg til spørsmålene forsøkte jeg bevisst å bruke oppfølgingsspørsmål som: ” Kan dere fortelle litt mer om det”, ”Hva tenker dere det handler om” for å få fram nyanser og beskrivelser.

Jeg startet intervjuene med innledningsspørsmål der jeg ba intervjupersonene om å fortelle om hva som gjorde at de tok videreutdanning i operasjonssykepleie. Dette var for å åpne opp for en samtale, det er lettere å komme i gang med noe som er kjent og uproblematisk, og for å få en

forståelse av hva som motiverer sykepleiere til å ta denne typen videreutdanning. Senere skulle det vise seg at temaet ikke var helt uproblematisk.

4.6 Fokusgruppeintervjuene

Alle intervjuene foregikk utenfor operasjonsavdelingen. Det at intervjuene foregikk utenfor operasjonsavdelingene gjorde at vi alle kunne ha privatklær på. Ingen trengte å skifte til grønn arbeidsuniform. Det er uttrykk som sier at ”klær skaper folk”. Klær gjør noe med folk. For min egen del som ”forsker” og operasjonssykepleier, var det en fordel at jeg slapp å ha på arbeidsklær. Jeg ville antakeligvis ha identifisert meg mer med rollen som operasjonssykepleier hvis jeg hadde gjort intervjuet i arbeidsklær. Jeg ville mer ha følt meg som en kollega og i mindre grad som ”forsker”, en som skulle stille utforskende spørsmål.

Det kan tenkes at intervjusituasjonen ble mer nøytral ved at vi gjorde intervjuene utenfor operasjonsavdelingen og i private klær. Arbeidsgiver og de andre aktørene i det tverrfaglige teamet var ikke i umiddelbar nærhet. Men i følge Bourdieu er ingen situasjoner objektive og verdinøytrale (Wilken 2008). Det kom også til uttrykk i intervjusituasjonene. Når jeg tok opp temaet om hvordan intervjupersonene opplever det å jobbe i team, ble det pause. Jeg fornemmet at det var ubehagelig å snakke om de andre aktørene i teamet.

I en samhandlingsprosess har deltakerne flere statuser eller identiteter som gjør seg gjeldende (Måseide 2008:372). I gruppeintervjusituasjonen hadde vi alle flere identiteter eller statuser. Intervjudeltakerne var alle kvinner, bortsett fra i ett av intervjuene, de var operasjonssykepleiere, noen hadde lang erfaring og noen hadde kortere erfaring, og de var i varierende alder, noe som også er naturlig ut i fra ulik erfaringslengde. Som intervjuer hadde jeg en identitet, eller status, som kvinne, operasjonssykepleier med lang erfaring, ikke helt ung, og som masterstudent. Jeg var både eldre og yngre enn intervjudeltakerne.

Tidlig i forskningsprosessen, før gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene, reflekterte jeg over hvordan min faglige bakgrunn ville virke inn på intervjusituasjonene. Jeg forsøkte bevisst å holde en distanse til operasjonssykepleierrollen. Men underveis i intervjuene identifiserte jeg meg med intervjudeltakerne da en del av det de fortalte var gjenkjennbart. Ved et par anledninger spurte intervjupersonene meg om jeg kjente igjen det som ble fortalt, om jeg hadde de samme erfaringene. Da bare smilte jeg. Verbalt svarte jeg ikke på spørsmålet før etter intervjuet. Jeg kunne ha svart og posisjonert meg, men ved å unnlate å svare verbalt forsøkte jeg

å distansere meg fra operasjonssykepleierollen og holde fokuset på ”forskerrollen”. I ettertid har jeg reflektert over situasjonen. I følge Bourdieu (1999) gir det bedre kommunikasjon mellom intervjuer og de som blir intervjuet dersom de opplever seg som like og likeverdige, som når de har yrkesmessig lik sosial status. Det gjør at de som blir intervjuet blir mer åpen og tør å være ærlige. Når jeg i intervjuene opplevde en åpen og ærlig tone, kan det ha sammenheng med at vi, intervjuer og intervjupersonene, hadde lik yrkesbakgrunn. Dessuten forsøkte jeg å vise en forståelse for det intervjupersonene sa ved å være engasjert, stille spørsmål og gjennom kroppsspråk, eksempelvis smiling, nikking og øyekontakt. Men, påpeker Bourdieu (1999), det er en fare for at relasjonen kan bli for tett. Intervjueren har så god kontroll på situasjonen at de legger sin egen forståelse i tolkningen av det som sies (Bourdieu 1999). Det å tone ned operasjonssykepleierollen var for meg en måte å forsøke å være mest mulig åpen og minst mulig forutinntatt.

For å gjøre intervjusituasjonen så behagelig og hyggelig som mulig serverte jeg noe enkelt å spise og drikke. Vi brukte engangsservice slik at det laget minst mulig støy på opptaket.

I forkant av alle fokusgruppeintervjuene var jeg svært spent på hvordan fokusgruppeintervjuene ville gå. Ville operasjonssykepleierne fortelle om sine egne erfaringer og sine synspunkter, ville intervjudeltakerne utveksle erfaringer og diskutere med hverandre? Ville jeg som ”forsker” (moderator) klare å styre og holde diskusjonen i gang, ville jeg klare å følge opp diskusjonene med spørsmål som kunne gi beskrivelser av spesifikke og konkrete situasjoner samtidig som jeg hadde et fokus på samhandlingen, interaksjonen i fokusgruppen?

Jeg opplevde fokusgruppeintervjuene noe forskjellig. Det er også naturlig da ingen av fokusgruppeintervjuene var identiske. Fokusgruppeintervjuene ble gjort på ulike steder og fokusgruppene besto av ulike mennesker. Det enkelte fokusgruppeintervju var særegent og spesielt. Relasjonen mellom intervjudeltakerne og mellom intervjudeltakerne og meg som ”forsker” var forskjellig fra fokusgruppeintervju til fokusgruppeintervju. Widerberg (2005) sier at intet menneske og ingen situasjon er identisk med andre. Forskere må både håndtere og forstå mennesket og situasjonen forskjellig. Forskningsrelasjonen og forskningskonteksten vil være forskjellig (Widerberg 2005:28).

Diskusjonen i et av fokusgruppeintervjuene bar preg av at jeg før intervjuet sa til deltakerne at det var fint hvis de ikke snakket i munnen på hverandre da det kunne føre til at det ble vanskelig å høre hva de sa på lydopptaket. Dette hemmet muligens diskusjonene og førte til at intervjusituasjonen ble noe kunstig. I starten av intervjuet ble det ”runder rundt bordet”. Jeg

unnlot å nevne dette i forbindelse med de andre intervjuene. På en annen side gjorde ”runder rundt bordet” at alle intervjudeltakerne kom til orde, deltakelsen i fokusgruppeintervjuet var jevnt fordelt mellom intervjudeltakerne.

Et forskningsintervju kan betraktes som et kunsthåndverk og hvor intervjuerens faglige dyktighet er av betydning (Kvale og Brinkmann 2009). Det å være faglig dyktig håndverker krever kunnskap og erfaring. Jeg var usikker på min rolle som moderator, hvor styrende og aktiv jeg skulle være. En styrende moderator kan på den ene siden hemme eller begrense samhandlingen mellom intervjudeltakerne samtidig som en sterk styring fra moderator kan gi fylldige data om temaet som studeres (Lerdal og Karlsson 2008:173). Jeg var aktiv i den forstand at jeg lyttet til det intervjudeltakerne fortalte og jeg forsøkte å følge opp det de sa ved å stille spørsmål, men jeg ser i ettertid at jeg kunne ha brukt mer tid på oppfølgingsspørsmål, bedt om flere eksempler og beskrivelser.

I et av intervjuene opplevde jeg stemningen som litt spent og anstrengt. Etter hvert tema som jeg brakte på banen var det pauser. Dette kan ha sammenheng med at jeg ikke introduserte temaene i intervjuguiden før vi startet intervjuet, intervjupersonene var ikke mentalt forberedt på hva som ville komme i form av spørsmål og at de dermed ønsket å tenke seg om. På en annen side fikk intervjudeltakerne en viss pekepinn på hva vi skulle snakke om gjennom informasjonsskrivet som de hadde fått på forhånd (Vedlegg 3). Intervjupersonene var før gruppeintervjuet informert, via informasjonsskriv og presentasjon, om at jeg jobbet som operasjonssykepleier ved siden av masterstudiet. Det er mulig at intervjudeltakerne anså meg mer som masterstudent i denne sammenheng, noe som også var naturlig. Hensikten med at vi møttes var at jeg som ”forsker” skulle få svar på mine spørsmål via deres beskrivelser og refleksjoner rundt sitt yrkesfelt. Det er dermed en mulighet for at de tilla meg en annen status enn det de selv hadde. I følge Bourdieu foregår en interaksjon alltid innenfor rammer hvor mennesker posisjonerer seg (Wilken 2008). Jeg tenkte at alle pausene i fokusgruppeintervjuet kunne ha sammenheng med at intervjudeltakerne kanskje følte seg noe underlegen i situasjonen, at de fikk prestasjonsangst og at de ønsket å gi ”riktige” svar. Da en av intervjudeltakerne, tidlig i intervjuet, forsøkte å svare ved hjelp av sykepleieteori sa jeg at her var det ikke riktige eller gale svar, men at jeg bare lurte på hva de som operasjonssykepleiere tenkte og mente om ulike tema. I denne situasjonen kan det tyde på at intervjupersonene ikke så på meg, intervjueren, som en av ”dem”, men som en som ville dømme det de sa.

4.7 Analyse og tolkning av det innsamlede materialet

I denne oppgaven er det tema som er fokuset for analysen av det empiriske materialet. Tematisk analyse er den mest vanlige formen for analyse (Widerberg 2005). Ved valg av temaer for analyse er det mulig å gå fram på tre forskjellige måter. Den ene måten er den hvor en går ut fra empirien - en empirinær tilnærming, hvor temaene hentes fra det empiriske materialet. Den andre er hvor en går ut i fra en teori- en teorinær tilnæringsmåte. Ut i fra teori har en satt opp de temaene en ønsker å belyse ved hjelp av empirien. Den tredje er en framstillingsform. Da bestemmes valget av temaer ut i fra hvordan teksten skal se ut som helhet når den er ferdig. I de fleste studier brukes ofte alle tre tilnærmingene, selv om hovedvekten legges på en av tilnæringsmåtene (Widerberg 2005). Selv om jeg har valgt å legge hovedvekten på den første formen, en empirinær tilnæringsmåte ved at jeg har hentet temaene fra det empiriske materialet, har teorien gitt meg ideer til temaer. Den teoretiske referanseramme har vært til hjelp for å få øye på hva temaene som intervjudeltakerne snakker om, kan handle om. Arbeidet med analyseprosessen har foregått parallelt med arbeidet med teorikapitlet. Dette har vært en gjensidig prosess hvor arbeidet med analysen har gitt meg ideer samtidig som den teoretiske referanserammen har gitt perspektiv på hvordan empirien kan forstås.

4.8 Ulike faser av analysen

Metodelitteraturen (Kvale 2001, Fangen 2004) bruker begrepene analyse og tolkning om hverandre. I følge Fangen (2004) omfatter analyse alle nivåer av fortolkning og bearbeiding av materialet. Gjennom å analysere materialet tilfører du, som forsker, materialet noe mer enn det du har sett og hørt, du setter dette i nye perspektiv (Fangen 2004:170). Analyse og tolkning henger sammen, tolkning er en del av analysearbeidet.

Metodelitteraturen deler analysearbeidet inn i faser (Kvale 2001, Fangen 2004). Jeg vil i dette kapitlet vise hvordan jeg arbeidet med analysen av datamaterialet inspirert av Fangens (2004) faseinndeling av tolkningsarbeidet. Jeg har valgt Fangens analysemetode da den gir meg mening i forhold til mitt empiriske materialet. Analyseprosessen startet allerede ved transkriberingen av det første fokusgruppeintervjuet og fortsatte en tid etter at det siste fokusgruppeintervjuet var gjennomført og transkribert.

Fangen (2004) deler tolkningsarbeidet inn i fire analytiske nivåer, første-, andre-, tredje- og fjerdegrads fortolkning. I følge Fangen (2004) kan disse nivåene forstås som ulike faser av analysen eller som retningslinjer for ulike metodiske tilnærminger til det å tolke (Fangen 2004:170).

Førstegrads fortolkning handler om at du som forsker konstaterer det du ser og hører. Det du ser og hører forsøker du å legge så nært opp til de samme begrepene som deltakerne selv bruker. Beskrivelsene legges altså så nært opp som mulig til deltakernes egne beskrivelser, erfaringer og forståelser (Fangen 2007:170). Fangen (2004) kaller dette ”tynne” beskrivelser, du som forsker, gjengir det som intervjudeltakerne sier. I denne fasen, dreier det seg altså om deltakernes egen tolkning av virkeligheten, enkel hermeneutikk.

Førstegradsfortolkning relaterer jeg til den fasen hvor jeg transkriberte intervjuene, muntlig tale omgjort til skriftlig tekst (Kvale 2001). Jeg skrev ned det jeg hørte. Jeg forsøkte å transkribere intervjuene så nært opp til intervjudeltakernes tolkninger ved å lytte til lydopptakene gjentatte ganger. Det å omforme intervjumaterialet, fra muntlig tale til tekst, gjør noe med materialet. Gjennom å transkribere materialet forandrer meningsinnholdet seg noe da vi mister nyansene, blant annet ved at kroppsspråk ikke blir formidlet. Den non-verbale kommunikasjonen, stemmeleie eller kroppsspråk kommer ikke fram i transkriberingen. Leseren danner seg et bilde ut i fra teksten som blir presentert. Dessuten vil en forsker aldri se verden nøyaktig slik som de menneskene du studerer gjør det (Fangen 2004:171). Allerede på dette stadiet vil analysen være preget av min forståelse på bakgrunn av mine erfaringer og kunnskaper, selv om transkriberingen ligger nært opp til intervjudeltakernes tolkninger. Det er ikke mulig å sette seg helt inn i den andres sted, men jeg har forsøkt å se intervjupersonenes perspektiv.

Transkriberingen var tidkrevende da det også til tider var vanskelig å høre hva som ble sagt. Det var eksempelvis i forbindelse med når intervjudeltakerne snakket i munnen på hverandre eller når noen lo.

Andre grads fortolkning handler om at du, som forsker, bruker mer erfaringsfjern analyseform. Du ser noe mer enn det som intervjudeltakerne sier eller gjør. Fangen (2004) beskriver at dette kan gjøres ved at forskeren går videre enn å belyse det som alle vet, common sense- forståelse. Som forsker må du fortolke en virkelighet som allerede er fortolket (Fangen 2004:173, 180). Forskeren fortolker deltakernes forståelse. Denne fasen kalles også dobbel – hermeneutikk (Giddens 1976 i Fangen 2004:180). Denne fasen relaterer jeg til når jeg holdt på å foreta en manuell utvelgelse av materialet ved at jeg sorterte og systematiserte intervjudeltakernes utsagn

ut i fra tema. Jeg brukte markeringstusj og markerte temaene med ulik farge samtidig som jeg skrev temaet i margen. Eksempelvis, markerte jeg alt som gikk på anerkjennelse med rosa markeringstusj.

Fangen (2004) poengterer det etiske aspektet ved denne typen fortolkning. Denne typen fortolkning går utover den beskrivelsen deltakerne selv har av sine handlinger (Fangen 2004:174). Når jeg ved andregrads fortolkning gjorde et utvalg i intervjumaterialet for å belyse et tema eksempelvis statusforskjeller, var jeg bevisst på hvilke sitater jeg anvendte for å illustrere temaet. I analysearbeidet var jeg bevisst på mine fortolkninger, eksempelvis hvordan jeg fremstiller intervjupersonene eller andre personer som er involvert i intervjumaterialet.

Som tidligere beskrevet gjorde mine medhjelpere i intervjusituasjonen notater underveis i fokusgruppeintervjuene på bakgrunn av hva de så og hørte. Disse notatene og kommentarene kan forstås som andregrads fortolkning da de gikk videre enn intervjudeltakernes tolkning. De ga en ”tykkere” beskrivelse av materialet, for å låne et begrep fra metodelitteraturen (Fangen 2004, Kvale og Brinkmann 2009), de var med på å gi materialet mer innholdsrike og detaljerte beskrivelser, noe som også er hensikten ved annen grads fortolkning (Fangen 2004:173). Mine medhjelpere fortolket intervjudeltakernes fortolkning av sin arbeidssituasjon.

Tredje grads fortolkning handler om å fortolke det som ligger under, skjulte interesser, drivkrefter eller kritisk fortolkning av det intervjudeltakerne sier. Intervjudeltakernes fortolkninger blir ikke bare fortolket, forskeren stiller seg også kritiske til disse (Fangen 2004:183). I denne fasen leter forskeren etter intervjuutsagnenes underliggende og gjemte betydning samtidig som forskeren stiller seg kritisk til intervjudeltakernes tolkninger. Dette handler om å forstå det intervjudeltakerne har sagt. Fangen (2004:187) sier at du, som forsker må være bevisst på måten du håndterer det å være kritisk på. Hun sier at idealet må være å kritisere premissene deltakerne handler ut i fra, men samtidig forstå hvorfor de handler som de gjør (Fangen 2004:187). Som ”forsker” har jeg forsøkt å være kritisk til intervjudeltakernes tolkninger samtidig som jeg har forsøkt å forstå deres tolkning ut i fra konteksten de tolker fra. I denne fasen har jeg stilt analytiske spørsmål og problematisert intervjudeltakernes beskrivelser. Denne fasen kalles trippel – hermeneutikk (Avesson og Skøldberg i Fangen 2004:183).

Slik jeg forstår det fjerde og siste nivået, handler det om å utvikle teori. På de tidligere nivåene, lette jeg etter både fellestrekk og forskjeller via intervjumaterialet. På dette nivået skal forskeren gå fra disse dimensjonene til det å utvikle teori (Wadel 1991 i Fangen 2004:191). Å utvikle teori er både krevende og utfordrende.

Jeg har nå skissert nivåer av fortolkning i analysearbeidet. Slik jeg ser det var det glidende overganger mellom nivåene. Det er i tråd med hva Fangen (2004) skisserer, hun sier at det vil være flytende overganger mellom tolkningsnivåene.

4.9 Forskningsetiske refleksjoner

I følge metodelitteraturen må etiske vurderinger gjøres gjennom hele forskningsprosessen. Det gjelder alle leddene i forskningsprosessen, fra planleggingsstadiet og til og med rapporteringen eller redegjørelsen for resultatene (Kvale 2001, Widerberg 2005).

Et sentralt punkt i forskning er den enkeltes deltakers krav på beskyttelse og vern om sine rettigheter (Polit og Beck 2008). Det er særlig fire aspekt som er av betydning i forbindelse med en intervjuundersøkelse: informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser og forskerens rolle (Kvale og Brinkmann 2009:86). Før fokusgruppeintervjuet startet ble hver enkelt deltaker i fokusgruppa informert både skriftlig og muntlig om studiens hensikt, i hvilken forbindelse fokusgruppeintervjuene skulle brukes, om at deltakelsen var basert på frivillighet, de kunne når som helst trekke seg fra undersøkelsen og ivaretaelsen av anonymiteten, at både min medhjelper og jeg hadde taushetsplikt. Jeg tok også opp spørsmålet om taushet i forhold til det som ble sagt i gruppa. I følge Dalland (2007:169) må det påpekes at det ikke er mulig å garantere taushet på vegne av deltakerne, men at deltakerne kan oppfordres til å behandle det som blir sagt med fortrolighet. Jeg oppfordret intervjudeltakerne om at det som ble diskutert i fokusgruppa ble behandlet med fortrolighet. I samtykkeerklæringen samtykker intervjudeltakerne i at de opplysningene som kommer fram under gruppeintervjuet ikke bringes videre. Skriftlig samtykkeerklæring ble overlevert til meg i en lukket konvolutt i forbindelse med det enkelte fokusgruppeintervjuet (Vedlegg 4).

Selv om det ikke er et krav om at fokusgruppeintervju skal skrives ut i tekst, transkriberes, valgte jeg å gjøre det da det kan være lettere å håndtere et skriftlig materiale i arbeidet med analysen (Malterud 2003). Navn på arbeidssted eller andre kjennetegn som kan identifisere den enkelte intervjudeltaker fremgår ikke i transkribering. I intervjumaterialet har jeg valgt å referere og sitere intervjupersonene med navn. Dette er fiktive navn og har ingenting med intervjupersonene å gjøre. Jeg har også valgt å transkribere intervjuene på bokmål, intervjupersonenes utsagn vil foreligge på bokmål, da dialekter kan gjøre det lettere å identifisere den enkelte intervjudeltaker.

Jeg ba ikke spesielt om tillatelse til å bruke lydopptaker, men alle var informert skriftlig om at fokusgruppeintervjuene ville bli tatt opp på lydbånd (Vedlegg 3).

Intervjumaterialet er anonymisert, intervjusitatene er anonymisert, men allikevel er det mulig for den enkelte intervjudeltaker å kjenne igjen sine egne og meddeltakernes utsagn, spesielt der hvor det presenteres lengre utdrag av samtalene. Det er også mulig at jeg, som ”forsker”, ikke har fortolket intervjudeltakernes utsagn i tråd med deres egen selvforståelse, at jeg har en annen forståelse enn intervjudeltakerne. Dette kan være et problem. Intervjudeltakerne har ikke fått anledning til å lese intervjumaterialet, heller ikke mine fortolkninger og analyser.

I intervjusituasjonen lyttet jeg til det intervjudeltakerne fortalte og viste respekt ved at jeg ikke presset intervjudeltakerne til å si noe som de senere skulle angre på. Jeg forsøkte å være vár i forhold til oppfølgingspørsmålene og når jeg skulle gå videre til neste tema. Når jeg fornemmet at det kunne være litt vanskelig å forfølge personlige erfaringer lot jeg det være.

Selv om intervjudeltakerne kan være selektive i forhold til hva de svarer, reflekterte jeg som ”forsker” over hva som skulle publiseres. Samtidig har jeg reflektert over den kunnskapen som ble produsert i løpet av intervjuene, den forståelsen jeg fikk av hvordan operasjonssykepleierne opplever sin arbeidssituasjon, hvilket bilde vil de som leser datamaterialet og analysen av materialet, danne seg av operasjonssykepleiere og de andre yrkesgruppene i det tverrfaglige teamet.

Studien er meldt og godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS og Personvernombudet, Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet (Vedlegg 6 og 7). Studien er vurdert av Regionale komitè for medisinsk forskningsetikk. Jeg fikk til svar at denne studien ikke lå under deres mandat (Vedlegg 8).

4.10 Å forske i egen yrkeskultur

Jeg har valgt å gjøre en studie i et miljø jeg har kunnskap og erfaring om. Det er både ulemper og fordeler å forske i et kjent miljø. Fordelen er at jeg kjenner kulturen, for eksempel språket, jeg har kunnskap om de organisatoriske forholdene og kan sette det intervjupersonene sier inn i en sammenheng. I tillegg kan jeg forstå og tolke intervjumaterialet i en kjent kontekst (Halvorsen 2002). Bourdieu (1999) vektlegger også betydningen av det å ha innsikt i feltet som

skal utforskes for å kunne forstå det som intervjupersonene sier og for å kunne stille relevante spørsmål.

På den annen side kan min forforståelse føre til at noe utelates da det er lett å overse momenter eller ta ting for gitt. I intervjumaterialet ser jeg at jeg i enkelte tilfeller har unnlatt å be intervjupersonene om utdypninger og beskrivelser. Det kan ha sammenheng med at deres tolkninger har gitt meg en umiddelbar mening da jeg kjenner konteksten.

Da jeg selv er en del av den yrkesgruppen som jeg har undersøkt, er det mulig at noen vil kritisere meg for å ha for liten distanse til materialet og min yrkesrolle som operasjonssykepleier. Jeg har forsøkt å være bevisst på min egen forforståelse og mine egne interesser i forhold til temaet, blant annet ved å være kritisk til mine egne fortolkninger og ved å bruke litteratur som analyseverktøy.

Jeg har som nevnt gått inn i denne studien med en forståelse, en forforståelse på bakgrunn av mine erfaringer og kunnskaper. I følge Widerberg (2005) bygger all forståelse på en eller annen form for forforståelse, det vil si på den referanserammen vi betrakter et fenomen igjennom, og enhver tolkning bygger på visse forventninger eller forutinntatte meninger (Widerberg 2005:24). Jeg hadde i utgangspunktet en forventning om å finne funn som uttrykte at kjønn har en betydning for samhandlingsrelasjonene i det tverrfaglige teamet.

4.11 Studiens reliabilitet og validitet

Metodelitteraturen beskriver ulike oppfatninger av begrepene reliabilitet og validitet i kvalitativ forskning. Enkelte bruker begrepene i snever forstand slik som de brukes i kvantitativ forskning. Widerberg (2005) sier at disse begrepene passer dårlig for kvalitativ forskning. Reliabilitet, studiens objektivitet, om gjentatte målinger vil gi de samme resultatene. Validitet, om instrumentene måler det som er ment å måle. Hensikten i kvalitativ forskning er ikke at forskeren skal kunne skiftes ut eller at det er helt bestemt på forhånd hva som skal måles (Widerberg 2005:18). Andre bruker begrepene i utvidet betydning som gir mening i kvalitative studier (Kvale 2001, Kvale og Brinkmann 2009). Men gjennom beskrivelse av forskningsprosessen har jeg forsøkt å gi et bilde av under hvilke rammer intervjumaterialet er skapt.

Reliabilitet handler om forskningsresultatenes troverdighet (Kvale og Brinkmann 2009:271). Reliabilitet handler om å vurdere påliteligheten i alle deler av forskningsprosessen, fra problemstilling til analyse og presentasjon (Kvale 2001:47). Jeg har i de tidligere kapitlene forsøkt å vise fremgangsmåten i forskningsprosessen, innsamling av datamaterialet, analyse og -fortolkningsfasen. Reliabilitet behandles ofte i relasjon til hvorvidt et forskningsresultat kan reproduseres på andre tidspunkter og av andre forskere (Kvale og Brinkmann 2009:271). Ville intervjupersonene ha gitt andre svar i et annet intervju og ville de gitt andre forskere andre svar. Jeg har snakket med et utvalg av operasjonssykepleiere på et gitt tidspunkt, om deres erfaringer og meninger, deres forståelse av sin situasjon da jeg intervjuet de. Jeg brukte også ledende spørsmål bevisst for å få bekreftelse på min fortolkning av utsagnene, et eksempel på det er når jeg spør en av intervjupersonene om hun ”tenker at teamet har et felles mål”.

Begrepet validitet referer til sannhet. Validitet dreier seg om hvor vidt en metode undersøker det den er ment å undersøke (Kvale og Brinkmann 2009:272). For å si det på en annen måte, i hvilken grad metoden har belyst det jeg ønsket å belyse (Kvale 2001:166). I hvilken grad har jeg som ”forsker” fått svar på det jeg spør om i forhold til operasjonssykepleieres arbeidssituasjon. Kvale og Brinkmann (2009) vektlegger flere sider ved validering. Det er særlig to sider som jeg ser som viktig. Det ene er den håndverkmessige kvaliteten på undersøkelsen (Kvale og Brinkmann 2009:273). Det handler om forskerens håndverkmessige dyktighet. Jeg har som tidligere nevnt forsøkt å ha et kritisk blikk på mine fortolkninger. Jeg har ”gått flere runder” med materialet og vurdert det gjentatte ganger, også i lys av litteratur. Det andre er kommunikasjon av kunnskap når den sosiale virkelighet skal konstrueres (Kvale og Brinkmann 2009:274). Jeg har diskutert med veileder, medstudenter og lærere og mine intervjuemedhjelpere. Jeg har også diskutert enkelttema med kollegaer og familie. Disse diskusjonene har bidratt til at jeg har reflektert over mine egne fortolkninger.

