

01|inspira

09

Tidsskrift for anesthesi- og intensivsykepleiere



Maskeventilering av langtkomne KOLS-pasienter • Klinisk stige på Barneintensivenheten • Informasjon til foreldre: Dag-kirurgisk inngrep med narkose • Problemer med postoperativ urinretensjon • Videreutdanning i prehospitaltarbeid i gang! • Postoperativ smertebehandling • Reisebrev fra Firenze



ISSN 0809 – 9707

Leder

ANNE MARIE GRAN BRUUN, Leder ALNSF
HILDEGUNN SYNNEVÅG, Leder NSFLIS



Er vi inne i en ny fase?

Flere av våre medlemmer har gitt uttrykk for at de ønsker en oppdatering i forhold til arbeidet med spesialistgodkjenningen. Det vi i utgangspunktet kan si, er at arbeidets intensitet har variert avhengig av hva som har skjedd sentralt både innad i egen organisasjon, men også i forhold til sentrale helsemyndigheter. Våren 2008 var til dels krevende for ALNSF fordi vi var usikre på organisasjonens vilje til å prioritere arbeidet med spesialistgodkjenning. Dette innebar en betydelig mobilisering innad i ALNSF, noe som medførte at spesialistgodkjenning som sak igjen ble satt på dagsorden. Spørsmålet da var på hvilke arenaer og i hvilken form arbeidet skulle videreføres.

I samarbeid med Berit Berg, utarbeidet ALNSF i september 2008 et høringsvar ift. Helsepersonellovens autorisasjonsordning. I svarbrevet fra HOD gis det uttrykk for at de har merket seg våre innspill og at de vil ta det med seg i det videre arbeidet ved evt. spesialistgodkjenning for nye grupper helsepersonell. Det kan i den sammenheng være verdt å nevne at det i en tilleggsutredning vedr. autorisasjon av helsepersonell som vi ble gjort kjent med desember 2008, uttalte Statens Helsetilsyn at de ikke finner det hensiktsmessig med en ny autorisasjon av autorisert helsepersonell basert på videre- eller spesialistutdanning. De skriver ”vi finner det naturlig her å vurdere å gi spesialistgodkjenning som tillegg til den autorisasjonen som spesialiseringen bygger på, for eksempel sykepleier med spesialistgodkjenning i anestesi.” Dette viser tydelig at det er et arbeid som pågår sentralt.

Det siste er at helseministeren nå ønsker å endre helsepersonellovens paragraf 53, som vil medføre at helsedirektorat ikke lenger kan delegere arbeidet med å godkjenne egne spesialister til fagorganisasjoner. Hensikten har vært å tydeliggjøre myndighetenes rolle i forhold til spesialistgodkjenninger, hvor staten skal ha et overordnet ansvar både administrativt, økonomisk og helsefaglig. Frem til nå har Legeforeningen, Optikerforeningen og Tannlegeforeningen godkjent egne spesialister. Denne ordningen kan opphøre, hvis helseministeren får det som han vil. I forhold til spesialistgodkjenning av anestesisykepleiere har målet hele tiden vært en myndighetsgodkjenning, noe som harmonerer godt med utspillet fra helseministeren. Samtidig er det verdt å merke seg at uansett system og forankring av godkjenningsordninger, er tett samhandling med de respektive fagorganisasjoner en forutsetning for å lykkes.

ALNSF er trygg på at det nå pågår et arbeid sentralt, så vår oppgave blir å utvikle gode og konstruktive strategier for å fremme vår sak videre. Et tiltak vi har forventninger til er videreføring av pilotsykehusprosjektet ved Sykehuset Østfold. I denne fasen vil systemer for kompetanseutvikling og interprofesjonelle relasjoner sett opp mot pasientsikkerhet, være områder som blir prioritert.

innsparinger og innstramming

Som i 2008 er innsparinger og innstramming i fokus. I Bergens Tidende skrev en sykepleier: ”La oss få gjøre jobben vår skikkelig” og påpeker flere punkter som er en forverring. Ledelsen ved Haukeland Universitetssykehus har sagt at nedskjæringer ikke skal påvirke det medisinske resultatet, men at vi bare må arbeide smartere. Antall stillinger skal bl.a. reduseres!

Noen intensivavdelinger tar studie-/fagdager ut av turnus, for å spare penger. De ansatte skal bruke ”ledig stund” i avdelingen for å holde seg faglig oppdatert. Er dette mulig, da pasientene kommer inn med svært kort varsel eller uten varsling? Hvordan kan man skaffe ”rom” for å holde seg faglig oppdatert? Noen avdelinger får ingen deltagere på kurs i år, det gis ikke permisjon eller kursstøtte.

Andre oppfordres til å sitte hjemme og oppdatere seg via programmer for sertifisering, på egen datamaskin og i sin egen fritid. Hvor er det blitt av faglig forsvarlighet og tilrettelegging?

I ”Sykepleien” nr. 2-2009 leser vi at sykepleiere ved Ahus har en drøm om å skifte fokus fra driftsproblemer til fagutvikling. Tanken er at sykepleiere/spesialsykepleiere skal brukes på et større område enn de har arbeidet på tidligere. Dette er en utfordring for våre intensivavdelinger. Vår kompetanse kan brukes på flere avdelinger enn på intensivavdelinger, men vi kan ikke bruke kompetansen til sykepleiere innen et begrenset område i våre avdelinger. Intensivsykepleiere har en ”generalistkompetanse” og en ”spesialistkompetanse”.

Det er mangel på intensivsykepleiere på en del sykehus, og mangelen øker. På Ahus er kun en av to intensivavdelinger åpnet etter innflytting i nytt sykehus. Det må tilføres mange nye stillinger for å åpne den andre. Er det mulig å få rekruttert mange nye intensivsykepleiere?

Ny kartlegging gjøres i vår for å se på behovet for intensivsykepleiere og bl.a. utdanningskapasiteten i høyskolene. Dokumentasjon på behovet for intensivsykepleiere og utdanningskapasitet er viktig.

Intensivstudenter har ulike finansielle ordninger – lønn, stipender eller ingen tilskudd. Flere takker nei til videreutdanningsplass pga liten / ingen økonomisk tilskudd, og plassene fylles ikke opp.

Endrer dette hvem som søker på våre videreutdanninger? Får vi yngre søkere med kortere praksis?

I ”Sykepleien” leser vi og at praksis for sykepleierstudenter er svært variable og at noe av det ikke følger rammeplanen. Hvilke sykepleiere blir utdannet? Dette kan få konsekvenser for våre videreutdanninger, da vi kan få intensivstudenter med svært kort praksis og manglende praksis på enkelte områder.

I høyskolene er fokus på økonomi blitt fremtredende, og i ”Sykepleien” står det: ”Jukser for å få studenter gjennom”. I våre videreutdanninger får utdanningsinstitusjonene økonomiske ”rammer” for utdanningen fra staten, i tillegg til at det betales pr. student som utdannes.

Fokus på funksjonsdyktighet hos intensivsykepleiere er like viktig som tidligere.

Vi må synliggjøre fakta og bekymringer til politikere. De må ansvarliggjøres for bevilgninger de gjør. Hvilken kompetanse ønsker befolkningen på våre avanserte avdelinger? Middelmådig eller den aller beste for seg og sine pårørende?

Anne Marie Gran Bruun
Leder ALNSF

Hildegunn Synnevåg
leder NSFLIS

inspira

Tidsskrift for anestesi- og intensivsykepleiere

Innhold i artikler står for forfatterens egen mening. Dette samsvarer ikke nødvendigvis med synet til styrene i ALNSF og NSFLIS eller redaksjonen.

All redaksjonell korrespondanse til ALNSF og NSFLIS sendes til:

Ansvarlig redaktør

Karin Jensvold
Gauselvågen 47, 4032 Stavanager
T arbeid: 97 54 05 14
M: 99 32 88 48
E: red.inspira@alnsflis.no

ALNSFs redaksjonsutvalg

Ragna Kleppa
T privat: 51 58 27 93
T arbeid: 51 83 41 66
E: ragna.kleppa@uis.no

Astrid Høie Bøe
T arbeid: 51 51 86 98
E: astbo@online.no

NSFLISs redaksjonsutvalg

Inger Emilie Værland
T privat: 51 86 10 90
T arbeid: 51 51 84 91
E: inger.emilie@amt.birkedal.no

Helga K. Langhelle Freyer
T arbeid: 51 51 91 38
E: helga.freyer@gmail.com

Anna Karlsen
T privat: 51 66 85 06
T arbeid: 51 51 91 38
E: karlsenanna@hotmail.com

Abonnement

Gratis distribuert til medlemmene av NSFLIS og ALNSF.
Andre abonnenter i Norge: 200,-
Abonnenter i andre nordiske land: 250,-

Bestilling av abonnement:
inspira@akuttjournalen.com

Annonser

Kjell O. Hauge
koh@akuttjournalen.com
M: +47 932 41 621
F: +47 51 74 14 81

Design

Akuttjournalen
Liv K. Norland
artdirector@akuttjournalen.com
T: +47 51 74 14 80

Materiellfrister

Nr 1 1. februar
Nr 2 1. mai
Nr 3 1. september
Nr 4 1. november

Utgivelsesdato

Nr 1 15. mars
Nr 2 15. juni
Nr 3 15. oktober
Nr 4 15. desember

ALNSF på internett

www.alnsf.no

NSFLIS på internett

www.nsflis.no

INNHOOLD

01
09



Leder 2
Anne Marie Gran Bruun, Leder ALNSF, Hildegunn Synnevåg, Leder NSFLIS

Maskeventilering av langtkomne KOLS-pasienter 5
Steinar Mathias Svimbil Mørken

Klinisk stige på Barneintensivenheten 8
Tove Gjellum, Hanne Birgit Alfheim

Informasjon til foreldre: Dag-kirurgisk inngrep med narkose 14
Eilif K.Eckhoff

Problemer med postoperativ urinretensjon 17
Karin Jensvold

Videreutdanning i prehospitalt arbeid er i gang! 22
Ellen Lunde

Postoperativ smertebehandling 25
Alfhild Dihle

Reisebrev fra Firenze 28
Lise Toubro Bratberg

ALNSF – nytt 30

NSFLIS – nytt 31

ALNSF-styret

Leder
Sekretær/1.nestleder
Kasserer/2.nestleder
Styremedlem
Styremedlem
Styremedlem
Varamedlem
Leder utdanningsutvalg
Leder etterutd.utvalg

