

Ambulanseoverføring av pasienter mellom sykehus

Raymond Kvalfors Omnø
Anestesisykepleier ved Dagkirurgisk
avdeling, Sykehuset Østfold, Moss.

Transportmedisin er ikke et eget medisinsk fagfelt i Norge og faller gjerne under kategorien ambulansetjeneste/prehospital tjeneste, til tross for at den korrekte benevnelsen er interhospital. Å flytte pasienter fra ett sykehus til et annet innebærer å utsette dem for masse påkjenninger. Én dimensjon er det psykiske stress og ubehag den enkelte pasient måtte oppleve. Den andre dimensjonen er det fysiske. Bevegelser i form av risting, svingning, bremsing og akselerasjon, lyder, temperaturforandringer, og ikke minst tid på døgnet. For en pasient som er underlagt intensivbehandling fungerer forsvarsmekanismene mot dette stresset dårligere (1)

Pasienter overføres mellom sykehus fordi kritisk kompetanse eller behandling ikke er tilgjengelig ved det aktuelle sykehuset, eller fordi de skal tilbakeføres til lavere omsorgsnivå når behandling er gjennomført. Uavhengig om pasienten skal til høyere eller lavere behandlingsnivå er det mange som krever avansert overvåking og behandling under transporten. Derfor følger det ofte med ekstra personell fra sykehuset. Anestesisykepleierne NSF beskriver anestesisykepleieren som en del av teamet som ivaretar pasienter ved overføringer mellom sykehus. Anestesisykepleieren er ment å være



en forsterkning av teamet og skal bidra med medisinsk faglig kompetanse, anesthesiologisk erfaring og kompetanse i luftveishåndtering. Anestesisykepleieren skal håndtere potente medikamenter og avansert medisinsk materiell i ambulansen og tar egne beslutninger ut fra stående retningslinjer som angår dem. Når anestesisykepleieren står i situasjoner som utfordrer pasientsikkerheten eller sin kompetanse er det forventet at vedkommende skal konsultere relevant personell for veiledning eller assistanse (2).

Det interhospitalt feltet er en arbeidsplass med mange usikkerhetsmomenter. Både menneskelige, faglige og materielle ressurser er begrenset i en bilambulanse. Når uønskede eller uventede hendelser skjer under transport krever det personell med kunnskap, handlingskompetanse og gjerne en solid erfaringsbase til å takle disse. Jeg har selv utdanning og arbeidserfaring i sanitetstjeneste i forsvaret, og har jobbet som ambulansarbeider og sykepleier i ambulansetjeneste i mange år. Jeg har observert og fått jobbet sammen med mange dyktige og erfarne anestesisykepleiere som har hentet pasienter ved lokalsykehus i Nord-Norge. Dette har vekket min nysgjerrighet omkring deres vurderinger før og under transport. Hva er viktig å vite før du starter en overføring? Når går det erfaringsmessig galt? Hva er kritiske faktorer når man flytter pasienter som er alvorlig skadet eller syke mellom sykehus? Når går det bra?

Med utgangspunkt i dette søker denne artikkelen å belyse hvordan anestesisykepleiere ved et større sykehus i Østlandsområdet ivaretar pasientens sikkerhet i forbindelse med overflytting til andre sykehus i bilambulanse.

Artikkelen tar ikke for seg akutte hendelser hvor ambulans- eller primærhelsetjenesten har rykket ut, selv om anestesisykepleiere bistår i behandlingen. Artikkelen fokuserer utelukkende på pasienter som allerede mottar behandling i spesialisthelsetjenesten. Overføringer med helikopter og fly er heller ikke et fokus.



Metode

Ved det aktuelle sykehuset ble det i 2017-18 overført cirka 330 pasienter med ambulanse, hvor anestesisykepleier bistod.