4.12 Studiens generaliserbarhet

Dersom resultatene av en intervjuundersøkelse vurderes som rimelig pålitelig og gyldig, gjenstår det å spørre om resultatene er kun av lokal interesse eller om de kan overføres til andre intervjupersoner og situasjoner, generaliseres. Dersom vi ønsker å generalisere må vi spørre oss om den kunnskap som er produsert i et spesifikk intervjusituasjon, kan overføres til andre relevante situasjoner (Kvale og Brinkmann 2009:287, 288). Hvor allmenngyldig er det som operasjonssykepleierne forteller? Kan det intervjudeltakerne forteller gjelde for andre

operasjonssykepleiere i liknende situasjoner? En alminnelig kritikk mot intervjuforskning er at det er for få personer til å kunne generalisere. Men den kan allikevel ha verdi i seg selv ved at den kan gi en forståelse av et fenomen (Kvale og Brinkmann 2009:288, 289). En undersøkelse kan gi en generell forståelse av et fenomen. Denne studien kan gi et bilde av visse sider ved operasjonssykepleieres arbeidssituasjon.

I neste kapittel vil jeg belyse operasjonssykepleieres yrkeskontekst. Kontekstualisering var også noe Bourdieu (1997) la vekt på i sine studier når han utforsket yrkesfelt, for å forstå bakgrunnen for hvordan aktører handler som de gjør i feltet.

5. Operasjonssykepleieres yrkeskontekst

I dette kapitlet vil jeg beskrive operasjonssykepleieres yrkeskontekst for å få et bilde av den virkeligheten som operasjonssykepleiere utøver yrket innenfor. Det er i denne virkeligheten operasjonssykepleiere utvikler sin yrkesforståelse og sin praktiske yrkesrolle i samspill med andre aktører, gjennom egne og andres forventninger og normer for handling i konkrete arbeidssituasjoner. Konteksten er et relevant bakteppe for å forstå empirien, det intervjupersonene sa i intervjuene.

Jeg vil belyse operasjonsavdelingens organisatoriske rammer, fagets historiske utvikling, operasjonssykepleieres arbeidsoppgaver, samt hvordan sykepleieres og legers kompetanse kan forstås ut i fra et kjønnsperspektiv og yrkesgruppenes kjønnsmessige fordeling i det tverrfaglige teamet.

5.1 Hva er en operasjonsavdeling?

Store operasjonsavdelinger kan ha et fabrikkliknende preg. Samlebåndsprinsippet er lett å se i måten arbeidet organiseres på. Pasienten kjøres inn til høyteknologiske arbeidsplasser, der behandlingen foretas av et spesialisert personale som er kledd i grønne frakker, og som har masker og hansker. Noen forbereder de kirurgiske instrumentene, andre tester anesthesiutstyr. Noen desinfiserer operasjonsfeltet på pasientens kropp, andre legger på en blodtrykksmansjett. Personalet har altså hver sine oppgaver (Kjøllestad 2004:208).

Kjøllestad (2004) bruker et bilde fra industrien som metafor for at vi skal forstå rammene operasjonssykepleiere jobber innefor. Operasjonsavdelingen sammenliknes med en fabrikk og hvor ”produksjonen”, behandlingen, foregår ved et samlebåndsprinsipp, mange av arbeidsoppgavene er rutineoppgaver, de gjøres parallelt og fortløpende. Alle aktørene i teamet har sine spesielle oppgaver.

I en operasjonsavdeling er det stort sett bare operasjonssykepleiere som har sitt daglige arbeid kun i avdelingen. Men mange yrkesgrupper har operasjonsstua som arbeidsplass for kortere eller lengre perioder av arbeidsdagen. I tillegg kommer mange personer innom i forbindelse med utdanning og undervisning. I visse tilfeller følger også pasientens pårørende med til operasjonsavdelingen (Høiland 1996:26). Operasjonssykepleieren er i kontakt med mange personer i løpet av en arbeidsdag, personer som av ulike grunner er innom operasjonsavdelingen for kortere eller lengre tid.

I de siste årene har medisin og kirurgi hatt en rivende utvikling i form av økt kunnskap, bedre behandlingsmetoder og mer avansert teknologi. Grensen for hva som kan behandles flyttes stadig, flere pasienter kan behandles (Kjøllesdal 2004:101). Pasienter som kommer til operasjonsavdelingen er en stor og kompleks pasientgruppe. De er i alle aldre, det er mennesker med kroniske eller akutte sykdommer og tilstander. I tillegg kan pasientene ha andre sykdommer eller tilstander som krever operasjonssykepleierens oppmerksomhet eller omtanke (Utdannings- og forskningsdepartementet 2005:6). Operasjonssykepleieren må stadig forholde seg til ny kunnskap, nye behandlingsmetoder, ny teknologi og en kompleks pasientgruppe. Operasjonspasientene er ikke en ensartet gruppe, de har ulike behov for sykepleie før, - under og etter et kirurgisk inngrep eller undersøkelse.

Som følge av den rivende utviklingen innenfor kirurgi har kirurgene gjennomgått en stadig spesialisering og stadig fått et smalere fagområde. Operasjonssykepleierne har også gjennomgått en økende grad av spesialisering (Kjøllesdal 2004:121). Samtidig forventes det at operasjonssykepleieren behersker de vanligste kirurgiske inngrepene ved de ulike kirurgiske spesialitetene (Høiland 1996: 27). Ofte er operasjonssykepleiere knyttet til en bestemt kirurgisk seksjon på dagtid, over en viss periode. Men i realiteten kan det være behov for at operasjonssykepleierne rokkerer mellom ulike seksjoner for å dekke personalbehovet. Da mange operasjonssykepleiere jobber turnus, kveld, natt og helg/høytider hvor det er lav bemanning, gjør at det stilles krav om at operasjonssykepleierne behersker de mest vanlige kirurgiske inngrepene ved de ulike kirurgiske seksjonene.

En operasjonsavdeling har et planlagt operasjonsprogram, pasienter som blir innlagt etter venteliste og som ofte blir satt opp en tid i forveien, i tillegg til øyeblikkelig-hjelp pasienter, pasienter som har en livstruende tilstand eller som vil bli betydelig forverret hvis de venter. Det er et mål å få gjennomført operasjonsprogrammet i løpet av en arbeidsdag (Kjøllesdal 2004:208,209). Den enkelte operasjonssykepleier har liten innflytelse på operasjonsprogrammet både i forhold til arbeidsoppgaver og arbeidsmengde.

Operasjonssykepleie er et krevende yrke både fysisk og psykisk (Høiland 1996:27) Operasjonssykepleiere utsettes for store fysiske belastninger gjennom forflytning og tilrettelegging av pasienter og håndtering av instrumenter og utstyr. Arbeidet fører til en del tunge løft, mye stående - og ubekvemme arbeidsstillinger. Arbeidsmiljøet påvirkes også av kjemiske faktorer som gasser og desinfeksjonsmidler og fysiske faktorer som støy, stråling og skadelig røyk (Utdannings- og forskningsdepartementet 2005:7) Mange operasjonsavdelinger

har døgkontinuerlig drift som betyr at mange operasjonssykepleiere har uregelmessig arbeidstid. En operasjonssykepleier må være forberedt på det uforutsette. Selv ved rutinemessige inngrep kan situasjonen forandre seg, det kan oppstå uventete situasjoner og eller komplikasjoner som krever at det handles raskt (Høiland 1996:29). Arbeidstidsordningen gjør at operasjonssykepleiere jobber også når mange andre arbeidstakere vanligvis har fri. En vaktplan gir lite rom for fleksibel arbeidstid.

En operasjonsavdeling er inndelt i flere operasjonsstuer hvor diagnostiske undersøkelser og eller kirurgiske inngrep foregår. I forbindelse med hver operasjon er det tilknyttet et tverrfaglig team, et behandlingsteam, som oftest består av to operasjonssykepleiere, en anestesisykepleier, en til to kirurger og en anestesilege. Alle fagpersonene i teamet, har definerte arbeidsoppgaver og skal sammen gi pasienten helhetlig pleie, omsorg og behandling (Høiland 1996:26). Alle deltakerne i teamet har sine arbeidsoppgaver og sammen skal de imøtekomme pasientens behov og gi pasienten best mulig behandling. I den tiden pasienten er i operasjonsavdelingen, samarbeider operasjonssykepleieren sammen med alle aktørene i det tverrfaglige teamet. Som oftest er det kun ved forberedelsene til operasjonen hvor hverken kirurg eller anestesilege er til stede. I denne perioden samarbeider operasjonssykepleierne og anestesisykepleieren.

Til forskjell fra en sengeavdeling oppholder pasienten seg i operasjonsavdelingen i en kort periode for å få utført helt spesielle handlinger (Moesmand og Kjøllesdal 2004:32).

Operasjonssykepleieren har kort tid til å etablere et mellommenneskelig forhold til pasienten. Aktivitetene er rettet mot det kirurgiske inngrepet for at det skal forløpe så komplikasjonsfritt som mulig og om mulig helbrede pasienten (Kjøllesdal 2004:210).

En annen forskjell fra det å arbeide i en sengeavdeling, er at i en operasjonsavdeling arbeider operasjonssykepleieren det meste av arbeidsdagen sammen med andre spesialsykepleiere og leger i det pasientrettete arbeidet. Operasjonssykepleieren har både en relasjon til pasienten og til aktørene i det tverrfaglige teamet.

5.2 Operasjonssykepleiens historie

”Bakgrunnen for videreutdanning i operasjonssykepleie er utviklingen innenfor medisin, kirurgi og medisinsk teknologi, som i løpet av de siste 100 år har gjort en stadig mer avansert pasientbehandling mulig. Pasientens kritiske tilstand under slik behandling og overvåking nødvendiggjorde at sykepleiere måtte dyktiggjøre seg for å mestre sykepleie

under spesielle forhold og for å kunne yte legen kyndig assistanse” (Høgskolen i Oslo 2007:3).

Operasjonssykepleiens faghistorie er lite beskrevet i norsk sykepleielitteratur og annen faglitteratur. Det er få spor etter disse yrkeskvinnene. Det kan ha sammenheng med at det har vært liten interesse for denne sykepleiespesialiteten og at operasjonssykepleierne selv ikke vektla det å dokumentere sin virksomhet. Høiland (1996) sier i innledningen til boken, ”Operasjonssykepleie i over 40 år” at det finnes mye litteratur om kirurgenes liv og virke, men lite om operasjonssykepleierne. Operasjonssykepleierne nevnes sjelden i legenes biografier, dersom de nevnes er det i form av en rolle som statister (Høiland 1996:2).

De første norske operasjonssykepleierne som det refereres til i historien, var kvinnelige sykepleiere som jobbet ved operasjonsavdelinger på slutten av 1800-tallet og begynnelsen av 1900-tallet (Høiland 1996). Men kirurgiens historie er lang. Det er funnet kirurgiske operasjonsbeskrivelser i 5000 år gamle egyptiske graver. Kirurgiske inngrep ble kun utført i ytterst alvorlige tilfeller på grunn av store smerter og infeksjonsfare, dødelighetene var høy. Keisersnitt ble som eksempel bare utført på døde eller døende kvinner for å redde fosteret. Det vi kaller moderne kirurgi er ikke mer enn ca. 150 år, det er i løpet av disse årene at den største utviklingen innen kirurgien har skjedd. Dette henger blant annet sammen med innføring av anestesi og kunnskaper om hygiene (Høiland 1996:9). Utviklingen av moderne anestesi la grunnlaget for å utføre operasjoner som før var umulig på grunn av de lidelsene de medførte for pasienten. Moderne anestesi gjorde at kirurgen kunne konsentrere seg om å utvikle og perfektionere sitt håndverk. Dette førte til store framskritt i medisinen, noe som gjorde at legen i langt større grad ble en behandler av sykdom (Nortvedt 2008:47). Kirurgien fikk en mer sentral plass i legebehandlingen. Dette førte også til et økende behov for kvalifisert assistanse (Melbye 2000:26).

I historien om fremveksten av kunnskapen om hygiene beskrives flere personer som sto bak oppdagelsene, deriblant Florence Nightingale (1820-1910), som i sykepleielitteraturen blir beskrevet som grunnleggeren av sykepleie (Nortvedt 2008). Under Krimkrigen (1853 – 56) så hun de omfattende skadene som oppsto etter sårinfeksjoner og som skadet flere soldater enn skuddskadene de var påført. Hun innså betydningen av god hygiene i pleien og omsorgen for pasienten allerede før hygiene ble anerkjent som fag for engelske leger (Høiland 1996:13, Melbye 2000:26). Identifisering av bakteriene var med på å legge grunnlag for ny medisinsk teknologi. Det ble fra begynnelsen av 1900-tallet lagt større vekt på desinfeksjon. Dette førte til et krav om at sykepleierne måtte forstå hygieniske prinsipper (Melbye 2000:26).

Florence Nightingale hevdet tidlig at sykepleie var en egen profesjon. Med det mente hun at behandling av syke kunne deles i to hovedområder. En kvinnelig del som omfattet sanitet, hygiene og fødselshjelp og en mannlig del som besto av medisin og kirurgi. Videre mente hun at det ikke skulle være noen konkurranse mellom disse områdene. Med dette forsøkte Nightingale å danne et eget kompetanseområde for kvinner (Høiland 1996:15). Nightingale så på sykepleie som et eget fag, men at faget hadde to intensjoner. Den ene intensjonen var at sykepleieren måtte være en kvalifisert assistent i forhold til medisinsk behandling, den andre var det som var særegent for sykepleie, omsorgen for det syke mennesket med utgangspunkt i pasientens erfaring og opplevelse av sykdom (Nortvedt 2008:51). Man kan jo spørre seg om ansvarsfordelingen av arbeidsområdene mellom sykepleiere og leger var uavhengig av kjønn eller om det var en arbeidsdeling ut i fra hva som ble ansett som kvinnelige og mannlige egenskaper, det vil si egenskaper kvinner og menn ble tillagt i kraft av sitt kjønn? Mye tyder på at Nightingale tillia kvinner og menn forskjellige egenskaper. Hun mente at kvinner fra naturens side var omsorgfulle og empatiske på en måte som gjorde kvinner godt egnet for pleieryrket, mens menn ikke var det. Nightingale hevdet at, innerst inne er enhver kvinne en sykepleier (Svare 2009:43).

Sykepleiere har helt fra kirurgiens begynnelse hatt en sentral plass som legens medarbeider, og i omsorgen for pasienten i en kritisk fase, som en operasjon er (Høiland 1996:48). Det var ikke uvanlig at utdannede sykepleiere ble utnevnt til oversykepleiere og hadde som oppgave å assistere ved operasjoner. Det ga en viss status å være oversykepleier og operasjonssykepleier (Høiland 1996:15). For de første (operasjons)sykepleierne besto arbeidet av å yte sykepleie til pasienter på sengeavdelingen, hvor de forberedte pasientene til operasjon, deretter var sykepleierne tilstede under operasjonen hvor de assisterte kirurgen eller administrerte narkose, og etter operasjonen overvåket de pasienten og hadde ansvaret for pasienten til utskrivelsen (Høiland 1996:16). Sykepleieren fulgte pasienten fra innleggelse til utskrivelse.

Allerede i 30-årene eksisterte det en spesialutdannelse for operasjonssykepleiere. I en årrekke var opplæring av sykepleiere i operasjonssykepleie lite systematisert og artet seg som opplæring på jobben gjennom prøving og feiling og ved å lære av andre som hadde lengre erfaring (Høiland 1996:48). Operasjonssykepleierne var de første sykepleierne som spesialiserte seg, tidligere ga de både kirurgen assistanse og pasienten anestesi. Anestesisykepleie ble senere en spesialitet. Det første kurset i anestesisykepleiere ble holdt i 1950. I begynnelsen bestod utdanningen for begge disse gruppene av enkelte forelesninger innenfor sykdomslære og prosedyrer, kombinert med intern opplæring i operasjonsdelinger (Moesmand og Kjøllesdal

2004:17,18). Det var både arbeidsgivere og sykepleiere som tok initiativ til å etablere et opplæringstilbud da de anså et økt behov for kompetanse. En kompetanse utover det som grunnutdanningen ga (Kristoffersen 1996:147). På 70 og 80-tallet besto utdannelsen av spesialsykepleiere for det meste av naturvitenskapelige fag, pasientens sykdom, overvåking og behandlingsmetoder var tema for undervisningen (Kjøllesdal 2004:101). Teknisk sykepleie var et begrep som ble brukt om operasjonssykepleie fordi den var knyttet opp mot naturvitenskapelige fagområder og i liten grad mot humanistiske fagområder. Av den grunn var sykepleiere som ikke arbeidet i operasjonsavdelingen skeptisk til denne typen sykepleie (Kjøllesdal 2004:104). Kan det tenkes at operasjonssykepleie ikke ble sett på som ”ordentlig” sykepleie? Det er mye som tyder på at dette også er en aktuell problemstilling i dag. I følge Martinsen (2009) har mange, også sykepleiere, en oppfatning av at operasjonssykepleie er et teknisk fag og har lite med sykepleie å gjøre (Martinsen 2009:32).

Spesialsykepleierne ble etter hvert klar over at blant annet behandling i seg selv kunne medføre belastning for pasienten og pårørende og at disse tilleggsbelastningene burde reduseres eller forebygges. Derfor ble tema som eksempelvis stress, krise, kommunikasjon og etikk innlemmet i utdanningsprogrammene (Kjøllesdal 2004:101). Humanistiske og samfunnsvitenskapelige fag ble etter hvert innlemmet i utdanningen. Psykososiale forhold, pasientens opplevelse av sin situasjon og opplevelsen av det å være syk, ble etter hvert tillagt en større forståelse i utdanningen.

Norsk Sykepleierforbund (NSF) og Landsforeningen for operasjonssykepleiere (LOS) har hatt en viktig rolle i utviklingen av operasjonssykepleie, både i forhold til utdanningens innhold og lengde. Allerede i 1952 hevdet NSF at det var sykepleiestanden selv som burde ta seg av sin egen utdanning og at det var en plikt for yrkesorganisasjonene å utarbeide forslag til spesialutdanning av de ulike gruppene innen sykepleien (Høiland 1996:48). Etter hvert kom det undervisningsplaner utviklet på grunnlag av faglige retningslinjer fra Norsk Sykepleierforbund (Utdannings- og forskningsdepartementet 2005). I 1989 kom det en felles rammeplan for videreutdanningene operasjon, anestesi og intensiv. Utdanningene ble mer strukturert. I 1996 vedtok Stortinget at de bedriftsinterne utdanningene skulle overføres til høgskolene (Moesmand og Kjøllesdal 2004:17,18). Rammeplanene bestemmer innhold i videreutdanningene. Rammeplanenes hovedintensjon er å sikre ensartet faglig nivå og gjøre videreutdanningen likeverdige i hele landet (Utdannings- og forskningsdepartementet 2005:3). Men det er tenkelig at det også var en annen grunn til å overføre videreutdanningen i operasjonssykepleie til høgskoler. I følge Smebye (2008) antas det som ligger til grunn for å overføre utdanningene til

høgskoler, at teoretisk kunnskap blir sett på som en viktig forutsetning for profesjonell praksis (Smeby 2008:97). Studentenes evne til kritisk refleksjon over egen profesjonell kunnskap og praksis skulle blant annet oppøves (Smeby 2008:99).

Operasjonssykepleiernes identitet har vært et tema for diskusjon gjennom tidene. Høiland (1996) beskriver i boken ”Operasjonssykepleie i over 40 år” forventninger og krav til operasjonssykepleiere opp i gjennom tidene. Krav og forventninger både fra arbeidsgivere, leger og egen yrkesgruppe. Noen av ordene og setningene som brukes i beskrivelsene er grundighet, ordenssans, lydighet, selvkontroll, evne til samarbeid, ferdigheter, evne og vilje til selvstendig ansvar og tenkning, kunnskap om hygiene, sette seg inn i pasientens fysiske og psykiske situasjon. Vi ser forventninger knyttet både til operasjonssykepleierens atferd og til krav om faglige kunnskaper.

I etterkrigstiden har mangelen på operasjonssykepleiere preget helsevesenet (Høiland 1996:82). For å kompensere for dette ble det ved enkelte operasjonsavdelinger ansatt hjelpepleiere. Gjentatte ganger i løpet av 70, 80 og 90 -tallet ble det fra myndighetenes side (og fra politisk hold) utarbeidet og vedtatt planer for videreutdanning av hjelpepleiere i operasjonsteknikk, såkalte ”hjelpepleiersaken”. Hjelpepleierne og legene var for å starte opp utdanningen mens operasjonssykepleierne var i mot. Operasjonssykepleierne mente at det ikke var akseptabelt at andre med kortere utdanning og lavere kompetansenivå, skulle overta operasjonssykepleiernes arbeid og funksjon i forhold til pasienter som var i en akutt kritisk fase og som ofte ikke kunne ivareta sin egenomsorg (Høiland 1996:121). ”Hjelpepleiersaken” var en vanskelig og energikrevende sak for operasjonssykepleierne. Saken skapte blant annet usikkerhet, utbrenthet og førte til arbeidsrettssaker (Høiland 1996:101). Men Høiland (1996) skriver at en av de positive tingene som kom ut av ”hjelpepleiersaken”, var at operasjonssykepleiernes faglige bevissthet ble vekket. Var det nødvendig å være spesialutdannet sykepleier med 4 ½ års utdanning for å jobbe i en operasjonsavdeling? Er ikke operasjonssykepleie bare teknikk? Er ikke bare operasjonssykepleiere ”håndlangere” for legene og som må fortelles hva de skal gjøre? Hun svarer at de fleste operasjonssykepleierne vil si at man må være sykepleier med videreutdanning i operasjonssykepleie for å kunne jobbe i en operasjonsavdeling (Høiland 1996:93). Det er grunn til å tro at de aller fleste operasjonssykepleiere også vil gi det samme svaret i dag. Operasjonspasientene blir stadig mer komplekse og det finne nesten ikke grenser for hva som kan behandles.

Videreutdanningen i operasjonssykepleie gir i dag 90 studiepoeng. Krav til opptak ved videreutdanningen er utdanning tilsvarende bachelor i sykepleie og minimum to års relevant yrkespraksis etter autorisasjon (NSFLOS 2008). I de siste årene har det pågått en diskusjon innenfor operasjonssykepleiernes fagmiljø hvorvidt videreutdanningen skal utvides til masterstudie. ”Hva er vi mest tjent med?” spør Dåvøy, tidligere styremedlem NSFLOS¹ (Dåvøy 2007:11). En mastergrad vil for den enkelte operasjonssykepleier være et springbrett til videre utdanning, som doktorgradstudie og til andre typer jobber, også utenfor helsesektoren. Dette vil kunne gi operasjonssykepleiere større valgmuligheter på arbeidsmarkedet samtidig som det for sykehusene kan føre til økt ”turn- over” i operasjonsavdelinger. En mastergrad vil antakeligvis gi operasjonssykepleiere høyere status og dermed økt anseelse.

Operasjonssykepleiernes historie viser at operasjonssykepleierne har stått i et spenn mellom myndighetene, legene og hjelpepleierne og mellom medisin og sykepleie. I dette spennet har operasjonssykepleierne forsøkt å skape et yrke, et fag og en fagidentitet.

5.3 Hva er operasjonssykepleie?

”En vanlig ide om vår hverdag er at vi bare står der og leverer instrumenter til kirurgene og teller kompresser, vel vi gjør det og men.... ” (Rastum 2009:9).

Dette sitatet er hentet fra en artikkel hvor overskriften var ”Hva gjør en operasjonssykepleier?” (Rastum 2009:9). Sitatet henviser til hvilke forestillinger folk kan ha om operasjonssykepleieres yrkesrolle. Den instrumentelle rollen og sykepleiernes assistentfunksjon i den medisinske behandling blir ofte mest tydeliggjort og mest fokusert på av andre fagdisipliner (Nortvedt 2008:55). Denne delen av sykepleiefunksjonen, sykepleiens assistentfunksjon i medisinsk behandlingsevne, belyser Nortvedt (2008) i sin bok ”Sykepleiens grunnlag” (Nortvedt 2008). Nortvedt sier at assistentfunksjonen er det som blant annet får leger til å hevde at sykepleie ikke er et selvstendig fag, men underlagt legevitenskapen. Ved å hevde dette, sier Nortvedt, underkjennes selve pleien av den syke, at ivaretagelsen ikke sees på som et eget fagområde, en egen kompetanse, egne metoder og problemområder (Nortvedt 2008:55,56). Nortvedt problematiserer hvilke syn andre fagdisipliner har på sykepleie.

¹ Norsk Sykepleierforbund, Landsgruppen av operasjonssykepleiere

Operasjonssykepleieres arbeidsoppgaver teoretiseres i rammeplanen for videreutdanning i operasjonssykepleie (Utdannings- og forskningsdepartementet 2005) og i temahefte- utdyping av operasjonssykepleierens myndighetsområde og funksjonsansvar med funksjonsbeskrivelse (NSFLOS 2008). Rammeplanen vektlegger blant annet hvordan omsorg for pasienten, forebygging av komplikasjoner og avansert operativ behandling kombinert med krav om økt effektivitet, har gjort operasjonssykepleien mer kompleks og ansvarsfull (Utdannings- og forskningsdepartementet 2005:6). I følge funksjonsbeskrivelse har operasjonssykepleiere en kompetanse som gir de myndighet og ansvar for egen yrkesutøvelse (NSFLOS 2008:11). Operasjonssykepleierens arbeidsområder deles inn i fire funksjonsområder eller ansvarsområder: terapeutisk, pedagogisk, administrativt og fagutvikling / forskning. I den terapeutiske funksjonen inngår det et direkte pasientrettet arbeid, mens de andre funksjonene inngår i det indirekte pasientrettede arbeidet. Hvilke sider av funksjonen som er mest fremtredende vil variere både ut i fra tid, sted og situasjon (NSFLOS 2008:12). Hvert enkelt funksjonsområde kan ikke sees isolert, de henger sammen og har betydning for hverandre, også for operasjonssykepleierens yrkesutøvelse i det direkte pasientrettede arbeidet.

5.4 Hva er kompetanse?

”Profesjoner defineres som kunnskapsbaserte yrker, de forvalter ekspertkunnskap. Et sentralt spørsmål i alle profesjonsteorier er hva kunnskap er, og hva skiller profesjonell kunnskap fra annen kunnskap” (Dahle 2008:220).

Hva kunnskap er, er et omfattende og kompleks spørsmål (Dahle 2005) og vil ikke bli utdypet i denne oppgaven. Men det er relevant i denne sammenhengen å kaste et blikk på hvordan sykepleieres og legers kunnskap kan forstås ut i fra et kjønnsperspektiv, da disse yrkesgruppene besitter ulike typer kunnskap som er av betydning for arbeidsdelingen mellom yrkesgruppene.

I profesjonslitteraturen graderes profesjonsbegrepet. Sykepleie blir betegnet som en semiprofesjon i motsetning til legeyrket som blir karakterisert som en idealtipe på en profesjon (Dahle 2008). Semiprofesjoner er yrker som har kommet halvveis i sine bestrebelser på å bli en profesjon. Denne typen profesjoner består i hovedsak av kvinner. Disse yrkene, i kraft av sin institusjonelle forankring, legitimerer en ”naturlig” underordning. Semiprofesjonell yrkeskunnskap skårer lavere og oppnår sjeldnere status som ekspertkunnskap siden utdanningene har kortere utdanningsforløp (Dahle 2008:220). Dahle spør om det også har en sammenheng med kunnskapens karakter at kunnskapen gjøres mindre ekspertpreget (Dahle

2008:220). Profesjonslitteraturen tar fortsatt relasjonen mellom medisin og sykepleie som et overordnet – assistent forhold for gitt. Det er en vanlig oppfatning at sykepleie tilfører deler av medisinsk vitenskapelig kunnskap uten å stå på egne bein. Denne måten å teoretisere på, sier Dahle (2008), underkjenner og usynliggjør sykepleie som et selvstendig kunnskapsfelt. Sykepleiefagets utvikling hviler på andre kriterier og metoder enn de som er allment vedtatt som vitenskapelige. Sykepleiekunnskap blir målt gjennom standarder som er utviklet for andre formål, og sykepleiekunnskap faller igjennom i forhold til disse. Erfaringskunnskap og kommunikative ferdigheter blir ofte nedvurdert som kunnskap. Legene blir ofte oppfattet som de som vet, mens sykepleierne blir spurt i kraft av sin erfaring. Graden av abstrakt kunnskap er vesentlig for rangordningen og profesjonenes grad av autonomi (Dahle 2008:220).