Anne Marie Gran Bruun
Beate Stock
Gunn Glimsdal
Ellen Lunde
Carla Miglioni Nilssen
Øystein Høen
Stine Thorvaldsen Smith
Marit Vassbotten Olsen
Nils Ivar Trondsen

annemarie.bruun@c2i.net
stockbeate@gmail.com
gunnglimsdal@hotmail.com
ellen.lunde@fredrikstad.frisurf.no
carla.nilssen@STHF.no
o.hoen@online.no
stine.smith@online.no
marit.vassbotten.olsen@helse-bergen.no
nilsivar@gmail.com

NSFLIS-styret

Leder
Nestleder
Kasserer
Sekretær
Utdanningsansvarlig
Internasjonal kontakt
1. varamedlem
2. varamedlem

Hildegunn Synnevåg
Siv Øfstegaard Heimdal
Grete Sandve Lapin
Erik Bonesmo
Tove A. Gulbrandsen
Tor Magnus Molund
Siv Karlsson Stafseth
Eva Karin Eskedal

hi-syn68@online.no
siwhei@c2i.net
grete.lapin@c2i.net
ebonesmo@ntebb.no / erik.bonesmo@hnt.no
tove.gulbrandsen@hiof.no
t-magnum@online.no / tor.magnus.molund@vesyk.nl.no
Siv.stafseth@rikshospitalet.no / rolf.siv@c2i.net
eva.eskedal@sshf.no

Førstehjelp til helsepersonell som vil videre



Vi trenger flere intensiv- og anestesisykepleiere til vikariater på offentlige og private sykehus i hele Norge. Vi gir deg konkurransedyktig lønn og tett oppfølging av konsulenter som selv er sykepleiere.

Oslo: dag.evensen@manpower.no – tlf 954 04 285

Trondheim: viggo.mastad@manpower.no – tlf 905 53 732

Stavanger: john.enok.kommedal@manpower.no – tlf 408 26 516

Bergen: liv.marit.amundsen@manpower.no – tlf 907 59 583

www.manpowerprofessional.no

What do you do?



Manpower®
Professional

Maskeventilering av langtkomne KOLS-pasienter

Artikkelen er et resultat av en fordypningsoppgave i forbindelse med videreutdanning i intensivsykepleie ved Høgskolen i Vestfold og Sykehuset i Vestfold HF 2006 - 2008. Jeg vil med denne artikkelen sette fokus på hvilket maskeventileringstilbud vi gir de langtkomne KOLS-pasientene når de innlegges med akutt respirasjonssvikt. Artikkelen diskuterer palliativ maskeventilering.

Steinar Mathias Svimbil Mørken
Intensivavdelingen, Sykehuset i Vestfold HF

Metode

Fordypningsoppgaven bygger på en litteraturstudie, med litteratursøk hovedsakelig gjennom Cinal og Medline databasene. Følgende søkeord er benyttet; "Non invasive ventilation", "NIV", "COPD", "End stage", "Decision making" og "Ethics", alene eller i kombinasjon. Søket ga svært mange treff. Artikkene var mer eller mindre relevante, men mange kunne knyttes tett opp mot problemstillingen. BIBSYS ga kun to bok-treff som ikke la spesielt vekt på emnet. Utover dette er Norsk elektronisk legehåndbok (NEL), Den Norske Lægeforenings database samt Norsk forening for lungemedisins hjemmesider anvendt for å belyse temaet ytterligere.



Illustrasjonsfoto: Marte Monsen Strandskog

Kort om KOLS

Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) er en progredierende sykdom med betydelig morbiditet og mortalitet (1). Det antas at 200 000 personer i Norge har KOLS (2). KOLS er blant de hyppigste årsakene til innleggelse i indremedisinske avdelinger (3). Nærmere 1400 mennesker dør årlig i Norge på grunn av KOLS (2). KOLS er en samlebetegnelse for kronisk bronkitt og emfysem. Sykdommen skiller seg fra astma ved at skaden på lungevevet ikke kan heles fullstendig, men det har oppstått en varig skade (3). Årsaker til utvikling av KOLS er i hovedsak tobakksrøyking, men eksponering av kjemikalier og partikler, særlig i yrkessammenheng, har også betydning (2).

Behandling av akutt respirasjonssvikt ved KOLS

Maskeventilering er indusert ved manglende effekt av tradisjonell medikamentell behandling og O₂. Dette emnet belyses ikke nærmere her. KOLS kan forårsake hypoksi (lav O₂ metning) og hyperkapni (høy CO₂). Hypoksi behandles med O₂ tilskudd, men ofte har KOLS-pasientene for liten kapasitet til å ventilere ut CO₂ slik at maskeventilering er nødvendig for å korrigere forandringene i O₂ og CO₂ forholdene i blodet. Forhøyede CO₂ verdier påvirker bevisstheten og kan forårsake livstruende syre-/base- forstyrrelser. Maskeventilering kan også gi vesentlig symptomlindring ved akutt eller kronisk dyspné. BTS guidelines fra 2002 (4) slår fast at alle sykehus som behandler KOLS-pasienter med respirasjonssvikt skal ha tilbud om non-invasiv ventilasjon. Dette fordi studier har vist at maskeventilering langt på vei kan erstatte tradisjonell intubering og respiratorbehandling. Maskeventilering tilbys ikke lenger bare i intensivavdelinger, men også i intermediaeravdelinger og på sengeposter (5). Behandlingen er effektiv for å få pasienten gjennom det akutte forløpet, spesielt i forbindelse med luftveisinfeksjon. Maskeventileringen gir, om respirasjonen tillater det, muligheter for pauser til munnstell, mat, drikke, kommunikasjon og ikke minst hosteøvelser og sekretmobilisering.

Ved maskebehandling av de dårligste KOLS-pasientene, er det en viss fare for å legge mer vekt på blodgassanalysene enn hvordan pasienten faktisk har det. Ved litteratur-gjennomgangen til denne oppgaven fant jeg solid dokumentasjon for at KOLS-pasientene har en terminal sykdom, og at de i likhet med cancer pasientene har mange og plagsomme symptomer som må lindres. I NOU 1999;2 Livshjelp, kapittel 6, står det at KOLS-pasientene også skal ha en palliativ tilnærming, men at forløpet for KOLS-pasienten kan være vanskeligere å forutsi. Dette fordi pasientgruppen lettere kan komme seg gjennom en akutt forverring før tilstanden igjen stabiliserer seg, sammenlignet med cancerpasienter som kan ha et mer forutsigbart sykdomsforløp. **I artikkelen ønsker jeg å sette fokus på de dårligste KOLS-pasientene som kanskje ikke vil komme igjennom den akutte fasen, og som vil trenge et sterkere symptomlindrende fokus fremfor livreddende tiltak.**

En av de mest interessante artiklene jeg fant er skrevet av en arbeidsgruppe kalt *"The society of Critical Care Medicine. Palliative Noninvasive Positive Pressure Ventilation Task Force"*. De har publisert en review-artikkel med følgende tittel: *"Noninvasive positive pressure ventilation in critical and palliative care settings: understanding the goals of therapy"*, (6) heretter kalt Curtis et al. (2007). De foreslår å dele pasienter med akutt respirasjonssvikt inn i tre grupper (Figur 1).

Curtis et al. (2007) gir en grundig gjennomgang og analyse av alle de tre gruppene. Arbeidsgruppen peker spesielt på litteraturen som omhandler maskebehandling av pasienter som har valgt å si nei takk til intubasjon. Noen forfattere mener behandlingen forsøksvis bør gis til denne pasientgruppen, samt til pasienter som lider av terminal sykdom, slik at ubehagelige symptomer kan lindres i tillegg til at eventuell tid kan kjøpes for at pasienten får sluttført personlige oppgaver, som å si farvel til pårørende. Andre kilder Curtis refererer

til mener det er upassende å gi maskeventilering til pasienter som har valgt å si nei takk til livsforlengende behandling, i form av intubasjon og respiratorbehandling. Dette begrunnes med at det kan gi ubehag og forlenge dødsprosessen. Curtis et al. påpeker at legen selv kan ha en uklar målsetting med pleien og behandlingen når respirator-minus-kandidater behandles med maskeventilering. Denne manglende klarheten kan gi uheldige uttalelser om grunnlaget for maskeventileringen, og det kan resultere i en uklar informasjon til pasient og pårørende i tillegg til uheldige råd. Resultatet kan være alvorlig i form av ikke tilfredstilte forventninger, og det faktum at pasienten er alvorlig syk og kan dø. Maskeventileringen kan ved ukritisk bruk være missbruk av helseressurser, intensivering av pasientens lidelse, samt øve et unødige press på familien. Den nødvendige samtalen er et viktig element i å gjøre pasienten og familien kjent med hva som er målsettingen med behandlingen når maskeventilering brukes i ulike sammenhenger. Arbeidsgruppen har i denne artikkelen forsøkt å lage et arbeidsverktøy til bruk i gradering av behandlingstilbudet. Særlig med tanke på bruk av maskeventilering ved respirator-minus-kandidater og pasienter som kun skal ha palliasjon. Arbeidsgruppen fant det godt dokumentert at det var stor nytte i å benytte maskeventilering til pasienter som befant seg i gruppe en. Gruppe to og tre derimot, var det ikke gjennomført randomiserte studier på. Observasjonsstudier har vist at respirator-minus-pasienter har betydelig større dødelighet i forhold til pasienter som er respiratorkandidater. For pasienter som befinner seg i gruppe tre finnes det ingen vitenskapelig bevis for at maskeventilering har noen nytte, selv om gruppen antar at særlig KOLS-pasientene vil ha god symptomlindring ved hjelp av maskeventilering. De påpeker at det er behov for ytterligere forskning på området med tanke på nytte av behandlingen sammenlignet med behandling uten maskeventilering. I tillegg ønsker de å sette fokus på potensielle skadevirkninger av behandlingen gitt til denne pasientgruppen. Særlig med tanke på ubehaget i forhold til en tett maske og den moderne teknologien som kan stjele fokuset fra det som skal skje – døden. Det er ingen studier