Studien hadde et kvalitativt design, med bruk av individuelle dybdeintervjuer (n=4). Eneste inklusjonskriterium var at deltageren var anestesisykepleier som jobbet med transportmedisin. Alle ble intervjuet i arbeidstiden inne på selve operasjonsavdelingen. Intervjuene varte fra 25 til 35 minutter. Digital lydopptaker ble benyttet. Transkriberingen ble utført iht Malteruds beskrivelse av «slightly verbatim mode». Setninger som inneholder masse lyder, dialektord eller blir særdeles upresise i sin tekstform ble korrigert til det jeg mente informanten ønsket å formidle.

Malteruds (3) systematiske tekstkondensering ble valgt som analysemetode. Systematisk tekstkondensering ble gjennomført i fire trinn: 1) Gjennomlesing av intervjuene for å få inntrykk av temaer som er relevante, 2) Identifisering av meningsbærende enheter og vurdering inn i kodegrupper, 3) Kondensering og abstraksjon av tekstbiter fra alle informantene, og til slutt rekontekstualisering til en ny tekst, og 4) Analysering av den kondenserte teksten som har oppstått.

Det aktuelle sykehuset, Regional Etisk komite, lokalt personvernombud og Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) hadde ingen innvendinger til prosjektbeskrivelsen. Alle deltagerne fikk et informasjonsskriv med standardisert oppsett fra NSD. I dette skrevet ble

problemstilling, anonymisering og intervjuformen presentert. Dette skrevet var også en samtykkeerklæring som de fire som valgte å delta måtte underskrive.

Funn

Analyse av intervjuene identifiserte 2 kategorier med tilhørende subgrupper. Kategoriene var: «Sykepleierenes utøvende kunnskap og erfaring» og «Samarbeid, kommunikasjon og informasjon mellom helsepersonell»

Sykepleierens utøvende kunnskap og egenerfaring

Å være forberedt

Anestesisykepleierne beskrev at den kanskje viktigste fasen av et transportoppdrag ikke er selve transporten men tiden før pasienten havner i ambulansen. Den tiden de har til å planlegge og forberede selve overføringen. Planleggingen går blant annet i å analysere pasientens situasjon og se fremover hvordan dette kan utvikle seg under de påkjenningene en transport kan påføre pasienten. Deltagerne vurderte for eksempel faren for dislocering av tube – hvilke tiltak må til for å unngå det? Hva skjer hvis tuben faktisk dislocerer? En deltager sa følgende:

«Pasienter som skal til høyere behandlingsnivå er som regel ustabile. Du må tenke over hva som hva skjer underveis og være forberedt på det» (Anspl2)

Anestesisykepleierne hadde en egen akuttsekk med standardutstyr og medisiner for enkelte overføringer. Likevel kunne det hende at pasienten var påkoblet spesialutstyr eller fikk en type behandling som krevde medisiner ut over det som er i sekken. Dermed ble en del av planleggingen å klargjøre ekstra utstyr og medikamenter som skulle være med under overføringen. En fortalte:

«Jeg har ikke hatt dramatiske overføringer fordi jeg har vært godt forberedt på de sykeste pasientene» (Anspl3)

Det var ikke bare pasienten som kunne fallere men også materiellet som anvendes, og anestesisykepleierne måtte vurdere om ekstra batterier skulle være med, eller om det var nok oksygen til å drive respirator. Deltagerne tok slike faktorer med i sin forberedelse av pasienten allerede ved sengekanten. Som en fortalte:

«Jeg tenker at jeg alltid skal ha tre ganger medisin av det jeg regner med å bruke. Jeg har opplevd å få motorstopp i ambulansen, det er kø og det er rushtrafikk og omkjøringer» (Anspl2)

Stole på egen kunnskap og kompetanse

Som en del av forberedelsen og planleggingen til transport fortalte anestesisykepleierne at man må besitte en kunnskap til å vurdere pasientens medisinske situasjon. En deltager uttrykte:

«Alt kan ikke være ferdigbehandlet eller optimalisert når man skal overføre en pasient. Det er en grunn til at vedkommende skal overføres til et høyere nivå. Så man må akseptere hva som er «godt nok» og starte transport tidlig nok» (Anspl 4)