Profesjonslitteraturen påpeker at sykepleierne har til en viss grad klart å etablere en yrkesspesifikk kunnskap gjennom utvikling av sykepleieteorier. Men denne kunnskapen utgjør bare i liten grad grunnlaget for de konkrete ferdighetene og kunnskapen som kreves i utøvelsen av yrket. En større del av den teoretiske kunnskapen som er nødvendig for yrkesutøvelsen er basert på naturvitenskap og medisinske teorifag (Mastekaasa 2008:108). Kritikken mot å betrakte sykepleie som eget fag har vært at sykepleien har blitt sett på som et lånefag, kunnskapen er hentet fra ulike fag, som anatomi, fysiologi, psykologi, juss, hygiene etc. Medisin blir betraktet som et eget fag selv om medisin også kan sies å være sammensatt, eller låner fag som fysiologi, patologi, juss etc. (Dahle 2008:221). I motsetning til medisin blir sykepleien degradert og redusert gjennom ”låneprosessen”.

Sykepleiekunnskap blir ofte forstått som praktisk kunnskap med noe teoretisk overbygging, mens legenes praktiske kunnskap blir forstått som grunnleggende teoretisk. Sykepleiernes praktiske kunnskap blir på den ene siden forstått som positiv samtidig som den blir sett på som mindre verdt da den ikke ansees som teoretisk kunnskap (Dahle 2008:222). Vi ser at det knyttes ulike forestillinger og forventninger til sykepleieres og legers kunnskap, yrkesgruppens kunnskap blir ulikt vurdert og gis ulik verdi. Kunnskapens status fremstår som hierarkisk og sykepleiekunnskap underordnes legenes kunnskap. I det tverrfaglige teamet har aktørene ulik kompetanse, ulike ferdigheter, ulik kunnskap og faglige kvalifikasjoner. Kan kunnskapsaspektet ha betydning for rangering mellom yrkesgruppene i det tverrfaglige teamet?

Ved å fokusere på kompetanse som rangeringsgrunnlag, fokuseres det samtidig på et kjønns hierarki. Kjønnsmessig rangering i arbeidslivet er rangering av kompetanse (Solheim 2002:116) Eller kanskje det er omvendt? Det er ikke godt å si om det er kunnskapen som rangerer kjønnene eller om det er kjønnene som rangerer kunnskapen. Kompetanse kan knyttes

til hvordan kjønn gis verdi. Kompetansebegrepet knyttes (også) til den kjønnsmessige arbeidsdelingen. Kulturelle forestillinger om hva menn og kvinner forvalter av egnede egenskaper, angir bestemte oppgavefelt som kvinners eller menns domene (Solheim 2002:117). Indirekte knyttes sykepleiernes og legenes kompetanse til kjønn og arbeidsfordeling da både sykepleierne (operasjonssykepleie) og legene (kirurgene) tradisjonelt har vært, og til dels er, kjønnete yrkesgrupper. Som tidligere nevnt, er fremdeles de fleste operasjonssykepleierne kvinner og de fleste kirurger menn. I det tverrfaglige teamet har yrkesgruppene ulik arbeidsdeling, ulike arbeidsoppgaver som kan assosieres til kjønnete egenskaper, til forestillinger om kvinnelige og mannlige egenskaper. Aktørene i det tverrfaglige teamet reflekterer en kjønnnet arbeidsdeling. Spesialsykepleierne tar seg av pasienten og legger til rette for legenes arbeid, mens legene tar seg av sykdommen. På den annen side er ikke en arbeidsdeling mellom yrkesgrupper et statisk fenomen. Arbeidsdeling kan reforhandles og flyttes. Leger og sykepleiere har i dag ofte tilgang til felles kunnskapstilfang som kan være med på å etablere nye former for arbeidsdeling (Dahle 2008:221). Aktørene i teamet har på flere områder felles kunnskapsmasse, eksempelvis når det gjelder anatomisk og fysiologisk kunnskap. Felles kunnskap kan gjøre at grensene for arbeidsdelingen rokkeres i det tverrfaglige teamet.

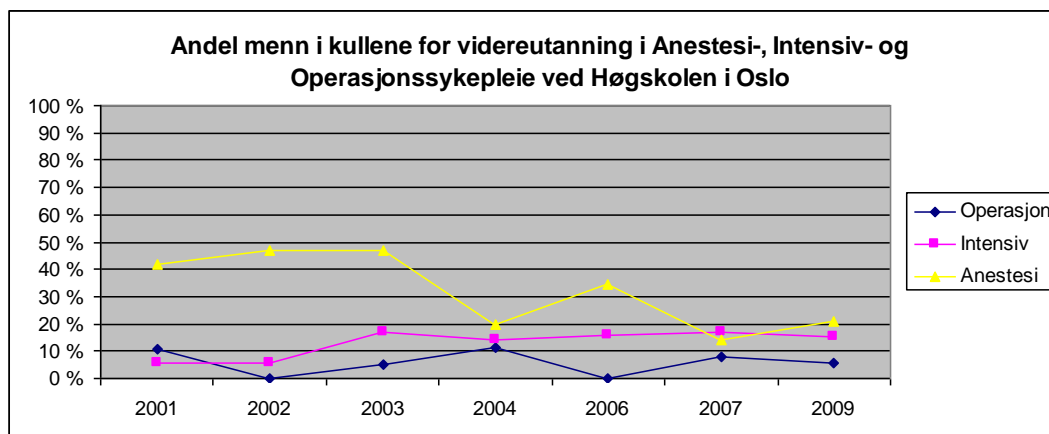
5.5 Sykepleie - og legerelasjonens kjønnsmessige sammensetning

Norge har et av de mest kjønnsdelte arbeidsmarkedene i den vestlige verden (Dahle 2008:216).

Dette fenomenet blir ofte omtalt som et likestillingsparadoks (Dahle 2008). Norge har et av de mest kjønnsdelte arbeidsmarkedene i den vestlige verden selv om kvinner i dag er på full fart inn i yrker som tidligere var forbeholdt menn, mens innenfor yrker som karakteriseres som typiske kvinneyrker går andelen menn heller ned enn opp (Dahle 2008:216). Andelen mannlige sykepleiere er høyere i alle andre land i Europa enn i Norge (Brustad 2009).

Det er allment kjent at det innenfor sykepleie, også operasjonssykepleie, er en skjev fordeling av kjønn. Majoriteten av sykepleierne er kvinner. Andelen ferdig utdannede mannlige sykepleiere var 10 % i 1974 og 9 % i 2002 (NOU 2008). Det tyder på at kjønnsfordelingen er forholdsvis stabil.

Det er også flest kvinnelige operasjonssykepleiere. De mannlige operasjonssykepleierne er i fåtall. Operasjonssykepleierne har mange utfordrende teknologiske oppgaver og liten pleietyngde, det er lite stell av pasientene i tradisjonell forstand. Teknologi framstår ofte som positivt for mannlige sykepleiere (Dahle 2008). Allikevel er det få mannlige operasjonssykepleiere. Et eksempel på dette viser tall fra høgsolen i Oslo (vedlegg 1), linjediagrammet nedenfor. Her ser vi at andelen menn som tar videreutdanning i anestesi er høyere enn for de som velger operasjon. Andelen menn er også noe høyere på videreutdanningen intensiv.



I dag er over halvparten av de som studerer medisin kvinner. Det har skjedd endringer i kjønns sammensetningen for leger, også innenfor det kirurgiske fagfeltet selv om det fremdeles eksisterer store kjønnsforskjeller (Abrahamsen 2008). Statistikk fra 2005 viser kjønnsfordelingen innenfor ulike spesialistutdanninger blant leger. Prosentvis andel kvinner innenfor fagfeltet barne - og ungdomspsykiatri var 66,7, anestesiologi 22,6, fødselshjelp og kvinnesykdommer 45,9, generell kirurgi 8,8 og ortopedisk kirurgi 5,7 (Legestatistikk 2005). Dette illustrerer at det fremdeles eksisterer store kjønnsforskjeller innenfor spesialistutdanningene blant legene. I operasjonsavdelinger som ivaretar spesialiteten fødselshjelp og kvinnesykdommer, vil kvinnelige leger være en del av det tverrfaglige teamet i større grad enn ved operasjonsavdelinger som ivaretar andre spesialiteter som eksempelvis ortopedisk kirurgi.

I de neste tre kapitlene, Kampen om anerkjennelse, Oppfatninger av kjønn i samhandlingsrelasjonene og Kampen om kronene og minuttene vil jeg presentere datamaterialet og analysen av materialet.

6. Kampen om anerkjennelse

I sitt arbeid skaper operasjonssykepleierne seg mening. Kampen om anerkjennelse er innvevd i dette arbeidet. Et tema som går igjen i intervjumaterialet er operasjonssykepleiernes oppfatning av hvordan arbeidet deres blir vurdert i møte med andre yrkesgrupper, hvordan arbeidsinnsatsen og deres kulturelle kapital blir ansett. Dette gjelder både i forhold til yrkesgruppene i det tverrfaglige teamet og til andre yrkesgrupper som operasjonssykepleierne er i kontakt med gjennom sitt arbeid. Operasjonssykepleierne er seg bevisst at de rangeres i forhold til andre yrkesgrupper, allikevel skaper det mening for dem nettopp å være operasjonssykepleiere.

I dette kapitlet vil jeg analysere hvordan operasjonssykepleierne vurderer sin kulturelle kapital, hvordan de oppfatter at andre yrkesgrupper vurderer den og hvordan kjønn er innvevd i samhandlingsrelasjonene.

6.1 Uformelle statusforskjeller mellom spesialutdanningene i sykepleie

Først vil jeg se nærmere på reaksjoner intervjupersonene har møtt fra andre sykepleiere i andre deler av helsevesenet i forbindelse med spesialistutdanningen.

Intervjupersonene ga uttrykk for at de hadde det bra med å være operasjonssykepleiere. Mange av intervjudeltakerne sa at de trivdes bra, at de er godt fornøyd med valget av videreutdanning, at de ikke har angret på valget og at de følte at de har kommet på rett hylle. Samtidig forteller intervjudeltakerne at valget av type videreutdanning ikke var uproblematisk. De forteller om ulike reaksjoner og holdninger knyttet til valget om å ta videreutdanning i operasjonssykepleie:

Mari: Jeg jobbet på intensiv før jeg begynte på operasjon og det var litt spesielt med, ja, litt med holdningen til dem jeg jobbet sammen med når jeg skulle begynne der og ikke på intensiv. Åh, ja, litt blandet. Noen var positive da, til at en skulle begynne på operasjon men ikke sånn udelt positivt fra der.....

Lise: Jeg jobbet også på intensiv før jeg begynte på operasjon. Søkte på videreutdanning både på intensiv og operasjon. Kom inn på begge to og så valgte jeg operasjon. Det var jo det samme som den forrige sa, at det var jo, det var jo ikke så lett å si at du velger operasjon istedenfor intensiv, når du først jobber på intensiv.....

Mari og Lise forteller om reaksjoner fra fagmiljøet de jobbet i når de har valgt å begynne på operasjonsutdanningen. Mari sier at noen av kollegaene var positive til at hun skulle begynne på operasjon men alle var ikke udelt positiv. Lise hadde en lignende erfaring som Mari. Lise sier at det var ikke så lett å si at hun valgte operasjon i stedet for intensiv når hun jobbet på intensiv. Noen kollegaer var negative til at intervjudeltakerne skulle ta videreutdanning i operasjon. Det er tenkelig at kollegaenes negative holdning til operasjonssykepleie kan handle om at de ønsket å rekruttere til ”egen yrkesgruppe”, at kollegaene ønsket flere kollegaer med videreutdanning i ”sitt” yrke. Mari og Lise jobbet i intensivavdelinger og valgte bort intensivutdanningen, de signaliserer til fagmiljøet de jobbet i at de ønsket å jobbe i et annet fagfelt innenfor sykepleie. Disse signalene kan oppfattes som at de ikke var tilfreds med jobben som intensivsykepleier.

Litt senere i fokusgruppeintervjuet, kommer en av intervjudeltakerne tilbake til temaet om uformelle statusforskjeller i videreutdanningene i operasjonssykepleie:

Kari:(...) Også, tenker jeg også på som du sa i sted at det er vanskelig når du jobbet på intensiv, og å få aksept for at du ville ta den videreutdanningen, og det er fordi at det har vært, på en måte et hierarki i forhold til de forskjellige videreutdanningene i sykepleie i mange, mange år. Og hvor vi har steget, altså rangeringen har jo ligget der og operasjonssykepleie har jo ikke vært øverst bestandig. Sånn at det, men jeg tenker, vi jobber jo sammen med anestesisykepleiere og jeg opplever at den plasseringen i forhold til høy og lav også er visket ut på veldig mange måter. At det er ikke noen rangering lenger. Det tror jeg handler om at vi klarer mer å fortelle hva som er vår, hva er sykepleie for oss. Hva er operasjonssykepleie.

Mari: Hadde vi begynt på anestesi så tror jeg ikke at jeg hadde fått noen reaksjon, slik som på operasjon.

Intervjuer: Tenker dere at det har blitt mer jevnbyrdige?

Flere: Ja, absolutt.

Intervjuer: Hvordan var det tidligere?

Mari: Jeg så for meg anestesi øverst, så intensiv og så operasjon. Det fikk jeg inntrykk av da.

Nina: Det har vært sånn i mange år. Og jeg tror at det kan være sånn litt enda. Eller jeg tror at på operasjonsavdelingen, så anestesi og operasjon, vi jobber veldig bra sammen og har veldig gjensidig respekt for hverandre og hverandres fag. Men bare på intensiv, intensivsykepleiere, når du kommer og gir rapport noen ganger der, så kan du merke til dels en annen holdning til operasjonssykepleier kontra anestesisykepleier. Du får en sånn følelse noen ganger, at det er ikke så viktig, altså det vi rapporterer i forhold til, så jeg tror at blant intensivsykepleiere, de på postop, (postoperativ avdeling) så blir nok vi sett på som litt under anestesi. Jeg bare føler det. Ja, men ikke innen operasjonsavdelingen. Hos oss er det veldig bra samarbeid.

Intervjudeltakerne forteller om den rangeringen, hierarkiet, som har vært og til dels er innenfor videreutdanningene mellom sykepleiespesialitetene operasjon, anestesi og intensiv og hvor operasjon ikke har ligget høyest. Videreutdanningene og yrkesgruppene har hatt ulik status og

hvor operasjon ikke har vært det yrket som har ligget høyest i status. Det kan synes som at statusforskjellene er i ferd med å forsvinne, i hvert fall mellom anestesisykepleiere og operasjonssykepleiere som til daglig jobber sammen i operasjonsavdelingen. Kari sier at i samarbeidet med anestesisykepleiere opplever hun at plasseringen mellom høy og lav er på mange måter visket ut. Hun tror det handler om at operasjonssykepleiere i større grad enn tidligere klarer å formidle til omgivelsene hva operasjonssykepleie er. I følge Kari er operasjonssykepleierne i dag mer bevisst og mer fokusert på sykepleie i sin yrkesutøvelse, sykepleien i en operasjonssykepleiekontekst. Er det tenkelig at operasjonsfaget har forandret seg? Har innholdet i faget forandret seg? Gjennom historien har vi sett at operasjonssykepleiere har stått i spenn (kamp) mellom flere yrkesgrupper. Gjennom disse kampene har operasjonssykepleierne utviklet yrket til et fag hvor sykepleien implementeres i faget ut i fra en den kontekst operasjonssykepleierne jobber i. Det kan tyde på at operasjonssykepleierens kunnskap og kompetanse, kulturelle kapital, i større grad gjenkjennes og anerkjennes av anestesisykepleierne enn tidligere. I følge Bourdieu (1997) må feltets kapital gjenkjennes og anerkjennes av andre for at den skal ha en verdi.

6.2 Sosial nærhet og avstand

Flere av intervjudeltakerne opplever at yrkesgruppene anesthesi og operasjon har blitt mer jevnbyrdige. De sier at inne i operasjonsavdelingen er samarbeidet mellom operasjonssykepleieren og anestesisykepleierne bra, samarbeidet er preget av respekt for hverandre og for hverandres fag. Nina sier at operasjonssykepleierne og anestesisykepleierne jobber veldig bra sammen og at yrkesgruppene har gjensidig respekt for hverandre og hverandres fag. I følge Bourdieu (1997) vil folk som befinner seg nær hverandre i sosial forstand i det sosiale rom, forstå og fatte sympati for hverandre (Bourdieu 1997:27). Operasjonssykepleierne og anestesisykepleierne jobber daglig sammen i det tverrfaglige teamet, de omgås på daglig basis. Disse yrkesgruppene har lik utdanningsbakgrunn, de er begge sykepleiere og de har en tilsvarende videreutdanning, men med noe forskjellig innhold. Utdanningsmessig har de en lik sosial bakgrunn. Yrkesgruppene har lik form for utdanningskapital. I følge Bourdieu (1997) vil aktører som har mye felles, det vil si de som besitter samme kapitalmengde, befinne seg i samme posisjon i det sosiale rom (Bourdieu 1997:21). I følge Bourdieus perspektiv betyr kapitalbesittelse alltid noe for aktørenes adgang til status (Wilken 2008:63). Sosialt sett skulle man derfor tro at operasjon – og

anestesisykepleierne ville befinne seg på samme statusnivå. Lik utdanningsbakgrunnen gjelder også i forhold til andre yrkesspesialiteter innenfor sykepleie som eksempelvis intensiv. Intensiv, anestesi og operasjon har lik sosial bakgrunn, utdanningsmessig. Men til forskjell fra yrkesgruppen intensiv, arbeider operasjonssykepleiere og anestesisykepleiere daglig sammen, i det tverrfaglige teamet. De har en nærhet til hverandre i det daglige arbeidet, samhandlingshyppighet er høy. Det tyder på at det er dette som skaper nærhet til hverandre, en relasjon, som muligens gjør at statusforskjellen mellom yrkesgruppene brytes ned. Dette kan tyde på at høy samhandlingshyppighet fremmer samarbeid, et fellesskap mellom arbeidstakerne. Det å jobbe sammen i det daglige arbeidet muliggjør en innsikt i hverandres arbeidsoppgaver. Den enkelte yrkesgruppes ansvar og kulturelle kapital blir mer synlig. Dette skaper en forståelse for hverandres yrkesrolle, en gjensidig forståelse. Yrkesgruppene gjenkjenner og anerkjenner hverandres kulturelle kapital. Det blir ingen kamp om hvilken kunnskap som skal gjelde på feltet. Det kan forstås som at yrkesgruppene er likeverdige i relasjon, en symmetrisk relasjon.

Intervjudeltakerne gir inntrykk av de var kjent med at anestesi og intensiv hadde en høyere status enn operasjon i fagmiljøet da de begynte på operasjonsutdanningen. Hva var det som gjorde at disse kvinnelige sykepleierne allikevel valgte operasjon? Noen av intervjudeltakerne hospiterte eller hadde vært i praksis på operasjonsavdelingen i forkant av videreutdanningen. Det kan ha betydning for at de fattet interesse for faget operasjonssykepleie. Samtidig kan det synes som de uformelle statusforskjellene ikke har noe innvirkning på yrkesvalget.

I dette intervjuet hersker det ro og fred mellom operasjonssykepleierne og anestesisykepleierne, intervjudeltakerne sier at de ”jobber veldig bra sammen og har veldig gjensidig respekt for hverandre og hverandres fag”. Intervjudeltakerne beskriver ingen stridigheter eller kamper. Men intervjumaterialet viser at det ikke bare hersker ro og fred i samarbeidet mellom operasjonssykepleiere og anestesisykepleiere. I andre fokusgruppeintervju forteller intervjudeltakerne om sine personlige erfaringer gjennom sitt yrkesaktive liv. Her fremgår det at samhandlingen med anestesisykepleierne ikke er helt uproblematisk. Det kan være problematisk på den måten at stemningen på stua er anspent, dårlig kommunikasjon mellom aktørene og ved at informasjon holdes tilbake. Dette kan fortolkes som at anestesisykepleierne ”gjør” forskjeller. Intervjudeltakerne gir uttrykk for at slike arbeidsforhold gir lite arbeidsglede. Samtidig har intervjudeltakerne forståelse for at samarbeid kan være litt problematisk alle steder da de sier at det også er avhengig av kjemi mellom arbeidstakerne. En av intervjudeltakerne sier det på denne måten:

Anne: (..) men her går det mest på at det er kjemi menneskene i mellom kan være ulike så da vet du liksom at er du på den stua med den i dag, så, YES, da blir det ikke mye rot nei.

Ulikheter mellom mennesker forklares med kjemi i mellom mennesker. Godt eller dårlig samarbeidet avhenger av den enkelte arbeidstaker. Samhandlingskulturen handler om individualitet og personlighet.

Intervjumaterialet spriker i hvordan intervjudeltakerne omtaler relasjonen og samarbeidet med anestesisykepleierne. Noen sier de samarbeider godt mens andre sier eksempel at kommunikasjonen kan være dårlig. Vi ser at ulike oppfatninger kommer fram i intervjuene. Hva er det som gjør at det fremkommer ulike typer data i fokusgruppeintervjuene? Har det noe med meg som ”forsker” å gjøre? Stiller jeg spørsmålene på en annen måte? Oppfører jeg meg forskjellig i intervjuene? Som ”forsker” var jeg bevisst på å ikke forfølge personlige erfaringer lenger enn det som intervjudeltakerne selv ønsket da jeg ikke ønsket å presse intervjudeltakerne. Eller kan det tenkes at det har noe med gruppedynamikken å gjøre? Alle intervjudeltakerne kommenterer ikke alle påstandene eller oppfatningen som kommer fram. Intervjudeltakerne som ikke sier noe kan bli oppfattet som enige i det som meddeltakerne sier, ut fra uttrykket den som tier, samtykker. Det kan virke som intervjudeltakerne er enige noe de muligens ikke ville ha vært om det hadde vært individuelle intervju. Det kan også tenkes at de oppfatningene som kommer fram i fokusgruppeintervjuene er preget av hva intervjudeltakerne selv tenker er akseptabelt, eller hva som vil gi anerkjennelse i den enkelte gruppen. Dette gjelder også i forhold til personlige erfaringer, hvilke som fremheves og hvilke som tones ned. Når noen av intervjudeltakerne sier at det er ro og fred mellom operasjon og anestesi mens andre sier at det kan være både og, kan dette handle om gruppedynamikk, hva som er akseptabelt å si.

6.3 Verdsetting av kompetanse

I diskusjonen om den uformelle statusforskjellen mellom videreutdanningen operasjon, anestesi og intensiv, tror intervjudeltakerne at det fremdeles eksisterer en statusforskjell mellom yrkesgruppene intensiv, anestesi og operasjon i sykepleiemiljøene. Operasjonssykepleierne har en oppfattelse av at yrket deres har en lavere status enn anestesi i fagmiljøer utenfor operasjonsavdelingen. Intervjudeltakerne opplever at andre sykepleiere, sykepleiere utenfor operasjonsavdelingen, har en annen holdning til operasjonssykepleierne enn til anestesisykepleierne. Nina sier at hun får en sånn følelse noen ganger at det ikke er så viktig det hun rapporterer til sykepleiere på intensiv og postoperativ. Operasjonssykepleierens ansvar og

kulturelle kapital blir usynliggjort i denne konteksten. Operasjonssykepleierne opplever at deres kulturelle kapital blir mindre ansett og gis mindre betydning i disse fagmiljøene. Deres kulturelle kapital blir ikke gjenkjent og anerkjent, noe som er nødvendig dersom kapitalen skal ha verdi (Bourdieu 1996). Operasjonssykepleie gis en lavere status, en lavere posisjon, enn anestesisykepleie. I disse fagmiljøene er avstanden til operasjonssykepleierne større, de omgås ikke på daglig basis, de samhandler i langt mindre grad enn operasjonssykepleiere og anestesisykepleiere. Statusforskjellene mellom videreutdanningene har det å gjøre med eksempelvis at intensivsykepleiere har lite kunnskap om operasjonssykepleieryrket, er operasjonssykepleierens ansvar og kulturelle kapital lite kjent? I følge intervjumaterialet er operasjonssykepleierne lite synlige i sykehusmiljøet og mange sykepleiere har aldri vært innom en operasjonsavdeling. Lite kontakt mellom yrkesgruppene skaper avstand, noe som kan gjøre at statusforskjellene ikke brytes ned. Forskjellene reproduseres i fagmiljøet. Forestillingene om yrkene opprettholdes.

6.4 Hva handler anerkjennelse om?

Bourdieu (1997) beskriver at i situasjoner hvor man anerkjenner at man skylder noen noe, kan anerkjennelse forstås som en følelse (Bourdieu 1997:187). Når Nina sier at hun ” får en sånn følelse noen ganger, at det er ikke så viktig, altså det vi rapporterer i forhold til,” så kan det tyde på at anerkjennelse i denne sammenhengen, kan forstås som en følelse. Men i denne sammenhengen handler det ikke om at den som får en følelse (Nina), skylder noen noe. Men kanskje Nina føler at sykepleierne på intensiv skulle føle at de skylder henne noe, å gjenkjenne og anerkjenne hennes kapital som verdifulle både for pasienten og for den jobben som sykepleierne på intensiv skal gjøre.

Anerkjennelse som en følelse kommer også opp som tema når vi, intervjuer og intervjudeltakerne, snakker om anerkjennelse i teamet. Intervjudeltakerne sier det er vanskelig å beskrive anerkjennelse, det er noe man sender og noe som man lærer seg å oppfatte over tid, noe man erfarer gjennom det å jobbe sammen. De gir uttrykk for at anerkjennelse er noe som oppfattes uavhengig av om det blir verbalt uttalt. Det kan forstås som at anerkjennelse signaliseres gjennom væremåte, den enkeltes habitus kan gi uttrykk for om operasjonssykepleierens arbeid gjenkjennes og anerkjennes. Intervjudeltakerne gir også uttrykk for at anerkjennelse er noe som kommer til uttrykk i varierende grad fra person til person i teamet. De sier det er personavhengig om de andre i teamet gir tilbakemeldinger i forhold

yrkesutøvelsen. Intervjumaterialet tyder på at anerkjennelse er noe som kommer til uttrykk gjennom det daglige arbeidet, også gjennom uformelle tilbakemeldinger og som dermed blir en påminnelse om operasjonssykepleiernes posisjon i feltet.

6.5 Kjønn og teknologi

Diskusjonen om uformelle statusforskjeller mellom videreutdanningene operasjon, anestesi og intensivsykepleie kan relateres til temaet om at det er få mannlige operasjonssykepleiere. Intervjupersonene sammenlikner operasjonssykepleie i forhold til anestesi og intensiv. Også i denne sammenhengen bruker intervjupersonene anestesi og intensiv som referanseramme. Det er vel også naturlig da disse utdanningene har lik utdanningstype, lik utdanningslengde og en del like rammebetingelser under og etter studiet som lønn og bindingstid. Intervjudeltakerne går ut i fra at det er flere menn innenfor yrkesgruppene anestesi og intensiv. En av intervjudeltakerne sier ”det er mer mannlige anestesisykepleiere og intensivsykepleiere enn operasjon”. Det er mulig at dette er riktig statistisk sett, men det er også mulig at menn er mer synlig innenfor kvinneyrker da de er få, de legges derfor mer merke til. Intervjudeltakerne stiller seg undrende til hva som gjør at det er få mannlige operasjonssykepleiere. De spør om det kan ha noe med hierarkiet, rangeringen av videreutdanningene, å gjøre. Det kan tyde på at det er mindre naturlig for mannlige sykepleiere å søke til underordnede posisjoner, som videreutdanningen i operasjon da den, i disse fagmiljøene, blir klassifisert som lavest på hierarkistigen innenfor disse videreutdanningene. En mannlige intervjudeltaker forteller om hva han tenker om det at det er få mannlige operasjonssykepleiere. Han sier at han ble overrasket over at det var få menn på videreutdanningen i operasjon:

Ola: (...) Så jeg ble så overraska, og i hvert fall når jeg kom mer i praksis og, det er kjempeteknisk, det er mye, jeg føler meg ikke veldig feminin, liksom sånn, absolutt ikke. Men jeg har ikke medisiner og venefloner, ikke sånne tøffe ting da.