	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Definisjon	Livsforlengende behandling uten begrensninger	Livsforlengende behandling med begrensning (Respirator Minus)	Symptomlindring/ Palliasjon
Primære pleiemål	Assistert ventilasjon. Behandle dyspné, fremme komfort, redusere risiko for intubasjon og mortalitet. Unngå intubasjon	Samme som gruppe 1 unntatt intubasjonspunktene. Samt kortvarig forlenge livet for en spesiell grunn. F. eks at pårørende skal rekke fram for å si farvel	Symptomlindring
Hovedmål i kommunikasjon med pasient og pårørende	Målet er å gjenvinne helse og bruke intubasjon om nødvendig	Gjenvinne helse uten intubasjon og uten å påføre uakseptabelt ubehag	Maksimalisere symptomlindring og minimalisere bivirkning av opiater
Beskrivelse av vellykket behandling	Forbedret oksygenering og ventilasjon. Ubehaget med maskebehandlingen oppveies av nytten	Forbedret oksygenering og ventilasjon. Ubehaget med maskebehandlingen oppveies av nytten	Behandle symptomer og at pasienten tolererer maskebehandlingen
Respons ved mislykket behandling	Intubasjon og respiratorbehandling	Symptomlindring uten NIV	Symptomlindring uten NIV

Figur 1. (6, min oversettelse)

som sammenligner maskeventilering med medikamentell behandling med for eksempel morfin. De konkluderer med at det kreves ytterligere forskning på området før man kan ta maskeventilering i bruk som standard behandling i palliasjon. Likevel kan maskeventilering gi mulighet til samhandling med pårørende og det behandelende teamet. Maskeventilering bør nødvendigvis ikke stå i veien for god palliativ pleie, men tvert imot gi en klarere pasient som er mer våken og kan si farvel til sine pårørende istedenfor å være preget av sederende medikamenter og ikke på samme måte være i stand til å uttrykke seg. "Comfort measures", som Curtis et al. (2007) kaller det, kan fortsatt være hovedmålet.

Denne artikkelen tar for seg alle respirasjonssviktpasienter, ikke KOLS-pasienter spesielt, men som artikkelen sier kan den være særlig aktuell nettopp hos denne pasientgruppen. Artikkelen setter et viktig tema på dagsordenen. Jeg vil gjengi noen funn fra andre artikler for å utdype dette nærmere.

"Hjelp til uhelbredelig syke og døende må handle like mye om å legge liv til dagene som å legge dager til livet" (7)

"At teknikken er tilgjengelig betyr ikke nødvendigvis at den skal brukes, NIV skal grundig vurderes før det brukes i palliasjon, og må ikke brukes ukritisk i dødsprosessen. Men likevel kan NIV ha en viktig rolle for noen pasienter" (8)

"I sykehjem preget av lav kompetanse og manglende ressurser vil man stå ovenfor valget mellom utilstrekkelig behandling i sykehjemmet på den ene siden, og på den andre siden en sykehusinnleggelse som kanskje ikke har positiv effekt og i verste fall kan være direkte skaldelig" (9)

"Vi må stadig spørre oss hvilke behov som søkes dekket gjennom teknisk avansert intensivmedisinsk behandling. Er det pasientens behov, de pårørendes behov eller behandlers behov som styrer beslutningene? Kan det tenkes at emosjonelle behov hos pårørende eller behandlere påvirker beslutningene i en slik grad at de går utover pasientens autonomi?" (10)

"Den tid som er igjen tilhører den syke. Helsepersonell kan ved sine avgjørelser frata pasient og familie uerstattelig tid. Dette kan ha negative konsekvenser for de etterlatte. Åpenhet og medbestemmelse i familiene er essensielt. Forståelsen av "den tilmålte tid" gjør noe med prioriteringer. Helsepersonell må ha respekt for at det er nå eller aldri for de som er involvert" (7)

"Alvorlig syke mennesker kan tilbys både helbredende behandling og lindrende behandling. Det er ikke dermed sagt at det er lett å skille mellom helbredende og lindrende behandling, eller at en ikke kan ha begge former for behandling samtidig i faser av en sykdomsprosess. Det er sjelden klare avgrensninger mellom disse to behandlingsformene. En viktig prinsipiell forskjell er likevel at så lenge en gir helbredende behandling har en tro på at pasienten kan bli frisk. Lindrende behandling kjennetegnes ved at en er inneforstått med at helbredelse ikke er målet." (7)

"Alle som har å gjøre med mennesker som er dødssyke, må kunne være til hjelp med å gjøre denne delen av livet til en verdifull og verdig tid, både for pasienten og de pårørende. Det er viktig å sikre at ikke pasienten møter døden med en følelse av nedsatt menneskeverd." (11)

Avslutning

Tilrettelegging av behandlingstilbudet til langtkomne KOLS-pasienter med akutt respirasjonssvikt er en krevende oppgave. Pasientene er mange, de har mange likhetstrekk, men er likevel så forskjellige. Som intensivsykepleiere må vi gjøre vårt for å tilpasse behandlingen til hver enkelt pasient. En kritisk innvending til dette behandlingsopplegget er at man ikke gjør alt som står i helsepersonellens makt for å redde liv, samt at man tydelig må skille gruppene fra hverandre. Pasientene som man behandler med mål om å redde, kan man tåle et større ubehag for i forhold til bruk av den tette masken, sett i forhold til pasientene som kun får palliativ behandling. I den gruppen er det pasienten som styrer intensiteten i behandlingen. Behandlingsopplegget vil kreve høy grad av lojalitet til de beslutningene som er tatt, og en grundig gjennomgang ved endring av behandlingsopplegget. De dårligste pasientene har krav på å få en verdig behandling med fokus på symptomlindring dersom det er det de ønsker. Pasienten må få uttale seg om målsettingen med behandlingen. Jeg mener Curtis et al 2007 har et fornuftig forslag til tredeling av behandlingsopplegget. Når pasient, pårørende, behandler og sykepleietjenesten alle er enige om hva målsettingen med behandlingen er - og er lojale til denne - kan man lettere nå målet. Til det beste for pasienten.

Litteratur

1. Ambrosino, Nicolino og Simonds, Anita (2007). The clinical management in extremely severe COPD. *Respiratory Medicine* vol 101, s. 1613-1624
2. Nasjonal strategi for KOLS-området 2006-2011 (2006), Helse- og omsorgsdepartementet
3. Jacobsen, Dag med fl. (2001). *Sykdomslære indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
4. British Thoracic Society Standards of Care Committee (2002) - BTS guideline - Non-invasive ventilation in acute respiratory failure. *Thorax* vol. 57 s.192-211
5. Gabrielsen, Anne-Marie og Aasland, Olaf Gjerløw (2003). Noninvasiv ventilasjonsstøtte ved akutt respirasjonssvikt hos KOLS pasienter. *Lungeforum*, nr.13:4
6. Curtis, J. Et al. (The society of Critical Care Medicine Palliative Noninvasive Positive Pressure Ventilation Task Force)(2007): Noninvasive positive pressure ventilation in critical and palliative care settings: understanding the goals of therapy. *Journal of Critical Care Medicine* vol. 35
7. NOU 1999:2: Livshjelp. Helse og Omsorgsdepartementet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
8. Shee, Charles og Green, Margareth (2003). Non-invasive ventilation and palliasjon: experience in a district general hospital and a review. *Journal of Palliative Medicine*, vol. 17:21-26
9. Ranhoff, Anette Hyllen og Linnsund, Jan Magne (2005). Når skal sykehjemspasienter innlegges i sykehus? *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, nr. 125:1884-7 utg.
10. Rosseland, Leiv Arne. Laake, Jon Henrik. Winnem, Bjørn Magne (2002). Pasientens selvbestemmelsesrett ved livets avslutning. *Tidsskrift for den Norske legeforening* nr. 122: 293-5 utg.
11. Verdier i helsetjenesten (2000). Brosjyre/ Veiledning. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Klinisk stige på Barneintensivheten

Klinisk stige på Rikshospitalet er et program bygget opp etter en godkjenningsordning for sykepleiere med eller uten videreutdanning i regi av Norsk Sykepleierforbund (NSF). Programmet gir tilbud om en systematisk kompetanseutvikling som går over 5 år, og er delt opp i tre moduler. Tittelen klinisk spesialist får man ved å oppfylle kriteriene fra NSF (1). Siden 2001 har mer enn en tredel av sykepleiepersonalet på 60 personer gjennomført Klinisk stige ved Anestesi- og intensivklinikkens Barneintensivhet på Rikshospitalet.

Tove Gjellum¹, Hanne Birgit Alfheim²

- 1 Undervisningssykepleier, Barneintensivheten
- 2 Fagutv.-og forskningssykepleier, Intensivseksjonen, Anestesi- og intensivklinikken, Rikshospitalet HF

Vår erfaring er at det å være mange kliniske spesialister i en avdeling har positive effekter på den direkte sykepleien pasienten mottar, på hele arbeidsmiljøet og på holdningen til fagutvikling. Alle deltakerne i Klinisk stige har skrevet fordypningsoppgaver, og skaffet seg selv og enheten ny kunnskap om barn, pårørende, aktuelle sykdommer og ulike behandlingstilbud. Enkelte av oppgavene har også satt fokus på temaer som tidligere har vært forsømt, andre har dannet et godt grunnlag for nye prosedyrer. Ut fra vår erfaring er prosessen med det å søke ny kunnskap og utvide perspektivet den viktigste faktoren ved Klinisk stige. Hensikten med denne artikkelen er å videreformidle noen av de erfaringene vi har med å bruke Klinisk stige som et kompetanseoppbyggingsprogram. I tillegg vil korte abstrakt over de temaer sykepleierne har valgt å skrive om bli presentert. Flere oppgaver har ført til endringer av praksis, noe som også vil bli belyst.

Forutsetninger

I trange økonomiske tider har arbeidsgiver ofte handlet kortsiktig, og blant annet nedprioritert ressurser til fagutvikling. I en utredning fra Helse- og omsorgsdepartementet (2) foreslås det tiltak som skal bedre driften ved norske sykehus. Det slås fast at behovet for kompetanseutvikling og ressurser avsatt til fagutvikling er sterkt undervurdert i dagens sykehus. Det foreslås blant annet at sykehusene årlig avsetter et visst beløp til kompetanseutvikling, for eksempel en gitt prosentandel av lønnskostnadene (3). Det er en god idé, men den er dessverre ikke realisert.