Anestesisykepleierne fortalte at de selv mener de har god kunnskap og kompetanse til å gi pasientene den behandlingen de trenger under transport. De velger fortløpende om tiltak er nødvendig eller om det er tryggere å utsette dem til de enten er fremme eller mottar assistanse. For eksempel er det å utføre en intubasjon en grunnleggende kompetanse alle anestesisykepleiere skal besitte. Likevel uttrykte alle at dette unngår de i det lengste mens de er ute. Pasientene er i utgangspunktet kritiske syke når de er i bilen, og i tillegg føler anestesisykepleierne seg alene om prosedyren. De har ofte ingen rundt seg som kan bistå hvis intuberingen går galt.

«Jeg kan intubere i bilen men når pasienten er skikkelig dårlig og du sitter der alene uten det utstyret du trenger for å gjøre det trygt så gjør du det helst ikke.

Det skal gjøres under kontrollerte forhold inne» (Anspl2)

I slike situasjoner ville derfor anestesisykepleierne alltid vurdere tiltak som har betraktelig mindre risiko men potensielt stor effekt, som for eksempel støtteventilering. Slike avgjørelser måtte de kunne ta, uten mulighet for konferering. Kunnskapen og kompetansen må utøves selvstendig og anestesisykepleierne understreket at dette er en forutsetning for å jobbe ute. Man må tørre å ta avgjørelser og stå for dem. To deltagere fortalte:

«Det er mye vi har lov til å gjøre uten å konferere lege. Likevel gjør jeg det. Jeg er ingen cowboy og er ansvarlig som anestesisykepleier. Jo mer kunnskap du har jo mindre flaut er det å spørre. Jeg har med årene, utdanning og erfaring blitt mer klok på å konferere om behandling som kan ramme pasienten» (Anspl3)

«Ute så har du deg selv å stole på. Du har ikke noe hjelp rundt deg. Alt du gjør bør forberedes mye bedre. Du må stå ved de beslutningene du tar, handle og være sikker på at du gjør det riktig. Du har ikke noe støtteapparat som kan fange opp feilene dine» (Anspl2)

Å lære av erfaring

Deltagerne fortalte at det kliniske blikket som kan identifisere problemer for transporten naturlig nok kommer med mengdetrening og erfaring. Å bygge seg opp denne modenheten må sees i sammenhengen med den selvstendigheten anestesisykepleierne mente er påkrevd for å kunne jobbe ute. Det å ha jobbet med kritisk syke pasienter på mange forskjellige avdelinger i sykehuset bygget også opp en god erfaringsbase. Derfor synes de det var en akseptabel utfordring, og generelt trygt, å ta på seg ansvaret med å transportere meget syke pasienter mellom sykehus. Som en deltager sa:

«Enkelte transporter er fortsatt spennende fordi pasientene faktisk er skikkelige dårlige, men det går alltid bra. Jeg gjør det jeg kan og det har gått bra til nå» (Anspl 2)

Selv om anestesisykepleierne mente de hadde mye erfaring fra andre avdelinger som hjelper dem i transportoppdrag beskriver enkelte en noe trang fødsel i faget. De måtte ikke gjennom noe formell opplæring eller læretid sammen med en anestesisykepleier som hadde erfaring med pasienttransport. De fikk oppgaven og ble satt på bil uten videre innføring. Dette førte til at anestesisykepleierne verken visste bedre rundt planlegging, informasjon eller materiellet i ambulansen før avreise. Dermed fikk noen en bratt læringskurve med de feilene som kommer raskt, som for eksempel for lite oksygen til å drive en ventilator eller for lite informasjon til å forutse potensielle hendelser underveis. En av de erfarne anestesisykepleierne uttrykte:

«Så da må du trække sporene selv, og det er skummelt og litt unødvendig. Man kunne heller skapt mer trygghet ved å overføre de erfaringene eldre anestesisykepleierne har» (Anspl 4)

