

Utviklingen av anesthesisykepleiernes rolle og funksjon beskrevet av erfarne anesthesisykepleiere

Marit Leegaard

OsloMet – storbyuniversitetet, Norge

E-post: marit.leegaard@nsf.no

Anne-Marie Gran-Bruun

Universitetet i Sørøst-Norge, Norge

Sammendrag

Bakgrunn: Anesthesisykepleiefagets historiske utvikling har vært påvirket av generelle samfunnsmessige endringer og de krav og forpliktelser faggruppen har blitt satt til å ivareta.

Hensikt: I denne studien ønsker vi å beskrive utviklingen av anesthesisykepleiernes rolle og funksjon gjennom fortellingene til erfarne anesthesisykepleiere som har hatt og fortsatt har sentrale roller innen klinisk arbeid, utdanning og organisasjonsarbeid.

Metode: Studien fulgte en kvalitativ forskningsmetode med beskrivende design. Det ble utført semistrukturerte dybdeintervjuer med tre nøkkelinformanter ved hjelp av en intervjuguide. Lydbånd ble transkribert ad verbatim. Meningsbærende enheter i teksten ble identifisert på bakgrunn av studiens forskningsspørsmål. Disse ble videre kondensert og omskrevet slik at det sentrale innholdet kom frem som beskrivende kategorier og tema.

Resultat: Dataanalysen førte frem til fem temaer som svarer ut ulike aspekter ved studiens forskningsspørsmål: En «salig» blanding av medisin og sykepleie; Det handler om å kunne observere; Anesthesisykepleiere er privilegerte; Fra spesialelev til masterstudent; Utfyllende profesjoner.

Konklusjon: Vår studie viser hvordan anesthesisykepleie har utviklet seg til å bli et spesialisert fagområde innenfor sykepleie med stor grad av autonomi, solid teoretisk forankring og spesielt god rekruttering. Utdanningen har hatt spesiell oppmerksomhet på å utvikle faget til å fremstå som en egen profesjon, og et fag som hele tiden har tatt høyde for den sykepleiefaglige, medisinskfaglige og teknologiske utvikling.

Nøkkelord: *anesthesisykepleie; historisk utvikling; kvalitativ studie*

Summary

The development of nurse anesthetists role and function described by experienced nurse anesthetists

Background: The historical development of the anesthetic nursing profession has been influenced by general societal changes and the demands and obligations the professional group has been set to take care of.

Purpose: In this study we want to describe the development of the role and function of nurse anesthetists through the stories of experienced nurse anesthetists who have had and still have central roles in clinical work, education, and organizational work.

Method: The study followed a qualitative research method with a descriptive design. Semi-structured in-depth interviews were conducted with three key informants using an interview guide. Audiotapes were transcribed ad verbatim. Meaningful units in the text were identified based on the study's research questions. These were further condensed and rewritten so that the central content emerged as descriptive categories and themes.

Result: The data analysis led to five themes answering various aspects of the study's research questions: A «blissful» mix of medicine and nursing; It is about observation; Nurse anesthetists are privileged; From special student to master's student; Complementary professions.

Conclusion: Our study shows how anesthetic nursing has developed into a specialized field within nursing with a large degree of autonomy, a solid theoretical foundation, and good recruitment. The education has paid special attention to developing the subject to appear as a profession, and a subject that has constantly considered nursing, medical and technological developments.

Keywords: *nurse anesthetist; historic development; qualitative research*

Innledning

Anestesisykepleiefagets historiske utvikling har vært påvirket av generelle samfunnsmessige endringer og de krav og forpliktelser faggruppen har blitt satt til å ivareta. Samarbeid med andre helseprofesjoner har også bidratt til å påvirke rammer for anestesisykepleierens arbeidsområde (1).

Etter andre verdenskrig skjedde det et paradigmeskifte med hensyn til bruk av avansert teknologi som hjelpemiddel innen medisinsk diagnostikk og behandling (2). Mer avanserte narkoseapparater ble tatt i bruk, og det kom også nyere og bedre narkosemidler som avløste bruken av eter. Fra slutten av 1940-tallet fikk de fleste sykehus ansatt anestesilege, og opplæringen av narkosesøstre ble mer organisert. I 1957 ble Oslo-gruppen av anestesisykepleiere etablert. Et av målene var å starte opp en egen utdanning. Begrunnelsen var følgende: «Vi som sitter som anestesisøstre i dag og har sett en rivende utvikling innen faget føler at trangen til opplæring er stor, og vi ser det som en tvingende nødvendighet at utdanningen i vårt yrke kommer inn i faste former» (3). I 1960 etablerte Haukeland sykehus en ettårig utdanning for anestesisykepleiere. Andre sykehus valgte andre og mindre omfattende løsninger. Først i 1974 godkjente Norsk Sykepleierforbund (NSF) utdanningsplanen som var oversendt fra Utdanningskomiteen i Anestesisykepleiernes Landsgruppe i Norsk Sykepleierforbund, ALNSF. Norsk anesthesiologisk forening (NAF) ga også sin tilslutning, og utdanningsplanen var

snart i bruk på tjue av landets sykehus frem til den ble avløst av NSF's rammeplan i 1989. I 1999 vedtok Stortinget at ansvaret for de bedriftsinterne videreutdanningene innenfor anestesi, intensiv, operasjon, barn og kreftsykepleie skulle overføres til høyskolene (4). Utdanningen av spesialsykepleiegruppene bygget på nasjonale rammeplaner fastsatt av Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet i 1999. Rammeplanene ble revidert i 2005, og ble erstattet av nye nasjonale retningslinjer for anestesisykepleieutdanning fra 1. januar 2022 (5). Fra 2012 og frem til i dag har det pågått et strategisk arbeid ved alle utdanningsinstitusjoner for å omgjøre videreutdanningen til et masterprogram, enten integrert i en fellesmaster for spesialsykepleiere, eller som en monofaglig master.

