

Hvordan vurderer sykepleiere egen kompetanse etter videreutdanning?

Studenter i akutt-, anesthesi-, intensiv- og operasjonssykepleie opplevde å få både økt og redusert kompetanse på flere områder. De fikk større behov for trening og utdanning.

Ann-Chatrin Linqvist Leonardsen

Anestesisykepleier og professor
Høgskolen i Østfold og Universitetet i Sørøst-Norge

Astrid Wevling

Operasjonssykepleier
Avdeling for helse og velferd, Institutt for sykepleie, helse og bioingeniørfag, Høgskolen i Østfold

Brita Fosser Olsen

Intensivsykepleier og forsker
Intensiv og postoperativ avdeling, Sykehuset Østfold

Kartlegging

Videre- og etterutdanning

Kompetanseutvikling

Sykepleien 2022;110(89442):e-89442
DOI: 10.4220/Sykepleiens.2022.89442

Hovedbudskap

Flere studier viser til positive effekter av å videreutdanne sykepleiere i kvalitet og pasientsikkerhet. Derimot er det få studier som utforsker hvordan sykepleieres kompetanse utvikler seg i løpet av en videreutdanning. Vi har kartlagt sykepleieres selvopplevde kompetanse ved oppstart og avslutning av videreutdanning i henholdsvis akutt-, anesthesi-, intensiv- eller operasjonssykepleie. I denne artikkelen presenterer vi disse funnene.

Sykepleiernes kompetanse er svært viktig for pasientsikkerheten og helsetjenestekvaliteten (1–6). I tillegg har samfunnet og helsetjenesten behov for sykepleiere med spesialisert kompetanse på akutt og kritisk syke pasienter (5, 6).

Videre- og/eller masterutdanningene i akutt-, anesthesi-, intensiv- og operasjonssykepleie representerer en slik kompetanseheving. Opptakskravet til disse studiene har vært minimum to års relevant yrkeserfaring som sykepleier.

Vi mangler forskning på sykepleieres selvopplevde kompetanseutvikling fra oppstart til avslutning av disse studiene.

Verktøyet ProffNurse SAS kartlegger kompetansen

The Professional Nurse Self-Assessment Scale (ProffNurse SAS) ble utarbeidet av Meretoja og medarbeidere (7) for å kartlegge sykepleieres egenopplevde kompetanse. Verktøyet er oversatt til og validert på norsk av Finnbakk og medarbeidere (4).

ProffNurse SAS innhenter informasjon om sykepleieres kliniske praksis, profesjonelle utvikling, etiske beslutningstaking, kliniske ledelse, samarbeid og kritiske tenkning. Deltakerne bes om å vurdere a) selvopplevd kompetanse, og b) eget behov for mer trening eller utdanning. I tillegg bes deltakerne om c) å rapportere hvorvidt det aktuelle området var dekket i utdanningen (svaralternativet «ja» eller «nei»).

ProffNurse SAS benytter en tipoengs Numeric Rating Scale (NRS), hvor 1 = «dårlig kompetanse / ikke behov for mer trening og/eller utdanning», og 10 = «fremragende kompetanse / stort behov for mer trening og/eller utdanning».

Verktøyet har blitt benyttet til å vurdere sykepleierstudenter i bachelorutdanningen og sykepleieres profesjonelle utvikling. Det har ikke blitt benyttet under en videreutdanning.

Hensikten med prosjektet

Hensikten med dette prosjektet var å kartlegge sykepleieres egenopplevde kompetanseutvikling i løpet av en videreutdanning. Vi ønsket en oversikt over hvilke kompetanseområder utdanningene bør fokusere mer på for å sikre at sykepleierne har tilstrekkelig kompetanse etter endt (videre)utdanning.

I tillegg ville vi undersøke hva de trenger av oppfølging i sin kliniske hverdag som selvstendige og nyutdannede spesialsykepleiere.

Metodisk tilnærming

Vi benyttet verktøyet ProffNurse SAS i en spørreundersøkelse ved oppstart og avslutning av videreutdanningene i akutt-, anestesi-, intensiv- og operasjonssykepleie ved en høyskole i Norge.

På den aktuelle høyskolen var det totalt 43 studenter på videreutdanningene i perioden august 2019 til desember 2020. Alle studentene ble invitert til å delta uten ytterligere inklusjons- eller eksklusjonskriterier.

Datasamling

Spørreskjemaet besto av to deler:

- Demografiske variabler. Studier har vist til en sammenheng mellom alder, erfaringsbakgrunn og selvopplevd kompetanse (4, 8). Derfor inkluderte spørreskjemaet variablene alder, antallet år med erfaring som sykepleier før studiestart samt kjønn og type avdeling deltakeren hadde jobbet ved tidligere.
- ProffNurse SAS (4), som består av 50 spørsmål om selvopplevd kompetanse (se vedlegg 1).

ProffNurse SAS inneholder spørsmål om hvorvidt aktuelle kompetanseområder er dekket i studieløpet. Ved oppstart av videreutdanningen omhandlet den selvopplevde kompetansen bachelorstudiet i sykepleie, mens ved avslutning relaterte den til videreutdanningen.

Analyse

Dataene ble analysert med the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versjon 26. Deskriptiv statistikk og frekvenser benyttes for å presentere utvalget. Vi benyttet Mann Whitney U-test (se faktaboks) for å sammenlikne svarene ved måletidspunktene T1 og T2. P-verdier $< 0,05$ ble ansett som statistisk signifikant.

Mann-Whitney U-test

Mann-Whitney U-testen brukes til å sammenlikne om det er forskjell i den avhengige variabelen for to uavhengige grupper.

Etiske hensyn

Informasjonen ble håndtert anonymt, men vi innhentet likevel frivillig og informert samtykke (9). Regional etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) vurderte at prosjektet ikke var søknadspliktig (referansenummer 28835). Norsk senter for forskningsdata (NSD) godkjente prosjektet (referansenummer 444006).

Studenter som deltok

Totalt 16 studenter svarte på spørreskjemaet på begge tidspunktene. Studentene hadde en medianalder på 35 år (*interquartile range*, IQR = 11 [interkvartilbredde]). En av deltakerne var mann, og antallet år med erfaring som sykepleier før opptak var fra 2 til 16 år (median 6,5 år, IQR = 10).

Deltakerne hadde erfaring fra ti ulike sykehusavdelinger, og en hadde erfaring fra kommunehelsetjenesten. Tre studenter tok videreutdanning i akuttstusykepleie, fire i anesthesi-, seks i intensiv- og tre i operasjonssykepleie.

Tabell 1 gir en oversikt over svarene ved T1 og T2. Mann-Whitney U-testene viste ingen signifikant sammenheng mellom svarene ved T1 og T2.

Slik vurderte studentene sin egen kompetanse

Vedlegg 1 viser at studentenes selvopplevde kompetanse ble redusert på flere områder fra oppstarten av studiet (T1) til avslutningen av studiet (T2):

- Jeg skaper et kreativt læringsmiljø for de ansatte på mitt arbeidssted.
- Jeg deltar i kvalitetsutviklingsarbeid på mitt arbeidssted.
- Jeg tar ansvar for kompetanseutviklingen på mitt arbeidssted.
- Jeg forbedrer rutiner/systemer som ikke ivaretar pasientenes behov på mitt arbeidssted.
- Jeg tar pasientenes sosiale behov (fritidsaktiviteter, venner, økonomisk situasjon osv.) i betraktning ved vurdering og planlegging av pasientenes helse- og livssituasjon.
- Jeg tar aktivt ansvar for å skape et godt arbeidsmiljø.
- Jeg tar egne beslutninger i mitt arbeid.
- Jeg samarbeider aktivt med andre helsefagpersoner når jeg koordinerer pasientens pleie, omsorg og behandling.
- Jeg har en visjon om hvordan sykepleien bør utvikles på arbeidsstedet mitt.

- Jeg vurderer pasienters helse per telefon, e-post eller andre helseteknologiske løsninger.
- Jeg gir helsefremmende råd og anbefalinger til pasienter per telefon, e-post eller andre helseteknologiske løsninger.
- Jeg gir helsefremmende og sykdomsforebyggende råd til pasienter i tråd med nasjonale føringer.

Innenfor de øvrige områdene hadde studentene økt selvopplevd kompetanse (ikke-signifikant).

Behovet for mer trening og utdanning økte

Studentenes behov for trening eller utdanning økte på disse områdene:

- Jeg skaper et kreativt læringsmiljø for de ansatte på mitt arbeidssted.
- Jeg tar ansvar for kompetanseutviklingen på mitt arbeidssted.
- Jeg forbedrer rutiner/systemer som ikke ivaretar pasientenes behov på mitt arbeidssted.
- Jeg tar pasientenes åndelige behov (følelse av meningsløshet, eksistensielle behov, trosspørsmål, dødsangst osv.) i betraktning ved vurdering og planlegging av pasientenes helse- og livssituasjon.
- Jeg handler etisk i pleie og omsorg av pasienter.
- Jeg tar aktivt ansvar for å skape et godt arbeidsmiljø.
- Jeg vektlegger pasientenes egne ønsker ved planlegging av sykepleie og medisinsk behandling.
- Jeg tar fullt ansvar for mine egne handlinger.
- Jeg konsulterer andre fageksperter ved behov.
- Jeg ser muligheter og har visjoner om hvordan pasientenes pleie og pasientforløp kan utvikles.
- Jeg har kontinuerlig dialog med pasienter om deres ønsker og behov.
- Jeg har fokus på pårørendes behov for støtte og veiledning.
- Jeg rapporterer alle avvik i tråd med retningslinjer for pasientsikkerhetssystem (avvikshåndtering).

På de øvrige områdene sank studentenes behov for trening eller utdanning.

Flere kompetanseområder var udekket i utdanningene

Ved T1 rapporterte deltakerne om 47 kompetanseområder som var udekket under bachelorprogrammet i sykepleie (n = fra 1 til 9).