Intervjuer: Tenker du det er tøffere?

Ola: Ja, kanskje det er det, jeg vet ikke, sirkulasjon, respirasjon er jo veldig, er veldig kult, ikke sant. Og anestesisykepleie er veldig anerkjent, kanskje, vet ikke jeg, i hvert fall på intensiven.

Ola hadde forventet at det hadde vært flere menn på videreutdanningen. Det kan tyde på at det tas for gitt at menn er interessert i tekniske arbeidsoppgaver, for i denne sammenhengen fremheves den tekniske siden av operasjonssykepleie. Ola sier at yrket er mer teknisk enn hva han hadde forventet. Når Ola presiserer at han ikke føler seg veldig feminin, kan det tyde på at

han har tenkt tanken om at han kan bli oppfattet feminin av omgivelsene. Men det kan virke som Ola føler seg hjemme i miljøet og ikke fremmedgjort. Det kan tyde på at arbeidsoppgavene er av mindre tradisjonell sykepleiekarakter. Men det kan også bety at menn i operasjonssykepleierket vektlegger tekniske arbeidsoppgaver framfor oppgaver som har en mer pleie og – omsorgskarakter, det vil si at menn leser faget på en annen måte enn kvinnelige operasjonssykepleiere. Menn retter blikket mot teknologien, den delen av yrket som de forbinder med mannlighet. I følge Dahle (2008) er teknologi og maskulinitet nært forbundet (Dahle 2008:229). I et annet intervju toner intervjupersonene ned den tekniske siden av operasjonssykepleierket. Intervjupersonene gir uttrykk for at de må beherske teknologien og være trygg på den for å kunne gi sykepleie til pasienten. Men at teknologien ikke er viktig i seg selv, det er ikke målet med operasjonssykepleie å beherske teknikken. De ser teknologien som et redskap, men retter blikket mot den delen av sykepleien som kan anses som kvinnelige verdier. I denne sammenhengen blir teknologien sett som et redskap som de må mestre for pasientens skyld. Tradisjonelt har ikke sykepleie blitt ansett som et ”teknisk yrke” selv om sykepleiere anvender avansert apparatur i sin yrkesutøvelse. Teknologien blir usynliggjort, ikke som redskaper men som teknologi (Lie 2006:254).

Men intervjumaterialet er ikke entydig. Det kan synes som det tekniske aspektet ved operasjonssykepleierollen er synlig, men at det ikke gis verdi:

Intervjuer: Hvis jeg sier at operasjonssykepleie er teknisk sykepleie, hva tenker dere da?

Inger: Det er en sannhet med modifikasjoner.

Anne: At det er litt begge deler.

Inger: Kan ikke stikke under en stol at det er det òg. For når du tenker på det tekniske og sånn, men det er jo ikke først og fremst det vi selv forbinder med å være operasjonssykepleiere. Jeg tror at mange rundt oss mener det. Men det er først og fremst pasienten som er det viktigste for oss egentlig.

Vi ser her at den teknologiske siden av operasjonssykepleie er synlig, men den tones ned. Det kan tyde på at denne kulturelle kapitalen ikke anerkjennes som verdifull av operasjonssykepleierne selv, de har en annen selvforståelse av faget sitt. Når Inger sier at hun ”tror at mange rundt oss mener det” så fortolker jeg det som at det er en utbredt oppfatning om at operasjonssykepleie er instrumentell og teknisk. Man kan jo spørre seg hva er det som gjør at den teknologiske siden tones ned? Handler det om hvilken kulturell kapital som anses som verdifullt innenfor sykepleiefeltet? Mye tyder at dette handler om både kunnskapsbesittelse, verdier og idealer. Når vi snakker om temaet omsorg, hva omsorg er eller retttere sagt, hvordan

omsorg kan forstås i en spesialisert avdeling som en operasjonsavdeling, så sier en av intervjupersonene:

Tone: det er omsorg å kunne de tekniske dupperingsene, det er omsorg å være ordentlig med hygiene, være ordentlig med håndvasken, si i fra hvis du gjør noe usteril. Alle de synes jeg er viktig.

Vi ser at teknologi og mer instrumentelle arbeidsoppgaver relateres til omsorgsverdier, noe som tradisjonelt har vært knyttet til kvinnelige egenskaper og til idealer innenfor sykepleieyrket. På en måte kan man si at omsorgsbegrepet dras ut ved at teknologi og instrumentelle arbeidsoppgaver inkluderes. Dette viser også at omsorg som fenomen er kontekstavhengig, det må forstås i den sammenhengen det gjøres. Dette tyder på at operasjonssykepleierollen er flerkontekstuell. Operasjonssykepleierne må både forholde seg til omsorg og pleie og til den teknologiske siden av yrket.

Samtidig opplever intervjudeltakerne at de har en mindre maskulin jobb enn anesthesi. De har en opplevelse av at anesthesi vurderes som tøffere og mer machopreget jobb enn operasjonssykepleie. Intervjudeltakerne tilskriver ulike arbeidsoppgaver som en forklaring på statusforskjellene mellom operasjon og - anesthesisykepleierne. De gir eksempler på arbeidsoppgaver som anesthesisykepleierne har og som operasjonssykepleierne ikke har: innleggelse av venefloner, administrering av medisiner, utkalling ved hjertestans. Arbeidsoppgaver som kan relateres til medisinske oppgaver. Ut i fra et kjønnsperspektiv kan vi se at kjønn ikke bare er innvevet i operasjonssykepleie, men også i de andre videreutdanningene.

Ola forteller også om reaksjoner fra folk når han i privat sammenheng, forteller at han er operasjonssykepleier. Han sier at folk, ”også menn”, er interessert i å høre om jobben hans når han forteller hva han jobber med. Ola sier det på denne måten:

(..) det er ikke sånn at det er noe stas å si noe annet enn det jeg jobber med, det er ikke sånn at jeg legger på eller smører på, jeg bare forteller.

Ola forteller om jobben slik han opplever den, slik den gir mening for ham. Kanskje formidler Ola et bilde av yrket slik som han ønsker å se det. I andre intervju forteller intervjudeltakerne at de opplever lite interesse for yrket deres i privat sammenheng. De opplever at folk har et bilde av at operasjonssykepleiere er ”den som gir kirurgen instrumenter”. Det kan tyde på at folk er mer interessert i menn som velger omsorgsykker, kanskje de ønsker å forstå hva det er ved yrket

som tiltrekker menn da dette bryter med forestillinger om yrket. Kanskje stiller de spørsmålstegn ved mennenes maskulinitet.

Bakenfor forestillingen om at operasjonssykepleiere er de som gir kirurgen instrumenter, skaper operasjonssykepleierne seg et (utvidet) meningsinnhold i arbeidet. En intervjudeltaker sier det på denne måten:

Else:(..) jeg må prøve å forstå at jeg gjør mer enn det.

Dette kan tyde på at andres forestillinger om yrket kan påvirke operasjonssykepleiernes faglige identitet. Identitet og selvforståelse kan knyttes til spørsmål om hvem en er og vil være (Gullestad 1996:27). Identitet skapes gjennom menneskelig interaksjon (Järvinen og Mik-Meyer 2005). Samtidig yter operasjonssykepleierne motstand mot denne forestillingen. De vil ikke bare være en håndlanger for legene. Operasjonssykepleierne skaper seg en annen forståelse av arbeidet sitt.

Ulik rangering og ulike status i forhold til ulike jobber innenfor ulike yrker, vil jeg tro ikke er unikt for sykepleieyrket eller for videreutdanningene i sykepleie. I forhold til eksempelvis læreryrket, er det tenkelig at det også i deres fagmiljø forekommer uformell rangering av undervisningsfag, at enkelte fag ansees som mer interessante eller har en større betydning enn andre fag. Men hva er det som gjør at operasjonssykepleie har blitt mindre verdsatt enn andre videreutdanningene? Har det en sammenheng med operasjonssykepleiernes arbeidsoppgaver og kompetanse, deres kapitalbesittelse? Kan det ha sammenheng med forestillingen om at operasjonssykepleie er instrumentell og teknisk og ikke ansett som ”ordentlig” sykepleie? Eller kan det ha sammenheng med at yrket ikke er teknisk nok, det faller mellom to stoler. I det sosiale rom (og felt) henger kapital og posisjon sammen. (Bourdieu 1996:120, 1997:21) Hvilken posisjon operasjonssykepleierne har i sykepleiefeltet kan henge sammen med hvilken type kapital som verdsettes i feltet. Operasjonssykepleierne har en tettere relasjon til kirurgene under operasjonen ved at de assisterer kirurgene. Kan det tenkes at yrket dermed blir ansett som lite autonomt? Enkelte forskere forklarer profesjonell rangordning etter graden av autonomi (Dahle 2008:226). Graden av autonomi kan være en av forklaringene på at operasjonssykepleie gis en lavere status enn anesthesi og intensiv. Anestesisykepleierne kan teoretisk gi pasienten medisin som bedøver pasienten, narkose, uten at anestesilegen er til stede. Men operasjonssykepleieren kan verken gi bedøvelsesmidler, narkose eller skjære, operere, pasienten. En intervjudeltaker sier det på denne måten: ”Vi har med tilretteleggingen av personene og som ikke har med selve opereringen å gjøre. Og ikke bedøvelsen”.

Operasjonssykepleieren besitter ikke den typen medisinsk kapital. Operasjonssykepleieren besitter en annen type kulturell kapital, kapital som er avgjørende for pasienten, men kanskje ikke avgjørende for sykdommen. Og man kan spørre seg ut i fra et kjønnsperspektiv om denne kapitalen blir undervurdert og nedvurdert, lite verdsatt? Blir operasjonssykepleierne ansett som assistent og hjelper, blir de tilskrevet en hjelperolle, en assistansefunksjon, i det tverrfaglige teamet? Det vil jeg se nærmere på i neste tema.

6.6 Vi – teamet - har et felles mål

I denne delen av kapitlet vil jeg se på former for handling mellom leger og sykepleiere. Et interessant funn i datamaterialet er at operasjonssykepleierne stusser over at legene takker dem for hjelpen:

Heidi: Vi har tross alt halvannet år på høgskoleutdanning på spesialutdannelsen.

Tone: Derfor er det så, alltid litt rart, synes jeg, når de legene går, en så sier de, når de er ferdig, så tar de og går ut av stua, og så sier de: ”Takk for hjelpen”. Jeg vet ikke om dere reagerer på det, men det synes jeg alltid er så, ja, jo ”Vær så god”. De mener det nok ikke sånn tror jeg, men jeg føler det er en slags ned.., ja.

Anne: Nedvurdering eller?

Tone: Nedvurdering på en måte. Eh, noe arrogant, arrogant tror jeg at jeg synes det er. ”Takk for hjelpen”.

Flere: Synes du det?

Inger: Jeg synes det er hyggelig, jeg.

Anne: Jeg synes det samme, at noen har i det hele tatt har oppdaget at jeg har stått der.

Tone: Ja.

Anne: Og vært til hjelp. Men ellers så bare går de rett ut og setter nesene i været og slenger igjen døren. Da kjenner jeg at nå har jeg gjort noe dumt altså, men når de sier ”takk for hjelpen” så da synes dem at dem har fått hjelp.

Tone: Jaa.

Tone: Hvis de hadde sagt takk for i dag, eller takk for samarbeidet eller takk for kjempegod innsats i dag eller takk for en fin dag på stua. Men ”Takk for hjelpen”. Jo, jo.

Inger: Du må ikke ta det bokstavelig.

Anne: Det er et uttrykk, altså: ”Har du klipt deg? Nei, det har frisøren gjort.” Det er liksom samme sak det. Du får tenke på at det er et uttrykk.

Tone: Jada.

Inger: ja.

Heidi: Det er sånn som den (kirurgen) som sier:” Det var veldig god assistanse fra anestesien i dag”.

Anne: Det har jo også litt med å gjøre at, hvordan vi, som du sier hvordan vi oppfatter ulike ting, det har for eksempel lite grunn med hvordan du, hvordan du liksom har opplevd før i livet når du hører en sånn sak som ”takk for hjelpen” eller ”takk for godt samarbeid” eller du bare går stille ut fra en stue. Jeg tror det har veldig mye med, ja, med hva du har opplevd før.

Tone: ”Takk for hjelpen”, også, men ”i like måte” kan vi vel svare, ikke sant. Men da blir de jo rasende, da blir de rasende for at det ”tror du ikke jeg sa takk for hjelpen” og de svarte; ”I like måte”, altså, jaa.

Intervjuer: Har du svart det?

Tone: Det vet jeg bare, at det blir de rasende for, for det har jeg hørt de har snakket om.

Intervjuer: Legene har snakket om det?

Tone: Ja, legene, kirurgene.

Tone: Vi kunne jo ha sagt ”i like måte” for målet var jo å få gjennomført operasjonen.

Intervjuer: Du tenker at teamet har et felles mål?

Tone: Ja, derfor blir ”tak for hjelpen” så rart.

Når Heidi sier at ”vi har tross alt halvannet år på høgskoleutdanning på spesialutdanningen” så fortolker jeg det som at Heidi ser yrket sitt som et eget fag, en profesjon på lik linje som legenes yrke. Det skulle i utgangspunktet tilsi en likeverdi posisjon mellom yrkesgruppene i feltet.

I denne sammenhengen sier Tone at hun synes det er rart at legene sier ”tak for hjelpen” når de går ut av operasjonsstua etter en operasjon. I denne situasjonen ser intervjupersonene isolert på hvordan legene snakker til en yrkesgruppe (operasjonssykepleiere) og intervjudeltakerne tolker en selvoppfatning inn i situasjonen. Tone stusser over at legene sier ”tak for hjelpen”, hun er kritisk over legenes uttalelse. Ved å være kritisk og reflektert, utøver hun motstand mot legenes handling eller det hun gjøres til. Kommunikasjon er en handling (Bourdieu 1996). I en kommunikasjonshandling tilkjenner noen deres identitet, hva de er og hva de har å være (Bourdieu 1996:31). Ved å si ”tak for hjelpen” fokuserer legene på den delen av operasjonssykepleien som ikke er en særegen funksjon. Uttrykket ”tak for hjelpen” sier noe om hva slags forståelse og forventninger legene har til operasjonssykepleie som fag og operasjonssykepleierens rolle i feltet, operasjonssykepleierne blir redusert til assistenter og hjelpere og til ”omsorgsfulle kvinner” som er der for han. For Tone signaliserer ”tak for hjelpen” noe operasjonssykepleieren ikke vil være. Hun vil ikke bare være assistent og hjelper, hun har en annen selvoppfatning av sin yrkesrolle. I følge Bourdieu (1997) er individets egenskaper med på å bestemme de sosiale posisjonene i det sosiale rom. Ved å redusere operasjonssykepleie til kun en assistansefunksjon, vil operasjonssykepleiere ha en annen posisjon i feltet enn det legene har, en ulik posisjon, en annen status. Tone sier at hun tror ikke at legene mener det sånn, sånn som hun oppfatter det, negativt. Antakeligvis er dette ikke en bevisst handling fra legenes side. Mennesker gjør til stadighet forskjell, noe som ofte blir fortrent i sosial forstand (Hovmark 1997:8).

”Takk for hjelpen” er en form for høflighet. Bourdieu hevder at alle høflighetsformer frambringer ulike tegn, som tegn på respekt, forakt eller annet, og som anvendes for å

symbolisere hierarkiske forhold (Bourdieu 1995:231,1997:231,). I denne konteksten opplever Tone at ”takkt for hjelpen” signaliserer noe negativt i forhold til operasjonssykepleiernes yrkesrolle. Tone reflekterer over hvilke ord hun synes er dekkende for denne høflighetsformen. Hun bestemmer seg for at arroganse er det dekkende ordet for hvordan hun opplever kommentaren ”takkt for hjelpen”. Det er allikevel tenkelig at begrepene nedvurdering og arroganse henger sammen.

”Takkt for hjelpen” er en alminnelig høflighetsform. I operasjonsfeltet skaper denne høflighetsformen reaksjoner fra aktørene i teamet. Det kan tyde på at hvordan høflighetsformer oppleves er kontekstavhengige. I denne konteksten blir formuleringen ”takkt for hjelpen” assosiert med nedlatende verdier. Hva er det som gjør at denne høflighetsformen oppleves som nedlatende? Det kan ha sammenheng med at operasjonssykepleiernes selvoppfatning blir tolket inn i hvordan legene snakker til dem, det tolkes av en yrkesgruppe som opplever at de har lav status. Når legene bruker formuleringen ”takkt for hjelpen” gir det et signal om hvem som er viktig i denne sammenhengen. Det kan fortolkes som at legene gjør seg selv til hovedpersoner i det tverrfaglige teamet. Formuleringen er dermed med på å fremheve og forsterke det asymmetriske forholdet i relasjonen mellom legene og operasjonssykepleierne noe som kanskje er et ømtålig punkt hos operasjonssykepleierne. Dette tyder på at operasjonssykepleierne er sensitiv i forhold til hvordan andre yrkesgrupper snakker til dem.

Ut i fra et kjønnsperspektiv kan man spørre seg om dette reflekterer kjønnnet habitus når legene sier ”takkt for hjelpen”? De fleste operasjonssykepleiere, og anestesisykepleiere, er kvinner. Slik jeg ser det er kjønn av betydning da operasjonssykepleiere, og anestesisykepleiere, tradisjonelt er yrkesgrupper bestående kvinner. Det er en tradisjon for at operasjonssykepleie er en kjønnnet yrkesgruppe. Kjønn ligger strukturert i yrkesgruppen, de har en annen status enn legene. Kjønn er innvevd i yrkesrollen, indirekte handler det om kjønn. Kjønn er innvevd i statusforskjellene mellom leger og operasjonssykepleiere. Når legene sier ”takkt for hjelpen” når de går ut av operasjonsstua, indikerer de statusforskjellene mellom legene og operasjonssykepleierne. Det kan fortolkes som at legenes handlemåte og væremåte, habitus, er kjønnnet da de fleste operasjonssykepleierne er kvinner. De sosiale strukturene er innleiret i legenes habitus. Samtidig er det trolig at legene vil si takkt for hjelpen til mannlige operasjonssykepleiere også da kjønn i denne sammenhengen ikke knyttes til enkeltpersoner, kvinne eller mann, men til yrkesgruppen. Noe som underbygger mitt resonnement er når jeg spør intervjupersonene om det gjør en forskjell i samhandlingsrelasjonene dersom en av operasjonssykepleierne er en mann, så svarer Ola på følgende måte:

Jeg merker ikke så mye med det, det er mer personavhengig og jeg har aldri opplevd, holdt på å si, at jeg har fått mer cred bare fordi jeg er en mannlig operasjonssykepleier eller fått mindre cred (..)

Ola sier at han opplever ikke at han blir behandlet forskjellig fra kvinnelige operasjonssykepleiere av teamet. Han opplever ikke at det blir stilt andre forventninger til han som mannlig operasjonssykepleier. Når Ola bruker ordet cred, fortolker jeg det som at han har ingen privilegier som mannlig operasjonssykepleier og at han heller ikke har en annen posisjon i feltet enn de kvinnelige operasjonssykepleierne. Ola har verken høyere eller lavere posisjon enn sine kvinnelige kollegaer i operasjonsfeltet. Når Ola sier ”det er mer personavhengig”, ser vi at Ola relaterer samhandlingsrelasjonenes form til menneskers personlighet. Dette aspektet vil jeg komme tilbake til i et senere kapittel, kapittel 7.

Formuleringen ”takkt for hjelpen” er en standard høflighetsform, det er også tenkelig at legene takker mannlige kollegaer med samme formulering. Men da får formuleringen en annen mening, konteksten er en annen, da handler det om relasjoner som er likeverdige og hvor det ikke foreligger statusforskjeller.

Inger og Anne synes det er hyggelig at legene sier ”takkt for hjelpen”, de oppfatter dette som at de har vært til hjelp for legene i deres arbeid. De assosierer ikke utsagnet med nedlatende verdier, de setter derimot pris på at legen takker for hjelpen. De får noe tilbake for den innsatsen de har lagt ned i arbeidet. ”Takkt for hjelpen” kan også forstås som ros og anerkjennelse av arbeidet. Vi ser at en høflighetsform gir ulike signaler. I denne konteksten kan også ”takkt for hjelpen” signalisere makt ved at det ikke er tilfeldig hvem som takker hvem, ved å takke for hjelpen gir legen den underordnede (kvinne) noe tilbake for arbeidsinnsatsen hun gjør og dermed sikrer legen (han) at hun vil gjøre det igjen.

Det at operasjonssykepleieren har vært til hjelp, problematiseres ikke. De sier at de er glad for at de har vært til hjelp. Ut i fra et kjønnsblikk kan det forstås som at de ser det å hjelpe legene som en naturlig del av sin yrkesfunksjon. Samtidig kan man spørre seg om ikke hjelpefunksjonen er en del av operasjonssykepleiernes yrkesrolle? Hvis jeg skulle svare, så ville jeg svare bekreftende. Dette gjelder ikke bare for operasjonssykepleiere, men også for anestesio og intensivsykepleiere, for sykepleiere generelt. Selv om man kan si at kulturell kapital er viktig for å kunne utføre hjelpefunksjonen på en god måte, er den like fullt en del av yrkesrollen. Hjelpefunksjonen er en del av yrkets natur.

Derfor er det tenkelig at legenes forventninger til operasjonssykepleierne, om å få hjelp, blir tatt for gitt både av legene og av operasjonssykepleierne. Når Anne sier at legene noen ganger bare ”setter nesen i været og slenger igjen døren” når de går ut av operasjonsstua, så fortolker jeg det som at det er måten forventningene kommer til uttrykk som problematiseres. Gjennom legenes habitus viser de sine holdninger til de andre aktørene i feltet og hvordan de selv posisjonerer seg selv i forhold til andre aktører, blant annet operasjonssykepleierne. Dominansforholdene kommer til uttrykk gjennom habitus. Er det tenkelig at legene (kirurgene) oppfatter seg selv som en unik yrkesgruppe på bakgrunn av den symbolske kapital de besitter? På en annen side, opplever operasjonssykepleieren at når legene ikke sier noe, men bare ”setter nesen i været og slenger igjen døren” så skaper dette usikkerhet i forhold til hvordan hun har utført arbeidet sitt, om hun har gjort en dårlig jobb. Det er tenkelig at denne habitusen kan sees som en større arroganse enn ”takk for hjelpen” – kommentaren.

Vi ser at intervjupersonene opplever formuleringen ”takk forhjelpen” forskjellig. Noen liker høflighetsformen mens andre forbinder den med negative verdier. En høflighetsform oppleves forskjellig. Intervjupersonene blir også overrasket over hverandres synspunkter. Det kan synes som at forventninger og statusforskjeller som tema, sjelden blir diskutert i fagmiljøet.

Noen av intervjupersonene forsøker å bagatellisere formuleringen ”takk for hjelpen”. De sier at det bare må sees på det som et uttrykk. Det kan ha sammenheng med at de ikke opplever utsagnet ”takk for hjelpen” som en fornærmelse eller arroganse. Det kan også ha sammenheng med at de opplever det ubehagelig å snakke om temaet, temaet skaper ubehag. Distinksjoner mellom yrkesgruppene er kanskje et følsomt tema.

Tone foreslår andre måter legene kan gi tilbakemelding til operasjonssykepleierne på, når de forlater operasjonsstua. Hun sier: ”hvis de hadde sagt takk for i dag eller takk for samarbeidet eller takk for kjempegod innsats i dag eller, takk for en fin dag på stua”. Disse utsagnene signaliserer en likhet, et likeverd mellom yrkesgruppene, at alle yrkesgruppene har kulturell kapital som er nødvendige i feltet. Derfor kan Tone teoretisk tenke seg å svare ”i like måte ” når legene sier ”takk for hjelpen”. Men i praksis gjør hun det ikke da hun sier at da ville legene bli rasende. Tone skifter mellom å protestere og tilpasse seg. Det som utspiller seg i denne handlingen mellom relasjonene, mellom legene og operasjonssykepleierne, kan fortolkes som et spill. En kamp som handler om at Tone anser faget sitt og dermed feltet som betydningsfullt, derfor får hun lyst til å protestere. Det å ønske å gjøre opprør i et felt, handler om at feltet er betydningsfullt. Det som utspiller seg i feltet er så viktig at man får lyst til å gjøre opprør

(Bourdieu 1997:153). Tone er ikke likegyldig til det som utspiller i feltet, hun ser forskjellene i posisjoneringen. I følge Bourdieu (1996) er det mellom personer som står i motsatte posisjoner i et felt, en taus enighet om å kjempe for det som står på spill i feltet, det er bryet verdt (Bourdieu 1996:134). Kampen er bryet verdt. I følge Bourdieu (1996) har kampene som mål å bevare eller forandre styrkeforholdet i feltet, det vil si at strukturen i feltet bevares eller forandres (Bourdieu 1996:121). Tone har lyst til å protestere, men velger å følge spillereglene i feltet, hun tilpasser seg. Det kan bety at strukturene i feltet bevares. Posisjonene opprettholdes. Tone følger spillets regler for å få spillets gevinst. Hva som er riktig å gjøre. Aktørenes habitus er en form for praktisk sans for hva en skal gjøre i en gitt situasjon (Bourdieu 1997:44). Tone handler ut i fra sin praktiske sans ut i fra situasjonen. Ved å unnlate å svare ”takk i like måte” utsetter Tone seg ikke for negative reaksjonen fra legene. Strategien i kampene vil være avhengig av tidligere kamper, hva det gir rom for av muligheter og for hvilken løsning man går for (Bourdieu 1996:121). Tone vurderer av erfaring og ut i fra situasjonen, hvilke muligheter hun har, hva det gir rom for av muligheter for handling i situasjonen. Hun har hørt at legene blir rasende når andre personer har sagt ”takk i like måte”, derfor unnlater Tone å bruke den alminnelige høflighetsformen ”takk i like måte”. Det er ikke bryet verdt å ta opp kampen.

Tone stusser på at legene sier ”takk for hjelpen” da hun anser at teamet har et felles mål, å gjennomføre en operasjon. Dette kan fortolkes som at alle aktørene, yrkesgruppene, i feltet er like viktige i arbeidet med å gjennomføre en operasjon til pasientens beste da alle har en kulturell kapital som er nødvendig. I feltet har aktørene komplementære roller, roller hvor aktørene utfyller hverandre. En komplementær relasjon er basert på forskjeller og hvor partene i relasjonen utfyller hverandre (Eide og Eide 2000:81). Aktørene har en arbeidsdeling, som gjør at de utfyller hverandre i arbeidet med å oppnå et best mulig resultat for pasienten. Det kan synes som at spesialsykepleierne og legene som tradisjonelt har vært, og til dels er, kjønnete yrkesgrupper, utfyller hverandre som komplementære deler i en funksjonell enhet. I følge Holter, som argumenterer for at den tradisjonelle kjønnsarbeidsdelingen innenfor den moderne kjernefamilie, handler det ikke om komplementære relasjoner, men om en ordning som fordeler makt og ressurser ulikt (Holter i Solbrække og Aarseth 2006:66). Denne argumentasjonen kan overføres til arbeidsdelingen i operasjonsfeltet. Sykepleiernes, operasjonssykepleiernes og legenes arbeidsdeling har historiske røtter knyttet til kjønn, denne ordningen handler om ulik fordeling av makt og ressurser (kapital). I de komplementære rollene er kjønn innvevd. Hvem som gjør hva er ikke tilfeldig, men ut i fra forestillinger som knyttes til det å være kvinne eller mann.