Anestesisykepleieres funksjons- og kompetanseområde er beskrevet i *Norsk standard for anestesi* (6) og i *Grunnlagsdokument for anestesisykepleiere* (7). Anestesisykepleiernes autonome rolle har i mange år vært gjenstand for diskusjon, i forhold til innhold og til selvstendig utøvelse av faget. Waagsbø et al. gjennomførte en studie vedrørende anestesisykepleiernes arbeidsfunksjon og arbeidsforhold i 1979, 1989 og 1999 (8). Studien viste at anestesisykepleiernes selvstendige rolle ikke hadde endret seg i betydelig grad, til tross for en stadig mer spesialisert helsetjeneste og en betydelig økning i antall anestesileger i samme periode.

Det kan være mange årsaker til å fordype seg i et fags historie, men det som ofte fremheves innen historieforskning er behovet for å forstå hvordan et fag har utviklet seg over tid, hva som har vært de største utfordringene, og hva det er viktig å ta med seg videre (9). Et annet vanlig argument er en forventning om at historiekunnskap er identitetsskapende. Ved å kjenne historien, forstår vi bedre hvem vi er og hvorfor vi er der vi er i dag (10). Begreper som «faget som binder» og «alltid til stede» kan være beskrivende for det forholdet anestesisykepleiere har og har hatt til eget fag og funksjon (11). Dersom vi ikke kjenner tradisjonen og historien, kan vi heller ikke vurdere fortid og nåtid kritisk, og blir prisgitt mytene og klisjeene. I utviklingen av fagets kunnskapsbase vil noe være omstridt og avleggs, mens noe føres videre og har like stor relevans i dag som i tidligere tider (1).

Hensikt

I denne studien ønsker vi å beskrive utviklingen av anestesisykepleiernes rolle og funksjon mer detaljert, gjennom erfaringene til anestesisykepleiere som har hatt og fortsatt har sentrale roller innen klinisk arbeid, utdanning og organisasjonsarbeid.

Vi har valgt å studere den historiske utviklingen med følgende forskningsspørsmål:

- Hvordan har anestesisykepleie utviklet seg i samspill med medisinsk og helsefaglig utvikling?
- Hvilke forhold har hatt størst betydning for utvikling av anestesisykepleie i Norge?
- Hvordan beskrives det tverrfaglige samarbeidet?
- Hva skiller anestesisykepleie fra grunnleggende og generell sykepleie?

Tabell 1 Intervjuguide

1. Intervjuobjektet kan snakke fritt om egen rolle tilknyttet utdanning, organisasjon eller utøvelse av faget.
2. Kan du beskrive hva det er som kjennetegner faget?
3. Hvilke forhold mener du har hatt størst betydning for utvikling av faget?
4. Er det noen endringer du vil trekke frem som fikk betydning for den kliniske utøvelsen?
5. Kunnskapsgrunnlaget, hvorfor trenger Norge anestesisykepleiere (med vekt på sykepleiere)?
6. Åpenhet for innovasjon – og nytenkning, utvikling av faget?
7. Hvorfor trenger vi kunnskap om fagets historie?
8. Erfaring med tverrfaglig samarbeid.
9. Samarbeid med anestesileger, økning i antall.
10. Kravet til å jobbe kunnskapsbasert – forskning i anestesisykepleie?
11. Hva skiller spesialisert sykepleie fra grunnleggende og generell sykepleie?

Metode

Vi har brukt *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* for å sikre at studien rapporteres korrekt (12).

Studien fulgte en kvalitativ forskningsmetode med beskrivende design (13). Det ble utført semistrukturerte dybdeintervjuer med tre nøkkelinformanter ved hjelp av en intervjuguide som gjenspeiler forskningsspørsmålene (tabell 1).

Intervjuene ble gjennomført i oktober 2019. Informantene ble først rekruttert strategisk etter erfaring innen klinisk arbeid, utdanning eller organisasjonsarbeid, via en telefonsamtale om prosjektet. De fikk tilsendt skriftlig informasjon, intervjuguide og samtykkeerklæring samtidig som avtale for intervjudato ble fastsatt. Prosjektet ble godkjent av NSD juni 2019 (prosjektnr. 564194).

Begge forfatterne deltok på intervjuene som ble gjennomført i et skjermet rom tilknyttet informantens arbeidsplasser. Hvert intervju varte i omtrent en time. AMGB gjennomførte intervjuet, og ML tok ansvaret for notater og lydopptaker. Intervjuet ble tilpasset informantens ekspertise innen utdanning, klinisk praksis eller organisasjonsarbeid.

Lydbånd ble transkribert ad verbatim av en innleid transkribør som Universitetet i Sørøst-Norge har en avtale med. Kvaliteten på transkripsjonen ble sikret ved å utføre en *spot-check* der hele transkriptet ble lest av andreforfatter mens lydopptaket ble avspilt (14). Førsteforfatter kontrollerte utdrag fra den transkriberte teksten og sammenliknet med originaltranskriptet.