Ved avslutning av videreutdanningen var det en student som rapporterte at de følgende kompetanseområdene var udekket i undervisningen:

- Jeg anvender medisinske apparater og utstyr på en forsvarlig og korrekt måte.
- Jeg skaper et kreativt læringsmiljø for de ansatte på mitt arbeidssted.
- Jeg deltar i kvalitetsutviklingsarbeid på mitt arbeidssted.
- Jeg tar ansvar for kompetanseutviklingen på mitt arbeidssted.
- Jeg forbedrer rutiner/systemer som ikke ivaretar pasientenes behov, på mitt arbeidssted.
- Jeg tar pasientenes sosiale behov (fritidsaktiviteter, venner, økonomisk situasjon osv.) i betraktning ved vurdering og planlegging av pasientenes helse- og livssituasjon.
- Jeg ser muligheter og har visjoner om hvordan pasientenes pleie og pasientforløp kan utvikles.
- Jeg gir helsefremmende og sykdomsforebyggende råd til pasienter i tråd med nasjonale føringer.
- Jeg har fokus på pårørendes behov for støtte og veiledning.

Ytterligere fire studenter oppga følgende kompetanseområder som udekket under videreutdanningen:

- Jeg vurderer pasienters helse per telefon, e-post eller andre helseteknologiske løsninger.
- Jeg gir helsefremmende råd og anbefalinger til pasienter per telefon, e-post eller andre helseteknologiske løsninger.

Studentene opplevde både økt og redusert kompetanse

Vi avdekket kompetanseområder hvor studentene opplevde både økt og redusert kompetanse, at de både hadde redusert og økt behov for mer trening eller utdanning, og kompetanseområder som ikke var dekket under utdanningen.

«Vi avdekket kompetanseområder hvor studentene opplevde både økt og redusert kompetanse.»

Valeberg, Fagermoen og Grønseth gjorde en studie i perioden 1999–2005 blant anestesi-, barne-, operasjons- og intensivsykepleierstudenter. De fant ingen forskjell i opplevd kompetanse innen samarbeid, pedagogisk og profesjonell utvikling for de nyutdannede spesialsykepleierne sammenliknet med da de var midtveis i studiet (10).

Forfatterne argumenterte med at sykepleiere har høy kompetanse på samarbeid og at dette derfor er vanskelig å heve. Opplevd kompetanse innen pedagogisk og profesjonell utvikling holdt seg stabilt lav fra oppstart til avslutning av studiet. Det kan indikere at det er behov for økt fokus på dette kompetanseområdet.

Nyutdannede føler seg usikre

Studenter i anestesi- og operasjonssykepleie introduseres til et helt nytt fagfelt, og i akutt- og intensivsykepleie ofte til nye avdelinger og profesjonelle utfordringer. Deltakerne hadde i gjennomsnitt 6,5 års erfaring som sykepleier fra tidligere. Det å gå fra å være en erfaren sykepleier til å bli en «ny» spesialsykepleier kan bidra til usikkerhet, spesielt knyttet til fagutvikling og innovasjon.

«Det å gå fra å være en erfaren sykepleier til å bli en ‘ny’ spesialsykepleier kan bidra til usikkerhet.»

Dette funnet støttes av en kvalitativ studie av sykepleieres erfaringer med overgangen fra grunnleggende til avansert praksis. Der oppga deltakerne at denne overgangen var stressende, og at den utgjorde en risiko for at de skulle miste sin faglige identitet (11).

Etiske aspekter kan være nedprioritert

Deltakerne oppga at de hadde lavere kompetanse på området «Jeg handler etisk i pleie og omsorg av pasienter». Sykepleiere handler ut fra verdier de har dannet seg gjennom erfaring (12).

Det å være ny i en profesjon og bli introdusert for et nytt høyteknologisk miljø der effektivitet er essensielt (13) kan føre til at etiske aspekter ikke får så mye oppmerksomhet.

Digitale helsetjenester bør vies mer oppmerksomhet

Studentene rapporterte om lav selvopplevd kompetanse innen følgende områder:

- Jeg vurderer pasienters helse per telefon, e-post eller andre helseteknologiske løsninger.

- Jeg gir helsefremmende råd og anbefalinger til pasienter per telefon, e-post eller andre helseteknologiske løsninger.
- Jeg gir helsefremmende og sykdomsforebyggende råd til pasienter i tråd med nasjonale føringer.

Disse kompetanseområdene var også med i en studie av sykepleieres kompetanse i skjæringspunktet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten (14). Disse områdene var ikke representert i videreutdanningenes studieplaner, og spørsmålene kan derfor kanskje ses som irrelevante i studien vår.

Da nye nasjonale retningslinjer for utdanningene anesthesi-, operasjon- og intensivsykepleie ble etablert, ble kompetanseområdene «Digital kompetanse og medisinsk utstyr» (anestesi), «Teknologi, innovasjon og digital kompetanse» (intensiv), «Teknologi og digital kompetanse» (operasjon) lagt til. Det underbygger at det er et behov for mer oppmerksomhet på slik opplæring i master- og videreutdanningene.

Oppsummering

Vår kartlegging viser at studentenes fikk større behov for mer trening og/eller utdanning innen flere kompetanseområder. Det kan skyldes at økt kunnskap også gjør profesjonelle sykepleiere oppmerksom på hva de vet, og hva de trenger å lære mer om (15).

Våre resultater viser til kompetanseområder som bør få mer oppmerksomhet i utdanningene for å sikre en tilstrekkelig sluttkompetanse.

«Våre resultater viser til kompetanseområder som bør få mer oppmerksomhet i utdanningene.»

I tillegg indikerer resultatene at de nyutdannede spesialsykepleierne kan ha et oppfølgingsbehov innen blant annet etiske hensyn, teknologi/digitalisering, kvalitets- og utviklingsarbeid samt videre læring.

Det er viktig med informasjon om studenters selvopplevde kompetanse og behov for mer trening og utdanning for å synliggjøre hvilke spesifikke kompetanseområder i utdanningene som bør prioriteres.

Vår kartlegging viser at ProffNurse SAS kan være et egnet verktøy til å identifisere områder som bør prioriteres for å sikre en kompetanseheving gjennom videre- og masterutdanningene i akutt-, anestesi-, intensiv- og operasjonssykepleie.

I tillegg kan verktøyet benyttes for å synliggjøre hvilke oppfølgingsbehov de nyutdannede spesialsykepleierne har når de møter sin nye kliniske hverdag på egen hånd.

Vi vil gjerne takke alle studentene som deltok i studien. Lykke til videre som spesialsykepleiere!

Referanser

1. Naylor M, Volpe E, Lustig A, Kelley H, Melichar L, Pauly M. Linkages between nursing and the quality of patient care. A 2-year comparison. *Med Care*. 2013;51(4):6–14. DOI: [10.1097/MLR.0b013e3182894848](https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182894848)
2. International Council of Nurses (ICN). Reforming primary health care: a nursing perspective. Genève: ICN; 2012.
3. Institute of Medicine (US) Committee on the Health Professions, Education Summit. Health professions education. A bridge to quality. Washington D.C.: National Academies Press; 2003.
4. Finnbakk E, Wangensteen S, Skovdahl K, Fagerström L. The Professional Nurse Self-Assessment Scale: psychometric testing in Norwegian long term and home care contexts. *BMC Nurs*. 2015;14:59. DOI: [10.1186/s12912-015-0109-3](https://doi.org/10.1186/s12912-015-0109-3)
5. Kirwan M, Matthews A, Scott P. The impact of the work environment of nurses on patient safety outcomes: a multi-level modelling approach. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(2):253–63. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2012.08.020](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.08.020)
6. Needleman J, Hassmiller S. The role of nurses in improving hospital quality and efficiency: real world results. *Health Affairs*. 2009;28(3):625–33. DOI: [10.1377/hlthaff.28.4.w625](https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.4.w625)
7. Meretoja R, Isoaho H, Leino-Kilpi H. Nurse Competence Scale: development and psychometric testing. *J Adv Nurs*. 2004;47(2):124–33. DOI: [10.1111/j.1365-2648.2004.03071.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03071.x)
8. Karlstedt M, Wadensten B, Fagerberg I, Pöder U. Is the competence of Swedish registered nurses working in municipal care of older people merely a question of age and postgraduate education? *Scand J Caring Sci*. 2015;29(2):307–16. DOI: [10.1111/scs.12164](https://doi.org/10.1111/scs.12164)

9. De nasjonale forskningsetiske komiteene. Helsinkideklarasjonen. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteene; u.å. Tilgjengelig fra: <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/> (nedlastet 08.06.2022).
10. Valeberg B, Fagermoen M, Grønseth R. Spesialsykepleieres opplevde kompetanse etter endt utdanning. *Sykepleien Forskning*. 2009;4(3):206–13. DOI: [10.4220/sykepleienf.2009.0101](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2009.0101)
11. Mannix K, Jones C. Nurses' experience of transitioning into advanced practice roles. *Nursing Times*. 2020;116(3):35-8.
12. Shahriari M, Mohammadi E, Abbaszadeh A, Bahrami M. Nursing ethical values and definitions: a literature review. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2013;18(1):1–8.
13. Tunlind A, Granström J, Engström Å. Nursing care in a high-technological environment: Experiences of critical care nurses. *Int Crit Care Nurs*. 2014;31(2):116–23. DOI: [10.1016/j.iccn.2014.07.005](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.07.005)
14. Leonardsen A, Bjerkenes A, Rutherford I. Nurse competence in the interface between primary and tertiary healthcare services. *Nursing Open*. 2018;6(2):482–92. DOI: [10.1002/nop2.230](https://doi.org/10.1002/nop2.230)
15. Moran G, Nairn S. How does role transition affect the experience of trainee advanced clinical practitioners: qualitative evidence synthesis. *J Adv Nurs*. 2017;74(2):251–62. DOI: [10.1111/jan.13446](https://doi.org/10.1111/jan.13446)

FAGUTVIKLING

Samarbeid gir bedre praksisstudier i intensivsykepleie

Et prosjekt førte til bedre samarbeid mellom master- og videreutdanningen i intensivsykepleie ved Oslomet og Hjertemedisinsk intensiv og overvåking ved Ullevål sykehus.

Artikkelen beskriver et samarbeidsprosjekt mellom master- og videreutdanningen i intensivsykepleie ved Oslomet – storbyuniversitetet og Hjertemedisinsk intensiv og overvåking (HIO) ved Oslo universitetssykehus, Ullevål.

Målet med prosjektet var å kvalitetssikre studentenes læringsutbytte i praksisstudiene ved HIO. Praksisveiledningen for studentene har blitt styrket ved å innføre et kompetanseutviklingsprogram for deres praksisstudier.