Dette kapitlet viser at operasjonssykepleiernes kamp om anerkjennelse foregår i ulike arbeidssammenhenger og i ulike arbeidssituasjoner. Operasjonssykepleiernes kamp om anerkjennelse er en sentral dimensjon i samhandlingen med andre yrkestakere. Denne kampen er ikke unik. Bourdieus tekster handler i utstrakt grad om anerkjennelseskamper. I følge Bourdieu er kampen om anerkjennelse er sentral dimensjon i menneskelig samvær (Järvinen 2001:344).

I neste kapittel vil jeg utforske hvordan intervjupersonene erfarer at kjønn har betydning i samhandlingsrelasjonene i operasjonsfeltet.

7. Oppfatninger av kjønn i samhandlingsrelasjonene

I forrige kapittel har jeg forsøkt å vise at kjønn har en indirekte betydning i samhandlingsrelasjonene i det tverrfaglige teamet og i dette kapitlet utforsker jeg om intervjudeltakerne mener det samme. Jeg ser på hvordan kjønn kommer til uttrykk i samhandlingssituasjoner mellom aktørene i operasjonsfeltet og hvordan operasjonssykepleierne snakker om kjønn.

Når jeg tar opp temaet om kjønn så viser intervjupersonene til hvordan andre yrkesgrupper i feltet oppfører seg forskjellig overfor kvinner og menn. De forteller at de tydelig kan se at det gjøres kjønnsforskjeller i dagens operasjonsavdelinger i forhold til hvordan legene jobber seg i mellom når de står i det sterile operasjonsfeltet. Når en mannlig kirurg har med seg en kvinnelig assistent, så sier intervjudeltakerne at ”hersketeknikkene kommer av og til veldig klart til uttrykk”. Det ”å ikke ville undervise” og ”å ikke ville hjelpe til” er eksempler intervjudeltakerne gir på hersketeknikkene som benyttes ovenfor kvinnelige assistentleger. Mannlige kirurger fremstår med en annen habitus overfor kvinnelige assistentleger enn overfor mannlige assistentleger. Det intervjudeltakerne forteller her tyder på at det eksisterer kjønnshierarkier innad i legenes yrkesgrupper, i hvert fall i forhold til kvinnelige assistentleger. Det å bruke hersketeknikker kan forstås som en maktutøvelse, i denne sammenhengen kan det synes som det er en synlig form for maktutøvelse. Dette gir inntrykk av at i relasjonen mellom mannlige kirurger og kvinnelige assistentleger, når de opererer, er mer preget av hierarki enn av samarbeid. De mannlige kirurgene inntar en annen posisjon ovenfor kvinnelige assistentleger enn ovenfor mannlige.

Samtidig sier intervjudeltakerne at denne forskjellsbehandlingen er på vei til å endre seg da det blir flere og flere kvinnelige kirurger. Det tyder på at kvinnelige kirurger ikke bruker hersketeknikker når de opererer sammen med assistentleger.

7.1 Kjønn eller personlighet - eller begge deler

Flere av intervjudeltakerne er ganske klare i sin tro på at samhandlingens form er avhengig av personlige egenskaper. De yter motstand mot en forskjellslogikk som baserer seg på kvinnelige

og mannlige forskjeller. Når jeg spør intervjupersonene om det gjør en forskjell i samhandlingsrelasjonen dersom kirurgen er kvinne, så sier de aller fleste intervjudeltakerne at det er personavhengig. Noe som illustrerer det, er når Nina sier:

Nei. Jeg synes det er personavhengig, har ingenting med kjønn å gjøre egentlig. Det er vel det heller, egentlig.

Når Nina sier ” det er personavhengig” og ”at det har ingenting med kjønn å gjøre”, skulle det tyde på at operasjonsavdelinger er kjønnsfrie soner. Det Nina sier er i tråd med hvordan helsevesenet vanligvis oppfattes, som kjønnsnøytrale arenaer (Dahle 2005). Men som vi har sett, blant annet i beskrivelsen av samhandlingen legene i mellom, tyder det ikke på at helsevesenet er kjønnsnøytrale arenaer.

Men noen av intervjupersonene er åpne for at det også kan være kjønnsavhengig, det kan være både personavhengig og kjønnsavhengig. Diskusjonen mellom Tone og Heidi, Inger og Anne illustrerer det:

Intervjuer: Jeg tenker på dette med kjønn i samhandlingsrelasjonene. Gjør det en forskjell hvis det er en kvinnelig kirurg?

Heidi: Det blir ofte en lettere stemning på stua. Kan bli, ikke nødvendigvis men.

Tone: Det er litt forskjell, det er litt opp til hvordan de damene er.

Heidi: Ja.

Inger: Ja på....

Heidi: Ja det er par på....

Intervjuer: Er det atmosfæren på stua som utgjør forskjellen?

Heidi: Det kan være lettere men samtidig har det mer og si hvordan personene er en om det er mann eller dame enn om det er kjønn. For er den personen ved godt mot og inkluderer deg, så er det samme om det er mann eller dame.

Intervjuer: Så det er ikke slik at kvinnelige kirurger er mer inkluderende enn mannlige?

Flere: Nei, ikke nødvendigvis, det er ikke nødvendigvis sånn.

Tone: Kan være det men..

Anne: Jeg synes det har med kjemi å gjøre, personkjemi.

Flere: Ja.

Her ser vi at intervjudeltakerne opplever at både personlighet og til en viss grad kjønn har betydning i samhandlingsrelasjonen. Når de sier at det kan bli lettere stemning, så er det i tråd med tidligere forskning (Wear og Keck-McNulty 2004). Deres forståelse kan ha sammenheng med at de ikke tillegger mannlige eller kvinnelige leger bestemte typer egenskaper eller bestemte typer verdier i kraft av deres kjønn. De har i liten grad andre forventninger til kvinnelige leger enn til mannlige. Intervjumaterialet tyder på at inkludering er en verdi som er av betydning for relasjonenes utforming. Inkludering kan fortolkes som synonymt med likeverd,

en symmetrisk relasjon hvor alle aktørene i feltet har en likeverdig posisjon. Når jeg spør om kvinnelige leger er mer inkluderende, så sier de ”kan være det men..”. Dette tyder på at kjønn ikke er noe som *er*, men noe som formes eller konstrueres i interaksjon med andre personer. Det er i tråd med West og Zimmermans (1987) perspektiv, å ”gjøre” kjønn. Det kan virke som dette er situasjonsbetinget. Det er ikke gitt hvordan kjønn kommer til uttrykk i samhandlingssituasjoner.

Vi ser at i løpet av diskusjonen mellom Tone og Heidi, Inger og Anne gjør intervjupersonene litt opp status på hvor mange kvinnelige leger det er i operasjonsavdelingen. Ut i fra ”tellingen” tyder det ikke på at det er så veldig mange. Det er i samsvar med statistikken fra Legeforeningen (2005).

Når jeg spør intervjupersonene om hva de mener med personlige egenskaper så sier de det er vanskelig å forklare, men at det handler om å ha sosiale antenner, måten å kommunisere på, respekt for hverandre og kjemi. Man kan jo spørre seg om dette handler om medfødte egenskaper eller om dette er egenskaper som formes i miljøet eller i den kulturen som vi lever?

7.2 Kjønnete handlinger

Når vi snakker om kjønn kommer temaet om atferd opp. Intervjudeltakerne opplever at både mannlige og kvinnelige kirurger kan være ”bråe”. Men på hvilken måte fremkommer det ikke av diskusjonen da diskusjonen stoppet der. Men intervjumaterialet gir inntrykk av at i forhold til atferd så er variasjonen blant legene stor. En intervjudeltaker sier det slik:

Unni: I forhold til kvinnelige og mannlige leger så har vi kvinnelige leger som er ”bøse” og som har veldig respekt og mange milde mannlige leger. Så jeg støtter at det er avhengig av person.

Det Unni sier her, handler om at både kvinner og menn kan være sinte, ordet bøs tolker jeg som det å være sint (Store Norske Leksikon 2009). Og både kvinner og menn kan være milde. Men måten det sies på kan fortolkes som at det å være bøs, vanligvis ikke forbindes med kvinnelighet og det å være mild, knyttes ikke til forestillinger om det å være mandig. Når Unni sier at ”kvinnelige leger som ”bøse” og som har veldig respekt” så tolker jeg det som at begrepene bøs og respekt henger sammen. Dersom man er sint, så oppnår man respekt. Dette kan fortolkes som autoritet. Ut i fra et kjønnsblikk så kan man spørre om dette handler om kjønn? Dahle (2008) beskriver i boken, ”Profesjonsstudier”, at bruker kvinner makt for å oppnå lydighet, er det et

risikoprojekt, da en åpen maktbruk bidrar til å diskvalifisere deres autoritet (Dahle 2008:225). I denne sammenhengen kan det synes som at dette ikke er gjeldene, heller tvert i mot. Det kan ha sammenheng med at legene (kirurgene) blir sett på som en kjønnet yrkesgruppe, en mannsdominert yrkesgruppe. Det handler ikke om den enkelte lege, kvinne eller mann. Når en kvinnelig lege er ”bøs” så bryter ikke det med forventningene til legene (menn). Man kan spørre seg om hva er det som gjør at sinne gjenkjennes og anerkjennes og da anses som verdifullt? Eller kanskje respekt ikke relateres til positive verdier i denne sammenhengen.

Intervjumaterialet tyder på at det spiller en rolle hvordan aktørene i operasjonsfeltet oppfører seg inne på operasjonsstua. I denne sammenhengen tillegger intervjudeltakerne seg selv en sentral rolle. De gir uttrykk for at operasjonssykepleieren har et ansvar i forhold til stemningen inne på operasjonsstua. De er opptatt av hvordan alle har det inne på operasjonsstua, ikke bare pasienten, men også kollegaer og legene. De sier de må ”passe på de litt” og ”være litt obs” på hvordan alle har det. De kaller det kvinnelig intuisjon, ”noe non-verbalt”, en følelse.

Samtidig som intervjudeltakerne ser arbeidsmiljøet, stemningen på operasjonsstua, som sitt ansvar, så vektlegger de at alle aktørene i feltet har et ansvar for arbeidsmiljøet, alle i teamet kan ”ødelegge en hel stue” som de sier. Det bilde som operasjonssykepleierne her gir av sine arbeidsoppgaver er i tråd med det bilde som Martinsen (2009) benytter når hun gir en beskrivelse av operasjonssykepleie. Martinsen sammenlikner en operasjonsstue med en hage. Hun bruker ordet hage som metafor for å forstå hvordan operasjonssykepleiere kan påvirke stemningen og tonen på en operasjonsstue. Tonen i rommet beskrives som viktig i forhold til samspillet mellom yrkesgruppene i det tverrfaglige teamet og at det gis rom for ideer og innspill. Tonen vektlegges også i samspillet med pasientene. Martinsen (2009) beskriver operasjonssykepleieren som en sykepleiegartner som kan være med på å skape et godt jordsmonn i hagen (Martinsen 2009:45). Operasjonssykepleiere tilskrives et ansvar for stemningen, tonen og samspillet inne på en operasjonsstue. Det stilles store krav til operasjonssykepleiere. Ut i fra et kjønnsblikk så kan man spørre seg om operasjonssykepleiere tillegger seg selv krav ut i fra forventninger og forestillinger de har i kraft av at de er kvinner?

Når intervjudeltakerne sier at de må ”passe på” aktørene i operasjonsfeltet, kan dette fortolkes som omsorg, operasjonssykepleierne utøver ikke bare omsorg i forhold til pasientene, men også i forhold til de andre aktørene i feltet. De involverer seg ikke bare i relasjonen til pasientene, men også i relasjonene til aktørene i teamet. Dette tyder på at de er opptatt av mellommenneskelige forhold. Intervjudeltakerne gir eksplisitt uttrykk for at omsorg i en

operasjonsavdeling også handler om omsorg, ”vanlig omsorg”, i relasjonene til alle, også aktørene i teamet. Noen sier det på denne måten:

Heidi: (..) Så jeg mener at omsorg må ikke bare tenkes på ovenfor pasienten, men også ovenfor hverandre som medmennesker.

Intervjuer: Hva tenker dere andre?

Tone: Jeg er helt enig.

Inger: Det er jeg og. Det er sånn jeg tenker og, at jeg har vanlig omsorg eller vanlig høflighet og tar i mot pasienten på en verdig og fin måte.

Vi ser her at intervjudeltakerne er opptatt både av den som gir omsorg og den som får omsorg. Denne relasjonelle måten å forstå omsorg på er i tråd med Bourdieus (1997) forståelse av verden, verden er relasjonell. Når Inger sier at ”jeg tenker og, at jeg har vanlig omsorg eller vanlig høflighet” så tyder det på at hun ikke skiller mellom privat eller profesjonell omsorg. Omsorg relatert til relasjonene i feltet, definerer intervjudeltakerne blant annet gjennom kommunikasjon, det å snakke høflig til hverandre i feltet. De gir beskrivelser av situasjoner hvor omsorgen er fraværende i relasjonene som eksempelvis når du bare roper ”du anestesi” og ikke bruker navn eller at du sier ”hent det” i stedet for å si ”kan du være så snill” eller at man snakker til hverandre i en irritert tone, himler med øynene, ikke videreformidler informasjon eller ikke bidrar til å hjelpe hvis noe stopper opp. Disse handlingene er et brudd med omsorgsetikken. Dette blir ikke beskrevet som et hyppig problem i relasjonene, men når dette skjer i relasjonen mellom operasjonssykepleiere beskrives det som det som er vanskeligst å tolerere. Det kan tyde på at denne typen habitus er mest skadelig for relasjonene mellom operasjonssykepleierne, sett fra operasjonssykepleiernes perspektiv. Det kan ha sammenheng med at operasjonssykepleiere jobber tett sammen og forventninger om en likeverdig posisjon i feltet. Det at denne atferden oppleves verst i mellom operasjonssykepleiere kan også ha sammenheng med at operasjonssykepleiere har behov for sosial kapital, det å ha noen å alliere seg med i kampene i feltet.

Intervjumaterialet tyder på at omsorg er en av de verdiene som operasjonssykepleierne vektlegger i samhandlingsrelasjonene. Dette kan tyde på at omsorgsaspektet er internalisert i operasjonssykepleiernes habitus. Dette kan ha sammenheng med deres kulturelle kapital, med deres utdanning og med deres yrkespraksis.

Man kan spørre seg om den måten aktørene i feltet kommuniserer på, som intervjudeltakerne beskriver tidligere her, ”du anestesi” eller ”hent det”, om det har en sammenheng med konteksten de arbeider i. En operasjonsavdeling er en spesialavdeling som også ivaretar en

øyeblikkelig- hjelp funksjon (Høiland 1996). I øyeblikkelig- hjelp situasjoner gir aktørene i teamet hverandre ofte korte beskjeder. Kan det tenkes at denne kommunikasjonsmåten overføres til andre situasjoner slik at det blir en hverdagslig måte å snakke med hverandre på? Denne måten å kommunisere på preger aktørenes habitus.

Kjønn blir kanskje mest tydelig i beskrivelsene av arbeidsoppgavene. Intervjupersonene gir inntrykk av at det å ha mannlige operasjonssykepleiere i teamet gjør arbeidet lettere for dem. De sier at de da slipper mange tunge løft. Det er i tråd med tradisjonelle forestillinger om at menn er sterkere enn kvinner (Svare 2009). Men intervjupersonene gir også eksempler på at de opplever at mannlige kollegaer kan være til ”bry”. De sier at noen må de rydde etter, noen gjør ikke alle de praktiske oppgavene som er forbundet med arbeidet, noen av de mannlige operasjonssykepleierne sitter heller og leser. Intervjupersonene sier selv at det har med å gjøre hva de skal gjøre og ikke gjøre. Det kan ha sammenheng med hvilke arbeidsoppgaver som anses som viktige. Hvilke arbeidsoppgaver som anerkjennes og som gis verdi. Dette kan jo tyde på at de kvinnelige operasjonssykepleierne legger (noe av) lista for hva som skal gjøres av praktiske oppgaver eller rutineoppgaver. Kanskje noen menn ikke anser praktiske oppgaver, som rydding, som viktig i sin funksjon som operasjonssykepleier. Kanskje det er mer mandig å lese enn å rydde?

I forhold til intime arbeidsoppgaver viser intervjumaterialet at intervjudeltakerne tar hensyn. De har en forståelse for at mannlige operasjonssykepleiere ikke trenger å delta i arbeidsoppgaver som er av mer intim karakter. Dette begrunner de med hensynet til pasientene. Det kan fortolkes som at pasienter foretrekker kvinnelige operasjonssykepleiere i denne sammenhengen. Her kan vi se en forskjellslogikk basert på forestillinger om hva som er mannlig og kvinnelig.

Intervjupersonene gir uttrykk av at kvinnelige kollegaer hjelper hverandre mer på tvers av fagfeltene operasjon og anestesi. Men de vektlegger at det er individuelle forskjeller som de tilskriver personligheten. Dette kan tyde på at det er både kjønn og personlighet spiller en rolle i samhandlingsrelasjonene.

Intervjudeltakerne gir også uttrykk for at det er hyggelig å ha mannlige kollegaer. Det kan fortolkes som at et miljø som består av både kvinner og menn gir et bedre arbeidsmiljø. Det er i tråd med tidligere forskning (Lindgren 1992). Men på hvilken måte kommer ikke fram i diskusjonen. Men det er tenkelig at samtaleemnene kanskje blir mer varierte.

7.3 Kjønn og etniske forskjeller

Når vi diskuterte temaet kjønn så kom temaet om etniske forskjeller opp. Noen av intervjudeltakerne hadde erfaring med å jobbe i flerkulturelle operasjonsmiljøer. Deres erfaring med leger som kom fra andre kulturer og mer ”hierarkiske systemer” som de sa, var at legene kunne behandle operasjonssykepleierne nedlatende, ikke bare operasjonssykepleiere, men også sine kvinnelige kollegaer. Eksempler de ga på dette var at de ble ikke inkludert i samtalene, legene snakket ikke norsk seg i mellom og de opplevde at de ble mer sett på som en assistent enn som en del av teamet. Det er dermed ikke sagt at alle fremmedkulturelle er slik, det legger også intervjupersonene vekt på, de sier det også er avhengig av personlighet. I følge Bourdieu er det å tilskrive en gruppe bestemte egenskaper en form for rasisme (Bourdieu 1990B i Rogg 1991: 56). Men man kan kanskje spørre om det å inkludere kvinner i samtalen kan anses som lite mannlig i noen kulturer? Intervjupersonene sier dette er ofte et ”start- problem”, et problem som løser seg ved at det ble tatt opp med vedkommende leger enten av ledelsen eller av operasjonssykepleierne. Vi ser her at operasjonssykepleierne tar opp problematisk atferd. Dette bryter med tidligere forskning (Gilmour og Hamlin 2003, Sirota 2008). I denne situasjonen tilpasser ikke operasjonssykepleierne seg, de protesterer. Mens legene tilpasset seg norsk praksis etter hvert. Dette tyder på at det nytter å protestere mot uakseptabel atferd og det viser at operasjonssykepleiere har makt og myndighet, i hvert fall i forhold til denne problemstillingen. Det har kanskje sammenheng med at denne atferden er et synlig overtramp i forhold til våre verdier om likestilling og likeverd, verdier som gjenkjennes og anerkjennes som verdifulle. Og som det dermed er bryet verdt å kjempe for.

I det neste kapitlet vil jeg utforske hvordan operasjonssykepleierne vurderer sitt yrkesfelt i lys av de økonomiske og organisatoriske rammebetingelser operasjonssykepleierne handler innenfor. Rammebetingelsene utgjør en side av de sosiale betingelsene som operasjonssykepleierne handler innenfor. Det å legge et fokus på omgivelsenes rammer er i tråd med Bourdieus (1996, 1997, Bourdieu i Broady 1991) perspektiv. Omgivelsene er med på å virke inn på hvordan mennesker handler. Kampene som utspiller seg i felt er ikke uavhengig av eksterne faktorer (Bourdieu 1996:122). Rammebetingelsene er en del av feltets rammer.

8. Kampen om kronene og minuttene

Intervjumaterialet tyder på at operasjonssykepleierne opplever en travelhetskultur, for å si det med et lånt begrep (Fonn 2009), i dagens operasjonsavdelinger. Travelhetskulturen virker inn på operasjonssykepleiernes yrkesutøvelse, verdsetting og anerkjennelse. I avslutningskapitlet vil jeg diskutere hvordan disse rammene kan virke inn på anerkjennelse og verdsetting i operasjonssykepleiernes arbeidshverdag.

I dette kapitlet vil jeg beskrive hvordan operasjonssykepleierne oppfatter at sykehushverdagen har forandret seg. Deretter vil jeg se på betydningen av ressurser, både personalmessig og økonomisk i forhold til operasjonssykepleiernes yrkesutøvelse. Avslutningsvis ser jeg på yrkesgruppens arbeidstidsordning.

8.1 Sykehushverdagen før og nå

Intervjumaterialet viser at intervjupersonene har en oppfatning av at arbeidshverdagen har blitt travlere og at de har et mer bevisst forhold til økonomi, noe de også tar hensyn til i sitt daglige arbeid. En intervjudeltaker sier det på denne måten:

Kari: Det er noe med å ha et bevisst forhold til økonomi, det er man jo nødt til i alle sammenhenger i dagens samfunn, på en måte. Det er ikke ubegrenset med midler på en måte. Og det er større tilbud på pasienter i forhold til å bli behandlet og operert enn det var for 50 år siden hvor man på en måte kanskje litt mer ukritisk, kunne bruke tid, og det kan vi ikke lenger fordi at tilbudet er stort og etterspørselen er enda større.

Vi ser her at det oppleves som at man er nødt til å ta økonomiske hensyn i dagens samfunn og det kan fortolkes som at dette ikke er noe særskilt for sykehus eller operasjonsavdelinger. I dag er dette noe som må tas hensyn til i mange ulike sammenhenger. Det å ta økonomiske hensyn kan forstås som en selvfølgelighet. Dette kan beskrives som det som Bourdieu (1995,1997) kaller doxa. Forestillinger som blir tatt for gitt og oppfattes som naturlige, en selvfølgelighet som man ikke stiller spørsmålsteget ved og som gjelder for et samfunn eller en gitt samfunnsorden og som gjelder for alle felt i det sosiale rom. Den samfunnsmessige orden anerkjennes (Bourdieu 1995:225). Begrensede midler råder som en selvfølgelighet som aksepteres, noe som ikke gir rom for diskusjon innenfor feltet. Kari gir et bilde på den historiske utviklingen innenfor medisin og hvordan den henger sammen med den økonomiske situasjonen

i helsevesenet. Den medisinske utviklingen gjør som kjent at mange flere sykdomstilstander kan behandles i dag enn tidligere. Behandlingsbehovet, operasjonsbehovet, har økt, noe som gjør at tidsbruken i operasjonsavdelingen blir viktig.

8.2 Personaltrøbbel

Intervjumaterialet viser at enkelte operasjonsavdelinger har bemanningsproblemer. Noen forteller om underbemanning og ubesatte stillinger.

Else: (...) Vi er alltid, det mangler alltid folk. Vi er alltid underbemannet.

Intervjuer: Er det på grunn av sykdom eller fordi folk slutter?

Else: Det er at folk slutter. (...) Slik at vi har veldig ofte innleide vikarer fra andre sykehus i tillegg til det faste personalet.

Når Else sier at de ”ofte har innleide vikarer”, tyder det på at det også i dag er mangel på operasjonssykepleiere. I dag, kan det se ut som mangelen på operasjonssykepleiere løses ved å leie inn operasjonssykepleiere som vikarer, i motsetning til tidligere da operasjonssykepleiemangelen (ved operasjonsavdelingene) ble løst ved å ansette hjelpepleiere. Historien viser at det var en spenning, en kamp mellom hjelpepleier og operasjonssykepleiere (Høiland 1996). Det var en spenning eller kamp om hvilken kompetanse, kulturell kapital, som skulle gjelde i en operasjonsavdeling ut i fra pasientens behov.

Intervjupersonene har, i gjennom sitt yrkesliv, erfaring med å jobbe sammen med hjelpepleiere. De gir uttrykk for at det er synd at de har ”mistet” hjelpepleierne. Intervjumaterialet viser at hjelpepleierne blant annet gjorde rutinejobber som eksempelvis pakking av instrumenter. Nå må operasjonssykepleierne gjøre denne jobben selv når det er aktuelt. Men hjelpepleierne gjorde ikke kun rutineoppgaver. Intervjudeltakerne forteller at hjelpepleierne også gjorde de samme arbeidsoppgavene som de selv når det var nødvendig. Tilsynelatende kan det virke som det ikke var en kamp mellom yrkesfeltene, det var ingen kamp om posisjonering i feltet. Det kan synes som at operasjonssykepleierne og hjelpepleierne hadde et bra forhold seg i mellom. Kanskje operasjonssykepleierne og hjelpepleierne hadde funnet sine posisjoner, at de hadde anerkjent hverandres kulturelle kapital i forhold til hverandre som yrkesgrupper. Intervjudeltakernes innstilling til hjelpepleierne er ikke i samsvar med det som historien illustrerer (Høiland 1996). Men på den andre siden så tyder intervjumaterialet på at operasjonssykepleierne anser arbeidet

sitt som noe som bare de kan gjøre. Når jeg spør intervjudeltakerne om hvor viktig de selv tenker at den jobben de gjør er, så sier noen det på denne måten:

Anne: De har ingenting å gjøre om vi ikke er der.

Inger: Jeg tror ikke noen kan gjøre noe uten oss, men det har jo fra tid til annen, liksom, vært snakket om hjelpepleierne og at de skal inn i operasjonsstuen, men det er mange år siden egentlig. Så det er vel ingen fare der.

Når Anne sier at ”de har ingenting å gjøre om ikke vi er der”, så fortolker jeg det som at intervjudeltakerne ser sin rolle som like viktig i teamet og en rolle som de andre yrkesgruppene er avhengig av. Likeverd aspektet er igjen synlig i denne konteksten. Det tyder igjen på at operasjonssykepleierne gir seg selv en posisjon i teamet som likeverdig i forhold til de andre aktørene i teamet.

Vi ser også her av utsagnene, at intervjudeltakerne ikke opplever hjelpepleierne som en konkurrerende yrkesgruppe i dag. Men når Inger sier ”det er vel ingen fare der” så kan det fortolkes som at operasjonssykepleierne vil utelukke hjelpepleierne fra feltet, de vil ikke ha en innblanding fra dem i feltet. Det kan tyde på at de ikke gjenkjenner og anerkjenner hjelpepleierens kulturelle kapital, kunnskaper og kompetanse i forhold til det å arbeide i dagens operasjonsavdeling. I følge Bourdieu (1997) er det en type motsetninger som forekommer i alle typer felt. Det er motsetninger mellom de gamle og etablerte og de unge og nyankomne. Betegnelsene gammel og ung refererer ikke nødvendigvis til alder men til ansienniteten innenfor feltet. De som har en gitt legitim autoritet i et felt, er de som har fått gjennomslag for at de ressursene som de selv besitter skal gjelde som kapital innenfor feltet. Nykommere må som regel forsøke å tilpasse seg denne situasjonen og forsøke å få del i den formen for kapital som råder i feltet (Danielsen og Hansen 1999:66). Et annet eksempel som belyser disse motsetningsforholdene mellom det å være ”gammel” og ”ny” i jobben, er når vi i intervjuene diskuterer det å jobbe i team:

Lise: Jeg tenker sånn at man blir tøffere jo mer man jobber, altså, så jeg tenker om meg selv at jeg har blitt mye tøffere å si fra enn da man var helt nyutdannet, man torde ikke å si i fra. Men nå går det mye lettere, deilig å si fra hva man mener.