Analyse

Dataanalysen startet i intervjusituasjonen (15). Den transkriberte teksten ble analysert med kvalitativ innholdsanalyse og meningskategorisering (15,16). Meningsbærende enheter i teksten ble identifisert på bakgrunn av studiens forskningsspørsmål. Enhetene var ordrette sitater og representerte transkriptets manifeste innhold. Disse ble videre

kondensert og omskrevet slik at det sentrale innholdet kom frem som beskrivende kategorier (17). Den underliggende mening og røde tråd i kategoriene dannet undertemaer/tema som vist i tabell 2. Begge forfatterne deltok i analyseprosessen. Enkelte av utsagnene ble stående i sin opprinnelige form for å illustrere funnene, samtidig som deltagerens anonymitet ble ivaretatt. Derfor omtales informantene som A, B eller C.

Tabell 2 Fra forskningsspørsmål til tema

Forskningsspørsmål	Meningsbærende enhet	Kategorier etter kondensering	Tema
Hvilke forhold har hatt størst betydning for utvikling av anestesisykepleie i Norge?	<i>Har vært så heldig å få være med i gruppa i en del år. Og jeg tenker det var jo et pionerarbeid anestesisykepleierne starta opp med sånn på 50/60-tallet. Den jobben med å få fagligheten inn, det med å få systematisert utdanningen.</i> (Informant B)	Pionerarbeid og faglighet	Fra spesialelev til masterstudent
	<i>Så jeg merker jo stor forskjell på studentene før og nå. Altså de er mye mer kritiske, de er mye mer ... stiller mye mer spørsmål ved hvorfor gjør man det for det sykehuset og det på det sykehuset?</i> (Informant C)	Studentene er mer faglig kritiske	
Hvorfor er anestesisykepleie så attraktivt?	<i>Først og fremst er det den veldig selvstendige, ansvarsfulle rollen som vi står i, og nesten alt hva vi gjør.</i> (Informant B)	Selvstendighet og teamarbeid kombinert	Anestesisykepleiere er privilegerte
	<i>Når jeg først er der inne, så er jeg der for den ene. Jeg er der ikke for ti.</i> (Informant A)	En pasient om gangen	

Funn

De tre nøkkelinformantene hadde mer enn tjue års erfaring med faget, og dekket de områdene vi var ute etter i studien: klinisk arbeid, utdanning og organisasjonsarbeid.

Dataanalysen førte frem til fem temaer som svarer ut ulike aspekter ved studiens forskningsspørsmål: *En «salig» blanding av medisin og sykepleie; Det handler om å kunne observere; Anestesisykepleiere er privilegerte; Fra spesialelev til masterstudent; Utfyllende profesjoner.*

En «salig» blanding av medisin og sykepleie

Informantene var enige om at anestesisykepleiernes faglige kompetanse alltid har vært tett knyttet opp til den medisinske utviklingen. Informant A beskrev anestesisykepleie som «en salig blanding av medisin og sykepleie, mer enn i de aller fleste spesialiteter». Videre beskrev hun hvordan anestesisykepleierne gjennom opplæring/utdanning har fått en utvidet fullmakt til å innlede, vedlikeholde og avslutte anestesi. Deltagerne uttrykte at ansvarlig anestesilege har det overordnede medisinske ansvaret, men som informant B

sa, «så utøver vi veldig mye av det ansvaret likevel». De beskrev videre hvordan arbeidet er preget av en veksling mellom det akutte og det elektive. Informant C forklarte at det å få mer kvalifisert hjelp kan ta tid, og da sto du der med ansvaret.

Det at to profesjoner jobber så tett sammen og pasientnært, oppfattes av våre informanter som et viktig bidrag for å styrke kvaliteten på anestesiarbeidet. Informantene beskrev hvordan *Standard for anestesi* og *Grunnlagsdokument for anestesisykepleiere* er med på å regulere virksomheten i en anesthesiavdeling, særlig fordi antallet anestesileger har økt betydelig, uten at arbeidet til en anestesisykepleier er vesentlig endret: «Og vi har bestemt oss for det her, at vi skal ikke gå utenfor norsk standard» (B). Dette utdyper informanten videre ved å beskrive at det gode samarbeidet mellom anestesileger og anestesisykepleiere er betinget av at «vi [anestesisykepleierne] får aksept for vår måte å jobbe på». Informant C mente at arbeidet med etablering og revidering av *Standard for anestesi* i Norge har tydeliggjort «dette med roller og funksjoner, ansvar og fordeling av oppgaver».

For våre informanter har det vært viktig å oppøve og vedlikeholde nødvendig selvstendighet i egen rolle og funksjon. Informant A uttalte at «den oppøver du bedre når du sitter alene og bestemmer, skal jeg ringe eller skal jeg ikke ringe?». Samtidig har et tettere samarbeid med anestesilegene muliggjort en diskusjon omkring aktuelle kliniske problemstillinger. En tilbakemelding var at «pasientene får vel så god behandling nå, som de fikk i gamle dager» (A). Hun forklarte dette med at pasientgrunnlaget har endret seg ved at vi i dag opererer stadig flere eldre og sykere pasienter, og dette krever et tettere samarbeid mellom de to profesjonene.

Avansert klinisk kompetanse: Det handler om å kunne observere

Informantene fortalte hvordan det første møtet med pasienten kan være avgjørende for anestesisykepleierens videre observasjoner, og for hvilke prioriteringer som gjøres. Det å bruke tid på å skape trygghet gir et viktig signal til pasienten: «Dette handler om meg [pasienten], de vet hva det er snakk om, de kjenner navnet mitt, de kjenner forhistorien min» (B).