I henhold til Meld. St. 10 (2012–2013) er kompetanseutvikling en viktig faktor for kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten (1). Pasienter med hjertesykdom er en omfattende målgruppe for intensivsykepleiere.

Hjertesykdom er en av de hyppigste dødsårsakene for både kvinner og menn i Norge (2). At studentene får strukturert veiledning i helsehjelp til denne pasientgruppen, kan bidra til økt pasientsikkerhet (1, 3).

Bakgrunnen for studien

Praksisstudiene ved master- og videreutdanningen i intensivsykepleie omfatter 45 studiepoeng, totalt 30 uker (3). Studentene ved Oslomet har praksisstudier ved ulike intensiv- og overvåkningsavdelinger ved flere sykehus i Oslo og Viken. Praksisstudiene fordeles over tre semestre i utdanningen.

Praksisstudier i spesialisthelsetjenesten er en avgjørende kvalifikasjonsarena for å utvikle handlingskompetanse i intensivsykepleie og utøve kunnskapsbasert praksis. Det vil si at helsehjelpen pasienten tilbys, baseres på forskningskunnskap, erfaringskunnskap og pasientkunnskap (4).

«Relevante praksisstudier er viktig for å øke arbeidslivsrelevansen i høyere utdanning.»

Å utøve faglig forsvarlig intensivsykepleie må læres i direkte samhandling med pasienter og pårørende. Bare på den måten kan studentene få erfaringer og utfordringer som er komplekse nok til at læringsutbyttet for utdanningen kan nås.

I sykepleie til akutt og/eller kritisk syke pasienter må beslutninger ofte fattes raskt. Gjennom praksisstudiene tilegner studentene seg praktisk erfaring slik at de kan utvikle en umiddelbar forståelse av pasientsituasjoner og hvilken kunnskap og handling situasjonen krever. Relevante praksisstudier er viktig for å øke arbeidslivsrelevansen i høyere utdanning (3, 5–8).

HIO er en viktig samarbeidspartner for universitetet

HIO er en kombinert hjerteintensiv- og overvåkningsavdeling med 13 sengeplasser, hvorav tre er respiratorplasser. Avdelingen behandler akutt og kritisk syke pasienter med hjertesykdom, men også pasienter med andre alvorlige medisinske diagnoser.

HIO har regionansvar for å behandle pasienter med ST-elevasjons hjerteinfarkt (STEMI), pasienter med hjertestans med sannsynlig kardial årsak samt andre kritisk syke hjertepasienter fra store deler av østlandsområdet.

Avdelingen er en viktig samarbeidspartner for universitetets master- og videreutdanning i intensivsykepleie og har til enhver tid tre–fire studenter fra Oslomet. Studentene har fem–sju ukers praksisstudier i avdelingen.

Prosjektet omfattet kompetanseutvikling for praksisstudier

Prosjektet var et kvalitetsforbedringsarbeid og gikk ut på å utvikle og implementere et kompetanseutviklingsprogram for praksisstudier i hjertemedisinsk intensivsykepleie, som er beskrevet i tabell 1 og figur 1.

Programmet omfattet helsehjelp ved akutte kardiovaskulære tilstander og problemstillinger som er typisk for avdelingen, som akutt koronarsyndrom (AKS), akutt hjertesvikt og hjertearytmier. Prosjektperioden varte fra august 2019 til mars 2021.

AKS er den vanligste tilstanden som behandles i avdelingen, med over 1000 pasienter årlig. Pasienter med AKS utgjør omtrent halvparten av innleggelsene ved HIO, og flestparten av disse har STEMI. I tillegg behandles mange pasienter med akutt hjertesvikt.

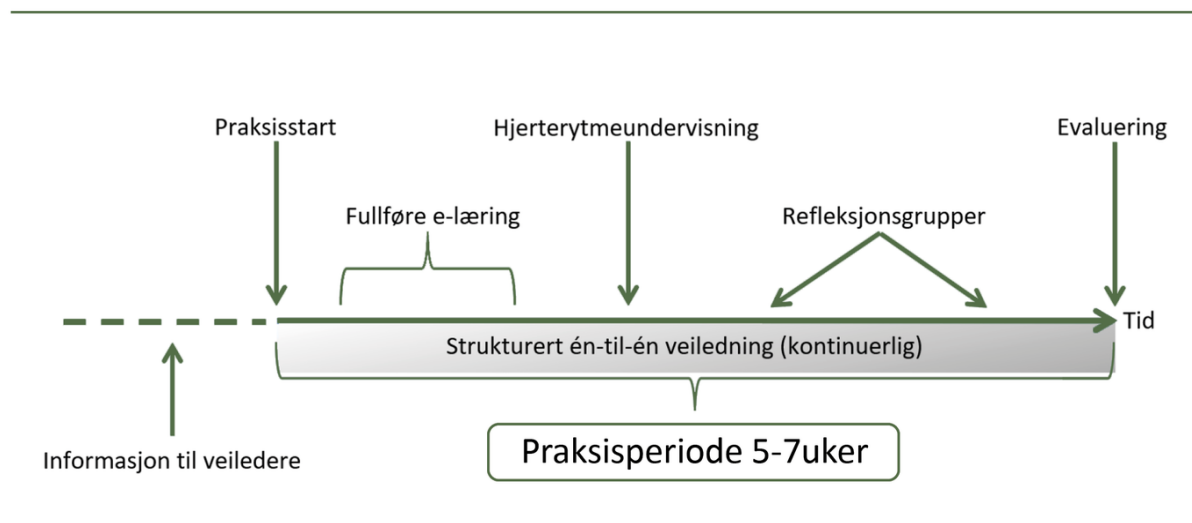
En del av disse har behov for ikke-invasiv overtrykksventilering (CPAP/BiPAP) (150–200 pasienter per år) og mekanisk sirkulasjonsstøtte (aortablongpumpe og Impella) (30–40 pasienter per år). HIO overvåker også pasienter med hjertearytmier.

I tillegg til innlagte pasienter ved HIO overvåkes omtrent 3500 pasienter årlig med trådløs hjerterytmieovervåkning (telemetri) fordelt på sju medisinske sengeposter. Avdelingen behandler også hjertestanspasienter som har behov for respiratorbehandling og målrettet temperaturkontroll.

Tabell 1. Kompetanseutviklingsprogram for praksisstudier i hjertemedisinsk intensivsykepleie

Tema	Innhold	Ansvar for gjennomføring
Akutt koronarsyndrom	E-læringskurs om helsehjelp ved akutt koronarsyndrom Veiledning i refleksjonsgrupper om intensivsykepleierens funksjon og ansvar ved helsehjelp til pasienter med STEMI Én-til-én-veiledning i pasientsituasjoner	Student Praksisveileder* og kontaktlærer* Praksisveileder*
Akutt hjertesvikt	E-læringskurs om helsehjelp ved akutt hjertesvikt Veiledning i refleksjonsgrupper om intensivsykepleierens funksjon og ansvar ved helsehjelp til pasienter med akutt hjertesvikt Én-til-én-veiledning i pasientsituasjoner	Student Praksisveileder* og kontaktlærer* Student og praksisveileder*
Hjerterytmier	Seks timer med undervisning om systematisk hjerterytmeanalyse Én-til-én-veiledning i pasientsituasjoner	Praksisveileder* Student og praksisveileder*

*Med praksisveileder menes fagpersonen fra praksisstedet som har ansvar for å følge opp studenten som er i praksis. Med kontaktlærer menes fagpersonen ved utdanningsinstitusjonen som utgjør et bindeledd mellom praksisstedet og utdanningen, og som bidrar i pedagogiske og faglige spørsmål (8, s. 15).

Figur 1. Kompetanseutviklingsprogram

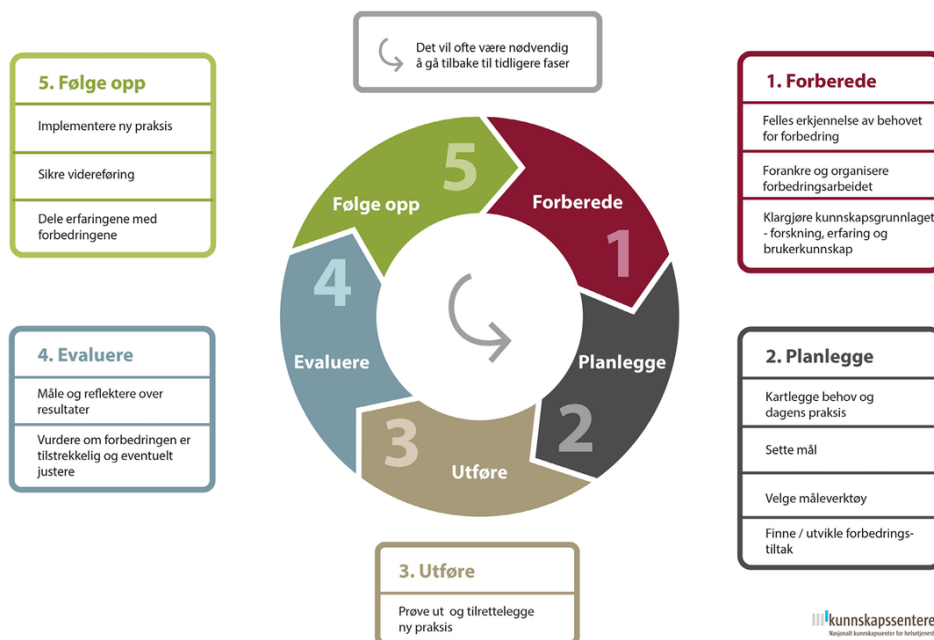
Metode

På makronivå i arbeidsprosessen fulgte vi Kongsmo og medarbeideres (2015) modell for kvalitetsforbedring (se figur 2) (10). Modellen beskriver arbeidsprosessen ved kvalitetsforbedring som en femtrinnsprosess: *forberede, planlegge, utføre, evaluere og følge opp*.