En forutsetning for strategisk utvikling av kompetanse ved sykehusene er at alle ledelsesnivåer i sykehuset har avklart mål og

fordelt ansvar for kompetanseutvikling (3). Ved Rikshospitalet har både direktør, klinikkssjef og avdelingsleder støttet gjennomføringen av Klinisk stige.

Rikshospitalets ”Senter for Pasientmedvirkning og Sykepleieforskning” har det overordnede ansvaret for Klinisk stige, og tilrettelegger for at flest mulig sykepleiere skal kunne delta. Senteret planlegger, tilrettelegger og har en form for koordinerende funksjon for Klinisk stige. Avdelingssykepleier har ansvar for å legge til rette for Klinisk stige lokalt ved egen enhet samt regulere antallet som kan delta fra hver enhet. Første forutsetning for å gjennomføre Klinisk stige er derfor å ha en leder som har fokus på fagutvikling, i tillegg til enhetens drift. Den viktigste ressursen som avdelingsleder forvalter er de ansatte. Avdelingsleder ved Barneintensivheten ser som en av sine høyest prioriterte oppgaver å sørge for at de ansatte opplever og faktisk gjennomgår kontinuerlig faglig utvikling.

Fleksiturnus er en type turnusplanlegging som benyttes ved Barneintensivheten, og er et verktøy som legger til rette for at vi på en god måte har kunnet administrere Klinisk stige. God turnusplanlegging gjør det enklere for deltakerne i Klinisk stige å være med på kurs og veiledning, uten at dette påvirker den daglige driften i enheten for mye. For deltagere i Klinisk stige avsettes det noe tid som kan benyttes til gjennomføring av programmet. Før fleksiturnusen skrives, planlegger undervisningssykepleier tidspunkt for kurs og veiledningsdager i de ulike modulene, og hver enkelt deltaker skriver seg deretter på de aktuelle kompetansedagene i turnusen.

Gjennomføring

Gjennomføring av Klinisk stige programmet krever tilrettelegging av arbeidstiden slik at dette kan prioriteres. Tiden brukes til kurs og veiledningsdager. Lesing av 4000 sider litteratur skjer i fritiden. Det kreves derfor mye egeninnsats fra deltakerne. Erfaringen viser at innsatsen og entusiasmen øker underveis i programmet, og topper seg i forbindelse med det skriftelige arbeidet.



Et godt samarbeid mellom ulike aktører gjør gjennomføringen enklere. De fleste kursene arrangeres av "Senter for Pasientmedvirkning og Sykepleieforskning" ved daglig leder for Klinisk stige. Kursene omhandler temaer som er aktuelle for de fleste enhetene ved sykehuset som for eksempel etikk, kommunikasjon, smertebehandling, sykepleieforskning og omsorg for pårørende. For å ivareta spesialområder arrangerer også hver enkelt enhet egne kurs som godkjennes av NSF som meritterende for godkjenning til klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie. For Barneintensiv enheten betyr dette blant annet kurs som fokuserer på barn som intensivpasienter.

Avdelingssykepleier tilrettelegger administrativt for deltakelse i programmet, og godkjenner tema for fordypningsoppgaven. I årlige medarbeidersamtaler med avdelingsleder og undervisningssykepleier evalueres deltakerens innsats i Klinisk stige, og deltakeren evaluerer programmet.

Undervisningssykepleierne setter opp program for kurs og gruppeveiledning, og gjennomfører to veiledningsdager hvert semester i hver modul. Før hver veiledningsdag leser deltakerne artikler som blir diskutert relatert til dagens tema. På denne måten settes teori og nyere forskning sammen med praksis, slik at vi får et bredere grunnlag for å reflektere over vår hverdag på Barneintensiv enheten. Siste del av klinisk stige, -modul 3, har Fag- og forskningssykepleierne hovedansvaret for. De holder skrivekurs, og veileder individuelt på den skriftlige fordypningsoppgaven.

Utfordringer underveis

Kriteriene fra NSF for å bli klinisk spesialist er generelle, og Barneintensiv enheten har derfor brukt mye tid i forkant for å tilpasse disse til vårt spesialfelt, intensivsykepleie og barn. Det er viktig at programinnholdet er i tråd med avdelingens målsetting, og

at deltakerne opplever innholdet i programmet som nyttig for sitt daglige arbeid. Samtidig er det også betydningsfullt å få et bredere perspektiv på ulike emner. Det gir oss flere alternativer å handle ut i fra, og større forståelse for pasienten og pårørendes situasjon.

Stort arbeidspress og mange pasienter kan gjøre gjennomføringen av programmet vanskelig til tider. Ønske om å få det til har skapt stor kreativitet hos ledere, og ført til ekstra innsats fra personalet som ikke skal på kurs eller veiledning den dagen. I starten var det bare noen få som ønsket å være med på det 5-årige programmet. Etter ihrdig satsing fra avdelingsleder, og etter mange oppfordringer fra undervisningssykepleier ble flere interessert. Nå er det 7 år siden vi startet, og nesten alle sykepleierne ved enheten er i ferd med eller har fullført programmet.

Resultater

Med et stort antall kliniske spesialister ved Barneintensiv enheten og ved Intensivseksjonen som vi er en del av, meldte behovet seg sterkt for hvilken funksjon de kliniske spesialistene skulle ha. Etter mange diskusjoner med de kliniske spesialistene laget fag- og forskningssykepleierne og undervisningssykepleierne et utkast til arbeidsoppgaver for kliniske spesialister som senere ble godkjent av sykepleieleidelsen. Disse arbeidsoppgavene er nå nedfelt i en form for arbeidsbeskrivelse for kliniske spesialister ved Intensivseksjonen. Etter å ha fullført Klinisk stige forventes det at den kliniske spesialisten både får bruke sin kompetanse, og blir sett som en ressurs i avdelingen. Dette betyr at det forventes at den kliniske spesialisten på eget initiativ eller på oppfordring fra ledelsen arbeider med prosedyreutvikling, klinisk veiledning, undervisning internt og eksternt, tar ansvar for oppdatering av litteratur innen sitt fordypningsfelt og deltar i klinisk prosjektarbeid. Arbeidet den kliniske spesialisten ønsker å utføre skal godkjennes av



"COMFORT scale" er et validert verktøy for å vurdere barns smerte og sedasjonsbehov



Metavision.

avdelingsleder, som deretter forplikter seg til å tilrettelegge tid for at dette lar seg gjennomføre. Den kliniske spesialisten plikter å utarbeide en fremdriftsplan, å holde tidsplanen og fullføre prosjektet. På den annen side plikter sykepleieledelsen å tilrettelegge rammer for at de planlagte prosjekter lar seg gjennomføre. Alle kliniske spesialister fungerer også nå som kliniske veiledere for nye modul deltakere. For å lykkes med dette er det en forutsetning at det er et tett samarbeid mellom den kliniske spesialisten og avdelingsleder.

Videre vil det bli presentert korte resymeer fra fordypningsoppgavene sykepleierne har skrevet. Noen oppgaver er skrevet i perioden 1996-2001 da Klinisk stige ennå var et pilotprosjekt ved Rikshospitalet, resten er utført etter at vi etablerte en egen Barneintensiv enhet og Klinisk stige var satt i system. De fleste oppgavene er litteraturstudier, og i tillegg er det også benyttet spørreundersøkelser

i noen av prosjektene. Alle oppgavene har et grundig litteratursøk som bakgrunn for resultat og konklusjon. Det er gjort søk i ulike databaser som for eksempel MEDLINE og CINAHL, samt søk i ulike tidsskrifter.

En av oppgavene ble skrevet for noen år siden da barn og voksne lå på samme Intensiv enhet. Dette var "Ernæring av den voksne intensivpasienten, med fokus på enteral ernæring og dens positive effekter på tilhelingsprosessen". Arbeidet med denne oppgaven førte til et økt fokus på ernæring i avdelingen som fortsatt er tilstede i form av pågående ernæringsprosjekter. Det er også skrevet oppgaver om "Respiratorbehandling av barn" og "Analyse av arteriell blodgass, en veiledning for sykepleiere" som har dannet et godt grunnlag for undervisning av nyansatte sykepleiere og studenter i videreutdanning ved Barneintensiv enheten. I tillegg er det utarbeidet to oppgaver med fokus på pasienter med annen kulturbakgrunn. Hensikten var å ivareta denne pasientgruppens spesielle behov. Arbeidet førte til at enhetens velkomstbrosjyre ble oversatt til urdu. Planen er videre å utarbeide en intervjuguide/datasamlingsverktøy for sykepleiere i møte med andre kulturer.

Øvrige skriftlige arbeid blir presentert i form korte resymer:

Hvilken kunnskap om søvn og søvnforstyrrende elementer, samt bevisstgjøring av våre holdninger, er viktig for å bidra til at det kritisk syke barnet får dekket sitt behov for søvn?

Søvn er et sammensatt fenomen som på ulike måter påvirker et menneskes helse. Dårlig søvnkvalitet får store konsekvenser både fysisk og psykisk. Barneintensivavdelinger er preget av et miljø med en intens aktivitet både dag og natt. Kritisk syke barn er meget sårbare overfor støy (4). I et høyt teknologisk miljø er søvn helt nødvendig for å helbrede kroppen, noe som dessverre ofte glemmes (5). Hensikten med dette arbeidet var å systematisere forskning og kunnskap omkring barn og søvn i en intensivavdeling. Dette for å bevisstgjøre praksis om hvordan sykepleiere bedre kan hjelpe barn innlagt i denne typen avdeling med å oppnå gode og lengre søvnperioder.

Funn i litteraturen viste at barn innlagt på en intensivavdeling sjelden eller aldri får dekket sitt behov for søvn (6;7). Mangel på kunnskap om søvn og søvnfysiologi samt søvndeprivasjon er en av årsakene til at søvn ikke blir prioritert (8).