Den avanserte kompetansen beskriver informantene som «å ta selvstendige avgjørelser på ting som normalt sett sykepleiere ikke tar avgjørelser på» (C), og «vi er jo en av få spesialiteter hvor du ikke slipper inn og får lov til å gjøre noen selvstendige funksjoner i det hele tatt hvis ikke du har gjennomført spesialutdanningen; har et papir på det og har blitt godkjent» (A).

Det å gjennomføre en anestesi handler om «denne lille fine balansen, hvordan du klarer å titrere til det rette nivået med medikamenter som er ... det er jo en kunstform og det er det kliniske blikket som er så vesentlig ... apparatet er kun et hjelpemiddel. Målet er å sørge for at pasienten kan tåle det å bli operert og få narkose» (B).

Informantene beskrev anestesisykepleie som et observasjonsyrke, fordi deres observasjoner er avgjørende for å kunne ta beslutninger og intervensjoner til beste for pasienten. Anestesisykepleierens selvstendige rolle tilknyttet observasjoner kan illustreres med

følgende utsagn fra: «Det er du som på en måte bestemmer om ... [jeg] skal ha hjelp eller skal ... ikke ha hjelp» (A).

Informantene snakket om hvordan endringer i medikamentenes virkemåte har bidratt til å endre praksis. Tidligere hadde vi mye mer tid tilgjengelig. Det var mye mer kontrollert, og man kunne styre anestesen etter kliniske tegn. Informant A kommenterte endringene som har kommet på grunn av mer dagkirurgisk virksomhet og et stigende press på produksjon og effektivitet. Bruk av mer potente og hurtigvirkende medikamenter gir en mer effektiv gjennomføring av anestesi, samtidig som «veldig mye av observasjonene våre baserer seg på den mer langsomtvirkende anestesen som var i gamle dager da» (A).

Anestesisykepleiere er privilegerte

Våre informanter karakteriserte det unike ved anestesisykepleiefaget som forholdet en til en, det vil si at du ikke har ansvar for mer enn en pasient av gangen. «Målet har vært og er å få pasienten igjennom på en best mulig måte, både sett fra mitt ståsted, altså den som gir anestesen, men og fra pasientens ståsted sånn at de kommer igjennom dette på en allright måte» (B). Kombinasjonen av det å jobbe selvstendig og det å jobbe tett i team, oppfattes som spesielt viktig. Informant B utdypet det å jobbe selvstendig slik: «Først og fremst er det den veldig selvstendige, ansvarsfulle rollen som vi står i, og nesten alt hva vi gjør» (B).

Informantene omtaler faget som tydelig definert og avgrenset. De mener at spesialiseringen gjør anestesisykepleiere i stand til å utføre det mange oppfatter som tradisjonelle legeoppgaver, samtidig som de tar vare på pasientens grunnleggende behov. Informantene var også tydelige på at det er umulig å bli en god anestesisykepleier uten å ha de grunnleggende kunnskapene i generell sykepleie. Det gir oss muligheten til å «se alle pasientens behov» (C). Informant A oppsummerte at anestesisykepleiere er en privilegert gruppe innen sykepleie fordi de har kunnskaper og ferdigheter som gir en helt annen mulighet til faglig fordypning og innsikt sammenliknet med det å være sykepleier på en vanlig sengepost: «Når jeg først er der inne, så er jeg der for den ene. Jeg er der ikke for ti» (A).

Som en av informantene uttalte, er det «faktisk en veldig viktig del av jobben ... å bruke disse gylne minuttene før vi starter opp anestesen» (B). Dette beskriver hvilken mulighet anestesisykepleiere har til å skape et tillitsforhold med pasienten i den korte tiden de to har sammen før selve anestesen starter: «Jeg tror nesten det er det viktigste vi gjør» (B).

Dette utdypes videre når informantene forteller hvordan jobben oppleves som et privilegium i dagens helsevesen hvor det forventes at du skal jobbe effektivt og samtidig levere faglige forsvarlige helsetjenester. «Det er opp til deg om ... hvordan pasienten opplever det her, sånn at det tror jeg er noe av grunnen til at de holder ut, at de blir til de pensjonerer seg. Altså verden kan 'gå under' utenfor på gangen, så lenge jeg sitter med denne pasienten, så sitter jeg her» (C).

Variasjon i arbeidsoppgaver er også noe informantene trekker frem. Den faglige spennvidden og kravet til spesialistkompetanse gjør det spennende å jobbe som anestesisykepleier.

Fra spesialelev til masterstudent

Informantene var enige om at en vesentlig forskjell på studentene fra «spesialelevtiden» og nå, er at studentene i dag tenker mer akademisk. Som informant C sa: «Jeg merker jo stor forskjell på studentene før og nå. Altså de er mye mer kritiske, de er mye mer ... stiller mye mer spørsmål ved hvorfor gjør man det for det sykehuset og det på det sykehuset?»