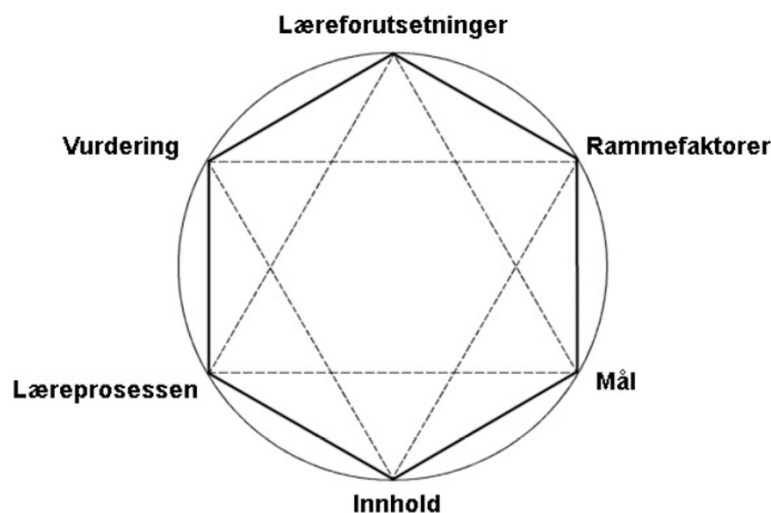
Modellen er en videreutvikling av Demings sirkel, en mye brukt modell for kvalitetsforbedring. På mikronivå i arbeidsprosessen brukte vi den didaktiske relasjonsmodellen for å utvikle selve programmet (se figur 3).

Didaktikk kan beskrives som praktisk-teoretisk planlegging, gjennomføring og kritisk analyse av undervisning og læring. Den didaktiske relasjonsmodellen omfatter ulike aspekter det er vanlig å ta hensyn til ved undervisning og veiledning (11).

Figur 2. Modell for kvalitetsforbedring (10)



Figur 3. Den didaktiske relasjonsmodellen (11)



Avdelingen trengte mer struktur i veiledningen

Avdelingen erkjente et behov for å forbedre praksisveiledningen som studentene fikk tilbud om. Veiledningen var preget av manglende struktur. Praksisstudienes innhold var tilfeldig og i stor grad personavhengig ut ifra hvilke praksisveiledere studentene ble tildelt.

For å bevisstgjøre studentene om pasientens fysiske og psykiske sårbarhet ved akutt og kritisk hjertesykdom erfarte også utdanningsinstitusjonen at det var behov for mer strukturert innhold i praksisveiledningen.

I samarbeid med master- og videreutdanningen i intensivsykepleie fikk HIO økonomiske midler fra universitetets samarbeidsmidler. Avdelingen brukte midlene til å frikjøpe prosjektgruppen i ulike stillingsprosenter under prosjektperioden. Prosjektgruppen omfattet tre personer: praksiskoordinatoren ved avdelingen, en fagsykepleier fra avdelingen og en førstelektor fra utdanningen.

Studentene skulle oppfylle læringsutbyttebeskrivelsen

Målet med prosjektet var å kvalitetssikre at studentene oppfylte læringsutbyttebeskrivelsen for praksisstudiene ved HIO (se tabell 2). Læringsutbyttebeskrivelsen for praksisstudiene ved HIO la grunnlaget for innholdet i programmet (se tabell 1).

«Læringsutbyttebeskrivelsen for praksisstudiene ved HIO la grunnlaget for innholdet i programmet.»

Med læringsutbytte mener vi det som en person *vet, kan* og er i stand til å *gjøre*, som et resultat av en læringsprosess. Læringsutbytte uttrykkes i form av kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse (8, s. 16).

Nivået på læringsutbyttet for både master- og videreutdanningen i intensivsykepleie er på nivå 7: master (2. syklus), jamfør Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring (NKR). NKR beskriver læringsutbytte for norske utdanninger og hvilket kvalifikasjonsnivå studentene skal ha etter fullført utdanning (12).

Tabell 2. Utdanningens læringsutbyttebeskrivelse for praksisstudier ved hjertemedisinsk intensiv og overvåking

Læringsutbytte	Betyr i praksis
Studenten har avansert kunnskap innenfor intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområder.	Studenten kan drøfte intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområder ved helsehjelp til pasienter med STEMI, akutt hjertesvikt og hjertearytmier.
Studenten har inngående kunnskap om intensivmedisinsk behandling av akutt og/eller kritisk syke.	Studenten kan drøfte medisinsk behandling ved STEMI, akutt hjertesvikt og hjertearytmier.
Studenten har avansert kunnskap om det å opprettholde og gjenopprette vitale funksjoner der det er truet.	Studenten kan drøfte intervensjoner for å opprettholde og gjenopprette vitale funksjoner der det er truet ved STEMI, akutt hjertesvikt og hjertearytmier.
Studenten har inngående kunnskap om pasientens og pårørendes opplevelser, reaksjoner og behov ved akutt og/eller kritisk sykdom i et alders- og flerkulturelt perspektiv.	Studenten kan drøfte pasientens og pårørendes opplevelser, reaksjoner og behov ved STEMI, akutt hjertesvikt og hjertearytmier.
Studenten kan observere, vurdere og identifisere pasientens generelle og spesielle behov, ressurser og problemer.	Studenten kan systematisk overvåke pasienter med STEMI, akutt hjertesvikt og hjertearytmier.
Studenten kan opprettholde og gjenopprette vitale funksjoner der de er truet.	Studenten kan opprettholde og gjenopprette vitale funksjoner der de er truet ved STEMI, akutt hjertesvikt og hjertearytmier.
Studenten kan gjennomføre helt eller delvis kompenserende intensivsykepleie ved alvorlig svikt i pasientens ressurser for å ivareta sine grunnleggende behov.	Studenten kan gjennomføre helt eller delvis kompenserende intensivsykepleie ved STEMI, akutt hjertesvikt og hjertearytmier.
Studenten kan forebygge komplikasjoner ved akutt og kritisk sykdom, avansert medisinsk behandling og intensivsykepleie.	Studenten kan forebygge komplikasjoner ved helsehjelp til pasienter med STEMI, akutt hjertesvikt og hjertearytmier.
Studenten kan analysere og forholde seg kritisk til eksisterende teori og metoder innenfor avansert medisinsk behandling og intensivsykepleie.	Studenten kan analysere og forholde seg kritisk til eksisterende teori og metoder for helsehjelp ved STEMI, akutt hjertesvikt og hjertearytmier.

Etter systematiske kunnskapssøk utarbeidet prosjektgruppen kompetanseutviklingsprogrammet høsten 2019. For å bestemme læreprosessen tok arbeidsgruppen utgangspunkt i det didaktiske redskapet MAKVIS, som står for *motivasjon, aktivisering, konkretisering, variasjon, individualisering og samarbeid* (14).

MAKVIS kan brukes som overordnede prinsipper ved undervisning og veiledning, men man trenger ikke å følge alle prinsippene slavisk (15).

Studentene fikk også e-læringskurs

For å skape variasjon i læreprosessen og motivere og aktivisere studentene valgte prosjektgruppen å bruke ulike didaktiske metoder som til sammen kunne bidra til studentenes læring. Én-til-én-veiledning i pasientsituasjoner var den tradisjonelle måten praksisveiledningen ble gjennomført på i avdelingen.

Det vil si at hver student ble tildelt en praksisveileder som veiledet «bedside» i pasientsituasjoner. Denne formen for veiledning ble nå styrket med e-læringskurs, veiledning av studentene i refleksjonsgrupper og en undervisningsdag om systematisk hjerterytmianalyse.

Det er ulike meninger om hvilken effekt e-læringskurs har for å utvikle helsepersonells kompetanse (16–18). Prosjektgruppen valgte allikevel å bruke e-læringskurs som en av flere didaktiske metoder.

«Det er ulike meninger om hvilken effekt e-læringskurs har for å utvikle helsepersonells kompetanse.»

Hensikten med e-læringskursene var å konkretisere innholdet ved å gi studentene en rask oversikt over pasientforløpene og behandlingsprinsippene ved AKS og akutt hjertesvikt. Vi ønsket også å dra nytte av andre fordeler med å bruke e-læringskurs, som at kursinnholdet er standardisert, slik at studentene får like læringsmuligheter.

E-læringskursene kan også bidra til å aktivisere studentene ved at kursene alltid er tilgjengelige og kan gjennomføres i rolige perioder i avdelingen. I samarbeid med sykehusets kompetanseutviklingsavdeling utviklet prosjektgruppen kursene, som omfattet informasjonsfilmer og tekstsider.

Refleksjonsgrupper var positivt for studentene

Refleksjon beskrives som et viktig element i praksisstudier (19). Men det er ikke alltid mulig å få tid til refleksjon ved én-til-én-veiledning i pasientsituasjoner. Pasientens fysiske og psykiske tilstand ved akutt og kritisk sykdom kan begrense denne muligheten.

Prosjektgruppen valgte derfor å sette av hele dager til refleksjon med studentene. Refleksjonsgruppene omfattet tre–fire studenter, og praksiskoordinatoren fra avdelingen og kontaktlæreren fra universitetet ledet veiledningen.

Refleksjonsgrupper med få studenter som ledes av en lærer og/eller praksisveileder, synes studentene er positivt. Det kan gi dem arenaer for faglig refleksjon underveis i praksisstudiene. Denne formen for veiledning kan aktivisere studentene og kan også bidra til å knytte teori og praksis sammen (5, 20).

At kontaktlæreren er med på å lede veiledningen, bidrar til at vedkommende må holde seg oppdatert i praksisfeltets problemstillinger. Slik oppdatering beskrives som en av kvalitetsindikatorerne for å fremme kvalitet i praksisstudiene (8, s. 7).

Veiledningen tok utgangspunkt i pasientcaser

Veiledningen i refleksjonsgruppene omfattet en systematisk gjennomgang av intensivsykepleierens funksjon og ansvar ved helsehjelp til pasienter med STEMI og akutt hjertesvikt. Veiledningen tok utgangspunkt i reelle pasientcaser og fokuserte på å ivareta ABCDE-prinsippene i helsehjelpen pasienten trenger. Pasientens psykososiale behov ble også vektlagt.

Undervisningen om systematisk hjerterytmearalyse omfattet å gå igjennom hjertets ledningssystem, forklare hva bølgene i EKG-et representerer, utregne hjertefrekvens, måle de ulike intervallene (PQ, QRS, QT) og vurdere ST-segmetet.