Samarbeid, kommunikasjon og informasjon mellom helsepersonell

Å kunne si fra og få informasjon gir trygghet

Anestesisykepleierne opplevde at det er rom for å si fra når de ikke er trygge på en pasient. En viktig dimensjon var å få lov til å vurdere selv om man føler seg komfortabel med oppdraget. Vurderte de at det trengs ekstra følgepersonell for å gjennomføre transporten trygt så var kulturen slik at det er greit å be om det og de får som regel det de spør om. Hindringen for å kunne identifisere om man føler seg trygg på pasienten er avhengig av at rett helsepersonell er tilstede som kan gi en god rapport. Siden konkret informasjon om pasientens tilstand er viktig for både forberedelse, planlegging og gjennomføring av transporten kan hele oppdraget settes på vent inntil informasjon er blitt tilgjengelig. To deltagerne beskrev dette forskjellig:

«Er ikke rette legen tilstede kan jeg finne på å gå rundt og lete til jeg finner

vedkommende. Jeg gir meg ikke. Jeg skal ha rett informasjon før jeg føler meg trygg til å gjennomføre transport» (Anspl 1)

Anestesisykepleier 1 hadde betraktelig mindre erfaring med transportmedisin enn Anestesisykepleier 3, og sa:

«Henter vi pasient fra sengepost opplever vi at medisinerer ikke har kunnskap om hva som kan skje med deres pasient under transport. Dermed blir ikke informasjonen like god og det blir min erfaring og kunnskap som avgjør forberedelsen av pasienten» (Anspl 3)

Behandlerne påvirker transporten mer enn de tror

Når pasienter flyttes mellom sykehus utsettes de for påkjenninger som kan forverre deres tilstand. Anestesisykepleierne forteller at når behandlerne ikke har forståelse for dette eller har tatt hensyn til dette i sin behandling av pasienten påvirker dette oppdraget i form av at forberedelse til transport forlenges unødvendig. Deltagerne opplevde dette som viktig faktor som kan utløse uønskede hendelser; At det behandlerne faktisk ikke skjønner hva transport går ut på og derfor får anestesisykepleierne heller ikke til å gi den informasjonen de trenger. Der hvor behandlingsteamet er til stede og forbereder pasienten sammen med anestesisykepleieren var de beste overføringene, ifølge deltagerne selv. Da blir de sammen enige om hva som er best behandlingsforløp og hvilke kritiske hendelser som er normalt å forvente. Sengeposter og akuttmottak skilte seg, i følge deltagerne, ut i negative retning når det gjaldt forberedelser. Sengepostene manglet tidvis rett personell til å gi informasjon. I akuttmottaket kunne det være så kritisk med å komme seg av gårde at pasienten verken hadde påkoblet rett utstyr eller at spesifikk informasjon var tilgjengelig. Som en sa:

«De skumleste pasientene er de som kommer dårlig forberedt fra mottaket som brått skal til Oslo. De som ikke er

forberedt med innganger, sprøytepumper eller der det er vurdert intubasjon eller tilsett av de ferskeste anestesilegene. Ingenting er på stell. De blir fort en utfordring» (Anspl3)

Deltagerne uttrykte stor tillit og respekt for intensivavdelingens forberedelse av pasienten. Denne avdelingen er vant med at pasienter skal fraktes videre, dermed er ofte både behandling, informasjon og materiell tilpasset transport når anestesisykepleieren får oppdraget. I tillegg er anestesilegene tilknyttet denne avdelingen. Dermed ble det lettere for anestesisykepleierne å avtale relevant behandling på de mest syke pasientene.

En faktor som ikke var like verbalt tydelig, men som kom tydeligere frem under analysen var tillit til anestesilegene. Anestesisykepleierne ytret generelt stor tillit til sine anestesileger. Så lenge de kjente legen bak seg og hadde god mulighet for konferering underveis, var pasientens tilstand nærmest av mindre betydning. Én anestesisykepleier tok opp frykten for at legen på telefon ikke vil være enig i vedkommende vurdering, mens det kun nevnes et konkret eksempel av en annen deltager på at slikt har forekommet. Stort sett var anestesisykepleierne og legene enige om hva som er potensielle farer for transporten og hvordan man skal forebygge de.