En av endringene med masternivå er ifølge informantene en annen holdning til det å drive forskning og fagutvikling. Samtidig er studentene opptatt av kliniske problemstillinger. Informant A beskriver hvordan valg av problemstillinger knyttet til masteroppgavene er pasientnære. Det har bidratt til at klinikken etter hvert har blitt mer interessert. Masteroppgavene frembringer kunnskap basert på den nyeste forskningslitteraturen som praksis ser nytten av. Informantene var også opptatt av at utviklingen har skjedd gradvis, og ikke medført spesielle utfordringer innad i personalgruppen. Som en sa: «Jeg har ikke følt noe spenningsforhold mellom de [uten master] og de nye [med master]. De aller fleste ser verdien av at vi faktisk har fått dette løftet, vi har kommet opp på et nytt nivå, og er veldig fornøyd med det. Og det preger den faglige internundervisninga» (C). Etter at anestesisykepleie kom på et masternivå beskriver informantene at leger og sykepleiere i større grad kan utfylle hverandre og kommunisere og samarbeide til beste for pasienten. «Slik får vi det beste ut av begge profesjoner. I stedet for at det blir sånn over-/underordna forhold som det kan bli hvis ... hvis den med høyest utdanning og kompetanse mener at ... ser på det mer som en medhjelper enn en likeverdig part som er viktig i situasjonen» (C).

Informantene fremhever hvordan faggruppen har bidratt som pådriver og ressurs for utvikling av fag og funksjon. «Har vært så heldig å få være med i gruppa i en del år. Og jeg tenker det var jo et pionerarbeid anestesisykepleierne starta opp med sånn på 50-60-tallet. Den jobben med å få fagligheten inn, det med å få systematisert utdanningen» (B). Innspill fra lokalgruppene ble beskrevet som styrende for hvilke områder faggruppen har jobbet med. Nettverksbygging med lærere og fagutviklingssykepleiere i anestesisykepleie har også gitt stort faglig engasjement og tilhørighet til faggruppen. «Det er både sånn dagligdagse problemstillinger og det er store overordna ting som tas opp i nettverket» (B).

Informantene fortalte hvordan anestesisykepleiere har lange tradisjoner for å diskutere faglige problemstillinger, men som en sa: «Jeg tror det har foregått ... fagutvikling internt på de ulike anestesi [avdelingene], men det har aldri kommet ut» (A). Organiseringen av anestesivirksomheten har bidratt til at det å gjennomføre operasjonsprogrammet har første prioritet, og anestesisykepleiere i stor grad har vært «stuck på en stue» (A). Dette mente informanten har vært en stor hindring for å drive systematisk fagutvikling.

Utfyllende profesjoner

Informantene ga klart uttrykk for at i anestesi er det to profesjoner som utfyller hverandre, og som ofte utfører de samme anestesirelaterte oppgavene. Men de understreket at uten sykepleiere ville anestesifaget miste en dimensjon fordi man får ikke den samme helhetlige tilnærmingen til pasienten. Informant B utdypet dette slik: «Jeg tror den kvaliteten som vi har på anestesiarbeidet i dag, den skyldes ene og alene kombinasjonen av lege og sykepleier.»

I forbindelse med gjennomføring av spesielle prosedyrer fungerer anestesisykepleier som medhjelper, men «så har vi likevel egne oppgaver som vi alltid tar ansvar for uten å måtte avtale om vi liksom ... så det er selvstendigheten og kravet til faglighet og trygghet i den sammenheng som er det viktigste, synes jeg. Og som er mest fremtredende» (B).

I mange år jobbet anestesisykepleierne uten anestesilege i tilstedevakt: «Ikke så sjelden helt frem til slutten av 90-tallet, sto vi alene før anestesilegen kom ... Og da var det jo vi som sto og ventilerte» (C). Selv om antall leger har økt betraktelig og har tilstedevakt, beskriver informantene at sykepleierne fortsatt sitter alene med anestesen og særlig på vakter.

Diskusjon

Funnene beskriver et fag som har vært preget av selvstendighet og faglighet kombinert med mye yrkesstolthet. Det som er viktig å ta med i diskusjonen, er at uansett hvor mye vi vil vite om det som var før, er de spørsmålene vi stiller og de vurderingene vi gjør, preget av våre egne måter å tenke på i dag (10).

En «salig» blanding av medisin og sykepleie

Allerede fra 1947 har sykepleierne som ga narkose vært opptatt av å få spesialkunnskap for å kunne utøve faget. I 1950 var det bare fire sykehus i Norge som hadde tilsatt en anestesilege (2,3). Dette gjorde at narkosesøstrene tidlig fikk en utvidet fullmakt til å innlede, vedlikeholde og avslutte anestesi, slik våre informanter beskrev under intervjuene. Historien viser at både faggruppen og NAF samarbeidet for å utvikle en utdanningsplan hvor de vektla kunnskaper som skulle sikre at anestesisykepleierne kunne bidra til å dekke sykehusenes behov for kompetanse. Denne vektleggingen av medisinsk-faglig innhold har bidratt til anestesisykepleieres særegne funksjon: De skal håndtere medisinsk-faglige oppgaver i en sykepleiefaglig kontekst. Nilsson og Jaensson (18) definerer det særegne ved anestesisykepleie slik: «Keep in touch, watch over, and be one step ahead.» De beskriver videre hvor sentrale anestesisykepleierne er for å ta vare på pasienten i det akutt-kritiske miljøet pre-, per- og postoperativt. Og dette gjør de sammen med anestesilegene, eller som våre informanter understreket: at det gode samarbeidet mellom anestesileger og anestesisykepleiere er betinget av at vi [anestesisykepleierne] får aksept for vår måte å jobbe på.