Videre i undervisningen ble de vanligste hjerterytmeforstyrrelsene presentert og forklart av ressurspersoner i avdelingen. Innholdet ble konkretisert ved at det ble vist aktuelle EKG-eksempler underveis i undervisningen. For å aktivisere studentene fikk de utlevert flere EKG-utskrifter som de selv skulle forsøke å analysere.

Praksisveilederne må få kunnskap om programmet

Gjennomføringen av programmet startet 3. februar 2020. I løpet av perioden februar 2020–mars 2021 hadde 14 studenter vært igjennom programmet.

For å kunne støtte studentene i deres læring og utvikling må praksisveiledere kjenne til utdanningens læringsutbyttebeskrivelser, innhold, arbeidsmåter, vurderingsformer og øvrige rammebetingelser (8, s. 51).

«For å være forberedt skulle studentene arbeide med e-læringsprogrammene før de hadde veiledning i refleksjonsgruppene.»

I starten av hver praksisperiode fikk derfor praksisveilederne informasjon om hensikten med programmet, programmets innhold og forventet læringsutbytte. Veilederne fikk også utdelt lommekort med råd for én-til-én-veiledningen med studentene.

For å være forberedt skulle studentene arbeide med e-læringsprogrammene før de hadde veiledning i refleksjonsgruppene. Veiledningen i refleksjonsgruppene ble gjennomført to ganger à fem timer i løpet av perioden studentene var i avdelingen.

Det vil si at hver student var med på to gruppeveiledninger: én dag om helsehjelp ved STEMI og én dag om helsehjelp ved akutt hjertesvikt. På grunn av smittevernregler under covid-19-pandemien ble gruppeveiledningen gjennomført digitalt på Microsoft Teams.

Prosjektet førte til bedre samarbeid

Kvaliteten i praksisstudier kan som nevnt knyttes til *struktur, samarbeid og veiledning*. Prosjektet førte til et bedre samarbeid mellom avdelingen og utdanningen. Avdelingen fikk mer kunnskap om utdanningen, og utdanningen fikk mer kunnskap om avdelingen og helsehjelpen pasienten trenger ved akutt og kritisk hjertesykdom.

Tilbakemeldingen fra studenter var at programmet fremmet struktur og forutsigbarhet i veiledningen. De uttalte at programmet bidro til

- å gjøre praksisstudiene i avdelingen meningsfulle
- at de i større grad så helheten i pasientsituasjonen ved STEMI og akutt hjertesvikt
- at de fikk økt handlingsberedskap og -kompetanse, og i større grad var forberedt i ulike pasientsituasjoner

Vi erfarte at aktiviteten fra studentene og samarbeidet mellom dem varierte i veiledningen. Det var lett for studentene å «gjemme» seg bak en svart skjerm. Den sosiokulturelle læringsprosessen der studentene deltar og bidrar i et læringsfellesskap med medstudenter, ble derfor muligens redusert.

Kvalitetsforbedringsarbeid må endre praksis

Hensikten med kvalitetsforbedringsarbeid er å endre praksis og skape vedvarende forbedringer (10, 21). Det vil si at forbedringen ikke lenger oppleves som en ekstra arbeidsprosess, men er en integrert og fast del av virksomheten (22).

Programmet vil derfor fortsette ut over prosjektperioden. HIO ønsker også å utvikle programmet med innhold om etterbehandling ved hjertestans. Personer som har hatt hjertestans, utgjør den største andelen av avdelingens pasienter som trenger respiratorbehandling. HIO har derfor spesiell kompetanse på denne behandlingsmetoden.

Referanser

1. Meld. St. 10 (2012–2013). God kvalitet – trygge tjenester: kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2012.
2. Folkehelseinstituttet (FHI). Helsetilstanden i Norge 2018. Folkehelse rapporten – kortversjon. Oslo: FHI; 2018.
3. Kunnskapsdepartementet. Forskrift om nasjonal rammeplan for videreutdanning i intensivsykepleie. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2005.

4. Meld. St. 13 (2011–2012). Utdanning for velferd. Samspill i praksis. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2013.
5. Billett S, Cain, M, Le AH. Augmenting higher education students' work experiences: preferred purposes and processes. *Studies in Higher Education*, 2018;43(7):1279–94.
6. Fetcher E, Kantardjiev K, Skeidsvoll KJ. Hva sier forskning, rapporter og evalueringer om kvalitet i praksis? Del av prosjektet Operasjon praksis 2018–2020. Oslo: NOKUT; 2019.
7. Meld. St. 16 (2016–2017). Kultur for kvalitet i høyere utdanning. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2016.
8. Universitets- og høgskolerådet (UHR). Kvalitet i praksisstudiene i helse- og sosialfaglig høyere utdanning: praksisprosjektet. Oslo: UHR; 2016.
9. Oslo universitetssykehus (OUS). Hjertemedisinsk intensiv og overvåkning. Kompetanseutviklingsmodell i hjertemedisinsk intensivsykepleie. Oslo: OUS; 2021. Tilgjengelig fra: <https://ehandboken.ous-hf.no/document/136320> (hentet 08.12.2021).
10. Kongsmo T, de Vibe M, Bakke T, Udness E, Eggesvik S, Norheim G, et al. Modell for kvalitetsforbedring: utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2015.
11. Hiim H, Hippe E. Praksisveiledning i lærerutdanningen: en didaktisk veiledningsstrategi. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2006.
12. Kunnskapsdepartementet. Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring (NKR). Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2011.
13. Oslomet. Videreutdanning i intensivsykepleie. Programplan. Oslo: Oslomet; 2018. Tilgjengelig fra: <https://student.oslomet.no/studier/-/studieinfo/programplan/VUINTEN/2018/HØST> (nedlastet 08.12.2021).
14. Sylte AL. Profesjonspedagogikk: profesjonsretting/yrkesretting av pedagogikk og didaktikk. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2013.
15. Lyngsnes K, Rismark M. Didaktisk arbeid. 4. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2020.

16. Vaona A, Banzi R, Kwag KH, Rigon G, Cereda D, Pecoraro V, et al. E-learning for health professionals. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;1(1):CDo11736.
17. Voutilainen A, Saaranen T, Sormunen M. Conventional vs. e-learning in nursing education: a systematic review and meta-analysis. *Nurse Educ Today.* 2017;50:97–103.
18. Warriner DR, Bayley M, Shi Y, Lawford PV, Narracott A, Fenner J. Computer model for the cardiovascular system: development of an e-learning tool for teaching medical students. *BMC Medical Education.* 2017;17:220.
19. Kantardjiev K, Wiggen KS, Kristiansen E. Praksis sett fra studieprogramleders perspektiv. Del av prosjektet Operasjon praksis 2018–2020. Oslo: NOKUT; 2019.
20. Helseth IA, Fetscher E, Wiggen KS. Praksis i høyere utdanning – gode eksempler. Del av prosjektet Operasjon praksis 2018–2020. Oslo: NOKUT; 2019.
21. Maher L, Gustafson D, Evans A. Guide til implementering og fastholdelse af ny praksis. 4. utg. Århus: Defactum; 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.defactum.dk/> (nedlastet 01.11.2021).
22. Stubberud D-G. Kvalitet og pasientsikkerhet. Sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2018.

FAGUTVIKLING

Operasjonssykepleieres ikke-tekniske ferdigheter er viktige for pasientsikkerheten

Operasjonssykepleieres evne til situasjonsforståelse og kommunikasjon kan redusere uheldige hendelser på operasjonsstua.

Kommunikasjon

Situasjonsforståelse

Pasientsikkerhet

Ikke-tekniske ferdigheter

Hensikten med denne artikkelen er å belyse operasjonssykepleieres ikke-tekniske ferdigheter «situasjonsforståelse» og «kommunikasjon» og deres betydning for pasientsikkerhet peroperativt.

Uheldige hendelser

Mellom 8 og 15 prosent av pasienter som blir innlagt på sykehus, opplever uheldige hendelser (1). Et eksempel på en uheldig hendelse kan være at svikt i kommunikasjonen mellom kirurg og operasjonssykepleier gjør at en kompress eller et instrument blir gjenglemt i pasienten.

Risikoen for skade er størst på operasjonsstua, hvor 41 prosent av alle uheldige hendelser på sykehus oppstår (2). Operasjonsstuer er komplekse omgivelser, hvor teknologi, kompetanse og ressurser må koordineres under tidspress (3).

Uheldig hendelse

En uheldig hendelse (engelsk *adverse event*) er en handling eller omstendighet som gjorde eller kunne gjort at det skjedde noe som ikke skulle skjedd. «Uheldig» er her synonymt med «uønsket» eller «utilsiktet». Uheldig sier ikke noe om årsak eller skyld, eller om hendelsen skyldes systemsvikt eller menneskelig feil, eller begge deler.

Kilde: Peder F. Hjort, Uheldige hendelser i helsetjenesten

Det kirurgiske teamet som arbeider direkte med pasienten på operasjonsstua, består av anestesisykepleiere, operasjonssykepleiere, anestesileger og kirurger med ulike spesialiseringer.

«Operasjonsstuer er komplekse omgivelser, hvor teknologi, kompetanse og ressurser må koordineres under tidspress.»

På grunn av de komplekse omgivelsene er det risiko for uklar kommunikasjon, motivkonflikt og feil som ikke stammer fra teknisk inkompetanse, men fra manglende ikke-tekniske ferdigheter (4). Hver kirurgisk pasient har rett til den høyeste kvaliteten av perioperativ sykepleie for å oppnå det forventede resultatet (5).

Ikke-tekniske ferdigheter

Siden operasjonssykepleie utøves i høyrisikosituasjoner, kreves det at operasjonssykepleiere har både tekniske og ikke-tekniske ferdigheter.

Tekniske ferdigheter er blant annet klargjøring og bruk av kirurgiske instrumenter og utstyr, utføring av kirurgisk vask og oppdekking, telling av kompresser og instrumenter samt å opprettholde steriliteten (2, 6, 7).

Ikke-tekniske ferdigheter kan defineres som «ulike kognitive og sosiale ferdigheter som komplementerer de tekniske ferdighetene og bidrar til sikker og effektiv utføring av oppgavene» (8, s. 1). Ikke-tekniske ferdigheter kan være for eksempel situasjonsforståelse, beslutningstaking, kommunikasjon, teamarbeid, ledelse, håndtering av trøtthet og stressmestring (8).