«Jeg skrev før jeg dro at dette var mot min vilje å transportere denne pasienten uten at han var intubert, slik at jeg hadde mitt på det tørre, men det var ingen andre til å transportere så jeg måtte være med. Jeg kunne ikke overprøve en overlege, som også var en vikar og kanskje ikke like kjent med transportmedisin heller. I alle fall gikk det nesten dårlig på vei innover» (Anspl2)

Samarbeid og kommunikasjon i transportteamet

Anestesisykepleierne fortalte om et godt samarbeid med øvrig helsepersonell som skal følge pasienten og med ambulansetjenesten. Likevel beskrev det et behov for å tidlig kartlegge kompetansen til de som

følger med. Anestesisykepleierne følte at ansvaret for pasienten hvilte hos dem. Derfor gjorde de seg ganske tidlig opp en vurdering av teamets samlede kompetanse og erfaring med intensivpasienter. Virket det som om at erfaringen var begrenset, beskrev anestesisykepleierne en tydeligere kommunikasjon og en mer verbal planlegging med de andre i teamet for å bli enige om tiltak som kan bli nødvendige underveis. Dette gjaldt både ambulansepersonell, intensivsykepleiere eller anestesileger som følger med. Anestesisykepleierne tok det nesten som en forutsetning at erfaringene til de som følger med kan være sterkt varierende og at dette er noe man bare må justere seg etter.

«Når jeg merker at personell ikke er vant med det vi gjør kommuniserer jeg tydeligere med dem. Jeg blir mer konkret på hvilken hjelp jeg trenger og hva som f.eks skal trekkes opp og hvordan. Man må bare vite forkunnskapen til den man kjører med så går det fint» (Anspl4)

Deltagerne var bevisste på at dårlig kommunikasjon og «ufine kommentarer» fort kan snu arbeidsmiljøet under transporten. Blir arbeidsmiljøet dårlig fokuserer man på det negative og feil kan forekomme lettere. De mente hele teamet er avhengig av hverandre for at transporten skal bli bra. Generelt beskrev anestesisykepleierne et godt arbeidsmiljø med ambulansetjenesten, hvor ambulansepersonellet er meget interesserte i pasientens situasjon og hvordan overføringen skal gjøres best mulig.

«De beste turene er hvis du har en hyggelig tone med de du jobber sammen med og kan si ting på en ok måte hele veien fra du henter pasienten, i bilen og når du leverer» (Anspl 3)

Diskusjon

Alle deltagerne fokuserte på å forstå pasientens situasjon, forutse hva som kan gå galt og innhente informasjon fra det behandlende teamet, om å planlegge, og om viktigheten av god kommunikasjon og samarbeid. Disse elementene er kjent

fra tankegangen rundt Non-Technical Skills (ikke-tekniske ferdigheter, NTS) (4). Non-Technical skills kan defineres som «evne til kognitive, sosiale og personlige ressurser som kombinert med tekniske kunnskaper fører til en trygg og effektiv oppdragsløsning» (4) (min oversettelse).

Dette handler om å skaffe seg situasjonsforståelse - å skjønne hva er det som skjer. Når anestesisykepleierne fortalte om å planlegge, forberede og ta avgjørelse om når optimalisering er godt nok, handler dette om beslutningstaking - å skjønne hva som skal skje fremover, og ikke minst forebygge det som ikke skal skje. Anestesisykepleierne fortalte videre om kommunikasjon, teamsamarbeid og evne til å ta avgjørelser under oppdraget. Alt dette er godt kjente prinsipper innenfor Nurse Anesthetists Non-Technical Skills (NANTS). NANTS er et verktøy for å vurdere hvor godt anestesisykepleiere samarbeider og utfører oppgaver i simuleringssituasjoner. Verktøyet er delt opp i fire hovedkategorier: situasjonsforståelse, beslutningstaking, oppgavefordeling og teamsamarbeid. Hver kategori har sine underkategorier som beskriver tydeligere hva som menes. Bruk av NANTS i utdanning og simuleringer har visst effekt i form av bedre teamsamarbeid (5). Siden anestesisykepleierne anvender dette mer eller mindre ubevisst burde det være rimelig å anta at dette er med på å øke pasientsikkerheten under oppdrag.