Avansert klinisk kompetanse: Det handler om å kunne observere

Generell anestesi gjør at pasientene legges i en bevisstløs tilstand, og dette krever at anestesipersonell må ha kompetanse til å håndtere pasientens vitale funksjoner. Anestesisykepleiere må ha ferdigheter på avansert nivå som for eksempel sikker intubering, og kunne administrere potente medikamenter i forbindelse med gjennomføring av anestesi (6). Informantene våre understreket hvordan anestesisykepleiere har utviklet faget til en kunstform hvor utøverne er i stand til å titrere seg frem til riktige medikamentblandinger og tiltak. Schreiber og MacDonald (19) mener at anestesisykepleie kan karakteriseres som selve kjernen i sykepleie gjennom kontinuerlig årvåken observasjon og pleie/behandling.

Fra internopplæring av narkosesøstre og frem til i dag, har utdanningen hatt et innhold som skal kvalifisere til rollen som anestesisykepleier. Anestesisykepleiere har alltid jobbet selvstendig, og tar avgjørelser på problemstillinger som sykepleiere normalt ikke tar avgjørelser på. Våre informanter beskrev anestesisykepleie som et observasjonsyrke fordi observasjoner er avgjørende for å kunne ta beslutninger og intervensjoner til beste for pasienten. Studien til Schreiber og MacDonald fra 2010 (19) beskriver dette som å våke over pasienten ved å bruke fire strategier: 1) å engasjere seg med og for pasienten, 2) å anvende medisinsk teknologi til beste for pasienten og sikre pasientsikkerhet, 3) å bidra til god kommunikasjon på operasjonsstua til beste for pasienten og unngå konflikter under stress, og 4) å fremheve det sykepleiefaglige i anestesiarbeidet. Amerikanske anestesisykepleiere (20) har vært opptatt av å beskrive anestesi som *care* og ikke *cure*, og at de historisk sett alltid har vært den yrkesgruppen som ga pasientene narkose mens legene var mer opptatt av operasjon og behandling. I Norge har vi tradisjoner for et godt og konstruktivt tverrfaglig samarbeid mellom sykepleiere og leger tilknyttet anestesifaget. Medisinsk historie fremhever at norsk helsevesen trengte anestesisykepleiere fordi det var mangel på leger (21). Selv om det i dag ikke er mangel på leger, har arbeidsområdet til anestesisykepleierne ikke endret seg betydelig (8). Faggruppens slagord, «alltid til stede», beskriver hvordan anestesisykepleiere fortsetter å jobbe i tett relasjon med pasienten (22).

Anestesisykepleiere er privilegerte

Kravet til brukermedvirkning har endret anestesisykepleiernes tilnærming til pasienter og deres autonomi. Både i møte med pasienter og i faglig utviklingsarbeid har pasientens stemme fått større betydning. Anestesisykepleiere skal bidra aktivt til å legge forholdene til rette for at pasienten skal oppleve mestring gjennom hele pasientforløpet (6,7).

Informantene beskriver faget som tydelig definert og avgrenset. De mente den faglige fordypningen gir anestesisykepleiere en spesialisert kompetanse til å utøve anestesifaget selvstendig og i samarbeid med anestesileger. Med spesialisert kompetanse menes mestring av avanserte prosedyrer, medisinsk-teknisk utstyr og vurdering av pasientens kliniske tilstand. Aagaard et al.s studie (23) bekreftet hvor viktig anestesisykepleiernes profesjonelle identitet er for å klare å opprettholde en god interaksjon med pasienten

samtidig som de anvender avansert medisinsk-teknisk utstyr. Samtidig beskriver våre informanter anestesisykepleiere som en privilegert gruppe innen sykepleie fordi de har kunnskaper og ferdigheter som gir en spesialistkompetanse som er vesensforskjellig fra grunnleggende sykepleie.

Et annet perspektiv er det at du kan konsentrere deg om en pasient av gangen. Kravet til økt brukermedvirkning bidrar til å legitimere anestesisykepleiers rolle i det å ivareta pasienters behov og skape et tillitsforhold med pasienten i den korte tiden de to har sammen før selve anestesen starter. Historisk har dette vært en prioritert oppgave for anestesisykepleiere, men nå er det også nedfelt som et prinsipp i norsk helsepolitikk (24).

Rekrutteringen til anesthesiutdanningen har alltid vært god (25). Et masterarbeid bekreftet dette med å beskrive en yrkesgruppe med lite turnover og med en sterk binding til faget. Dette har resultert i en sterkt motivert og stabil yrkesgruppe med tydelig yrkesidentitet (1).

Fra spesialelev til masterstudent

I rollen som spesialelev var man sterkt tilknyttet praksisfeltet. Det å tilegne seg nødvendig anestesisykepleiefaglig kompetanse var basert på de verdier og faglige oppfatninger som praksisfeltet var bærere av. På den måten ble spesialelevne tidlig sosialisert inn i avdelingens normer og regler (11). Når videreutdanningen ble overført til utdanningsinstitusjonene, endret dette studentenes nære tilknytning til praksisfeltet. I denne perioden var utdanningen ikke bare gjenstand for en økt akademisering, slik våre funn beskriver, men det oppsto også en todeling av studentens tilhørighet til to ulike institusjoner. Det teoretiske grunnlaget ble utdanningsinstitusjonens ansvar, mens det å tilegne seg praksiskunnskap fortsatt var praksisfeltets domene. Med årene har studentrollen generelt også endret seg. Studentene har fått en tydeligere teoretisk plattform og fått et akademisk «løft», som en av våre informanter uttalte. De evner i større grad å presentere eget ståsted og argumentere for sine synspunkter og valg. Historien viser at innenfor anestesifaget har utviklingen skjedd gradvis (2,3,21). Identiteten og nærheten til faget har alltid vært sterk, noe som også kan forklare den gode rekrutteringen til studiet. Det at utdanningen etter hvert har kommet på masternivå, har påvirket studentenes evne til å skape en faglig og likeverdig dialog i møte med andre helseprofesjoner. Dette ble også fremhevet av våre informanter.