Situasjonsforståelse defineres som «det å holde oppmerksomheten på relevante aspekter av en situasjon». For operasjonssykepleiere betyr det å ha konsentrasjonen på pasienten, det kirurgiske inngrepet, instrumentene og utstyret (9).

Operasjonssykepleiere bør lytte og observere. Med bakgrunn i den innhentede informasjonen kan operasjonssykepleieren tenke fremover og forutse hva som kan skje, og deretter ta beslutninger på grunnlag av den totale situasjonsforståelsen (9).

Situasjonsforståelse

Dårlig kommunikasjon på operasjonsstua kan øke sannsynligheten for menneskelige feil, og dermed være en fare for pasientens sikkerhet (10).

Ikke-tekniske ferdigheter har fått økt oppmerksomhet i helsevesenet i tråd med arbeidet for å bedre pasientsikkerheten og redusere antallet uønskede hendelser og pasientskader (11).

«Manglende situasjonsforståelse kan føre til latente feil i arbeidsmiljøet, som igjen kan resultere i faktiske feil.»

Over halvparten av de uheldige hendelsene på operasjonsstua kan relateres til ikke-tekniske ferdigheter (2). Flere studier har vist at operasjonssykepleieres ikke-tekniske ferdigheter har stor betydning for pasientsikkerheten (2, 12–16).

Manglende situasjonsforståelse kan føre til latente feil i arbeidsmiljøet, som igjen kan resultere i faktiske feil (12, 17). Situasjonsforståelse kan defineres som ulike egenskaper det er viktig for operasjonssykepleiere å ha for å ivareta pasientens sikkerhet peroperativt.

Å lytte og se

Det er avgjørende at operasjonssykepleiere har evnen til å innhente informasjon for å forstå pasientens tilstand og forutse kirurgens behov (7, 13). Slik informasjon kan for eksempel være at pasienten har mye adherenser (sammenvoksinger i bukhulen), noe som kan føre til at et laparoskopiiingrep blir konvertert til laparotomi. Da er det av stor betydning at operasjonssykepleieren har instrumenter for laparotomi tilgjengelig.

Rasmussen og medarbeidere fremhever det viktige med å kunne oppfatte og forstå tidlige tegn på at et inngrep ikke forløper etter planen. En operasjonssykepleier skal ha «øre og øye» for det som skjer i feltet (2).

Funnene samsvarer med det studien til Sandelin og Gustafsson viser: En kontinuerlig oversikt over operasjonsfeltet er nødvendig for å være i forkant (14). Mitchell og medarbeidere viser at operasjonssykepleiere får bedre situasjonsforståelse ved for eksempel å lytte til samtaler mellom kirurger (18). På den måten kan operasjonssykepleiere være i forkant, slik at operasjonen går smidig.

Ifølge Mitchell og medarbeidere foretrekker kirurger operasjonssykepleiere som er fokusert, og som ikke har lett for å bli distraheret. Operasjonssykepleiere vil vite hva som kreves dersom de følger med i feltet (18).

«Irrelevant kommunikasjon kan skape et arbeidsmiljø som er for rikt på stimuli og dermed virker distraherende.»

Operasjonssykepleiere viser også situasjonsforståelse ved å bruke hint fra miljøet for å forstå pasientens tilstand og hvordan inngrepet utvikler seg, og for å forutse kirurgens behov (15, 18).

Sevdalis, Healey og Vincent viser at irrelevant kommunikasjon kan skape et arbeidsmiljø som er for rikt på stimuli og dermed virker distraherende (10). Distraksjon kan redusere operasjonssykepleieres evne til å holde oppmerksomheten og opprettholde situasjonsforståelsen, noe som kan ha stor innvirkning på pasientsikkerheten (19).

Erfaringer vi har fra praksis, er at det av og til kan være utfordrende for operasjonssykepleiere å holde oppmerksomheten peroperativt, på grunn av både irrelevant kommunikasjon og tilstedeværelse av mange personer, og det kan være vanskelig å si ifra til personer på operasjonsstua at de forstyrrer.

Å være i forkant

Operasjonssykepleieres ekspertise er å forutse kirurgens behov, noe som kan styrke pasientsikkerheten (17, 20) fordi det fører til at den kirurgiske prosedyren foregår på en smidig måte (2, 15, 18). For eksempel kan operasjonssykepleiere bidra til å stoppe blødninger på et tidlig tidspunkt, hvis kirurgen får tilgang til korrekte instrumenter og utstyr raskt når det oppstår blødninger.

Ifølge Riley og Manias er operasjonssykepleieres kunnskap om kirurgens arbeidsmåte en forutsetning for å kunne forutse kirurgens behov for instrumenter og utstyr peroperativt (21). Denne kunnskapen hindrer kirurgen i å bli distraheret, slik at han eller hun kan ha full oppmerksomhet på operasjonsfeltet (14).

Riley og Manias beskriver også hvordan operasjonssykepleiere forutser behov i tide, ved å ha kjennskap til ulike kirurgers væremåter (21). Denne kunnskapen gir operasjonssykepleiere mulighet til å tilpasse sin rolle for å assistere kirurgen mer effektivt (21, 7).

Operasjonssykepleieres gode situasjonsforståelse og evne til å tilpasse sin oppførsel oppfattes som beroligende og støttende på andre teammedlemmer i en stressende situasjon (7), noe vi selv har erfart.

Kommunikasjon

Opptil 70 prosent av uheldige hendelser innen kirurgien skyldes svikt i kommunikasjon (6, 22). Ifølge Cvetic bidrar god kommunikasjon på operasjonsstua til økt pasientsikkerhet (23). Et operasjonsteam mottar informasjon fra flere kilder og bruker både verbale og nonverbale kommunikasjonsmetoder (7).

Verbal kommunikasjon

Det er av vesentlig betydning at operasjonssykepleiere deler informasjon med de andre i teamet, ved for eksempel at operasjonssykepleieren informerer kirurgen om at et nytt og skarpt knivblad er satt på knivskaftet. På den måten kan skade unngås, fordi kirurgen da kan legge mindre trykk på knivbladet.

Bekreftelse på det som blir sagt av kirurgen, fører til at kirurgen unngår å ta blikket vekk fra operasjonsfeltet, slik at tid og oppmerksomhet ikke går tapt (18).

«Closed loop» kommunikasjonsteknikk er en av de viktigste aspektene av kommunikasjon på operasjonsstua. Teknikken optimaliserer kommunikasjonen og bygger en felles situasjonsforståelse for teammedlemmene, noe som bidrar til økt pasientsikkerhet (13,16, 24).

«Closed Loop»-kommunikasjon

Closed loop-kommunikasjon involverer tre aspekter: Først formidler avsender en beskjed, deretter får mottaker beskjeden, aksepterer den og gir tilbakemelding, og til slutt dobbeltsjekker avsenderen at beskjeden blir korrekt mottatt, forstått og fulgt opp.

Kilde: Salas E, Sims DE, Burke CS. Is there a «Big Five» in teamwork?

I praksis innebærer det at når kirurgen ber om noe, skal operasjonssykepleiere ikke bare utføre det, men også bekrefte det muntlig. Dette gir både kirurgen og operasjonssykepleiere mulighet til å sjekke om de har forstått hverandre.

Closed loop -kommunikasjon gir mottaker mulighet til å kontrollere om informasjonen blir oppfattet korrekt, og gir avsender mulighet til å rette opp ved en eventuell misforståelse. Erfaring fra praksis viser at ikke alle operasjonssykepleiere er like flinke til å benytte denne teknikken peroperativt, noe som kan føre til misforståelser og at uheldige hendelser inntreffer.

Nonverbal kommunikasjon

Det er ikke alltid mulig eller hensiktsmessig å snakke sammen under et inngrep. Nonverbal kommunikasjon er derfor også en avgjørende ferdighet på operasjonsstua for å formidle beskjeder uten å distrahere de øvrige medlemmene i det kirurgiske teamet (15).

Mitchell og Flin understreker at peroperativ verbal kommunikasjon bør være minimal for å forebygge kryssinfeksjon på grunn av smittestoff som kan komme fra luftveiene. Munnbind kan hindre smittespredning, men forskerne påpeker at peroperativ verbal kommunikasjon kan bli hemmet hvis teammedlemmene må bruke munnbind (20).

«Peroperativ verbal kommunikasjon bør være minimal for å forebygge kryssinfeksjon på grunn av smittestoff som kan komme fra luftveiene.»

Mitchell og medarbeidere viser hvordan operasjonssykepleiere tar i bruk et blick og en håndbevegelse for å kommunisere med andre teammedlemmer, noe som bidrar til effektiv gjennomføring av inngrepet (18). Operasjonssykepleiere tolker også kirurgens nonverbale kommunikasjon og assisterer ham eller henne ut fra de signalene (14).

Operasjonssykepleiere kan oppleve ikke å bli ansett som kompetente dersom de ikke er i stand til å tolke og formidle kompleks klinisk informasjon videre til teammedlemmer (23).

Operasjonssykepleieres bevissthet om sin egen nonverbale kommunikasjon må anses som spesielt viktig i denne situasjonen. Feil signaler kan gi feilaktig situasjonsforståelse i teamet, som i sin tur kan øke faren for uheldige hendelser.

Vår erfaring fra praksis er at det av og til kan være utilstrekkelig med bare nonverbal kommunikasjon, og at også verbal kommunikasjon er nødvendig for oppdatering av situasjonen.

Betydning av erfaring

Gillespie og medarbeidere hevder at evnen til å være i forkant baserer seg på tidligere erfaring fra liknende situasjoner. Operasjonssykepleiere som har erfaring med mange ulike pasientgrupper og kirurgiske prosedyrer, vil ifølge Gillespie og medarbeidere mer sannsynlig kunne forutse kirurgens behov (23).

Uerfarne operasjonssykepleiere vet ikke hva de skal se etter, mens erfarne operasjonssykepleiere beholder kontrollen ved uventede hendelser og mestrer de praktiske og tekniske utfordringene (15).