Anestesisykepleiernes beskrivelser av mer tekniske forberedelser omkring pasient og materiell samsvarer med en norsk artikkel av Eiding, Kongsgaard og Braarud (6) hvor man intervjuet både ambulansepersonell, spesialsykepleiere og leger som jobber med transportmedisin. De fant at personalet bruker mye tid på å skape marginer for pasienten før selve transporten. Med marginer menes å behandle pasienten til å tåle påkjennningene under transport bedre, men også forberede og forenkle materiell slik at behandling underveis kan gis på mest effektive måte. Eiding et.al skriver at det er kun de erfarne legene

i deres intervjuer som understreker dette å skape marginer. I min studie er dette noe alle anestesisykepleierne la stor vekt på og understreket viktigheten av. Grunnlagsdokument for anestesisykepleiere poengterer slike forberedelser som en del av grunnkunnskapen til anestesisykepleiere. Siden anestesi er et kritisk fagfelt er det en viktig del av pasientsikkerheten å gjøre grundige vurderinger, preanestetisk vurdering, og forberede pasienten til å tåle de prosedyrene/behandlingen pasienten skal utsettes for.

For å eksemplifisere evne til å stole på egen kunnskap ble intubering av pasient nevnt av flere deltagere. Intubasjon er en grunnkompetanse hos anestesisykepleiere, likevel er dette noe de vegrer seg i det lengste for å gjøre ute fordi de er alene med sin anestesikompetanse. Dette kan være forståelig da det bryter med det som regnes som faglig forsvarlig i Norge, hvor minst to anestesikompetente personell skal være tilstede ved intubering, og ikke minst at intubering utenfor sykehus uten anestesilegebistand er betraktelig mer risikofyllt (7, 8). Av egen erfaring vet jeg at ambulansepersonell i Norge har kunnskap og ferdigheter i grunnleggende luftveishåndtering, men det er ingen opplæring i bruk av de medikamentene anestesipersonell anvender ved luftveishåndtering. Basert på egen erfaring er det ingen kunnskap blant ambulansepersonell om uønskede/kompliserende hendelser rundt intubasjon. Anestesisykepleierne følte seg derfor etter min mening med rette alene ved en eventuell intubering av kritisk syk pasient i ambulansen. Når anestesisykepleiere valgte å avstå fra intubasjon og heller for eksempel støtteventilene vitner dette om en kompetanse og pasientsikkerhetstankegang som er viktig å ha utenfor sykehus. Man skal vite når man bør avstå fra tiltak, snarere enn å gjøre dem fordi man kan (9).

Det at anestesisykepleierne ikke måtte gjennom egen utdanning, kurs eller utsjekk før de begynte med transportmedisin sammenfaller med funnene

til Eiding et al. (6). Transportmedisin er noe de fleste begynner med uten verken kurs eller annen organisert erfarings-overføring. I Skottland kan det ofte være en LIS-lege (doctors in training) som følger kritisk syke pasienter på overføringer. Også her beskrives en virkelighet om å bli «kastet ut i det» uten verken kursing, relevant prosedyretrening eller erfarings-overføring fra mer erfarent personell (10). Anestesisykepleierne beskrev altså en introduksjon til faget som ikke er unik. Mens det i Storbritannia og Australia finnes guidelines som beskriver hvordan transportmedisin som fag skal utøves, med tanke på utdanning, utsjekk, personellsammen-setning og gjennomføring, viser det seg i praksis at disse retningslinjene ikke alltid følges. Det er i mange tilfeller uerfarne leger som blir satt til jobben (9, 11). Dette skiller seg fra Norge hvor det i bilambulanser som oftest er spesialisykepleiere som følger pasient. Det skiller seg også fra Storbritannia/Australia at anestesisykepleierne fortsetter med transporter når de har blitt erfarne. Ved sykehuset hvor deltagerne ble intervjuet er det fortsatt slik at anestesivdelingen kun gjør en generell vurdering av egnethet som godkjennes av avdelingsleder før man begynner med overføringer. Det kan være derfor alle deltagerne nevner erfaring som viktig for den enkelte anestesisykepleier som skal jobbe ute.