På bakgrunn av oppgaven ønsker vi å innføre hvileperioder på dag, kveld, natt samt å bedre dokumentasjonen rundt barns søvnbehov. I tillegg ønsker vi å innføre tiltak for å dempe støy. Arbeidet i klinisk stige har bidratt til å øke fokuset på søvn i utviklingen av enkelte retningslinjer ved Barneintensiv enheten.

Ernæring til kritisk syke barn

Kritisk syke barn har økt risiko for ernæringssvikt på grunn av høyt energiforbruk og begrensede energireserver (9). Dette assosieres med økt sykелighet, økt risiko for infeksjoner, lengre tid med respiratorbehandling, dårlig sårtilheling, lengre sykehusopphold og økt mortalitet (10-12). Hensikten med litteraturstudien var å undersøke hvordan intensivsykepleieren kan bidra til at kritisk syke barn får dekket sitt behov for ernæring.

Bruk av ernæringsprotokoll kan generelt optimalisere ernæring til kritisk syke, og kan være et anvendbart verktøy i administrering av ernæring for intensivsykepleieren (13;14). En studie viste at anbefalt ernæring ble nådd tidligere ved å innføre ernæringsprotokoll og at enteral ernæring gjennom den akutte fase i kritisk sykdom tolereres godt (13). En ernæringsprotokoll kan bidra til tidlig igangsetting av ernæring samt at man unngår tilfeldige avgjørelser som for eksempel

hvor lenge den enterale ernæringstilførselen skal stoppes ved ulike pleie- og behandlingstiltak (14). Bruk av ernæringsprotokoller til kritisk syke barn må gjøres med varsomhet fordi enkelte pasientgrupper er ustabile og vanskelig å ernære. Det er funnet at tilføring av små mengder ernæring enteralt, kan føre til en bedre ernæring av barnet enn det å komme raskt opp i mengde (15). Det finnes ulike formler og tabeller for å kalkulere barnas behov for ernæring, og forskning viser ulikt syn på hva som er optimalt (16-19).

Det er store individuelle variasjoner i barnas energibehov, og derfor bør ernæringsopplegget evalueres og kartlegges daglig.

På bakgrunn av oppgaven er det startet et prosjekt hvor det syke barnets kaloriforbruk måles med indirekte kalorimetri. Flere studier har vist at dette er den mest nøyaktige metoden for å beregne det kritisk syke barnets ernæringsbehov (16;18).

Hypotermibehandling av barn som har vært utsatt for asfyxi. Intensivsykepleierens utfordringer

Hypotermibehandling kom i økende grad inn i intensivavdelingene etter studien utført av "The Hypothermia after Cardiac Arrest Study Group" (HACA-studien) i 2002. Den viste økt overlevelse og bedre utkomme hos voksne komatøse pasienter som ble hypotermibehandlet etter å ha blitt resuscitert fra ventrikkelflimmer oppstått utenfor sykehus (20). Det er vist at hypotermibehandling med temperatur mellom 32 og 34 °C demper utviklingen av de skadelige prosessene i hjernen etter "return of spontaneous circulation" (ROSC) dersom behandlingen kommer i gang raskest mulig og innen 6 timer (20). Det er utarbeidet retningslinjer for hypotermibehandling av voksne pasienter, men ikke barn. Fra høsten 2005 har barn som er komatøse etter resuscitering også fått hypotermibehandling på Barneintensivheten ved Rikshospitalet. Hensikten med denne oppgaven var å samle kunnskap om hypotermibehandling av barn. På grunn av manglende forskning, har European Resuscitation Council (ERC) ikke utarbeidet en anbefaling for hypotermibehandling av barn som er komatøse etter ROSC. Derimot anbefales det at barn ikke varmes aktivt hvis de har en temperatur over 32 °C (21). Bakgrunnen for praksisen ved Barneintensivheten er basert på hypotermistudier gjort på voksne, nyfødte, dyr og på anbefalingen fra ERC som omhandler voksne pasienter (20;22-25).

Hypotermi er en forholdsvis ny behandling, og det finnes ikke overordnede retningslinjer tilpasset barn.

På bakgrunn av oppgaven er det nå utarbeidet en retningslinje for hypotermibehandling av barn på Barneintensivheten på Rikshospitalet.

På hvilken måte kan intensivsykepleieren bidra til å forebygge abstinens symptom i nedtrapping av vanedannede medikamenter hos barn

Intensivpasienter krever ulike typer medikamentinfusjoner over lang tid, og fysisk avhengighet kan være en uønsket bivirkning. Ved rask eller brå seponering kan det oppstå ulik grad av abstinenssymptomer (26). Nedtrapping av vanedannende medikamenter er i dag avhengig av den enkelte leges/sykepleiers kliniske erfaring og kunnskap (27;28). Hensikten med arbeidet var å lage en algoritme som kunne systematisere nedtrapping av vanedannende medikamenter for barn. Resultater i ulike studier er ikke entydige i forhold til nedtrappingshastighet (27;29). Ingen studier omhandler hvordan barn reagerer på vanedannende medikamenter og nedtrapping av disse.

På bakgrunn av oppgaven er det startet et arbeid med å utvikle en algoritme for nedtrapping av vanedannende medikamenter tilpasset barn.

Inhalasjon til barn på respirator

Små barn innlagt på en intensivavdeling får ofte inhalasjoner samtidig som de er koblet til respirator. Innhalasjon gitt til disse barna krever blant annet kunnskap om medikamentpartiklenes størrelse (30;31), de ulike medikamentene og inhalasjonsutstyret. Hensikten med arbeidet var å finne dokumentasjon på hvordan inhalasjon til barn skal utføres, og ut i fra dette lage oppdaterte retningslinjer for administrering av inhalasjonsmedikamenter. I tillegg ble det gjennomført en spørreundersøkelse blant spesialsykepleierne ved Barneintensivheten ved Rikshospitalet hvor hensikten var å kartlegge sykepleierens kunnskap og erfaring i forhold til inhalasjon.

Studier viste at virkningen av innhalasjonsmedikamenter er avhengig av partikkelstørrelse og hvordan medikamentet blir administrert. Små partikler gir ikke nødvendigvis den beste virkningen (32). Ulike medikamentene må gis på "riktig måte", til riktig tidspunkt og i riktig rekkefølge. Spørreundersøkelsen utført ved Barneintensivheten viste blant annet at det utstyret som sykepleierne syntes virket best, kom dårligst ut i test.

På bakgrunn av arbeidet ble det økt fokus og bevissthet omkring inhalasjon til barn på respirator. Inhalasjonsutstyret vi brukte ble skiftet, og det ble laget en oppdatert retningslinje for inhalasjon til barn på respirator. Arbeidet ble omarbeidet til artikkel og publisert i Inspira i 2006.

Non Invasiv Ventilasjon (NIV) til barn; Sykepleiekunnskap, observasjoner og tiltak

Behandlingsformen NIV brukt i en setting til barn med akutt respirasjonsvikt er en relativt ny behandlingsform. Det siste året har Barneintensivheten ved Rikshospitalet i økende grad brukt NIV i den hensikt å gi ventilasjonsstøtte til ulike pasientgrupper, og forhindre reintubering. Hensikten med arbeidet var å systematisere funn av forskning omkring bruk av NIV til barn.

Studier viste at barn med akutt respirasjonsvikt av ulik årsak, hadde god effekt av NIV behandling. Behandlerteamets erfaring og motivasjon relatert til NIV behandling påvirket resultatet (33). De fleste studier som er beskrevet, viste at det var lettere å lykkes med NIV jo eldre barnet var (33). Enkelte studier nevnte at god smertelindring og mild sedering ble brukt med god effekt under NIV behandlingen (33;34).

Det mangler tilstrekkelige forskningsresultater på NIV behandling til barn med akutt respirasjonsvikt. Vi fant heller ingen retningslinjer på NIV til barn med akutt respirasjonsvikt.

Planen videre er å øke fokuset på NIV behandling i enheten ved å ta i bruk utstyr, undervise og utvikle en retningslinje.

Hvordan bedømme behov for analgetika og sedativa til barn på respirator?

Det kan være både utfordrende og vanskelig å bedømme barns smerter og sedasjonsbehov. Barneintensivheten hadde ikke retningslinjer eller verktøy for hvordan dette skulle gjøres, og dokumentasjon og rapportering ble ofte lite konkret og presis. Hensikten med arbeidet var å finne systematiske metoder som egnet seg til å bedømme smerte og ubehag hos barn på respirator. I tillegg ble det utført en spørreundersøkelse ved Barneintensivheten for å finne ut hvorvidt sykepleiere kjente til slike metoder.

Det finnes flere metoder for systematisk bedømming av smerte og sedasjon hos barn på respirator (35-37). "COMFORT scale" er et validert verktøy for å vurdere barns smerte og sedasjonsbehov (38-40). Spørreundersøkelsen viste at sykepleierne ved Barneintensivheten manglet kunnskap om metoder for systematisk bedømming av smerte

og ubehag av barn på respirator, men ønsket å få det. Alle var erfarne sykepleiere med mer enn 2 års erfaring og mente selv de var gode til å gjøre riktige vurderinger. Mange opplevde allikevel situasjoner der det var vanskelig å bedømme behovet for analgetika og sedativa.

"COMFORT scale" kan gjøre rapportering og dokumentasjon av barns smerte og sedasjonsnivå lettere og mer presis. Gjentatte skåringer vil gjøre det mulig å følge en utvikling over tid.

Arbeidet har ført til at "COMFORT scale" i dag er implementert og brukes aktivt på Barneintensivheten. Legene forordner daglig ønsket sedasjonsnivå hos barn på respirator ut fra "COMFORT scale".

På hvilken måte kan systematisk debriefing være et godt verktøy i arbeidet som intensivsykepleier?

Pasienter innlagt på Barneintensivheten er alvorlig syke. Som sykepleier i denne type enhet kan vi oppleve barnevernsaker, resuscitering, feilmedisinering, dødsfall og andre etisk utfordrende situasjoner. I dette arbeidet er det viktig med et system som ivaretar de ansattes behov for bearbeiding av ulike opplevelser og spesielle situasjoner. Dette er en del av vår profesjonelle hverdag, men likevel ikke noe vi ikke venner oss til. Hensikten med arbeidet var å belyse og drøfte behovet for systematisk debriefing for personalet ved vår enhet, og ut fra litteratursøk lage et utkast til en mal på hvordan dette kan gjennomføres.