Nina: Det har noe med at det da kjenner de andre deg i teamet deg bedre også, de vet hvem du er og hva du står for enn det å kanskje komme helt nyutdannet og si ”hør nå her, altså du må gjøre sånn og sånn”. Jeg tror da at de andre i teamet da, anestesisykepleiere og leger ikke tar deg helt alvorlig, altså det er mer tyngde bak det når man har jobbet litt.

Det intervjupersonene sier her tyder på at det kan være vanskelig å få gehør for sine synspunkter blant aktørene i teamet når man er nyansatt eller nyutdannet. Det kan fortolkes som at nyansatte tilgis ikke samme posisjon og blir ikke sett som likeverdige i forhold til de som har lengre ansiennitet. Relasjonene preges av asymmetri. De nyansattes kunnskap og kompetanse, kulturelle kapital, gjenkjennes og anerkjennes ikke på lik linje som de som har lengre erfaring. Når Lise sier at ”det er deilig å si fra hva man mener” tyder det på at man har behov for å gi uttrykk for sine synspunkter. Når Nina sier at ”jeg tror da at de andre i teamet da, anestesisykepleiere og leger ikke tar deg helt alvorlig, altså det er mer tyngde bak det når man har jobbet litt” så fortolker jeg det som at nyutdannede i mindre grad får gehør for sine synspunkter, de kan i mindre grad påvirke omgivelsene enn de som har mer erfaring. Dette aspektet synes ut i fra Bourdieus (1997) teori som et universelt fenomen og vil kunne relateres til flere ulike felt eller sosiale arenaer, både til kvinnedominerte og mannsdominerte felt og ikke bare i forhold til operasjonsfeltet.

Når Lise sier ”at man blir tøffere jo mer man jobber” kan det signalisere en side ved arbeidsmiljøet. Til forskjell fra en sengeavdeling viser intervjumaterialet at arbeidsmiljøet i en operasjonsavdeling kan oppleves som tøft, tøffere enn ved en sengeavdeling. Noen av intervjudeltakerne beskriver det på denne måten:

Tone: Mye tøffere.

Heidi: Mye tøffere på en måte. Og jeg kommenterte det når jeg begynte, så sa jeg at det, jeg følte at mange var så utrolig bastant og utrolig direkte. Og at, går det ikke an å prate til hverandre på en litt annen måte enn å være så bastant. Da fikk jeg bare beskjed om at jeg måtte tåle å bli snakket til.

Intervju: Kan du gi eksempler på hvordan man snakker?

Heidi: Nja, jeg liker ikke å prate til folk når jeg ser at det blir sånn touchy og litt sånn sårende. Det synes jeg er helt unødvendig. Og at folk skal føle seg uvel på ei stue, må kunne prate til hverandre på en høflig måte og at alle har det ålright. Og når noen snakker til deg på en litt nedlatende måte, jeg klarer ikke å sette direkte ord eller situasjoner, jeg husker ikke.

Intervjudeltakerne bruker ordene ”bastant” og ”utrolig direkte” når de beskriver tonen mellom aktørene i teamet. Det tyder på en lite nyansert kommunikasjonsform og lite åpning for ulike synspunkter. Her ser vi at intervjudeltakerne yter motstand mot denne typen kommunikasjon eller handling, men denne motstanden blir ikke anerkjent eller gitt verdi. De etterlyser en mer nyansert måte å handle på ut i fra den enkelte situasjon. Når Heidi sier ”at noen snakker til deg på en litt nedlatende måte” så gir det signaler om dominansforhold og posisjonering. Det tyder på asymmetri i relasjonene eller ulikeverd for å låne et uttrykk fra Gullestad (2000). Også i litteraturen blir omgangstonen i en operasjonsavdeling beskrevet som tøff (Høiland 1996).

Intervjudeltakerne forteller om innsparing av personalressurser. Nina forteller om hvordan hun opplever sykehushverdagen:

Nina: Vi har jo et press om å jobbe fortest mulig på kortest mulig tid, men likevel bevare kvaliteten. Det er jo det man tenker på hele tiden og det blir gjerne spart inn kanskje på stillinger eller, og lar oss likevel gjøre samme jobben men mer effektivt da. Altså. Ja. Det kjenner man jo på, altså, i hverdagen, at ting skal gå fort, prioritering.

Det Nina forteller her, kan tyde på at omgivelsene forventer at operasjonssykepleierne både skal være effektive og gjøre en kvalitetsjobb. Det stilles krav til operasjonssykepleierne. Når stillinger blir inndratt, skal de samme arbeidsoppgavene utføres bare fordelt på færre antall arbeidstakere. Når Nina sier at de ”har et press om å jobbe fortest mulig på kortest mulig tid” og ”lar oss likevel gjøre samme jobben men mer effektivt da”, så gir det inntrykk av en intensivering av arbeidet og at det er det som gjør at hun føler et høyere arbeidspress. Nina sier de må ”prioritere” kan det fortolkes som at hun må prioritere hvilke arbeidsoppgaver hun skal gjøre. Det er da tenkelig at noen arbeidsoppgaver blir nedprioritert. Kanskje arbeidsoppgaver som tar lang tid.

Personalressursene diskuteres i forhold til ulike arbeidssituasjoner. Intervjudeltakerne forteller at arbeidet ville ha gått lettere dersom teamet hadde bestått av flere enn to operasjonssykepleiere, spesielt ved oppstart av operasjonene. I denne fasen gir de uttrykk for at de har mange arbeidsoppgaver som skal utføres. Intervjudeltakerne argumenterer med at dersom operasjonssykepleierne var flere til å gjøre arbeidsoppgavene, ville operasjonen kommet tidligere i gang. Teamet ville ha spart tid per operasjon og det ville ha vært mulighet for å operere flere pasienter i løpet av en dag. Dette kan tyde på at det er ønskelig med en høyere grunnbemanning og ikke nedskjæring av stillinger. En økt bemanning ville kanskje i denne sammenheng gjøre at arbeidspresset ville oppleves mindre, da det ville vært flere personer å dele arbeidsoppgavene mellom.

8.3 Pengetrøbbel

I et av fokusgruppeintervjuene diskuterer intervjudeltakerne hvordan fokuset på økonomi og effektivisering får betydning for deres yrkesutøvelse i det daglige arbeidet. Og hvilket nivå i organisasjonen fokuset får betydning for, på grunnplanet eller høyere opp i organisasjonen:

Tone: Men jeg tenker, at i hele, det et annet plan enn der jeg jobber akkurat nå så jeg har ikke direkte ansvar for det eller...

Anne: Vi har ikke ansvar for det men vi blir ofte minnet om at det koster penger og at vi skal spare. Og det trykker ned vår moral, veldig mye.

Tone: Det er jeg helt enig i og det er veldig dumt.

Anne: Du får ikke bruke de hanskene som du vil, du får ikke bruke de munnbindene du vil, du får ikke gå med de hettene du vil også videre, også videre. Du må tenke på ditt og du må tenke på datt. Og det er greit, det må vi gjøre i tiden for å få ned kostnadene men når du dessuten får vite neste gang på radio at vi er det sykehuset som går mest i minus fordi at vi er så dårlige, og så får vi vite at vi er de som opererer mest i hele Norge. Da skjønner jeg ikke hvilke matematikk de har hatt. Og det er veldig demoraliserende for oss, når det gjelder økonomi. Men når du står på stua og sånn så tenker vi mest på pasienten.

Tone: Jeg tenker at det er ikke munnbindene våre det eneste det dreier seg om, akkurat det der og, og vi har en arbeidsoppgave av gangen og den kan vi utføre på en ordentlig måte, selv i disse innsparingstider og hvor økonomi er så mye i fokus som den er.

Heidi: Men vi tenker penger hele tiden, tenker billigste løsning. Prøver å finne ut av måter vi kan dekke og legge.

Tone: Jeg synes selvfølgelig at vi ikke trenger å bruke mer enn vi trenger men jeg synes at det er helt unødvendig at vi sparer 2 kroner og femti øre her og der. Hva?

Anne: Når legene plukker opp 10 000.

Tone: Ja det har ikke noe for seg i det hele tatt. Jeg synes at det er alt for mye fokus på. Men jeg synes og at vi får, jeg synes at vi har ressurser sånn som det ser ut for meg nå i hvert fall, vi får stort sett, om det er spesielle behov.

I denne diskusjonen ser vi at intervjupersonene diskuterer ansvarsfordeling i forhold til det økonomiske aspektet. Intervjupersonene opplever at de ikke har det direkte ansvaret i forhold til målsettingen for hvor mange pasienter sykehuset eller operasjonsavdelingen skal operere. De forholder seg mest til sitt daglige virke. Men som vi ser, utsettes intervjupersonene for sparetiltak som de må ta hensyn til i hverdagen. Når Heidi sier at ”vi tenker penger hele tiden, tenker billigste løsning. Prøver å finne ut måtte vi kan dekke og legge” så sier det noe om arbeidsmoralen. De forsøker å finne billige løsninger i arbeidet sitt, men på en slik måte at det ikke får konsekvenser for pasientene. Men dette står litt i kontrast til det Tone sier: ”jeg synes at vi har ressurser”, dette kan fortolkes som at i pasientbehandlingen spares det ikke, nødvendig utstyr og materiell stilles til disposisjon i behandlingen av pasientene. Denne diskusjonen mellom Tone, Heidi og Anne kan minne om et husholdningsbudsjett. I denne situasjonen er det operasjonssykepleierne (kvinnene) som har ansvaret for de daglige utgiftene mens legene (mennene) har ansvaret for de store utgiftene eller de kostbare innkjøpene.

Operasjonssykepleierne spinker og sparer eller for å si det med et annet uttrykk:

operasjonssykepleierne sparer på shillingen mens andre lar daleren gå. Dette kan tyde på ulik posisjonering i feltet. Men intervjupersonene stiller også spørsmålstegn ved at de skal spare ”småpenger” mens det brukes store beløp i andre sammenhenger. Dette tyder på at de er i opposisjon. Når Anne sier at ”når du dessuten får vite neste gang på radio at vi er det sykehuset

som går mest i minus fordi at vi er så dårlige, og så får vi vite at vi er de som operer mest i hele Norge. Da skjønner jeg ikke hvilke matematikk de har hatt” så kan det fortolkes som at det er vanskelig å forstå logikken bak bevilgninger og budsjetter.

Det kan synes som at et stadig fokus på kostnader og behovet for å spare på utgiftene, virker inn på arbeidslysten og arbeidsgleden. Anne sier at ”det trykker ned vår moral”. Det nedsetter arbeidslysten og arbeidsgleden. Men i det daglige arbeidet inne på operasjonsstua, så sier Anne at de tenker ”mest på pasienten”. Det kan fortolkes som at intervjudeltakerne er mest opptatt av å ivareta pasientens behov og gi pasienten best mulig behandling. Ved ”å tenke på pasienten”, skaper operasjonssykepleierne seg mening i arbeidet innenfor de rammene som rår. Når Tone sier at ”vi har en arbeidsoppgave av gangen og den kan vi og den kan vi utføre på en ordentlig måte, selv i disse innsparingstider” så kan det forstås som at Tone ønsker både å være effektiv og gjøre en kvalitetsjobb. Men det er tenkelig at fokuset på økonomi (og effektivitet) kan overskygge og ta fokuset bort fra faglige tema og spørsmålsstillinger som er av faglig art da Tone sier at ”det er ikke bare munnbindene våre det dreier seg om”. Fokuset kan være en trussel mot kvalitetsarbeidet i jobben.

8.4 Fartstrøbbel

Intervjumaterialet viser at hvor mange pasienter operasjonsavdelingen behandler kan forstås som et overordnet spørsmål, som den enkelte arbeidstaker på grunnplanet ikke kan ta stilling til. De forholder seg til den jobben de har å gjøre med hver enkelt pasient. Intervjudeltakerne gir uttrykk for at de føler seg litt privilegert i måten å jobbe på da de kun har en pasient av gangen. Fokuset for arbeidet ligger på den ene pasient. Teamet konsentrerer seg om den enkelte pasient og gjøre de arbeidsoppgavene som er nødvendig i forhold til den ene pasientens behov. Det kan tyde på at det hersker fred og ro i arbeidet med pasienten. Men intervjumaterialet tyder på at det ikke bare hersker fred og ro under operasjonene. Nina sier det på denne måten:

Nina: Ja, altså, at man har det i bakhodet hele tiden. Man skal gå raskt i gang og planlegge, ikke sant, at man har ting klart og planlegge neste når man avslutter den første og, det er bare sånn du tenker, altså tankegangen blir mer sånn nå enn det kanskje var før. Det er vanskelig, men når man har jobbet litt mer så har man litt mer sånn erfaring med hvordan ting skal gå. Altså, du, ja. Du planlegger neste når du driver å avslutte den første. Det er jo blitt veldig sånn, det jo det er snakk om hele tiden, raske byttetider, raske starttider.

Nina beskriver hvordan de har begrepet effektivitet ”i bakhodet hele tiden”. Hun sier at de har det mer i ”tankegangen” nå enn før. Det kan tyde på at hverdagen har forandret seg og at

effektivitet har blitt kroppsliggjort. Det tyder igjen på at begrepet er internalisert i deres habitus. De føler ansvar for effektiviteten. Noe som underbygger mitt resonnement er når vi i intervjuene snakker om faget, om operasjonssykepleie så bruker intervjudeltakerne beskrivelser som ”tida skal være så kort som mulig”, ”vi har innmari liten tid” og når vi snakker om omsorg for pasienten, så gis beskrivelser som ”vi stresser det veldig mye”. Effektiviteten har satt seg i språket, dette viser at begrepet er internalisert i operasjonssykepleiernes habitus. Det tyder på at effektiviteten som fenomen har satt seg i ryggmargen og blitt en norm. Hvordan man snakker, står eller sitter i ulike situasjoner viser at kulturelle normer har satt seg i kroppen og dermed utenfor bevissthetens grep (Bourdieu 1974/84 i Wilken 2008:37). Når intervjudeltakerne gir uttrykk for at ”det trenger ikke å være negativt” å jobbe mer effektivt, kan fortolkes som at kravene om å jobbe effektivt er blitt innleiret i den enkeltes habitus og blir dermed ansett som naturlig. Normen er internalisert i habitusen. Nina gir uttrykk for at det er en vanskelig måte å jobbe på og det krever god planlegging og erfaring av den enkelte. Det er mulig å fortolke at denne måten å jobbe på ikke kan læres gjennom teori, men noe som må læres gjennom erfaring.

Intervjumaterialet viser at effektivitet kan knyttes til tid. Dette aspektet kan også knyttes til det å beherske jobben sin, det å mestre. Intervjudeltakerne problematiserer det å skulle jobbe innenfor ulike kirurgiske fagfelt både i forhold til den faglige utøvelsen og i forhold til tidsaspektet. De sier at det blir mer effektivt arbeid når de er spesialisert på en eller to kirurgiske fagfelt. Det fortolker jeg som at de bruker lenger tid på arbeidet når de ikke besitter tilstrekkelig kulturell kapital. Samtidig viser intervjumaterialet at det å ikke mestre arbeidsoppgavene gir lite arbeidsglede og lite anerkjennelse i operasjonsfeltet. Mestring gir arbeidsglede, anerkjennelse og effektivitet.

Intervjumaterialet viser at i praksis har intervjudeltakerne flere oppgaver enn den ene pasienten som teamet behandler. De har fokuset på flere steder samtidig, og ikke bare på den ene pasienten som er inne til behandling på operasjonsstua. De sier at de har ”20 000 tanker i hodet hele tiden” og ”at de ikke kan stå der å slappe av”. Operasjonssykepleierne planlegger arbeidet med neste pasient før de har avsluttet arbeidet med den pasienten som de har på operasjonsbordet. Når Nina sier ”raske byttetider og raske starttider” fortolker jeg som at det er tiden mellom hvert kirurgisk inngrep som er den travleste tiden for operasjonssykepleierne. Den tiden hvor operasjonssykepleierne tar seg av pasienten og tilrettelegger for neste operasjon. Man kan spørre seg om hva dette er et uttrykk for? Kan dette handle om kulturell kapitalbesittelse og hvilke type kapitalbesittelse som anerkjennes som mest verdifull innenfor feltet? Kan det handle om at operasjonssykepleiernes kulturelle kapital rangeres av omgivelsene?

Intervjumaterialet viser at intervjudeltakerne er opptatt av at teamet skal greie å operere de pasientene som er planlagt å operere i løpet av en dag. De synes ikke det er greit at pasienter strykes av operasjonsprogrammet, at operasjonen blir utsatt til en annen dag. De jobber bevisst for å greie å gjennomføre dagens operasjonsprogram. Dette sier noe igjen om deres arbeidsmoral. De føler et ansvar for pasientene som står oppført på operasjonsprogrammet.

Intervjudeltakerne er også opptatt av pasientens opplevelse av det å få en operasjon utsatt. De problematiserer pasientenes situasjon, hva som står på spill for pasientene. Hvordan mange pasienter må i forkant av operasjonene organisere og tilpasse tilværelsen sin i forhold til det å skulle opereres og pasientene kan være alvorlig syke og hvilken belastning det kan være for den enkelte å få operasjonen utsatt når de er i den situasjonen. Intervjudeltakerne identifiserer seg med pasientene og de har empati med pasientene. De har en evne og en vilje til å sette seg inn i pasientens situasjon. Det kan tenkes at det er relasjonen til pasienten som skaper mening i arbeidet, det er det som gjør det meningsfullt og motiverende med det å komme i mål med operasjonsprogrammet. Dersom hver eneste dag oppleves som en kamp mot klokka, er det vanskelig å oppleve mening i arbeidet (Svare 2009:229).

Empati er en kvalifikasjon som vektlegges i sykepleierutdanningen (Lie 2006:253)

Intervjumaterialet viser at empati også er en sentral verdi i arbeidet som operasjonssykepleier. Det kan tyde på at deres kulturelle kapital har blitt internalisert i operasjonssykepleierens habitus.

Tråden om anerkjennelse tas opp igjen også i forhold til dette temaet, rammebetingelsene. Det forsterker inntrykket om at anerkjennelsesdimensjonen er sentral i samvær mellom mennesker. Intervjudeltakerne opplever at de får lite positiv tilbakemelding for arbeidsinnsatsen sin i forbindelse med gjennomføring av operasjonsprogrammet. De ønsker en forståelse for hva de yter i jobben, de ønsker at arbeidet skal gjenkjennes og anerkjennelse av de aktørene som de samarbeider med. Når intervjupersonene sier at de ønsker en forståelse for at de står på i jobben, kan det ha sammenheng med at andre aktører ikke har en forståelse for hva jobben innebærer. Når jeg spør intervjupersonene om hvordan de tror at de andre i teamet verdsetter den jobben de gjør, eksempelvis legene, så sier de at de tror at de andre aktørene i teamet ofte tror at det er ”en veldig enkel jobb”. Man kan da spørre seg om dette handler om kunnskapsforståelse? Hvilken kunnskap som gis verdi? De sier også at de tror at legene ikke vet hva som trengs av utstyr og hvor mye arbeid det er med å finne fram utstyr. Det kan tyde på at noen av aktørene i feltet ikke har gode kunnskaper om hverandres yrkesrolle, hva rollen innebærer. Forventningene og

forestillingene er ikke i samsvar med virkeligheten, i hvert fall ikke slik som operasjonssykepleierne ser virkeligheten. Intervjudeltakerne gir inntrykk av at yrket ansees som ”sånn å bli sprek av”, det kan det tyde på at de andre aktørene ser at operasjonssykepleierne har fysisk arbeid, kanskje ved at de ser at operasjonssykepleierne har mye stående og gående arbeid. Denne siden ved operasjonssykepleie gjenkjennes og anerkjennes.

Intervjumaterialet viser at operasjonssykepleierne ofte får negativ kritikk i forhold til arbeidet, de bruker ord som at ”de jobber for tregt”, ”at de er for seine” og ”at det går for lang tid mellom operasjonene” når de beskriver tilbakemeldinger fra omgivelsene. Det kan fortolkes som at de får irettesettelse av omgivelsene for arbeidet sitt. I følge Bourdieu (1996) er den sosiale verden full av irettesettelser. Irettesettelser kan bare fungere for de som er klare til å oppfatte dem (Bourdieu 1996:69). Intervjudeltakerne oppfatter irettesettelsene, omgivelsene gir dem et bilde på at de ikke gjør god nok jobb. En irettesettelse eller kritikk kan oppleves som en pekefinger som kan være forbundet med en form for ubehag. Du utsettes ikke bare for kritikk, men fingeren innebærer også en form for nedvurdering. Du blir ikke vurdert som likeverdig med den som setter fingeren i været (Svare 2009:190). Kritikken eller pekefingeren signaliserer noe om dominansforholdene. Operasjonssykepleierne blir ikke regnet som likeverdige i forhold til de som kritiserer eller som hever pekefingeren. Relasjonene preges av asymmetri, posisjonene er ikke jevnbyrdige. Man kan spørre seg om hva disse irettesettelsene eller kritikken signaliserer? De gir et signal om at operasjonssykepleierens arbeid kontrolleres. De bestemmer ikke arbeidstempoet selv. Det fremgår ikke av intervjumaterialet hvem som irettesetter operasjonssykepleierne, om det er en mannlig eller kvinnelig pekefinger som heves. Men i følge intervjumaterialet forventer legene at ”man (operasjonssykepleierne) er rask, kort byttetid mellom pasientene, vil at det helst skal gå fortest mulig”. Samtidig uttrykker intervjudeltakerne motstand mot irettesettelser, også fra legene. En sier det på denne måten:

Ola: (..) Hvis man skulle oppleve å bli sterkt irettesatt av en kirurg, ja, hva skal man si (..) Hvis man skulle oppleve å ikke bli respektert for jobben man gjør så synes jeg det er uakseptabelt, hvis jeg mener det er forsvarlig og det på en måte blir forsøkt overkjørt, det synes jeg ikke er akseptabelt.

Her ser vi at Ola problematiserer omgivelsenes forståelse av operasjonssykepleierens autonomi, ekspertise og autoritet. Autonomi, ekspertise og autoritet er sentrale kjennetegn i all profesjonsutøvelse (Dahle 2008:224). Olas utsagn kan fortolkes som at operasjonssykepleierne ønsker å gjøre egne faglige vurderinger, de ønsker autonomi i jobben. De gjør krav på rollen som profesjonell ekspert med autoritet. Hvorvidt dette lykkes er ikke bare avhengig av kampen

i feltet, men også i relasjon til andre felt og om hvor grensene for feltet går (Bourdieu 1991 i Wilken 2008:44).

Intervjupersonene gir uttrykk for at de har en selvforståelse av at de gjør en god jobb og at de heller burde fått positiv respons på arbeidsinnsatsen enn irettesettelser. Intervjudeltakerne har en annen selvforståelse av arbeidsutførelsen enn det omgivelsene har. De sier at ”vi burde få mere takk”, det kan fortolkes som at omgivelsene heller burde se den jobben de gjør. Arbeidet burde gjenkjennes og anerkjennes, det burde gis verdi.

I et av intervjuene fremgår det at operasjonssykepleiere slutter i jobben. Selv om materialet ikke gir et direkte svar på hva som gjør at de slutter, så kan man fundere på om irettesettelser eller kritikken og opplevelsen av arbeidspress som operasjonssykepleiere utsettes for, kan være en medvirkende årsak til at de slutter i jobben. Samtidig er det ingen av intervjudeltakerne som gir uttrykk for at de har et ønske om å slutte eller å bytte jobb. Jeg har, som sagt, heller et motsatt inntrykk, at de var fornøyd med å være operasjonssykepleiere. Det kan ha sammenheng med at operasjonssykepleierne skaper seg mening i arbeidet, men det kan også ha sammenheng med at operasjonssykepleierne lar seg tilpasse rammevilkårene de arbeider under selv om de er i opposisjon. I følge Bourdieu vil den enkeltes habitus etter hvert modifieres dersom de sosiale betingelsene er sterkere enn den enkeltes habitus. Dersom habitus er sterkest, kan menneskene i enkelte tilfeller forandre de gitte sosiale betingelsene (Broady 1991:231). Forholdet mellom andres og egne forestillinger og forventninger kan være problematiske dersom de ikke er i samsvar. Det skal mot og ressurser (kapital) til, en sterk habitus, for å kunne stå i mot forestillinger og forventninger fra omgivelsene.

Vi har i dette kapitlet sett at operasjonssykepleierne utsettes for en pekefinger. Men intervjumaterialet tyder også på at operasjonssykepleierne selv utsetter de andre aktørene i feltet for irettesettelser (pekefinger). Intervjumaterialet viser at operasjonssykepleierne har selvforståelse av at det er på fagfeltet hygiene de har innflytelse og hvor de kan ta egne beslutninger. Det beskriver de ved at de kan ”stoppe noen fra å gjøre noe, de kan påpeke, de kan lære opp”. Noen beskriver seg som hygienepoliti. Det kan fortolkes som at de overvåker og pålegger andre aktører. Men når de sier at de kan ”lære opp” kan det forstås som at operasjonssykepleierne bidrar og sprer kunnskap om hygiene. Dette tyder på at operasjonssykepleierne har feltspesifikk kapital, en kulturell kapital som gir de en overordnet posisjon innenfor dette område. I denne situasjonen kan det sees på som en maktposisjon.

8.5 Sprik mellom arbeidsoppgaver og ressurser

Når intervjudeltakerne forteller om arbeidssituasjonen sin relatert til temaet økonomi og effektivitet, bruker de ordet kvalitet flere ganger som eksempelvis at de ”må bevare kvaliteten” uten at det direkte fremkommer hvordan kvaliteten påvirkes, men mye tyder på at visse oppgaver blir nedprioritert. Intervjumaterialet gir eksempler på arbeidsområder som kan synes å være influert av rammevilkårene, blant annet tidspresset, noe som gjør yrkesutøvelsen problematisk. Et av arbeidsområdene er i forhold til veiledning og opplæring av nyansatte. Intervjumaterialet gir inntrykk av at opplæring kan bli nedprioritert i forhold til andre arbeidsoppgaver. Det kan jo bety at den enkelte aktør må lære ved prøving og feiling. Intervjumaterialet viser også at praktiske arbeidsoppgaver kan gå på bekostning av omsorgen for pasienten. En situasjon som belyser det er når Tone sier:

Tone: (..) man kanskje samtidig burde vært hos pasienten mens pasienten skal sove og åpnet opp. Ja, hvis ingen andre er der og det er det jo ofte ikke. Jeg er ikke sikker på, jeg vil jo si at vanligvis så ville jeg ha prioritert å stå da ti minutter hos pasienten og fortsatt å åpne opp etterpå. Men der er vi kanskje ikke helt, det er ikke sikkert operasjonssykepleiere er enig heller om det.

Vi ser at prioritering av arbeidsoppgavene kan være et dilemma i hverdagen. Et dilemma som kanskje løses på forskjellige måter av operasjonssykepleierne, de kan ha ulike holdninger i forhold til hvilke arbeidsoppgaver de prioriterer. Et annet arbeidsområde som kan influeres av rammevilkårene er pasientsikkerheten:

Inger: (..) Når en tenker på pasienten, hva han kan få av skader, så, og tenke på utstyret som vi kan bruke på feil måte og sånn. Og hvor travelt det er hele tida, så det med sikkerheten, det er noe å tenke på.

Det kan synes som at arbeidstempoet og tidspresset er en utfordring i forhold til pasientsikkerheten. Når handlinger foregår i høyt tempo, er muligheten for å gjøre feil til stede. Ingers uttalelse kan tyde på at arbeidstempoet kan påvirke kvaliteten av arbeidet, noe som kan få konsekvenser for pasienten.

Samtidig vektlegger intervjudeltakerne at operasjonssykepleiere ikke ubetinget må akseptere dette arbeidspresset. Intervjudeltakerne legger vekt på at operasjonssykepleiere må være bevisst på kvaliteten i arbeidet sitt. En sier det slik:

Kari: (..) Så jeg tenker det at det som er utfordring for oss, jo å stoppe opp og si at dette, akseptere ikke det, skal ikke gå på kvaliteten løs. Og det er bare vi som kan si noe om da. Men at det er en mer hektisk måte å jobbe på, det er det blitt.