Vår erfaring fra praksis er at uerfarne operasjonssykepleiere ikke alltid har en tilstrekkelig god situasjonsforståelse. De uerfarne kan ha problemer med å fange opp og/eller forstå det som blir sagt som er av betydning for at inngrepet skal bli gjennomført på best mulige måte. Dermed er det vanskelig å være forberedt på eller i forkant av hendelser som oppstår.

Rasmussen og medarbeidere viser at det er behov for erfaring fra ulike inngrep for å omsette kunnskap til selvstendige vurderinger og tiltak (2).

Ifølge Flin og medarbeidere danner man seg et mentalt bilde, formet av den erfaringen man har, og den informasjonen som blir gitt. De uerfarne har færre mentale bilder å referere til og må derfor bruke mer tid og energi på å forstå signalene de mottar (8).

Situasjonsforståelsen blir imidlertid ikke automatisk bedre med alder og erfaring. God situasjonsforståelse oppnås ved å lære og trene (25). Erfaring fra praksis viser at det å være i forkant av hendelser krever både teoretisk kunnskap og erfaringskunnskap.

Teoretisk kunnskap kan man lese seg til. Erfaring kan man derimot bare få gjennom å praktisere.

Arbeidsstil

Mindre erfarne operasjonssykepleiere har en tendens til kun å fokusere på én spesifikk oppgave og ikke operasjonen som helhet, noe som begrenser deres situasjonsforståelse (8, s. 23–29, 19).

Det samsvarer med erfaringer vi har fra praksis, hvor uerfarne operasjonssykepleiere har problemer med å vurdere hva som må være i forgrunnen, og hva som kan være i bakgrunnen for deres oppmerksomhet.

Nestel og Kidd viser at operasjonssykepleiere som jobber sammen lenge og kjenner hverandre godt, er mye flinkere til å tolke hverandres nonverbale kommunikasjon (24). Uerfarne operasjonssykepleiere kan ha problemer med å forstå nonverbal kommunikasjon i teamet, som for eksempel betydningen av et blikk eller en håndbevegelse (2).

Vår erfaring fra praksis er at kjente og erfarne operasjonssykepleiere stoler på taus kunnskap og innarbeidede rutiner, som er utviklet gjennom en forståelse av arbeidsmiljøet og kollegers arbeidsstil.

«Kjente og erfarne operasjonssykepleiere stoler på taus kunnskap og innarbeidede rutiner.»

Det kan ikke forventes at uerfarne operasjonssykepleiere har kunnskap om alle kirurgiske prosedyrer eller forstår alt i den peroperative kommunikasjonen. Å bli møtt med forståelse og medmenneskelighet fra de erfarne kollegaene kan ha en positiv innvirkning på både selvfølelsen og opplevelsen av læring (2).

Vi har selv opplevd at uerfarne operasjonssykepleiere stadig må stille spørsmål. Det er helt essensielt at nye operasjonssykepleiere etterspør veiledning for å kunne bli dyktige i yrket.

Konklusjon

Studier viser at operasjonssykepleieres situasjonsforståelse reduserer forekomsten av uheldige hendelser og avverger skader peroperativt. Situasjonsforståelse er å ha «øre og øye» for det som skjer i operasjonsfeltet, anvende hint fra miljøet og være i forkant.

For å være i forkant er det viktig at operasjonssykepleiere kjenner kirurgens arbeids- og væremåte. Nonverbal kommunikasjon er like viktig som verbal kommunikasjon. Operasjonssykepleieres erfaring er videre av stor betydning for utviklingen av både situasjonsforståelse og gode kommunikasjonsferdigheter.

Implikasjon for praksis

Situasjonsforståelse og kommunikasjon bør få økt oppmerksomhet ved utdanning av sykepleiere og i utøvelse av sykepleie. Undervisning om ikke-tekniske ferdigheter under utdannelsen kan øke sykepleieres forståelse for det viktige med god kommunikasjon og relevant oppfattelse i og av situasjoner.

De ulike aspektene av situasjonsforståelse og kommunikasjon som blir beskrevet i denne artikkelen, kan være nyttige for både nyutdannede og erfarne operasjonssykepleiere, og ikke minst for operasjonssykepleierstudenter som ønsker å få et innblikk i det belyste temaet.

Videre kan funnene også ha overføringsverdi for andre deler av sykepleien. Vi mener at situasjonsforståelse og gode kommunikasjonsferdigheter ikke bare er viktig for operasjonssykepleiere, men også for alle andre sykepleiere, med tanke på pasientsikkerhet.

Det at den peroperative pasientsikkerheten øker når operasjonssykepleiere har gode ikke-tekniske ferdigheter, taler imot den pågående diskusjonen om hvorvidt det skal utdannes operasjonsteknikere med fagbrev. Vi mener at pasienten og det kirurgiske teamet må ha deltakere som har erfaring som sykepleiere og operasjonssykepleierutdanning for å kunne ivareta pasienten på best mulig måte.

Referanser

1. Tinnå M. Hva er pasientsikkerhet? [internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 14.08.2009 [sitert 11.02.2018]. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/pasientsikkerhet/hva-er-pasientsikkerhet>
2. Rasmussen G, Wangen MG, Torjuul K. Ikke-tekniske ferdigheter i utøvelsen av operasjonssykepleie. Nordisk sygeplejeforskning. 2015;5(4):397–410. Tilgjengelig fra: <http://www.nsflos.no/Filer/Artikler/Ikke-tekniske%20ferdigheter%20i%20ut%C3%B8velsen%20av%20operasjonssykepleie.pdf> (nedlastet 03.04.2018).
3. Mishra A, Catchpole K, McCulloch P. The Oxford NOTECHS System: reliability and validity of a tool for measuring teamwork behaviour in the operating theatre. Qual Saf Health Care. 2009;18(2):104–8. Tilgjengelig fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19342523> (nedlastet 03.04.2018).

4. Awad SS, Fagan SP, Bellows C, Albo D, Green-Rashad B, De La Garza M, et al. Bridging the communication gap in the operating room with medical team training. *The American Journal of Surgery*. 2005;190(5):770–74. Tilgjengelig fra: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000296100500646X> (nedlastet 03.04.2018).
5. World Health Organization. WHO Guidelines for safe surgery 2009: safe surgery saves lives. Genève: WHO; 2009. Tilgjengelig fra: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44185/1/9789241598552_eng.pdf (nedlastet 03.04.2018).
6. Gillespie BM, Chaboyer W, Murray P. Enhancing communication in surgery through team training interventions: a systematic literature review. *AORN Journal*. 2010;92(6):642–57. DOI: [10.1016/j.aorn.2010.02.015](https://doi.org/10.1016/j.aorn.2010.02.015)
7. Kang E, Gillespie BM, Massey D. What are the non-technical skills used by scrub nurses? An integrated review. *ACORN: The Journal of Perioperative Nursing in Australia*. 2014;27(4):16–25. Tilgjengelig fra: <http://hdl.handle.net/10072/69985> (nedlastet 03.04.2018).
8. Flin R, O'Connor P, Crichton M. Safety at the sharp end: a guide to non-technical skills. Aldershot: Ashgate; 2008.
9. DIMS. SPLINTSdk håndbog. Et redskab til observation af og feedback på operationspersonalets ikke-tekniske færdigheder [internett]. Herlev: Region Hovedstaden; 2014 [sitert 15.02.2018]. Tilgjengelig fra: <https://www.regionh.dk/CAMES/Forskning/Forskningsprojekter/Documents/SPLINTSdk%20håndbog.pdf?rhKeywords=SPLINTSDK#search=SPLINTSDK>
10. Sevdalis N, Healey AN, Vincent CA. Distracting communications in the operating theatre. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2007;13(3):390–94. DOI: [10.1111/j.1365-2753.2006.00712.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2006.00712.x)
11. White N. Understanding the role of non-technical skills in patient safety. *Nursing Standard*. 2012;26(26):43–8. DOI: [10.7748/ns2012.02.26.26.43.c8972](https://doi.org/10.7748/ns2012.02.26.26.43.c8972)
12. Siu J, Maran N, Paterson-Brown S. Observation of behavioural makers of non-technical skills in the operating room and their relationship to intra-operative incidents. *The surgeon*. 2016;14(3):119–28. DOI: [10.1016/j.surge.2014.06.005](https://doi.org/10.1016/j.surge.2014.06.005)
13. Gillespie BM, Gwinner K, Fairweather N, Chaboyer W. Building shared situational awareness in surgery through distributed dialog. *J Multidiscip Healthc*. 2013;6:109–18. DOI: [10.2147/JMDH.S40710](https://doi.org/10.2147/JMDH.S40710)

14. Sandelin A, Gustafsson BÅ. Operating theatre nurses' experiences of teamwork for safe surgery. *Nordic Journal of Nursing Research*. 2015;35(3):179–85. DOI: [10.1177/0107408315591337](https://doi.org/10.1177/0107408315591337)
15. Rasmussen G, Torjuul K. Å være forberedt på det uventede – operasjonssykepleieres ferdigheter i å håndtere uventede hendelser på operasjonsstua. *Vård i Norden*. 2012;32(4):39–43. Tilgjengelig fra: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/010740831203200409> (nedlastet 03.04.2018).
16. Gillespie BM, Harbeck E, Kang E, Steel C, Fairweather N, Chaboyer W. Correlates of non-technical skills in surgery: a prospective study. *BMJ Open*. 2017;7(1):1–9. DOI: [10.1136/bmjopen-2016-014480](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014480)
17. Alfredsdottir H, Bjornsdottir K. Nursing and patient safety in the operating room. *Journal of Advanced Nursing*. 2008;61(1):29–37. DOI: [10.1111/j.1365-2648.2007.04462.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04462.x)
18. Mitchell L, Flin R, Yule S, Mitchell J, Coutts K, Youngson G. Thinking ahead of the surgeon. An interview study to identify scrub nurses' non-technical skills. *International journal of Nursing Studies*. 2011;48(7):818–28. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2010.11.005](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.11.005)
19. Gillespie BM, Chaboyer W, Fairweather N. Interruptions and miscommunications in surgery: an observational study. *AORN*. 2012;95(5):576–90. DOI: [10.1016/j.aorn.2012.02.012](https://doi.org/10.1016/j.aorn.2012.02.012)
20. Mitchell L, Flin R. Non-technical skills of operating theatre scrub nurse: literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 2008;63(1):15–24. DOI: [10.1111/j.1365-2648.2008.04695.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04695.x)
21. Riley RG, Manias E. Governance in operating room nursing: nurses' knowledge of individual surgeons. *Social Science & Medicine*. 2006;62(6):1541–51. DOI: [10.1016/j.socscimed.2005.08.007](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.007)
22. Gillespie BM, Chaboyer W, Wallis M, Chang H-YA, Werder H. Operating theatre nurses' perceptions of competence: a focus group study. *Journal of Advanced Nursing*. 2009;65(5):1019–28. DOI: [10.1111/j.1365-2648.2008.04955.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04955.x)
23. Cvetic E. Communication in the perioperative setting. *AORN Journal*. 2011;94(3):261–70. DOI: [10.1016/j.aorn.2011.01.017](https://doi.org/10.1016/j.aorn.2011.01.017)