Reduksjon av stress i arbeidet kan forebygge utbrenthet, ineffektivitet og psykisk sykdom (41;42). Videre er det usikkert hvorvidt lang eller kort erfaring som sykepleier i en intensivavdeling har betydning for om man utvikler posttraumatisk stressyndrom (41). Det viktigste er at man lærer å bruke den kunnskapen man allerede har om symptomer på dette i forhold til seg selv (43). Bearbeiding av en hendelse bør bestå av en kort samtale rett etter hendelsen (defusing) og eventuelt en eller flere lengre samtale noen dager senere (debriefing) (44;45). Enkelte kan noen ganger ha behov for ytterligere oppfølging.

Arbeidet har ført til tilbud om undervisning i hvordan man kan lede en defusingssamtale. Videre planlegges det å implementere dette som en naturlig del av avdelingens rutiner, og at det skal være et tverrfaglig tilbud til alle involverte yrkesgrupper.

Avslutning

Vår erfaring med bruk av Kliniskstigesomkompetansehevingsprogram er overveiende positiv. Støtte fra ledelsen både ved enhet, klinikk og sykehus har vært viktig for gjennomføringen. Det at mange intensivsykepleiere har fått delta har ført til positive resultater for kvaliteten av sykepleien, for både arbeidsgiver og arbeidstaker. Høsten 2008 arrangerte vi kurs for sykepleierne ved hele Intensivseksjonen på Rikshospitalet. Disse to dagene presenterte de kliniske spesialistene sine arbeider. Dette innebar erfaringer med undervisning og presentasjonsteknikk. Vi har også hatt kurs om kritisk syke barn på intensiv vinteren 2008. Dette kurset var åpent for alle på Rikshospitalet som ønsket det.

Ønsker noen å få tilsendt oppgaver eller bruke oss som foredragsholdere i enkelte temaer, vær vennlig å ta kontakt med tove.gjellum@rikshospitalet.no.

Forfattere av oppgavene er i kronologisk rekkefølge: Kari Sundstedt og Hilde Wøien, Tove Gjellum, Imelda Schultz, Caroline Mitchell og Hege Kolbjørnsrud, Ellen Ihle-Hansen, Tone Sparby og Charlotte Bårnholt, Mette Dokken, Linda Søggen Flydal og Annette Heuch Grevstad, Gudny Abrahamsen og Rakel Syversen, Edith Slaastad, Anette Ramberg og Marit Solås, Kari Sørensen, Kirsti Juvik og Gabrielle Aafos.

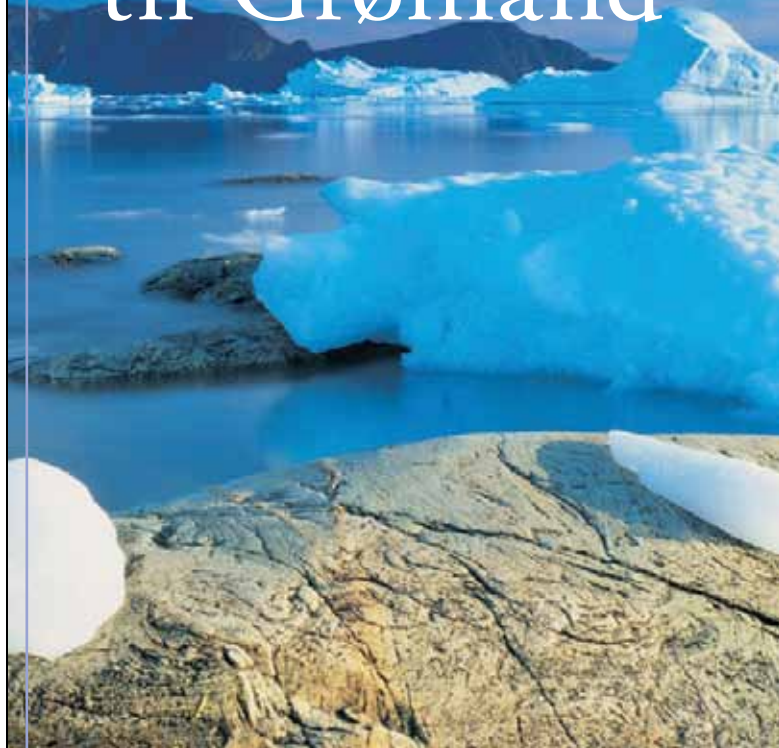
En stor takk til avdelingssykepleier Jarle Henriksen ved Barneintensivheten for enestående tilrettelegging av Klinisk stige og muligheter for fagutvikling. Takk også til Anestesi- og intensivklinikken, Intensivseksjonen ved oversykepleier Kari Dogger og fagutviklings og forskningssykepleierne for satsning på Klinisk stige.

Referanser

1. Norsk Sykepleierforbund. Klinisk spesialist i sykepleie eller spesialsykepleie. sykepleierforbundet 2004 May (cited 2008 Oct 21); Available from: URL: <http://www.sykepleierforbundet.no/getfile.php/www.sykepleierforbundet.no/Medlemstjenester/Godkjenningsordninger/kriterier%20mars%202007%20som%20heftet.doc>
2. Sosial-og helsedepartementet. Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus. Oslo: 1997 Jan 21. Report No.: NOU 1997: 2.
3. Bjørk IT, Hansen BS, Samdal GB, Tørstad S. Hva skal en klinisk stige være? Sykepleien 2005; 1.
4. Bennett M. Sleep and rest in PICU. Paediatr Nurs 2003; 15: III-IV.
5. Monsen MG, Edell-Gustafsson UM. Noise and sleep disturbance factors before and after implementation of a behavioural modification programme. Intensive Crit Care Nurs 2005; 21: 208-219.
6. Cureton-Lane RA, Fontaine DK. Sleep in the pediatric ICU: an empirical investigation. Am J Crit Care 1997; 6: 56-63.
7. Walder B, Francioli D, Meyer JJ, Lancon M, Romand JA. Effects of guidelines implementation in a surgical intensive care unit to control nighttime light and noise levels. Crit Care Med 2000; 28: 2242-2247.
8. Monsen MG, Edell-Gustafsson UM. Noise and sleep disturbance factors before and after implementation of a behavioural modification programme. Intensive and Critical Care Nursing 2005; 21: 208-219.
9. van der KM, Oosterveld MJ, van Bokhorst-de van der Schueren MA, de Meer K, Lafeber HN, Gemke RJ. Nutritional support in 111 pediatric intensive care units: a European survey. Intensive Care Med 2004; 30: 1807-1813.
10. Correia MI, Waitzberg DL. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. Clin Nutr 2003; 22: 235-239.
11. Gurgueira GL, Leite HP, Taddei JA, de Carvalho WB. Outcomes in a pediatric intensive care unit before and after the implementation of a nutrition support team. JPEN J Parenter Enteral Nutr 2005; 29: 176-185.
12. Villet S, Chiolerio RL, Bollmann MD, Revelly JP, Cayeux RNM, Delarue J, et al. Negative impact of hypocaloric feeding and energy balance on clinical outcome in ICU patients. Clin Nutr 2005; 24: 502-509.
13. Petrillo-Albarano T, Pettignano R, Asfaw M, Easley K. Use of a feeding protocol to improve nutritional support through early, aggressive, enteral nutrition in the pediatric intensive care unit. Pediatr Crit Care Med 2006; 7: 340-344.
14. Woien H, Bjørk IT. Nutrition of the critically ill patient and effects of implementing a nutritional support algorithm in ICU. J Clin Nurs 2006; 15: 168-177.
15. Sasbon JS, Cardigni G. Nutritional support in the critically ill child: fast food or haute cuisine? Pediatr Crit Care Med 2006; 7: 395-396.
16. Coss-Bu JA, Jefferson LS, Walding D, David Y, Smith EO, Klish WJ. Resting energy expenditure in children in a pediatric intensive care unit: comparison of Harris-Benedict and Talbot predictions with indirect calorimetry values. Am J Clin Nutr 1998; 67: 74-80.
17. Framson CM, LeLeiko NS, Dallal GE, Roubenoff R, Snelling LK, Dwyer JT. Energy expenditure in critically ill children. Pediatr Crit Care Med 2007; 8: 264-267.
18. Taylor RM, Preedy VR, Baker AJ, Grimble G. Nutritional support in critically ill children. Clin Nutr 2003; 22: 365-369.
19. White MS, Shepherd RW, McEniery JA. Energy expenditure in 100 ventilated, critically ill children: improving the accuracy