I en studie fra Canada har man sett på hvilke uønskede hendelser er mest vanlig i ambulansene under overføringer. De ser blant annet en klar sammenheng mellom å identifisere hemodynamisk ustabilitet før transport og muligheten til å motvirke kritiske blodtryksfall under transport. Tid til slik kartlegging og forebygging av behandlende helsepersonell er viktig i et pasientsikkerhetsperspektiv for anestesisykepleierne er gjort for avreise (12). Overtakelse av syke pasienter og informasjonsflyten som hører til er en meget kritisk periode. Jo sykere pasienten er jo mer kompleks blir overføringen av ansvar til annet

helsepersonell. Det har vært et kjent problem at kritisk informasjon kan forsvinne f.eks mellom overføring av pasient fra operasjonsstuer til post-op. Bruk av sjekklister har visst seg å være ett effektivt middel for å øke pasientsikkerhet i slike situasjoner (13). Bruk av sjekklister er også anbefalt i helsebibliotekets prosedyreforslag til overføring av pasienter (14). Selv om sjekklister, som ISBAR, er implementert ved det aktuelle sykehuset, nevner ingen av deltagerne aktiv bruk av slike sjekklister ved klargjøring til transport.

En annen faktor som går igjen i intervjuene er betydningen av anestesisykepleierens tillit til anestesilegene. Om ikke konkret sagt så var det underforståtte budskapet utvilsomt; Så lenge anestesilege og sykepleier har en god kommunikasjon og tillit til hverandre så skal det mye til for at anestesisykepleierne føler seg utrygg ute. Leonardsen (15) beskriver at anestesileger og anestesisykepleiere oftere ser på hverandre som et team i samarbeid, enn det mer hierarkiske samarbeidet mellom kirurg og operasjons-sykepleier. Mulig er det denne samarbeidsformen som henger igjen helt ut i ambulansen og som gjør at anestesisykepleierne kun trenger å vite at «jeg har legen på tråden». En gjennomtenkt sammensetning av personellet som skal flytte pasient er hensiktsmessig når alle i teamet respekterer og kjenner hverandres spesialiteter (9, 11). Kanskje er dette en sunn holdning i et ukontrollerbart arbeidsmiljø: «Jeg stoler ikke på deg før jeg vet hva du kan». Samtidig inneholder det en viss skepsis som mange muligens tenker er noe uforenlig med tillit. Leonardsen (15) presenterer videre at i operasjonsteamet er anestesilege og kirurg mer fokusert på det tekniske samarbeidet mellom helsepersonellet, mens sykepleierne er mer opptatt av det mellommenneskelige samarbeidet. I ambulansen har muligens anestesisykepleierne tatt til seg denne «vis meg hva du kan» tankegangen mot samarbeidende helsepersonell.

Anestesisykepleierne fremhevet et

arbeidsmiljø som er avhengig av at man kan prate med hverandre og unngå negative faktorer som tar fokuset vekk fra pasienten. Dette er velkjent tankegang for både alle som jobber sammen i team. Klar og bekreftende kommunikasjon (closed loop), respekt for hverandres profesjoner, ledelse og situasjonsforståelse er elementer som forsterker samarbeid og dermed gjør det enklere å ivareta pasientsikkerhet. (1, 11).