Kari gir uttrykk for at det er operasjonssykepleierne som kan faget, og det er de som må sette grenser for hva som er akseptabel yrkesutøvelse. Det tyder på at intervjudeltakerne er opptatt av deres faglige autonomi. Men man kan jo spørre seg om operasjonssykepleiere ”stopper opp” når de gjentatte ganger forteller at de har ”kort tid” på å gjøre arbeidet sitt? Eller handler de av ”gamle vaner”, vaner som er blitt kroppsliggjort, integrert i deres habitus.

Intervjudeltakerne opplever at det ikke alltid er samsvar mellom hva som er planlagt av operasjoner og hva det er rom for å få gjort. Det tyder på et sprik mellom oppgaver og personalressurser. Den enkelte operasjonssykepleier forsøker å kompensere for dette spriket ved å strekke seg i jobben. En sier det på denne måten:

Kari: (..) så setter man fart og prøver å få i gjennom programmet så langt som det er råd.

Karis utsagn tyder ikke på at operasjonssykepleierne er late. De setter opp tempoet i situasjoner hvor de anser det som nødvendig. Samtidig vektlegges det i intervjuene at forholdet mellom oppgaver og resurser er et ledelsesspørsmål. Det er en problemstilling som må vurderes i forkant, i planleggingen av operasjonsprogrammene.

I følge intervjumaterialet synes det som intervjudeltakerne ønsker å ta hensyn både til drift og det faglige aspekt. De ønsker både å være effektive og å gjøre en kvalitetsjobb. Det tyder på at det kan være ulike hensyn å ta i en jobb. Men det kan synes som om den enkelte arbeidstaker blir ansvarliggjort for ressursbruken:

Ola: (...) det blir jo nedfelt i lovverket, i helsepersonelloven at man skal arbeide sånn at du ikke påløper unødvendige ressurser og belastninger for å hindre driften og sånn, samtidig skal du arbeide faglig forsvarlig. Men det stilles store krav til å du kan argumentere faglig for det også og det rekker vi dessverre ikke.

Ola henviser her til helsepersonelloven, hvordan lovverket setter grenser for ressursbruk. I følge Ola krever økt tidsbruk faglig argumentasjon. Dersom arbeidet tar lengre tid enn forventet, forventes det at det har en faglig begrunnelse. Vi ser igjen en kontrollføring av arbeidet. Når Ola sier ” det stilles store krav til at du kan argumentere faglig for det” så kan det fortolkes som at dette handler om autonomi og autoritet, sentrale kjennetegn i all profesjonsutøvelse (Dahle 2008:224). I kraft av sin ekspertkunnskap forventer man at den profesjonelle har en legitim autoritet som inngir tillit (Dahle 2008:225). Olas utsagn kan signalisere at omgivelsene stiller spørsmålsteget ved operasjonssykepleierens yrkesutførelse ved at de må forsvare tidsbruken. Man kan i denne sammenhengen spørre om omgivelsene har lite tillitt til operasjonssykepleieres

yrkesutøvelse? Utsagnet kan også tyde på at ”unødvendige” stopp i løpet av arbeidsdagen ansees som uønsket. Hva som defineres og hvem som definerer ”unødvendige” stopp, fremgår det ikke av intervjumaterialet.

Spriket mellom arbeidsoppgaver og ressurser oppleves som et dilemma for intervjudeltakerne og det kan sette dem i en vanskelig situasjon. Samtidig uttrykker intervjudepersonene at det kan være problematisk å ta opp temaet da det kan bli sett på som umoralsk å gjøre det, at det kan forstås av miljøet som at man ikke jobber for pasientenes beste. De sier at de har ikke ”lyst til å være den slemme som lager bråk” og at de ”har lyst til å gjøre sitt beste for å få programmet igjennom”. Når de sier at de ikke har ”lyst til å være den slemme” kan det fortolkes som at de ikke vil bli sett på som en bråkemaker, en som lager uro i rekkene. Operasjonssykepleierne ønsker å fremstå med en habitus som er i takt med omgivelsenes forventninger.

Det kan synes som om at det er vanskelig ta opp problemstillinger knyttet til rammebetingelser. Det legges lokk over denne typen problemstillinger. Ved å tabulegge ulike synspunkter, eller et dilemma, kan fortolkes som en maktutøvelse, en usynlig form for makt. I følge Bourdies maktperspektiv er ikke makt så lett å oppdage fordi makten både er i oss som meninger og vaner, og den er mellom oss, mellom dem som utøver makt og dem som makten utøves på, i selve strukturene i feltet (Bourdieu 1996 i Aamodt 2005:53).

8.6 Mismatch mellom legenes og spesialsykepleiernes normalarbeidstid

I et av fokusgruppeintervjuene kommer legenes og sykepleiernes arbeidstid opp som tema. Med arbeidstid menes den tiden hvor arbeidstaker står til disposisjon for arbeidsgiver (AML² § 10-1). Intervjumaterialet viser hvordan spesialsykepleiernes og legenes arbeidstid får betydning i feltet da legene og spesialsykepleierne har forskjellig arbeidstidsordninger. De ulike arbeidstidsordningene blant aktørene i feltet fører til at personalkapasiteten er ulik blant yrkesgruppene på ettermiddagen. Intervjudeltakerne forteller at etter klokka tre på ettermiddagen er det færre spesialsykepleiere og færre sykepleierteam til stede i operasjonsavdelingen. Mens legene har en annen vaktordning enn spesialsykepleierne, ”en

² AML- Arbeidsmiljøloven

annen måte å jobbe på, lengre arbeidsdager kanskje og”, som en av intervjudeltakerne sier. Det er en ujevn bemanning mellom yrkesgruppene på ettermiddagen. Intervjupersonene gir uttrykk for at dette problematiserer avviklingen av operasjonsprogrammet. Kari beskriver hvordan dette oppleves:

Kari: Ja, det oppleves vanskelig, nesten hver dag på en måte, tenker jeg, fordi du står der av og til, det er et dilemma, hva gjør vi nå? Har vi nok folk, vi har en vaktordning, vi har et arbeidsmiljø å ta hensyn til, og en masse arbeidstakere, som har sin arbeidstid, og i teamet vårt så har vi forskjellig oppfatning av hva som er fast arbeidstid på en måte. Doktorene har en helt annen måte å sette sammen arbeidsuka si på, enn det vi har. Og det stemmer ikke alltid overens rett og slett. Sånn at, det er et dilemma hva man føler at de forlanger.

Intervjuer: Hva tenker du på da?

Kari: Jeg tenker på det å fullføre det vi har ønske om å kunne operere på en dag fram til klokka tre som er vår grense for elektivt program.

Assistent: Hva tenker du om det?

Kari: Jeg synes det er et evig press.

Her ser vi at yrkesgruppens ulike arbeidstid oppleves som et dilemma i arbeidshverdagen og at dette skaper et arbeidspress. Ulik arbeidstidsordning gjør at det er sprik mellom fagfeltene i forhold til arbeidstid. Operasjonssykepleiernes arbeidstid reguleres av Arbeidsmiljøloven (AML §10) og av tariffavtaler. AML regulerer arbeidstakernes daglige og ukentlige arbeidstid, natt- og helgearbeid og fritid. Den alminnelige arbeidstid skal ikke overstige ni timer i løpet av 24 timer og 38 timer i løpet av sju dager for de som jobber døgnskiftarbeid og sammenlignbart turnusarbeid (AML § 10-4). Dette er en lovbestemmelse som kan fravikes gjennom tariffavtaler, lokale avtaler eller tillatelse fra arbeidstilsynet (Kleven 2007). De fleste yrkesgruppene har i dag tariffavtaler som tilsier en arbeidsuke på 37,5 timer for yrkestakere som ikke arbeider skift eller turnus, mens mange av de som følger turnusordninger hvor ordinært arbeid må utføres på natt og/eller på søndager, har en arbeidsuke på 35,5 timer (se eksempelvis overenskomsten mellom Spekter og NSF 2008). De fleste yrkesgruppene jobber altså kortere tid enn AMLs bestemmelser. Men noen yrkesgrupper er unntatt fra Arbeidsmiljøloven når det gjelder deler av punktet om arbeidstid, deriblant sykehuslegene. Legenes arbeidstid skal ikke overstige 19 timer per vakt-døgn og ingen arbeidsuker skal overstige 60 timer (Legeforeningen 2009). Når Kari sier at ”vi har forskjellig oppfatning av hva som er fast arbeidstid” så fortolker jeg det som at yrkesgruppene i teamet har ulik vaktlengde på dagvakter. Det er et misforhold mellom yrkesgruppens arbeidstid. Ulike arbeidsavtaler mellom yrkesgruppene i feltet gjør arbeidsdagen problematisk. Dette skaper stridsspørsmål om hvor

lenge det planlagte operasjonsprogrammet kan gå utover ettermiddagen. Dette oppleves av intervjudeltakerne som et dagligdags stridsspørsmål.

Man kan spørre seg om hvilke interesser som utspiller seg i denne kampen? Sett fra operasjonssykepleiernes side, så har de flere hensyn å ta, de må både forholde seg til lovverket og til arbeidsmiljøet. Det å jobbe turnus påvirker den enkelte arbeidstaker både fysisk, psykisk og sosialt. Det innebærer en risiko i forhold både til sikkerhet, sosialt liv og søvnkvalitet (Kleiven 2007:11). I følge AML skal arbeidstidordninger være slik at arbeidstakerne ikke utsettes for uheldige fysiske eller psykiske belastninger, og slik at det er mulig å ivareta sikkerheten (AML § 10-2). Lovverket forsøker å redusere skadevirkningene ved det å jobbe turnus ved å regulere arbeidstiden og fritiden. Sett i fra legenes side så ønsker de å utnytte sin arbeidstid, sin arbeidskapasitet, også i tiden etter klokka tre som i følge Kari er grensen for elektivt operasjonsprogram, det vil si planlagte operasjoner.

Dersom spesialsykepleierne skal matche legenes arbeidstid, vil dette kreve overtidsarbeid. I følge AML må ikke overtidsarbeidet overstige mer enn 10 timer per uke og ikke mer enn 15 timer dersom dette er avtalt med arbeidstakernes tillitsvalgte (AML § 10). I AML står det: ”Arbeid utover avtalt arbeidstid må ikke gjennomføres uten at det foreligger et særlig og tidsbegrenset behov for det” (AML §10-6). Dette fortolker jeg som at operasjonsavdelinger ikke kan basere den daglige virksomheten med overtid. I tillegg fordyrer overtidsarbeid virksomheten i operasjonsavdelingene:

Kari: Hvis du tenker økonomi så fordyrer det driften av operasjonsavdelingen hvis vi skal kjøre overtid, du kan ha masse nye mennesker som gjerne jobber overtid men det har å gjøre med det økonomiske aspektet.

Det kan virke som at overtidsarbeid er ettertraktet blant noen av operasjonssykepleierne. Det kan ha sammenheng med grunnlønnen, deres økonomiske kapital. Noen ønsker å øke sitt økonomiske kapitalvolum med overtidsarbeid. Aspektet lønn kom ikke opp som tema i intervjuene utover dette utsagnet, men det er dermed ikke sagt at lønn ikke betyr noe. Det at lønn ikke kommer opp som tema, kan ha sammenheng med hvilke spørsmål som ble stilt.

Intervjudeltakerne gir uttrykk for at det hersker en usikkerhet hver dag, om operasjonene blir ferdig til de skal gå hjem. De forteller at allerede tidlig på dagen må det vurderes hvorvidt det er mulig å gjøre operasjonene ferdig til vaktskiftet på ettermiddagen, noe som kan være vanskelig å vurdere for alle. Dersom operasjonene ikke er ferdig til vaktskiftet, hender det at intervjudeltakerne får spørsmål om de har mulighet til gå overtid, om de kan gå over til

operasjonen er ferdig. Vi ser at intervjudeltakerne jobber under tidspress. De må i stor grad forholde seg til tidsaspektet. Det er en kamp mot klokka.

Mye tyder på at det har utviklet seg travelhetskultur i operasjonsfeltet. Omgivelsene skaper et miljø hvor mye handler om å jobbe fort. Dette gjelder både for kvinnelige og mannlige arbeidstakere, både for operasjonssykepleiere og for leger. I følge Bourdieu (1997) påvirkes aktører av omgivelsene. Men man kan jo, ut fra et kjønnsperspektiv, spørre seg om det handler om kjønn når vi ser at intervjudeltakerne tilpasser seg rammebetingelsene de jobber under og at de strekker seg i arbeidsinnsatsen sin? Noe som understreker at operasjonssykepleiere er villig til å strekke seg i jobben er når en av intervjudeltakerne sier at hun ”kan gjerne vaske stua etterpå hvis det er behov for det, selv om vi har rengjøringspersonalet, så er det på en måte ingen grenser for det”. Dette utsagnet kan tyde på at operasjonssykepleiere er villig til å påta seg arbeidsoppgaver som er tillagt andre yrkesgrupper dersom det er behov for det.

Hvorvidt dette handler om kjønn er et komplisert spørsmål og ut i fra intervjumaterialet er det vanskelig å si noe om operasjonssykepleiere strekker seg lenger i arbeidet enn de andre aktørene i feltet. Men vi ser at kravet til ekstra innsats blant annet kommer fra legene. Allikevel er det tenkelig at både kvinnelige (operasjonssykepleiere) og mannlige arbeidstakere (leger) strekker seg i jobben for å imøtekomme de kravene som blir stilt til helsepersonell i dagens helsevesen.

I neste kapittel vil jeg avslutte oppgaven, samle trådene, diskutere studiens hovedfunn.

9. Avslutning

Målet med denne studien har vært å få kunnskap om operasjonssykepleiernes yrkesforståelse og deres arbeidssituasjon gjennom å undersøke hva som foregår i det tverrfaglige teamet.

Operasjonssykepleiernes refleksjoner har jeg først og fremst belyst i forhold til deres samhandlingsrelasjoner. Dette vil gi en bedre forståelse av operasjonssykepleie siden denne prosessen er lite omtalt i sykepleielitteraturen. Denne studien har hatt en kvalitativ tilnærming og datamaterialet er hentet fra tre fokusgruppeintervju med totalt 13 operasjonssykepleiere.

Jeg vil til slutt oppsummere hovedfunnene relatert til studiens problemstillinger. Jeg vil trekke linjer til studiens teoretiske perspektiver og vurdere mine funn opp mot tidligere forskning.

9.1 Oppsummering av hovedfunn

I følge Bourdieu er kampen om anerkjennelse er sentral dimensjon i menneskelig samvær (Järvinen 2001:344). Det viser også denne studien. Et tema som går igjen i intervjumaterialet er operasjonssykepleiernes opptatthet av hvordan arbeidet deres blir vurdert av andre yrkesgrupper, hvordan arbeidsinnsatsen og deres kulturelle kapital, kompetanse blir vurdert. Operasjonssykepleierne har en selvforståelse av at de som yrkesgruppe har en like viktig funksjon i operasjonsfeltet, i den sosiale arenaen som de andre yrkesgruppene de samhandler med. De vurderer sin kulturelle kapital som like verdifull som de andres, og noe som de andre aktørene er avhengig av i sin yrkesfunksjon. Men operasjonssykepleierne har en opplevelse av at deres kompetanse i liten grad anerkjennes av andre yrkesgrupper. Dette kan være uttrykk for at operasjonssykepleierne yter motstand mot ulike forestillinger og forventninger fra andre aktører i feltet. Operasjonssykepleierne kjemper for at deres kulturelle kapital skal gjenkjennes og anerkjennes. Bourdieu (1997) påpeker at feltets kapital må gjenkjennes og anerkjennes av andre for at den skal ha verdi. Det som utspiller seg i feltet er så viktig at en får lyst til å gjøre opprør (Bourdieu 1997). Det at operasjonssykepleierne yter motstand mot manglende anerkjennelse, handler om at feltet er betydningsfullt for dem. De er ikke likegyldig til de forskjellene de observerer i posisjoneringen mellom aktørene i feltet. Operasjonssykepleiernes kamp om anerkjennelse foregår i ulike arbeidssituasjoner.

Selv om operasjonssykepleierne yter motstand mot ulike forventninger og forestillinger, så viser studien også at operasjonssykepleierne tilpasser seg spillereglene i feltet. I følge Bourdieu (1996) vil strategien i kampene være avhengig av hva det gir rom for av muligheter (1996:121). Det at operasjonssykepleierne tilpasser seg kan være et uttrykk for at handlingsrommet i operasjonsfeltet, ut i fra operasjonssykepleiernes perspektiv, i noen sammenhenger er av begrenset karakter.

Forskjeller og posisjonering utspilles ikke kun i relasjonene mellom aktørene i operasjonsfeltet, men også innenfor spesialsykepleiernes yrkesfelt. Denne studien viser at det eksisterer uformelle statusforskjeller innenfor videreutdanningene operasjon, anestesi og intensiv, og hvor operasjonssykepleierne har en selvforståelse av de ikke ligger høyest i status. Statusforskjellen kommer til uttrykk blant annet ved reaksjoner fra andre sykepleiere i forhold til valget av videreutdanning og gjennom tilbakemeldinger i arbeidshverdagen. Spesialsykepleierne rangerer videreutdanningene i sykepleie, de tilkjenner hverandre ulik posisjon og ulik verdi i feltet. Denne rangeringen handler om hvilken kulturell kapital som skal gjelde i sykepleiefeltet. I følge Bourdieus perspektiv betyr kapitalbesittelse alltid noe for aktørenes adgang til status (Wilken 2008:63) I det sosiale rom (og felt) henger kapital og posisjon sammen. (Bourdieu 1996:120, 1997:21) Hvilken posisjon operasjonssykepleierne har i sykepleiefeltet kan henge sammen med hvilke type kapital som verdsettes i feltet. Operasjonssykepleierne har en tettere relasjon til kirurgene under operasjonen ved at de assisterer kirurgene. Det kan tenkes at yrket dermed blir ansett som lite autonomt. Enkelte forskere forklarer profesjonell rangordning etter graden av autonomi (Dahle 2008:226). I denne sammenhengen er det interessant at anestesisykepleie oppfattes å gi høyest status og anses som en mer maskulin jobb enn operasjonssykepleie, på bakgrunn av at anestesisykepleieres arbeidsoppgaver i større grad kan relateres til medisinske oppgaver. Denne statusforskjellen kan assosieres til kjønn selv om kvinnelige anestesisykepleiere i likhet med operasjonssykepleiere er i flertall. Medisinske oppgaver knyttes til kjønn og viser en sammenheng mellom status og arbeidsoppgaver.

Operasjonssykepleierne har en oppfatning av at mange anser yrket deres som teknisk. En oppfatning som de yter motstand mot. Operasjonssykepleierne toner ned den tekniske siden ved yrket. De gjenkjenner den, men de anerkjenner den ikke. Det tyder på at teknologi ikke gir status i denne sammenhengen. Det kan ha sammenheng med hva som generelt anses som verdier og idealer innenfor sykepleie. Det kan også henge sammen med at operasjonssykepleieryrket ikke er teknisk nok, det faller mellom to stoler.

Et annet funn viser at høy samhandlingshyppighet kan bryte ned statusforskjeller mellom yrkesgrupper som har en lik yrkesmessig bakgrunn. Intervjumaterialet tyder på at statusforskjellene mellom operasjonssykepleiere og anestesisykepleiere svekkes gjennom den daglige samhandlingen. De skaper nærhet til hverandre, en relasjon. Dette kan tyde på at høy samhandlingshyppighet fremmer samarbeid og fellesskap mellom arbeidstakerne. Det å jobbe sammen i det daglige arbeidet muliggjør en innsikt i hverandres arbeidsoppgaver. Den enkelte yrkesgruppes ansvar og kulturelle kapital blir mer synlig. Dette skaper en gjensidig forståelse for hverandres yrkesrolle. Yrkesgruppene gjenkjenner og anerkjenner hverandres kulturelle kapital. Det blir ingen kamp om hvilken kulturell kapital som skal gjelde på feltet.

Jeg har i denne studien forsøkt å undersøke hvordan kjønn inngår i samhandlingsrelasjonene i feltet. Det har vært en utfordring å forstå hvordan kjønn skapes og kommer til uttrykk. Sammenhengen mellom kjønn og profesjonsutøvelse er et svært komplekst fenomen (Dahle 2008:226).

Når vi, intervjuer og intervjudeltakerne, snakket eksplisitt om kjønn som tema i intervjuene så fokuserte jeg som intervjuer mest på forskjellene mellom kvinner og menn enn likhetene. Intervjupersonene avviste for det meste denne forskjellslogikken. De forskjelligjorde, eksempelvis legene, i liten grad. Operasjonssykepleierne gir ikke inntrykk av at det er mye hyggeligere eller lettere å jobbe sammen med kvinnelige leger enn med mannlige. Dette bryter med resultatene fra undersøkelsene som ble referert til foran i kapittel 3 (Strauss 2008, Wear og Keck-McNulty 2004). I mitt materiale fremstilles variasjonene mellom legene på tvers av kjønnene. Dette tyder på at operasjonssykepleierne i liten grad har andre forventninger til kvinnelige leger enn til mannlige leger. Dette gjelder også operasjonssykepleierne seg i mellom. Kvinnelige og mannlige operasjonssykepleiere oppfatter seg ikke som forskjellige. I denne sammenhengen tyder det på at kjønnsforskjeller er noe som skapes i konkrete samhandlingssituasjoner.

Mange av de funnene som er gjort i undersøkelsene som ble referert til i kapittel 3 har ikke jeg funnet i min studie (Cook, Green og Topp 2001, Watson og Steiert 2002, Gilmore og Hamlin 2003, Strauss 2008, Sirota 2008, Gjerberg og Kjølrsrød 2001, Wear og Keck-McNulty 2004). Operasjonssykepleierne gir ikke inntrykk av at de gir mannlige leger mer hjelp enn kvinnelige leger. Temaet om flørting kom heller ikke opp i intervjuene. Dette kan ha sammenheng med at jeg kun har intervjuet operasjonssykepleiere og ikke kvinnelige leger. Det kan også ha sammenheng med hva jeg har spurt om, jeg har stilt andre spørsmål og tatt opp andre tema enn

hva de andre studiene tok opp til diskusjon. Intervjudeltakerne gir heller ikke inntrykk av at det forekommer mye verbal utskjelling eller trakassering fra de andre aktørene i teamet. Dette kan ha sammenheng med at verdier som likestilling og likeverd er sentralt i norsk samfunns og arbeidsliv.

Noe tyder på at et mer kjønnsbalansert arbeidsmiljø blant operasjonssykepleierne vil kunne være et positivt bidrag i arbeidsmiljøet. Intervjupersonene gir uttrykk for at det er hyggelig med mannlige operasjonssykepleiere og at de rent fysisk gjør arbeidet lettere for dem.

Et annet funn viser at det kan forekomme etniske forskjeller i hvordan noen leger som ikke var etnisk norske oppfører seg mot operasjonssykepleiere i feltet. Eksempler de ga var at de blant annet av ble ikke inkludert i samtaler. Denne problemstillingen som her er skissert er interessante, men for at det skal være mulig å si noe mer om temaet, bør temaet utforskes i en større sammenheng.

Denne studien tyder på at operasjonssykepleiernes yrkesutøvelse i dag preges av en travelhetskultur. Et arbeidsmiljø hvor mye handler om å jobbe fort. Det er en kamp mot klokka. Operasjonssykepleiernes må i stor grad forholde seg til tidsaspektet noe som kommer til uttrykk blant annet gjennom tilbakemeldinger fra andre aktører i arbeidshverdagen. Det tyder på at omgivelsene kontrollerer operasjonssykepleiernes yrkesutøvelse noe som signaliserer at relasjonene ikke er jevnbyrdige. Operasjonssykepleierne opplever at de gjør sitt beste, de jobber og står på. De løper fort, men ikke fort nok. De får i liten grad anerkjennelse for den jobben de gjør. Det tyder på at travelhetskulturen skaper en knapphet på anerkjennelse. Vilårene for anerkjennelse svekkes når det er press på tid. Analysene viser at operasjonssykepleierne opplever et økt arbeidspress i form av at arbeidet intensiveres; de må gjøre arbeidsoppgavene i høyere tempo eller de må gjøre flere arbeidsoppgaver uten å bruke mer tid. Effektivisering og et stort fokus på økonomi handler om å jobbe fort både for operasjonssykepleiere og for leger. Effektiviteten er internalisert i operasjonssykepleiernes habitus, det kommer til uttrykk både gjennom handling og språk. Et empirisk eksempel på det er når vi i intervjuene snakker om faget, operasjonssykepleie så bruker operasjonssykepleierne beskrivelser som ”tida skal være så kort som mulig”, ”vi har så innmari liten tid” og når vi snakker om omsorg for pasienten, så gir beskrivelser som ”vi stresser det veldig mye”. Hvordan man snakker, står eller sitter i ulike situasjoner viser at kulturelle normer har satt seg i kroppen og dermed utenfor bevissthetens grep (Bourdieu 1974/84 i Wilken 2008:37).

I forhold til organisatoriske rammer viser studien at operasjonssykepleiernes og legenes ulike arbeidstidsordning, er med på å komplisere arbeidshverdagen for operasjonssykepleierne ved at det betyr en ujevn bemanning mellom yrkesgruppene på ettermiddagen noe som fører til et tidspress i forbindelse med gjennomføringen av operasjonsprogrammet.

Selv om operasjonssykepleierne i sin arbeidshverdag opplever kamper, kamp om anerkjennelse, kamp om kronene og minuttene, har jeg et inntrykk av at de trives i jobben. I intervjuene refererer operasjonssykepleierne flere ganger til relasjonen til pasienten. De er opptatt av å ivareta pasientens behov og å gi pasienten best mulig behandling. Det kan tyde på at gjennom relasjonen til pasienten skaper operasjonssykepleiere seg mening i arbeidet. Dette tyder på at relasjoner er grunnleggende i menneskets tilværelse, noe som er i tråd med Bourdieus (1997) forståelse av verden.

Slik Bourdieu (1996) ser det, er individets habitus en forholdsvis stabil dimensjon. Mine analyser viser at det utspiller seg forskjeller og posisjonering i relasjonene mellom aktørene i feltet selv om likestilling og likeverd har vært sentrale verdier i vårt samfunn de siste årtier. Men, sier Bourdieu skal det skje en forandring, må erkjennelsesredskaper og oppfattelseskategorier forandres (Bourdieu 1996:190). Hvis forskjellene mellom aktørene i feltet skal kunne utjevnes må det skapes nye måter å tenke og handle på. Forskning kan eventuelt være med på å skape ny bevissthet. Derfor kan det være interessant å belyse relasjonene i feltet ytterligere ved å inkludere alle yrkesgruppenes perspektiv. Det er mulig en slik undersøkelse kan bidra til å skape felles og realistiske forventninger i det tverrfaglige samarbeidet. Dette vil til syvende sist komme pasienten til gode gjennom (gode) samhandlingsrelasjoner.