Utfyllende profesjoner

Våre informanter beskrev uavhengig av hverandre hvordan de tidlige narkosesøstrene var premissleverandører for utviklingen av en sterk samarbeidskultur mellom anestesisykepleiere og -leger. De to profesjonene fremstår ofte som en helhet i møtet med pasienter og andre helsepersonellgrupper. Leger og sykepleiere har ulik tilnærming til anestesifaget gjennom sin profesjonsutdanning (2). Våre informanter uttrykte at kombinasjonen av lege og sykepleier alltid har vært en av styrkene ved anestesifaget. Tradisjonelt har

anestesisykepleier alltid vært til stede under hele anestesen, mens legen har hatt en mer konsulterende rolle (3). Dette bildet har endret seg noe de siste årene, med mer kompliserte operasjoner og sykere pasienter som gir en annen arbeidsfordeling mellom anestesisykepleier og -lege (11). Med anestesisykepleie på masternivå mente informantene at leger og sykepleiere får en mer likeverdig faglig dialog rundt kliniske problemstillinger, fagutvikling og forskning.

I Flaattens lederartikkel «50 år med anestesileger i Norge» fra 1996 (26), fremheves nettopp samarbeidet mellom anestesileger og anestesisykepleiere. Betydningen av dette samarbeidet understrekes både som til dels overlappende arbeidsområder og som helt nødvendig for å kunne gjennomføre kompliserte behandlingsprosedyrer.

Vår studie bekrefter hvordan anestesisykepleiere og anestesileger jobber tett sammen i team med til dels overlappende oppgavedeling. Et tverrprofesjonelt team forutsetter at alle ser de andre medlemmenes kompetanser og behov (27). Manglende teamkompetanse kan også true pasientsikkerheten som Flynn beskriver i sin forskning om anestesisykepleiernes ikke-tekniske ferdigheter (28).

Styrker og begrensninger

I denne studien tar vi utgangspunkt i nøkkelinformantenes erfaringer som er tolket opp mot det andre kilder har beskrevet om anestesisykepleiefagets historiske utvikling. Studiens styrke ligger i nøkkelinformantenes spesialkunnskap innen ulike deler av anestesisfaget som er opparbeidet gjennom en lang yrkeskarriere. I hvilken grad dette representerer et korrekt bilde av den historiske utviklingen innen anestesisykepleie i Norge, er mer usikkert. Utvalget var lite, men representerer samtidig bredde og dybde innenfor ulike deler av fagområdet. Det ville vært vanskelig å finne informanter med denne unike kunnskapen og erfaringen som forskerne ikke kjente, fordi miljøet innen norsk anestesisykepleie er relativt lite. Derfor har det vært viktig å fremstille resultatene så transparent som mulig, og la informantene egne ord og uttrykk bidra aktivt i den tematiske innholdsanalysen. Vi kunne utført en validering av transkriptene ved å la informantene lese gjennom, men valgte å ikke påføre dem en slik tilleggsoppgave (29). Det er uansett ikke samlet inn data som kan være belastende eller støtende for noen av nøkkelinformantene eller de miljøene de representerer.

Konklusjon

Vår studie viser hvordan anestesisykepleie har utviklet seg til å bli et spesialisert fagområde innenfor sykepleie med stor grad av autonomi, en solid teoretisk forankring og med spesielt god rekruttering. Utdanningen har hatt et sterkt fokus på å utvikle faget til å fremstå som en egen profesjon, og har hele tiden tatt høyde for den sykepleiefaglige, medisinskfaglige og teknologiske utviklingen. I tillegg har det vært stor oppmerksomhet mot det å utvikle et fagområde som skal samarbeide tett med andre fagområder/profesjoner. Med større kjennskap til og forståelse av hva fagets historie faktisk kan fortelle, har vi et bedre grunnlag for å kunne benytte denne erfaringen for å skape retning

fremover. Tradisjoner er viktige å forholde seg til, men de må ses i lys av vår tid. Da blir tradisjoner ikke bare noe som skal bevares; de må skapes og tolkes på nytt, og på den måten bli benyttet inn i nye sammenhenger.

Det at anestesisykepleiefaget historisk sett har vært preget av oppgaver og funksjoner som tradisjonelt ikke reflekterer en sykepleiers rolle og funksjon, har kanskje bidratt til at anestesisykepleiefaget har appellert til sykepleiere som ønsker å fordype seg mer i naturvitenskapelige emner, kombinert med muligheten til å jobbe pasientnært. Det informantene fremhever er at faget fremstår som spennende, ansvarsfullt og ikke minst givende i ansvaret for den enkelt pasient og i teamarbeid med andre helseprofesjoner.