- of predictive equations. Crit Care Med 2000; 28: 2307-2312.
20. The Hypothermia after Cardiac Arrest Study Group. Mild therapeutic hypothermia to improve the neurologic outcome after cardiac arrest. N Engl J Med 2002; 346: 549-56.
 21. Biarent D, Bingham R, Richmond S, Maconochie I, Wyllie J, Simpson S, et al. European Resuscitation Council guidelines for resuscitation 2005. Section 6. Paediatric life support. Resuscitation 2005; 67 Suppl 1: S97-133.
 22. Battin MR, Penrice J, Gunn TR, Gunn AJ. Treatment of term infants with head cooling and mild systemic hypothermia (35.0 degrees C and 34.5 degrees C) after perinatal asphyxia. Pediatrics 2003; 111: 244-251.
 23. Bernard SA, Jones BM, Horne MK. Clinical trial of induced hypothermia in comatose survivors of out-of-hospital cardiac arrest. Ann Emerg Med 1997; 30: 146-153.
 24. McIlvoy LH. The effect of hypothermia and hyperthermia on acute brain injury. AACN Clin Issues 2005; 16: 488-500.
 25. Roscher R. Cooling and dopamine Lund University: 2001.
 26. Anand KJ, Arnold JH. Opioid tolerance and dependence in infants and children. Crit Care Med 1994; 22: 334-342.
 27. Anand KJ, Ingraham J. Pediatric. Tolerance, dependence, and strategies for compassionate withdrawal of analgesics and anxiolytics in the pediatric ICU. Crit Care Nurse 1996; 16: 87-93.
 28. Tobias JD. Tolerance, withdrawal, and physical dependency after long-term sedation and analgesia of children in the pediatric intensive care unit. Crit Care Med 2000; 28: 2122-2132.
 29. Ducharme C, Carnevale FA, Clermont MS, Shea S. A prospective study of adverse reactions to the weaning of opioids and benzodiazepines among critically ill children. Intensive Crit Care Nurs 2005; 21: 179-186.
 30. Howarth PH. Why particle size should affect clinical response to inhaled therapy. J Aerosol Med 2001; 14 Suppl 1: S27-S34.
 31. Pritchard JN. The influence of lung deposition on clinical response. J Aerosol Med 2001; 14 Suppl 1: S19-S26.
 32. Köbrich R, Rudolf G, Stahlfhofen W. A mathematical model of mass deposition in man. Ann Occup Hyg 1994; 38 Suppl 1: 15-23.
 33. Essouri S, Chevret L, Durand P, Haas V, Fauroux B, Devictor D. Noninvasive positive pressure ventilation: five years of experience in a pediatric intensive care unit. Pediatr Crit Care Med 2006; 7: 329-334.
 34. Bernet V, Hug MI, Frey B. Predictive factors for the success of noninvasive mask ventilation in infants and children with acute respiratory failure. Pediatr Crit Care Med 2005; 6: 660-664.
 35. Heinonen K, Halimaa SL, Vehviläinen-Julkunen K. Pain relieving measures for procedural pain in premature babies. An observational study. Vård i Norden 2001; 21: 9-13.
 36. Merkel S, Malviya S. Pediatric pain, tools, and assessment. J Perianesth Nurs 2000; 15: 408-414.
 37. Finley AGMPJ. Measurement of pain in infants and children. Seattle: IASP Press: 1998.
 38. Ambuel B, Hamlett KW, Marx CM, Blumer JL. Assessing distress in pediatric intensive care environments: the COMFORT scale. J Pediatr Psychol 1992; 17: 95-109.
 39. van Dijk M, de Boer JB, Koot HM, Tibboel D, Passchier J, Duivenvoorden HJ. The reliability and validity of the COMFORT scale as a postoperative pain instrument in 0 to 3-year-old infants. Pain 2000; 84: 367-77.
 40. van Dijk M, de Boer JB, Koot HM, Duivenvoorden HJ, Passchier J, Bouwmeester N, et al. The association between physiological and behavioral pain measures in 0- to 3-year-old infants after major surgery. J Pain Symptom Manage 2001; 22: 600-609.
 41. Wessely S, Deahl M. Psychological debriefing is a waste of time. Br J Psychiatry 2003; 183: 12-4.
 42. Johal SS, Bennett P. Written disclosure: a way of coping with traumatic stress. Nursing Standard 1999; 13: 43-44.
 43. Burns C, Harm NJ. Emergency nurses' perceptions of critical incidents and stress debriefing. J Emerg Nurs 1993; 19: 431-436.
 44. Dyregrov A. Psykologisk debriefing-en virksom metode? Tidsskrift for Norsk psykologforening 1999; 36: 99-106.
 45. Dyregrov A, Mitchell JT. Psykologisk debriefing. Tidsskrift for Norsk psykologforening 1988; 25: 217-24.

Intensiv- sygeplejersker til Grønland



VI TILBYDER VIKARIATER TIL INTENSIVE SYGEPLEJERSKER MED SPECIALUDDANNELSEN, SOM HAR LYST TIL FAGLIGE UDFORDRINGER I GRØNLAND

VI TILBYDER DIG OGSÅ:

- Rejseudgifter betalt fra Danmark
– fri bolig – udstationeringstillæg
– attraktiv løn
- Mulighed for at stifte bekendtskab med den grønlandske befolkning, kultur og storslåede natur

Få nye oplevelser i Grønland! Ring straks til ActivCare og hør om dine muligheder på telefon +45 70 20 30 00 eller send en mail til udland@activcare.dk.

Læs mere om os på www.activcare.dk.

ActivCare®
Et udfordrende job – et afvekslende arbejdsliv

ActivCare A/S er Danmarks største vikarbureau for personaleløsninger til social- og sundhedssektoren i Norden og er en del af Falck-koncernen. ActivCare har overenskomster med relevante fagforbund.

Informasjon til foreldre:

Dag-kirurgisk inngrep med narkose

Forskning har påvist at anesthesiinnledning til både barn og voksne er forbundet med stress og angst. Tidligere forskning antyder at foreldre ønsker komplett og presis informasjon om anesthesiinnledningen før det kirurgiske inngrepet. Forskning viste også at foreldre stort sett er godt fornøyd med dagkirurgisk virksomhet til barna, men at foreldre var misfornøyd med manglende informasjon.

Eilif K.Eckhoff

anestesisykepleier, Haraldsplass sykehus

Forskning påpekte også at tross forsøk på å forbedre informasjonen til foreldrene, ble ikke grad av stress særlig redusert. Flere studier kom derimot frem til at informasjon til foreldre er et viktig virkemiddel, noe som kan være med på å redusere stress. Foreldres tilfredshet bør forbedres med tanke på informasjon, for stadig å forbedre innholdet og formidlingen av informasjonen.

Bakgrunn

Det er svært viktig å skape en trygg ramme rundt barn og foreldre i forbindelse med innledningen av narkosen. Forskning viser at innledning av narkose er en av de mest stressfylte situasjoner for et barn som skal til et kirurgisk inngrep. Det er estimert at 60 % av alle barn er plaget med angst i den preoperative fasen. Preoperativ angst er karakterisert av subjektive spenninger, engstelse, nervøsitet og bekymringer (1). Forskning antyder også at foreldre føler angst og rastløshet både før og etter et kirurgisk inngrep til barn, og at foreldre var misfornøyd med manglende informasjon ved dagkirurgiske inngrep (2). Foreldre ønsker detaljert informasjon om både spesifikke anestesiprosedyrer, risikofaktorer og personalets rolle. Denne informasjonen burde være inkorporert i den rutinemessige previsit. Inntil ny forskning kartlegger den mest effektive metode, er det viktig å fortsatt informere, og å fortsette med å gi mer informasjon til foreldrene (3).

Egne observasjoner.

Jeg har selv erfaring som pårørende til barn ved en dagkirurgisk enhet, og som anestesisykepleierstudent ved samme avdelingen. Det var spesielt tiden innen innsovning jeg husker best, denne var uvant og ubehagelig. I studentpraksis har jeg erfart at foreldre reagerer forskjellig på anesthesiinnledning til barn. Det er primært anesthesiinnledningen og spesielt innsovning som frembringer reaksjoner, noen foreldre er engstelige, noen reagerer med gråt i det barnet sovner, mens andre tilsynelatende er rolige.

Forskning

Det finnes en del forskning innen informasjon og opplevelser hos foreldre som følger barn til dagkirurgi. Jeg har fokusert på forskning som er utført ved dagkirurgiske enheter, og som tar for seg foreldres

tilfredshet, informasjon, og foreldres opplevelse og stressnivå før narkose. Nilsson U. (1999), utførte en retrospektiv studie som undersøkte foreldres syn på sykepleie og anestesi til deres barn. Et utvalg på 104 foreldre ved dagkirurgi på en øre- nese- halsavdeling ved Ørebro medisinske senter ble kontaktet. Responsrate var 75 %. Resultatet viste at foreldre stort sett var fornøyd med måten barnet, og foreldrene var møtt på. 73 % av foreldrene følte seg beroliget, trygge og godt informert, og likeså at barnet var rolig og godt tatt hånd om, og godt informert. Måten personalet behandlet barnet på var bedre enn måten foreldrene ble møtt på. Til tross for dette var 61 % av foreldrene misfornøyd med manglende informasjon, dårlig eller manglende behandling fra personalets side. 32 % av foreldrene følte angst og rastløshet før inngrepet ble foretatt og 45 % følte det samme under sykehusoppholdet (2).

Tönz M, Herzig G, Kaiser G. (1999) stilte spørsmål om det gjøres nok for å forhindre stress hos foreldrene innen dagkirurgi. En surveyanalyse av 568 foreldre ble utført. Responsrate 65 %. 16 % svarte at de opplevde stress som "moderat til alvorlig" ifm dagkirurgi. Studien konkluderte med at for å forbedre kvaliteten på helse vesenet innen dagkirurgi, må oppmerksomhet til foreldres behov og forventninger, vektlegges mer (4).

Himes Mk, Munyer K, Henly SJ; (2003) tar for seg foreldres tilstedeværelse under barns anesthesiinnledning. Formålet med forskningen var å undersøke foreldres forberedelser på forhånd og deres holdninger, deres følelser vedrørende anesthesiinnledning og erfaringer ved å være tilstede ved barnets anesthesiinnledning. Av 55 surveys ble 38 utført og returnert postoperativt. Respons rate 69 %. Konklusjonen var at foreldrene stort sett følte seg godt forberedt og var fornøyd med sin forberedelse i forkant av innledningen. De følte at deres tilstedeværelse var nyttig for barnet, for egen del og for anestesisipersonellet. Den generelle tilfredshet med forberedelsene i forkant, var relatert til informasjonen de mottok. Det ble videre konkludert med at komplett og presis informasjon om anesthesiinnledningen før det kirurgiske inngrepet, og emosjonell støtte under innledningen, er viktige psykososiale aspekter ved "anestesi omsorgen" for foreldre som planlegger å være tilstede ved anesthesiinnledning (5).

Franck, Spencer (2004), analyserte kritisk tidligere publisert forskningslitteratur som omhandlet formidling av informasjon om barns anestesi, til foreldrene. Elleve studier ble gjennomgått. Standardiserte verktøy for å måle foreldres kunnskap, behov for

informasjon og angst ift barns anestesi ivaretagelse, viste foreløpig validitet og reliabilitet. Intervensjonsstudiet testet ulike metoder for informasjonsformidling, inkludert verbal info, video og skriftlig info. Resultatet viste noe forbedring innenfor kunnskap, angst og tilfredshet. Foreldre ønsker detaljert informasjon om spesifikke anestesiprosedyrer, risikofaktorer, og personalets rolle. Denne informasjonen burde være inkorporert i den rutinemessige previsit. Inntil ny forskning kartlegger den mest effektive metode, er det viktig å fortsatt informere, og å fortsette med å gi mer informasjon til foreldrene (3).