24. Nestel D, Kidd J. Nurses' perceptions and experiences of communication in the operating theatre: a focus group interview. BMC nursing. 2006;5(1). DOI: [10.1186/1472-6955-5-1](https://doi.org/10.1186/1472-6955-5-1)

25. Stubbings L, Chaboyer W, McMurray A. Nurses' use of situation awareness in decision-making: an integrative review. Journal of Advanced Nursing. 2012;68(7):1443-53. DOI: [10.1111/j.1365-2648.2012.05989.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05989.x)

FAGUTVIKLING

PVK-innleggelse: Anestesisykepleiere hjelper gjerne, men trenger ressurser

Det er vanlig at anestesisykepleiere bistår sykepleiere med å legge inn vanskelige PVK-er. Men det er sjelden bevilget verken tid, penger eller personale til dette arbeidet.

Anestesi

Komplikasjon

Kvantitativ studie

Perifer venekanylering

I studien til Gjerde og medarbeidere (1) påpeker de at anestesisykepleiere har nødvendig kompetanse og er ønsket av sykepleiere på sengeposter som ressurspersoner i ferdighetsøving for innleggelse av perifert venekateter (PVK).

«De fleste sykepleiere i sykehus har erfaring med å bruke en anestesisykepleier ved utfordrende venekanylering.»

De fleste sykepleiere i sykehus har erfaring med å bruke en anestesisykepleier ved utfordrende venekanylering. Det er uklart hvorvidt denne kompetansen er kjent hos annet helsepersonell, i hvor stor grad anestesisykepleieren bistår med innleggelse av PVK og/eller opplæring av annet helsepersonell, og hvorvidt bruken av anestesisykepleiere anerkjennes i form av ressurstildeling.

PVK-innleggelse krever kompetanse

En stor andel av dem som legges inn på sykehus, og som trenger medisinsk behandling, har behov for intravenøs administrering av medikamenter, væske, ernæring eller blod.

Gjerde og medarbeidere (1) refererer til at «[m]islykket etablering av PVK kan føre til at oppstarten av viktig behandling blir forsinket. Ved gjentatte forsøk på å etablere PVK utsettes pasienten for smertefulle stikk og ubehag. Videre kan komplikasjoner som blødning, infeksjon og arterie- og nerveskade oppstå rundt innstikksstedet etter mislykket kanylering» (2, 3).

En norsk studie viste at 32,4 prosent av PVK-ene var forbundet med ulike kliniske problemer som smerter, rødhet eller hevelse rundt innstikksstedet, kateterdislokasjon eller blod i infusjonssettet (4). Det er derfor viktig med kompetanse både i å legge inn og håndtere PVK for å unngå ubehag og pasientskade.

Anestesisykepleiere er ressurspersoner

Av grunnlagsdokumentet for anestesisykepleiere kommer det frem at anestesisykepleiere er «ressurspersoner ved hjerte-lunge redning, respirasjonssvikt, sirkulasjonssvikt, akutt kritisk sykdom og ved andre akutte omsorgsbehov i og utenfor sykehus» (5, s. 9), samt at de «deltar ved opplæring og informasjon til andre helseprofesjoner» (5, s. 16) innen ulike temaer.

Videre står det at anestesisykepleiere «bidrar med spisskompetanse ved behov for hensiktsmessig intravenøs tilgang, smertebehandling eller annen behandling i og utenfor sykehus» (5, s. 16).

Vi ville undersøke omfanget

I et møte med lokalgruppelidere i Anestesisykepleierne Norsk Sykepleierforbund (NSF) ble det bekreftet at anestesisykepleiere bistår med å legge inn PVK på hele sykehuset, og flere steder også med å lære opp sykepleiere på post eller annet helsepersonell.

Likevel hadde vi ingen oversikt over omfanget av denne virksomheten, om dette var en anerkjent anestesisykepleiefunksjon, eller om det var avsatt ressurser til å ivareta en slik «servicefunksjon» i sykehuset.

Anestesisykepleierne NSF's landsstyre sendte derfor ut en anonym spørreundersøkelse gjennom Universitetet i Oslos nettskjemaløsning over en toukersperiode i september og oktober 2021. Skjemaet ble sendt via faggruppens ledernetttverk, som inkluderer ledere fra hele Norge, ved store og små sykehus, lokalsykehus og universitetssykehus.

Siden undersøkelsen var helt anonym og ikke inneholdt identifiserende eller sensitiv informasjon, var det ikke behov for godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD). Utfylt og innsendt spørreskjema ble ansett som samtykke til å delta. Vi fikk inn totalt 31 svar.

Hvor mye bistår anestesisykepleierne?

Alle deltakerne svarte at anestesisykepleiere blir benyttet som spesialkompetanse for innleggelse av PVK utenfor operasjonsavdelingen. Av disse svarte 92,9 prosent at det forekom daglig. Videre viser resultatene at 78,6 prosent av avdelingene ikke er tilført ekstra ressurser for å ivareta denne funksjonen.

«78,6 prosent av avdelingene er ikke tilført ekstra ressurser for å ivareta denne funksjonen.»

Halvparten av deltakerne svarte også at anestesisykepleiere lærer opp personell fra andre avdelinger i hvordan de skal legge inn PVK. Om lag en tredel av avdelingene hadde kartlagt bruken av anestesisykepleiere til PVK-innleggelser. De fant ut at anestesisykepleierne brukte fra én time per dag til en og en halv stilling på dag- og kveldstid på å bistå med PVK-innleggelse utenfor anestesivdelingen.

I undersøkelsen svarte en leder med fritekst: «Bruker mange ressurser på PVK. Mer enn forventet. Mye tid går med til å gå til og fra diverse steder.» En annen leder svarte: «Et meget viktig felt som bør ses på av hensyn til ressurser og drift. Ser ikke ut til at denne spesifikke oppgaven er blitt ordentlig implementert i den daglige bruken av anestesisykepleierressursene gjennom mange, mange år.»

Er det sprik mellom kompetansebehov og ressurstilførsel?

I undersøkelsen rapporterte 57,1 prosent av avdelingene at anestesisykepleiere gjennomfører opplæring av ulikt omfang til annet helsepersonell enn sykepleiere, som for eksempel helsefagarbeidere.

Det er uklart hvilke vurderinger som er gjort med tanke på hvilken kompetanse som er nødvendig for å kunne legge inn PVK, og vi ser ikke bort fra at grundig opplæring av og ferdighetstrening for annet helsepersonell enn sykepleiere kan gi dem nødvendig teknisk ferdighet til å foreta selve kateterinnleggelsen.

I studien til Gjerde og medarbeidere (1) viste deltakerne blant annet til hektiske vakter, samtidighetskonflikter og sporadisk kompetanseheving som årsaker til at PVK-innleggelse er utfordrende.

Men de fremhevet også at «prosedyren er kompleks og kan være vanskelig å gjennomføre. Det er vanlig at pasienter utsettes for flere stikk når PVK skal etableres. Det kan gi komplikasjoner for pasienten og forsinker den medisinske behandlingen» (1, s. 16). Vi mener dette utsagnet viser til et sprik mellom kompetansebehov ved PVK-innleggelse og de ressursene som avsettes til å ivareta denne viktige funksjonen.

Fortsett gjerne med å bruke anestesisykepleiere!

Anestesisykepleiere gjør denne oppgaven med glede og møter mange takknemlige pasienter som sukker lettet når «de grønnkledde» kommer for å stikke. Anestesisykepleiere ser på denne oppgaven som et viktig bidrag til å hindre ubehag og komplikasjoner hos pasientene.

«Anestesisykepleiere gjør denne oppgaven med glede og møter mange takknemlige pasienter.»

Med denne artikkelen håper vi å sette søkelyset på anestesisykepleiernes rolle i PVK-innleggelse. Videre håper vi at sykehusene innser hvilket bidrag anestesisykepleierne yter, og dermed tildeler ekstraressurser for å ivareta dette tilbudet til pasientenes og personalets beste.

Referanser

1. Gjerde E, Moen A, Henni SH. Sykepleieres erfaringer og utfordringer med perifer venekanylering. Sykepleien Forskning. 2021;16(86808):e86808. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2021/08/sykepleieres-erfaringer-og-utfordringer-med-perifer-venekanylering> (nedlastet 11.10.2021).
2. Carr P, Higgins N, Cooke M, Mihala G, Rickard C. Vascular access specialist teams for device insertion and prevention of failure. Cochrane Database Syst Rev. 2018;3(3):CD011429. DOI: [10.1002/14651858.CD011429](https://doi.org/10.1002/14651858.CD011429)
3. Fields JM, Piela NE, Au AK, Ku BS. Risk factors associated with difficult venous access in adult ED patients. Am J Emerg Med. 2014;32(10):1179–82.
4. Høvik LH, Gjeilo KA, Lydersen S, Solligård E, Damås JK, Gustad LT. Bruk av perifere venekatetre ved to norsk sykehus. Tidsskr Nor Legeforen. 22.05.2020. DOI: [10.4045/tidsskr.19.0653](https://doi.org/10.4045/tidsskr.19.0653)

5. Anestesisykepleierne, Norsk Sykepleierforbund (NSF). Grunnlagsdokument for anestesisykepleiere. Oslo: NSF; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/zQCAUnQvcUEpG7XzVJXOgvrSk28s29Kom2gG4EZxhW7s5zspvF.pdf> (nedlastet 11.10.2021).



LES OGSÅ

En ny app kan forenkle studentveiledning i praksisstudier