Referanser

1. Gran Bruun A-M, Grell Ulrik A-M. Udviskede professionsgrænser: interprofessionelt samarbejde mellem læger og sygeplejersker inden for klinisk anæstesi [masteroppgave]. Göteborg: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap; 2008.
2. Strømskag KE. Et fag på søyler: anestesiens historie i Norge. Oslo: Tano Aschehoug; 1999.
3. Hopen T, Vassbotten Olsen, M. Et historisk blikk på anestesisykepleie i Norge. Bergen: Anestesisykepleiernes Landsgruppe, Norsk Sykepleierforbund, ALNSF; 2013.
4. St.prp nr. 65 1997–98 [internett]. Oslo: Finansdepartementet; 1998 [hentet 12. januar 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-65-1997-98-/id136930/?ch=3>
5. Kunnskapsdepartementet. Høring Forskrift om nasjonal retningslinje for anestesisykepleierutdanningen [internett]. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2020 [hentet 12. januar 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-forskrift-om-nasjonal-retningslinje-for-anestesisykepleierutdanning/id2691405/>
6. Norsk anestesiologisk forening, NAF og Anestesisykepleiernes landsgruppe Norsk Sykepleierforbund, ALNSF. Norsk standard for anestesi [internett]. Oslo: Norsk anestesiologisk forening og Anestesisykepleiernes landsgruppe Norsk Sykepleierforbund; 2016 [hentet 23. januar 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/contentassets/3b9c1b8d438942688b1d9cb46db4278f/norsk-standard-for-anestesi.pdf>
7. Anestesisykepleierne NSF. Grunnlagsdokument anestesisykepleie [internett]. IFNA (International Federation of Nurse Anesthetists); 2016 [oppdatert desember 2020; hentet 23. januar 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/zQCAUnQvcUEpG7XzVJXOgvrSk28s29Kom2gG4EZxhW7s5zspvF.pdf>
8. Waagsbø B, Midttun M, Ellingsen S. Arbeidsfunksjon og arbeidsforhold. En undersøkelse foretatt blant medlemmer i Anestesisykepleierenes Landsgruppe av Norsk sykepleierforbund. Bergen: Haukeland universitetssykehus; 1999.
9. Schiøtz A. Medisinsk historie som glede og fjell. Tidsskr Norske Læge. 2017;137: 23–24. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0891>
10. Kaldal I. Minner som prosesser – i sosial- og kulturhistorie. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2016.
11. Bruun AMG. Anestesisykepleierens identitet og kompetanse. I: Leonardsen A-C, red. Anestesisykepleie. 3. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2021. s. 21–34.
12. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 2007;19(6):349–57. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
13. Sandelowski M. Focus on research methods. Whatever happened to qualitative description? Res Nurs Health. 2000;23(4):334–40. [https://doi.org/10.1002/1098-240X\(200008\)](https://doi.org/10.1002/1098-240X(200008))

14. Kowal S, O'Connell DC. Transcription as a crucial step of data analysis. I: Flick U, red. The Sage handbook of qualitative data analysis. Thousand Oaks: Sage; 2014. s. 64–79.
15. Kvale S, Brinkmann S, Anderssen TM, Rygge J. Det kvalitative forskningsintervju. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.
16. Lindgren BM, Lundman B, Graneheim UH. Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *Int J Nurs Stud*. 2020;108:103632. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103632>
17. Erlingsson C, Brysiewicz P. A hands-on guide to doing content analysis. *Afr J Emerg Med*. 2017;7(3): 93–99. <https://doi.org/10.1016/j.afjem.2017.08.001>
18. Nilsson U, Jaensson M. Anesthetic nursing: keep in touch, watch over, and be one step ahead. *J Perianesth Nurs*. 2016;31(6):550–51. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2016.09.005>
19. Schreiber R, MacDonald M. Keeping vigil over the patient: a grounded theory of nurse anaesthesia practice. *J Adv Nurs*. 2010;66(3):552–61. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05207>
20. Jameson JK. Transcending intractable conflict in health care: an exploratory study of communication and conflict management among anesthesia providers. *J Health Comm*. 2003;8(6):563–81. <https://doi.org/10.1080/716100415>
21. Leegaard M. «At kloroformere paa ret Maade er en vanskelig kunst»: hvorfor var det hovedsakelig sykepleiere som administrerte narkose i perioden 1870–1940? [masteroppgave]. Oslo: Universitetet i Oslo; 1999.
22. Anestesisykepleierne NSF. Prinsipp-program. 2019 [internett]. Oslo: Anestesisykepleierne NSF; 2019 [hentet 19. april 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/fg/anestesisykepleierne>
23. Aagaard K, Laursen BS, Rasmussen BS, Sørensen EE. Interaction between nurse anesthetists and patients in a highly technological environment. *J Perianesth Nurs*. 2017;32(5):453–63. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2016.02.010>
24. Bent Høie. Sykehustalen [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2014 [hentet 19. april 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehustalen/id748853/>
25. Seierstad TØ, Eimot M. Rapport: ABIO ressurs. Oslo: Analysesenteret AS & Norsk Sykepleierforbund; 2015.
26. Flaatten H. 50 år med anestesileger i Norge. *Tidsskr Norske Laege*. 1996;116:2991–992.
27. Skogsaas B, Valeberg B. Hva mastergradskompetanse kan bidra med i klinisk praksis. *Sykepleien Forskning*. 2017;10. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.63495>
28. Flynn FM, Sandaker K, Ballangrud R. Aiming for excellence – a simulation-based study on adapting and testing an instrument for developing non-technical skills in Norwegian student nurse anaesthetists. *Nurse Educ Pract*. 2017;22:37–46. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.11.008>
29. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.