Kildeliste

- Aamodt, L. G. (2005): *Familien mellom mange hjelpere. Refleksjoner i sosialfaglig arbeid*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Abrahamsen, B. (2008): "Profesjoner og karriere" i *Profesjonsstudier*. Molander, A. og Terum, L. I. Universitetsforlaget AS.
- Arbeidsmiljøloven (AML): Kap.10. Arbeidstid. (internett) Tilgjengelig på: <http://www.Lovdata.no/all/tl-20050617-010.html> (sitert 03:01. 2010).
- Beauvoir, S. de (1996): *Det annet kjønn*. Pax Forlag. 1996.
- Bourdieu, P. (1995): *Distinksjonen. En sosiologisk kritikk av dømmekraften*. Pax Forlag A/S, Oslo 1995.
- Bourdieu, P. (1996): *Symbolsk makt*. Pax Forlag.
- Bourdieu, P. (1997): *Af praktiske grunde. Omkring teorien om menneskelig handelen*. Hans Reitzel Forlag. Danmark 1997.
- Bourdieu, P. (1999): Understanding i *The weight of the world. Sosial suffering the contemporary society*. Bourdieu, P. et al. Polity Press. 1999. s. 601-625.
- Bourdieu, P. (2000): *Den maskuline dominans*. Pax Forlag A/S, Oslo 2000.
- Broady, D.(1990): *Sosiologi och epistemologi. Om Pierre Bourdieus forfatterskap och den historiske epistemologin*. HLS Forlag, Stockholm 1990.
- Brustad, L. (2009): *Mannemangel*. Norsk Sykepleierforbund. (internett) Tilgjengelig på: <https://www.sykepleierforbundet.no/portal/page/portal/NSF/Utskriftsvennlig%> (sitert: 21.09. 2009)
- Cook, J., Green, M. og Topp, R. (2001): Exploring the impact of physican verbal abuse on perioperative nurses. Association of Operating Room Nurses, AORN Journal. Denver:sep. 2001. Vol.74, Iss. 3, pg.317
- Dahle, R. (2005): Kap. 6. Kjønn i moderne helsevesen i *Helsetjenesteforskning. Perspektiver, metoder og muligheter*. Foss, C. og B. Ellefsen (red.). Universitetsforlaget 2005.
- Dahle, R.(2008): Kap.12. Profesjon og kjønn i *Profesjonsstudier*. Molander, A. og Terum, L. I. Universitetsforlaget AS 2008.
- Dalland, O. (2007): *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Gyldendal akademiska.
- Danielsen, A. og Hansen, M. N. (1999): Makt i Pierre Bourdieus sosiologi i *Om makt. Teori og kritikk*. Engelstad, F. (red.). Ad Notam Gyldendal AS 1999.
- Dåvøy, G.M. (2007): "Operasjonssykepleieutdanningen, hva skjer?" Artikkel i *Overblikk*. September 2007. Årgang 26. Nr. 3.

- Dåvøy, G. M. og Eide, P.H. og Hansen, I. (red.) (2009): *Operasjonssykepleie*. Gyldendal Norsk Forlag 2009.
- Eide, H. og Eide, T. (2000): *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Gyldendal Norsk Forlag AS 2000.
- Fangen, K. (2004): *Deltakende observasjon*. Bergen: Bokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Fonn, M. (2009): ” - Vi kan alltid bruke tiden bedre” Artikkel i *Sykepleien*. Nr. 10. 2009.
- Fossland, T. M. (2006): *Nye generasjoner i forandringens tid*. En sosiologisk studie av ulike grupper eldres fortellinger om sine liv. Avhandling levert for graden Doctor Rerum Politicarum. Institutt for sosiologi. Universitetet i Tromsø.
- Gilmour, D. og Hamlin, L. (2003): Bullying and harassment in perioperative settings. *British Journal of Perioperative Nursing*. 2003. Harrogate: feb. 2003. Vol 13, Iss.2, pg.79.
- Gjerberg, E og Kjølrsrød, L. (2001): The doctor – nurse relationship: how easy is it to be a female doctor co-operating with a female nurse? i *Sosial Science and Medisin*, vol 52 (2001) s. 189-202.
- Gullestad, M. (1996): *Hverdagsfilosofier. Verdier, selvforståelse og samfunnssyn i det moderne Norge*. Universitetsforlaget AS. Oslo 1996.
- Gullestad, M. (2000): *Kultur og hverdagsliv*. På sporet av det moderne Norge. Universitetsforlaget. Oslo.
- Halvorsen, K. (2002): *Forskningsmetode for helse – og sosialfag. – En innføring i samfunnsskapelige metode*. J.W. Cappelens forlag as. Oslo 2002.
- Hovmark, H. (1997): Forord i *Af praktiske grunde. Omkring teorien om menneskelig handelen*. Bourdieu, P. Hans Reitzels Forlag. Danmark 1997.
- Høiland, M. (1996): *Operasjonssykepleie i over 40 år*. Norsk Sykepleierforbunds Landsgruppe for operasjonssykepleiere.
- Järvinen, M.(2001): Kap. 20. Pierre Bourdieu i *Klassisk og moderne samfundsteori*. Andersen, H. og Kaspersen, L. B. (red.) Hans Reitzels Forlag. København 2001.
- Järvinen, M. og Mik-Meyer, N. (2005): *Kvalitative metoder i et interaksjonistisk perspektiv. Interview, observasjoner og dokumenter*. Hans Reitzels Forlag, 2005.
- Järvinen, M.(2005): Kap.2. Interview i en interaksjonistisk begrepsramme i *Kvalitative metoder i et interaksjonistisk perspektiv. Interview, observasjoner og dokumenter*. Järvinen, M. og Mik-Meyer, N. Hans Reitzels Forlag, 2005.
- Kjøllestad, A. (2004): Kap. 4: Teknologi i *Å være akutt kritisk syk. Om pasientenes og pårørendes psykososiale reaksjoner og behov*. Moesmand, A M. og KJøllesdal. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo 2004

-
- Kjøllesdal, A. (2004): Kap. 6: Operasjonspasienten i *Å være akutt kritisk syk. Om pasientenes og pårørendes psykososiale reaksjoner og behov*. Moesmand, A M. og KJøllesdal. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo 2004
- Kleiven, M. (2007): *Tåler vi turnus? Erfaringer og anbefalinger om turnus og helse*. Norsk Sykepleierforbund. 2007.
- Kristoffersen, N. J. (1996): Kap. 2. Sykepleierens oppgaver og ansvar i helsetjenesten i *Generell sykepleie 1. Fag og yrke - utvikling, verdier og kunnskap*. Kristoffersen, N. J. (red.) Universitetsforlaget AS. 1996.
- Kvale, S. (2001): *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009): *Interview. Introduksjon til et håndverk*. Hans Reitzels Forlag, København 2009.
- Legestatistikk (2005): Godkjente spesialister under 67 år i Norge per 7.2.2005 fordelt på kjønn og gjennomsnittsalder fordelt på kjønn. Den norske legeförening. (internett) Tilgjengelig på: <http://www.legeföreningen.no/id/60873> (siteret 12.06. 2009)
- Legeföreningen (2009): Arbeidstid for leger. (internett) Tilgjengelig på: <http://www.legeföreningen.no/id/151741.0> (siteret: 04.01. 2010)
- Lerdal, A. og Karlsson, B. (2008): Bruk av fokusgruppeintervju i *Sykepleien Forskning* 03/08. s. 172 – 175.
- Levin, I og Trost, J. (2005): *Hverdagsliv og samhandling med et symbolsk interaksjonistisk perspektiv*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Lie, M. (2006): Kjønn og teknologi i *Kjønnforskning- en grunnbok*. Lorentzen, J. og Mühleisen, W. (red). Universitetsforlaget. 2006.
- Lindgren, G. (1992): *Doktorer systrar och flickor*. Carlsson Bokförlag. Stockholm.
- Malterud, K.(2003): *Kvalitative metoder i medisinsk forskning en innføring*. Universitetsforlaget, Oslo 2003.
- Martinsen, K. (2009): Kap.2. Operasjonssykepleieren og den sårbare pasienten i *Operasjonssykepleie*. Dävøy, G. M. og Eide, P.H. og Hansen, I. (red.) Gyldendal Norsk Forlag 2009.
- Mastekaasa, A. (2008): Kap. 18. Profesjon og motivasjon i *Profesjonsstudier*. Molander, A. og Terum, L. I. Universitetsforlaget AS 2008.
- Melbye, K. (2000): *Kall og kamp. Norsk Sykepleierforbunds historie*. Norsk Sykepleierforbund og J. W. Cappelens Forlag AS.
- Moesmand, A M.og Kjøllesdal, A. (2004): *Å være akutt kritisk syk. Om pasientenes og pårørendes psykososiale reaksjoner og behov*. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo 2004
- Måseid, P. (2008): Profesjonar i interaksjonsteoretisk perspektiv i *Profesjonsstudier*. Molander, A. og Terum L.I. (red.) Universitetsforlaget 2008.

- NOU 2008:6: Kjønn og lønn. Fakta, analyser og virkemidler for likelønn. Barne - og likestillingsdepartementet. (internett) Tilgjengelig på:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/nouer/2008/nou-2008-6.html?id=501088> (sitert: 20.03. 2010)
- NSF (2007): *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske retningslinjer*. Oslo, Norsk Sykepleierforbund.
- NSFLOS (2008): *Utdyping av operasjonssykepleierens myndighetsområde og funksjonsansvar med funksjonsbeskrivelse*. Temahefte. Oslo, Norsk Sykepleierforbund.
- NSF (2008): Overenskomst mellom Spekter og NSF. NSF's kommentarutgave. Tariffperioden 1.mai 2008-30.april 2010. Norsk sykepleierforbund.
- Nortvedt, P. (2008): *Sykepleiens grunnlag*. Universitetsforlaget.
- Polit, Denise F & Cheryl Tatano Beck (2008): *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Rastum, L. (2009): Hva er det operasjonssykepleierne egentlig gjør? Medlemsbrevet, Norsk Sykepleierforbund Hordaland. (internett) Tilgjengelig på:
<http://www.sykepleien.no/ikbViewer/content/19>.(sitert: 19.05. 2009)
- Rogg, E. (1991): Kjønn og klasse i høyere utdanning – gir Bourdieu ny innsikt? i *Sosiologi i dag* 4 – 1991. Årgang 21.
- Sirota, T. (2008): Nurse/physicians relationships survey report. Nursing2008, july.
- Smeby, J-C. (2008): Profesjon og utdanning i *Profesjonsstudier*. Molander, A. og Terum, L. I. (red.) Universitetsforlaget AS. Oslo 2008
- Solbrække, K. N. og Aarseth, H. Samfunnsvitenskapenes forståelser av kjønn i *Kjønnforskning - en grunnbok*. Lorentzen, J. og Muhleisen, W. (red). Universitetsforlaget. 2006.
- Solheim, J. (2002): Kjønn, kompetanse og hegemonisk makt i *Den usynlige hånd?* Ellingsæter, A L. og Solheim, J. (red.). Gyldendal Norsk Forlag 2002.
- Sosial – og helsedirektoratet (2006): Tilbud og etterspørsel etter spesialsykepleiere. Pettersen, I. & Co.
- Store Norske Leksikon. (internett) Tilgjengelig på: <http://www.Snl.no> (sitert:14.12. 2009)
- Strauss, S. (2008): A study on physican bullying as gender harassment to female and male operating room nurses in Minnesota. Minnesota Nursing Accent. 2008
- Svare, H. (2009): *Menn i pleie og omsorg – brødre i hvitt*. Universitetsforlag 2009.
- Utdannings- og Forskningsdepartementet (2005): Rammeplan for videreutdanning i operasjonssykepleie. Oslo. (internett) Tilgjengelig på:
http://www.regjeringen.no/opload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Videreutd%20helse/Rammeplan_for_videreutdanning_i_operasjonssykepleie_05.pdf (sitert: 12.05.2009)

Watson, V. og Steiert, M. J.(2002). Verbal abuse and violence: The quest for harmony in the OR. Association of Operating Room Nurses. Denver: 2002. Vol. 8, Iss.4. pg.16.

Wear, D. og Keck-McNulty (2004): Attitudes of Female Nurses and Female Residents Toward Each Other: A Quality study in One U.S. Teaching Hospital. Academic Medicine, vol.79, No.4/April 2004.

West, C. og Zimmerman, D.H. (1987): Doing Gender i *Gender & Society*, Vol. 1 No. 2, June 1987 125-151. 1987 Sosiologists for Woman in Society.

Widerberg, K. (2005): *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt – en alternativ lærebok*. Universitetsforlaget AS. Oslo.

Wilken, L. (2008): *Pierre Bourdieu*. Tapir Akademiske Forlag, Trondheim 2008

Østerberg, D. (1995): Innledning i *Distinksjonen. En sosiologisk kritikk av dømmekraften*. Bourdieu, P. Pax Forlag A/S, Oslo 1995.

Østhaugen, T. (2006): God vakt! – arbeidsmiljø i sykehus. Arbeidstilsynet.

Vedlegg 1

Høgskolen i Oslo, Avdeling for sykepleierutdanning

Videreutdanninger i Anestesi-, Intensiv- og Operasjonssykepleie

Kjønnsfordeling

Anestesi

2009 Vår	24 (19)
2007 Høst	21 (18)
2006 Høst	32 (21)
2005 Høst	14 (7)
2004 Vår	10 (8)
2003 Vår	15 (8)
2002 Vår	17 (9)
2001 Vår	12 (7)

Intensiv

2009 Vår	40 (34)
2007 Høst	35 (29)
2006 Høst	63 (53)
2005 Vår	44 (32)
2004 Vår	35 (30)
2003 Vår	35 (29)
2002 Vår	36 (34)
2001 Vår	35 (33)

Operasjon

2009 Vår	17 (16)
2007 Høst	13 (12)
2006 Høst	10 (10)
2004 Vår	26 (23)
2003 Vår	19 (18)
2002 Vår	16 (16)
2001 Vår	19 (17)

- Tall i parentes angir kvinneandel

Vedlegg 2

Intervjuguide

Hensikten med mastergradsprosjektet er å utvikle kunnskap om operasjonssykepleiernes situasjon og deres forståelse av sin yrkesrolle i dagens helsevesen.

Jeg vil minne om at jeg og min medhjelper har taushetsplikt, all informasjon vil bli behandlet konfidensielt og alt hva du sier vil bli anonymisert. Jeg vil oppfordre dere om at det som blir diskutert, blir behandlet med fortrolighet.

Deltakelse i prosjektet er basert på frivillighet, du kan når som helst trekke deg fra dette prosjektet.

Hensikten med dette gruppeintervjuet er at dere utveksler erfaringer og tanker med hverandre. Snakke og diskutere med hverandre.

Hva var det som gjorde at dere tok videreutdanning i operasjonssykepleie?

Hva er operasjonssykepleie?

Hva legger dere i omsorg i en spesialisert avdeling?

Kan dere fortelle om det å jobbe i et tverrfaglig team?

Hvilke rolle / funksjon har operasjonssykepleierne i det kirurgiske teamet?

Har kjønn betydning for samhandlingsrelasjonen?

- gjør det en forskjell hvis det er en kvinnelig kirurg
- gjør det en forskjell hvis den ene operasjonssykepleieren er en mann
- Gjør det en forskjell hvis anestesisykepleieren er en mann

Hva tenker dere om det at er få mannlige operasjonssykepleiere?

Fokuset på økonomi og effektivitet i dagens sykehusdrift

Hva tenker dere om operasjonssykepleierrollen og yrkesutøvelsen i framtiden?

Er det noe dere ønsker å tilføye?

Tusen takk for hjelpen.

Vedlegg 3



Forespørsel

om deltakelse i mastergradsprosjekt

Åse Lill Ellingsæter

Oslo

Gaustadveien 113,

0372 Oslo

Jeg har siden høsten 2007 vært student ved institutt for sykepleievitenskap og helsefagvitenskap ved universitetet i Oslo, hvor jeg nå holder på med en masteroppgave i helsefagvitenskap. I den forbindelse ber jeg om å få intervju deg, sammen med 3-4 andre operasjonssykepleiere.

Jeg er selv operasjonssykepleier og ved siden av masterstudiet jobber jeg som operasjonssykepleier ved Rikshospitalet.

Temaet for masteroppgaven er operasjonssykepleieres forståelse av sin yrkesrolle. Jeg er interessert i de tanker og vurderinger operasjonssykepleiere gjør seg om sin yrkesrolle og deres samhandlingsrelasjoner i det kirurgiske teamet. Spørsmål jeg ønsker å belyse i oppgaven er

blant annet hva er operasjonssykepleieres rolle i teamet, hvilken funksjon operasjonssykepleierne har og hva som preger deres samhandlingsrelasjoner i det kirurgiske teamet. Jeg ønsker også å belyse hvorvidt og på hvilken rolle kjønn har betydning for samhandlingsrelasjonene i teamet.

Hensikten er å utvikle kunnskap om operasjonssykepleiernes situasjon og deres forståelse av sin yrkesrolle i dagens helsevesen.

I forbindelse med prosjektet ønsker jeg å gjøre et fokusgruppeintervju med 4-5 operasjonssykepleiere. Fokusgruppeintervju er en metode som innebærer at deltakerne utveksler arbeidserfaringer, synspunkter og meninger med hverandre. Jeg vil ha med meg en medhjelper i intervjusituasjonen som vil dokumentere temaer som blir diskutert. I tillegg vil jeg bruke lydopptaker.

Gruppeintervjuet vil vare ca. 1 ½ time. Selve gruppeintervjuet vil foregå på ditt arbeidssted, rett etter arbeidstid. Nøyaktig tid og sted vil bli avtalt senere, men allerede nå ønsker jeg å antyde mai som en aktuell måned.

Både min medhjelper og jeg har taushetsplikt, all informasjon vil bli behandlet konfidensielt.

Jeg kan ikke garantere taushetsplikt på vegne av deltakerne i gruppen, men jeg oppfordrer dere om at det som blir diskutert, blir behandlet med fortrolighet.

Intervjuet vil bli tatt opp på en diktafon og senere manuelt transkribert. Opptaket vil deretter bli slettet. Transkriberingen vil bli registrert på en privat pc knyttet til internett. Navn, arbeidssted eller andre kjennetegn vil ikke fremkomme av notater, opptaket eller i transkriberingen. Alt datamateriale vil bli makulert etter at masteroppgaven er sensurert innen utgangen av 2010.

Deltakelse i dette prosjektet er basert på frivillighet. Du kan når som helst trekke deg fra dette prosjektet. Samtykkeerklæringen underskrives på forhånd og leveres til meg i en lukket konvolutt, i forbindelse med intervjuet.

Dersom operasjonsavdelingen ønsker det, kan avdelingen få et eksemplar av masteroppgaven når den er ferdig sensurert. Jeg kan også komme og presentere funnene om det er interesse for det.

Min veileder på masteroppgaven er 1. amanuensis Elisabeth Fransson ved Universitetet i Oslo, medisinsk fakultet, seksjon for sykepleievitenskap.

Prosjektet er vurdert av Regionale Komite for medisinsk forskningsetikk. Jeg har fått til svar at denne studien ikke ligger under deres mandat. Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Rikshospitalet og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Dersom du ønsker mer informasjon om prosjektet, kan du ta kontakt med meg på mobil eller på e-mail.

Vennlig hilsen

Åse Lill Ellingsæter

Mail:.....

Mobil:.....

Vedlegg 4



Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt informasjon om studien av hvordan operasjonssykepleiere forstår sin yrkesrolle og ønsker å delta i forskningsprosjektet.

Jeg samtykker i at opplysningene som kommer fram under gruppeintervjuet ikke bringes videre.

Signatur

.....

Vedlegg 5



Forespørsel til ledere ved sykehus

/operasjonsavdeling

Åse Lill Ellingsæter

Oslo

Gaustadveien 113,

0372 Oslo

Forespørsel om gjennomføring av intervjuundersøkelse

av operasjonssykepleiere ved operasjonsavdelingen

Jeg har siden høsten 2007 vært student ved institutt for sykepleievitenskap og helsefagvitenskap ved universitetet i Oslo, hvor jeg nå holder på med en masteroppgave i helsefagvitenskap. I den forbindelse ønsker jeg å intervju 4-5 operasjonssykepleiere ved deres sykehus/ avdeling.

Jeg er selv operasjonssykepleier og ved siden av masterstudiet jobber jeg som operasjonssykepleier ved Rikshospitalet.

Temaet for masteroppgaven er operasjonssykepleieres forståelse av sin yrkesrolle. Jeg er interessert i de tanker og vurderinger operasjonssykepleiere gjør seg om sin yrkesrolle og deres samhandlingsrelasjoner i det kirurgiske teamet. Spørsmål jeg ønsker å belyse i oppgaven er blant annet hva er operasjonssykepleieres rolle i teamet, hvilken funksjon operasjonssykepleierne har og hva som preger deres samhandlingsrelasjoner i det kirurgiske teamet. Jeg ønsker også å belyse hvorvidt og på hvilken rolle kjønn har betydning for samhandlingsrelasjonene i teamet.

Hensikten er å utvikle kunnskap om operasjonssykepleiernes situasjon og deres forståelse av sin yrkesrolle i dagens helsevesen.

I forbindelse med prosjektet ønsker jeg å gjøre et fokusgruppeintervju med 4-5 operasjonssykepleiere. Fokusgruppeintervju er en metode som innebærer at deltakerne utveksler arbeidserfaringer, synspunkter og meninger med hverandre. Jeg vil ha med meg en medhjelper i intervjusituasjonen som vil dokumentere temaer som blir diskutert. I tillegg vil jeg bruke båndopptaker.

Gruppeintervjuet vil vare ca. 1 ½ time. Det er ønskelig at gruppeintervjuet kan foregå på operasjonssykepleiernes arbeidssted. Det hadde vært ønskelig å gjennomføre gruppeintervjuet i operasjonssykepleiernes arbeidstid, men jeg har forståelse for at dette kan være problematisk. I så fall er det ønskelig å gjøre gruppeintervjuet rett etter operasjonssykepleiernes arbeidstid.

Jeg vil be om hjelp fra deg som leder til å rekruttere deltakere til fokusgruppeintervjuet. Utvalget bør bestå av kvinnelige operasjonssykepleiere og aller helst operasjonssykepleiere med både kort og lang erfaring. Jeg vil også be om hjelp til å finne et rom på sykehuset som kan være egnet. Nøyaktig tid og sted vil bli avtalt senere, men allerede nå ønsker jeg å antyde mai som en aktuell måned.

Både min medhjelper og jeg har taushetsplikt, all informasjon vil bli behandlet konfidensielt.

Jeg kan ikke garantere taushetsplikt på vegne av deltakerne i gruppen, men jeg vil oppfordre deltakerne om at det som blir diskutert, blir behandlet med fortrolighet.

Intervjuet vil bli tatt opp på en diktafon og senere manuelt transkribert. Opptaket vil deretter bli slettet. Transkriberingen vil bli registrert på en privat pc knyttet til internett. Navn, arbeidssted eller andre kjennetegn vil ikke fremkomme av notater, opptaket eller i transkriberingen. Alt datamateriale vil bli makulert etter at masteroppgaven er sensurert innen utgangen av 2010.

Deltakelse i dette prosjektet er basert på frivillighet. Deltakerne kan når som helst trekke seg fra dette prosjektet. Samtykkeerklæringen underskrives på forhånd og leveres til meg i en lukket konvolutt, i forbindelse med intervjuet.

Dersom operasjonsavdelingen ønsker det, kan avdelingen få et eksemplar av masteroppgaven når den er ferdig sensurert. Jeg kan også komme og presentere funnene om det er interesse for det.

Min veileder på masteroppgaven er 1. amanuensis Elisabeth Fransson ved Universitetet i Oslo, medisinsk fakultet, seksjon for sykepleievitenskap.

Prosjektet er vurdert av Regionale Komite for medisinsk forskningsetikk. Jeg har fått til svar at denne studien ikke ligger under deres mandat. Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Rikshospitalet og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Dersom du ønsker mer informasjon om prosjektet, kan du ta kontakt med meg på mobil eller på e-mail.

Vennlig hilsen

Åse Lill Ellingsæter

Mail:.....

Mobil:.....

Vedlegg 6

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
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

Elisabeth Fransson
Seksjon for sykepleievitenskap
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Universitetet i Oslo
Postboks 1153 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 30.03.2009

Vår ref :21651 / 2 / IBH Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 23.03.2009. Meldingen gjelder prosjektet:

21651	<i>Operasjonssykepleieres rolle og sambandsrelasjonene i det kirurgiske teamet</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens overste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Elisabeth Fransson</i>
Student	<i>Åse Lill Ellingsæter</i>

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

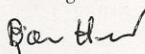
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2010, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henriksen


Ingvild Bergan Hordvik

Kontaktperson: Ingvild Bergan Hordvik tlf: 55 58 32 32
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Åse Lill Ellingsæter, Gaustadveien 113, 0372 OSLO

Avdelingskontorer / District Offices:

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

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

21651

Formålet med prosjektet er å studere operasjonssykepleieres forståelse av sin yrkesrolle.

Utvalget består av ca. 12 operasjonssykepleiere. Datamaterialet skal samles inn ved gruppeintervju, med grupper på 4-5 personer. Intervjuene vil bli tatt opp på lydbånd. Personvernombudet forstår det slik at lydopptakene vil bli transkribert manuelt. Det gis skriftlig informasjon til og innhentes skriftlig samtykke fra utvalget.

Personvernombudet finner at behandlingen av personopplysninger kan hjemles i personopplysningsloven § 8 første alternativ (samtykke).

Innen prosjektslutt 31. desember 2010 skal datamaterialet være anonymisert. Ombudet minner om at det med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken direkte, indirekte gjennom bakgrunnsvariabler eller gjennom navneliste/koblingsnøkkel eller kode. Anonymiseringen vil innebære at alle personidentifiserende opplysninger skal slettes, grovkategoriseres eller omskrives. Lydopptak slettes.

Vedlegg 7



RIKSHOSPITALET

INTERNE TJENESTER

IT-avdelingen

NOTAT

Til: Åsa Lill Ellingsæter, operasjonssykepleier

Kopi:

Fra: Anette Engum, personvernombud for forskning

Saksbehandler:

Dato: 17.04.09

Offentlighet: Ikke unntatt offentlighet

Sak: Tilråding av innsamling av opplysninger

Saksnummer/ Personvernnummer: 09/1849

Besøksadr: Forskningsveien 2 B, Oslo
Postadr: Rikshospitalet HF, 0027 Oslo
Sentralbord: 23 07 00 00
Direktelinje: 23 07 50 34
Epost: firmapost@rikshospitalet.no
personvern@rikshospitalet.no

Tilråding til innsamling og databehandling av personopplysninger for kvalitetssikring i prosjektet "Operasjonssykepleiernes rolle, identitet og samhandling i det kirurgiske team"

Personvernombudet har vurdert det til at den planlagte databehandlingen faller inn under helsepersonellovens § 26: *Den som yter helsehjelp, kan gi opplysninger til virksomhetens ledelse når dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp, eller for internkontroll og kvalitetssikring av tjenesten. Opplysningene skal så langt det er mulig, gis uten individualiserende kjennetegn.*

Slike databehandlinger er unntatt konsesjon, men skal meldes til personvernombudet.

Forutsetninger for gjennomføring av studien:

- Personopplysninger lagres aidentifisert.
- Kryssliste som kobler aidentifiserte data med personopplysninger lagres separat på prosjektleders avlåste kontor.
- Data slettes eller anonymiseres (ved at krysslisten slettes) senest 01.09.10. Prosjektet kan ikke publiseres som ”forskning”, men må publiseres som ”kvalitetssikring”. For tidsskrifter som krever etisk vurdering må det innhentes en bekreftelse fra Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) om at prosjektet ikke er meldepliktig til dem.

Kvalitetssikringsprosjektet er registrert i Rikshospitalets offentlig tilgjengelig database over forskningsstudier og kvalitetssikring <http://forpro>.

Studien skal meldes på ny hvert tredje år, eller ved endring av formål eller databehandlingen.

Med vennlig hilsen
(sign.)
Anette Engum
personvernombud for forskning

Oslo universitetssykehus HF – enheten Rikshospitalet

Vedlegg 8

Hei

Hvis jeg har forstått dette riktig dreier det seg om "hvordan operasjonssykepleierne forstår sin yrkesidentitet og yrkesrolle", det vil si om hvordan helsepersonale forstår og erfarer sin arbeidssituasjon. Hvis det er slik at forsknings spørsmålene rettes mot helsepersonale og deres arbeid og ikke mot pasienter og deres helsesituasjon og at det ikke skal samles inn personidentifiserbare helseopplysninger, så vil denne studien falle utenfor komiteens mandat.

Mvh

Jørgen Hardang

Sekretær for Regional komité for medisinsk forskningsetikk, REK Sør-Øst A
Postboks 1130 Blindern, 0318 Oslo. Tlf: 22 84 46 66 Faks 22 84 46 61

E-post: jorgen.hardang@medisin.uio.no

Besøksadresse: Frederik Holsts hus/Ullevål terrasse, Ullevål sykehus
<http://www.etikkom.no/>