Konklusjon

Anestesisykepleierne bruker sin kunnskap og erfaring aktivt til å planlegge, forebygge uønskede hendelser og ivareta pasienters sikkerhet ved transport mellom sykehus. De er bevisste på egne begrensninger og kommuniserer og tar avgjørelser de mener er til pasientens beste. De anvender med dette prinsipper fra NANTS; anestesisykepleiers ikke-tekniske ferdigheter.

To fokusområder for kvalitetsforbedring er blant annet et organisert system for opplæring, og ikke minst erfarings-overføring for nye anestesisykepleiere som kommer inn i fagfeltet. Sjekklister synes å være et pasientsikkerhets-forbedrende tiltak som burde vært mer aktivt anvendt av anestesisykepleiere som deltar under transportoppdrag.

Det har vært virkelig tillitsvekkende og takknemlig å få samtale med anestesisykepleierne som delte mye av seg selv i intervjuene. Takk til dere.

En spesielt stor takk til Hanne i Helgelandssykehuset for teknisk hjelp

Referanser

1. Low A, Hulme J, Aneman A. *Abc of transfer and retrieval medicine*. Chichester, England: BMJ Books; 2015.
2. Grunnlagsdokument for anestesisykepleiere, (2016).

3. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. ed. Oslo: Universitetsforl.; 2017.

4. Flin RH, O'Connor P, Crichton M. Safety at the Sharp End: A Guide to Non-technical Skills: Ashgate; 2008.

5. 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. 2017. p. 37-46.

6. Eiding H, Kongsgaard UE, Braarud AC. Interhospital transport of critically ill patients: experiences and challenges, a qualitative study. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine. 2019;27(1):1-9.

7. Norsk Standard for anestesi, (2016).

8. Crewdson K, Lockey DJ, Røislien J, Lossius HM, Rehn M. The success of pre-hospital tracheal intubation by different pre-hospital providers: a systematic literature review and meta-analysis. Critical Care. 2017;21(1):31.

9. Kennedy M, Elcock M, Ellis D, Tall G. Pre-hospital and retrieval medicine: Clinical governance and workforce models.(Report). Emergency Medicine Australasia. 2017;29(4):467.

10. Paton L, Stenhouse J, Ruddy J, Howie N. Still Preparing to Fail by Failing to Prepare? A Survey of Trainees' Experience of and Training in Interhospital Transfers. Journal of the Intensive Care Society. 2014;15(1):43-7.

11. Hearn S, Shirley PJ. Retrieval medicine: a review and guide for UK practitioners. Part 2: safety

in patient retrieval systems. BMJ Publishing Group Ltd and the British Association for Accident & Emergency Medicine; 2006. p. 943.

12. Singh JM, Macdonald RD, Ahghari M. Critical Events During Land-Based Interfacility Transport. Annals of Emergency Medicine. 2014;64(1):9-15.e2.

13. Aase K. Pasientsikkerhet : teori og praksis. 3. utg. ed. Oslo: Universitetsforl.; 2018.

14. Mæhlum EH, Thomassen R, Ledel L, Amundgaard TK. Transport av intensivpasienter mellom sykehus. 2014.

15. Leonardsen A-CL. Tverrfaglig samarbeid i operasjonsteamet. Nordisk sygeplejeforskning. 2015;5(02):218-27 ER.



HAMILTON-T1

En fullverdig intensiv respirator for transport



Teleflex

Intranasal legemiddeladministrering leveres på en sikker, smertefri og effektiv måte



Teleflex

EZ-IO systemet gir hurtig, sikker og enkel intraossøs adgang



ZOLL

Ultra lett og kompakt monitor med sofistikerte og avanserte funksjoner

MAKING A DIFFERENCE

Vår oppgave og grunnlaget for vår tilstedeværelse, er å utgjøre en forskjell - hver eneste dag.

Sammen med våre partnere arbeider vi for å redde liv og forbedre livskvaliteten for folk som er i kontakt med våre produkter.

Medidyne

Tel. +47 67 53 01 400 | www.medidyne.no