Tönz M, Herzig G, Kaiser G, (2005), så på stress hos foreldre i en pediatrik dagkirurgisk enhet. I en prospektiv surveyanalyse utført i 1995/1996, ble følgende hovedfaktorer identifisert, og hvordan disse påvirket grad av erfart stress hos foreldrene, nemlig manglende forberedelse i forkant av inngrepet. Konsekvensen av dette var iverksetting av tiltak på informasjonsbiten. Det ble også produsert en interaktiv cd-rom. Tiltakene ble analysert ift stress hos foreldre. I denne studien ble det samlet inn data fra alle pasienter ved dagkirurgiske inngrep, og videre i to nye tretten måneders perioder i 1997/1998 og i 1999/2000. Metodene for datasamling var like i alle tre periodene, og inkluderte et spørreskjema for foreldre. Totalt 1490 spørreskjema ble analysert. De tre periodene ble sammenlignet. Foreldrenes følelse av å være godt informert, var signifikant forbedret (91% vs.98% vs. 97%, p mindre enn 0,0001). I gruppen som opplevde moderat til alvorlig stress, forandret det seg ikke vesentlig (16% vs.9% vs. 19%, ikke signifikant). Til tross for betydelig anstrengelse ift å forbedre informasjonen, var ikke foreldres grad av stress signifikant redusert. Det er vanskelig å vurdere om "feil" informasjon ble formidlet. Det ble satt spørsmålstegn ved om det rett og slett ikke er mulig å forhindre en viss grad av stress hos foreldre. Foreldres tilfredshet bør revideres ift informasjon, for stadig å forbedre innholdet og formidlingen av informasjonen (6).

Erden IA, Pamuk AG, Ocal T, Aypar U, (2006) studerte foreldres tilfredshet med dagkirurgi til deres barn. 100 foreldre ble spurt. Studien konkluderte med at foreldre var mest fornøyd med sykepleiestøtten og minst fornøyd med de fysiske forholdene. 97 % av foreldrene uttalte at hvis de kunne velge ved et senere tidspunkt, ville de igjen benyttet dagkirurgi til barna. Konklusjon: Det er i stor grad tilfredshet med dagkirurgi, det trengs derimot forbedrede fysiske betingelser (7).

Drøftelse

I en tid preget av høy effektivitet og stort operasjonsprogram ved dagkirurgisk avdelinger, blir det en utfordring å få nok tid til det enkelte barn og foreldre. Som nevnt i innledningen, er det mange ulike reaksjoner relatert til anestesiiinnledning. 60 % av barn er plaget med angst preoperativt, og forskning tyder også på at foreldre følger angst og rastløshet ifm dagkirurgiske inngrep til barn. Som nevnt tar forskning, trukket frem i denne artikkelen, for seg flere aspekter ved foreldre som følger barn til dagkirurgiske inngrep. Begreper som tilfredshet, informasjon, stress og foreldres erfaringer ved barns anestesiinnledning står sentralt i forskningen. Resultatene er noenlunde sammenfallende, foreldre er fornøyd med dagkirurgi. De fleste artiklene konkluderte med at foreldrene følte seg godt ivaretatt og godt informert. På den annen side kom det frem at foreldre var misfornøyd med manglende informasjon og at det må vektlegges mer oppmerksomhet til foreldres behov og forventninger. Himes Mk, Munyer K, Henly SJ; (2003) konkluderte med at komplett og presis informasjon og emosjonell støtte var viktig for foreldrene (5). I følge Tönz M, Herzig G, Kaiser G (2005), ga ikke forbedret informasjon noen signifikant reduksjon av stress, og setter spørsmålstegn ved om angst reduseres ved informasjon (6).

Franck, Spencer (2004), kom frem til at foreldre ønsket detaljer om anestesiprosedyrer, risikofaktorer og personalets rolle. Intervensjonsstudien konkluderte med at det er viktig å fortsatt informere, og å fortsette med å gi mer informasjon til foreldrene (3).



Bildet er gjengitt med tillatelse fra foreldre.

Det kan altså tyde på at informasjon er viktig, men at stress ikke kan fjernes helt.

Svakheter

Man kan spørre om alle artiklene er generaliserbare i praksis. Forskingen brukt i denne artikkelen har ulik responsrate, og utvalget er ulikt. Forskingen er heller ikke entydig i resultatene som kartlegges. Forskingen trukket frem i oppgaven er relativt spredt, kun én studie er nordisk, resten er europeisk eller amerikansk. Dette kan gi forskjellige forskningsresultater, etter gjeldende praksis og forskjeller i de ulike land. En må stille seg spørsmål om resultatene er overførbare til Norske forhold.

Konklusjon

Det kan tyde på at foreldre stort sett er godt fornøyd med dagkirurgisk virksomhet til barna. Forskning påpeker at anestesiinnledning til både barn og voksne er forbundet med stress og angst. Foreldrene understreker viktigheten av å være godt forberedt i forkant av anestesiinnledning, og ønsker komplett og presis informasjon om anestesiinnledningen før det kirurgiske inngrepet. Emosjonell støtte blir vektlagt under anestesiinnledning. Tross forsøk på å forbedre informasjonen til foreldrene, taes ikke stresset helt vekk, men informasjonen kan være et virkemiddel til bedre kontroll. Jeg mener det er viktig å forske videre på informasjon til foreldre ifm anestesiinnledning. Det kan virke som at det ikke er funnet entydige fasitsvar ift informasjonen som formidles til foreldrene. Det er fortsatt mulig og utfordrende å forbedre informasjonsbiten til foreldre.

Referanser:

1. Vagnoli L, Caprili S, Robiglio A, Messeri A. Clown doctors as a treatment for preoperative anxiety in children: A randomized, Prospektive study. *Pediatrics*. 116:e563-e567" DOI:10.1542/peds.2005-0466 (<http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/116/4/e563> 2005
2. Nilsson U.,(1999); Parents' opinion of the child's anaesthesia care. *Vård I Norden. Nursing Science and Research in the Nordic Countries* 1999; 19: 20-25.
3. Franck LS, Spencer C. Informing parents about anaesthesia for childrens surgery': A critical literature review. *Patient Education and counselling* 2005; 59: 117-125
4. Tönz M, Herzig G, Kaiser G. Quality assurance in day surgery: Do we do enough for the parents to prevent stress? *Eur J Pediatr* 1999; 158: 984-988.
5. Himes Mk, Munyer K, Henly SJ. Parental presence during pediatric inductions. *American Association of Nurse Anesthetists journal* 2003; 71849: 293-298
6. Tönz M, Herzig G, Kaiser G. Parental stress in paediatric day-case surgery. *Pediatr Surg Int* 2005; 21: 94-99.
7. Erden IA, Pamuk AG, Ocal T, Aypar U. Parental satisfaction with pediatric day case surgery. *Middle East J Anesthesiol* 2006; 18: 1113-1121

BladderScan®

BVI 9400



Noninvasiv

Ny og
forbedret

Nøyaktig

Pålitelig

Enkel å
bruke

ASTRA TECH
HEALTHCARE

Problemer med postoperativ urinretensjon

I 2004 fikk anesthesiavdelingen den første avviksmelding om postoperativ urinretensjon, eller overfylt blære som betegnelsen ble ved vår avdeling. Dette ble starten på en lang rekke meldinger om lignende forhold. Det ble også starten på en lang, og til dels kronglete vei mot løsning av problemet. I løpet av denne tiden har temaet vært diskutert i flere ulike fora, både tverrfaglige og innad i avdelingen. Rutiner er blitt endret, prosjekter gjennomført, avviksmeldinger gjennomgått, medisinsk teknisk utstyr innkjøpt og oppfølging av pasienter planlagt. Postoperativ urinretensjon viste seg å være en mer kompleks problemstilling enn antatt, men vi har nå utvilsomt redusert risikoen betydelig. Artikkelen vil ta for seg noen av våre erfaringer.

Karin Jensvold,
Kvalitetskoordinator, Anesthesiavdelingen,
Stavanger Universitetssykehus

Årsaker til postoperativ urinretensjon

Faglitteraturen bygger opp under vår oppfatning av at denne problemstillingen er både vanlig og vanskelig med mange ulike årsaksfaktorer. Preoperative smerter, immobilitet, nervøsitet, unødvendig stor tilførsel av intravenøse væsker, fravær av blæresensitivitet samt bruk av vasokonstruktive og antikolinerge medikamenter som efedrin og atropin, kan være noen årsaker (1, 3, 4, 7). Alle typer anestesi kan gi urinretensjon, og preoperativt vannlatingsbesvær øker risikoen ytterligere (3, 4, 5, 6). Noe litteratur beskriver at forekomsten øker med stigende alder (4, 5), andre studier viser at dette ikke utgjør noen forskjell (1). Det er variasjoner i forhold til type kirurgiske inngrep og forekomsten er høy ved ortopedisk kirurgi (3, 7). En studie viser at anestesitid på mer enn 1 time øker insidensen (1). En annen viser at operasjons- og anestesitid ikke utgjør noen vesentlig forskjell, ei heller peroperativ væskerestriksjon (<1000ml) (6). Her beskrives det at postoperativ væsketilførsel på > 500ml og administrering av opioider utgjorde de viktigste faktorer.

Konsekvenser av postoperativ urinretensjon

Postoperativ urinretensjon kan forårsake kardiovaskulære komplikasjoner som hypotensjon, bradykardi og syncope (3). Det kan også gi overdistensjon av urinblæren med resturin, større mottagelighet for urinveisinfeksjon og permanent detrusorsvekkelse (2, 3, 5).

Kateterisering kan medføre risiko for urinveisinfeksjon (2, 5). Studier har vist at det ikke er forskjell i infeksjonsrate hos pasienter som fikk innlagt kateter i 24 timer og de som ble sterilt intermitterende kateterisert, SIK (5). Her beskrives også at det er godt samsvar mellom urinvolum registrert via blærecanning og urinvolum etter tømt blære. Kliniske parametre for vurdering av overfylt blære gir ikke sikkert grunnlag for å fange opp alle pasienter med mer enn 400 ml i blæren (3, 8). Bruk av blærescanner kan både redusere tiden detrusor overstrekkes, noe som er av vesentlig betydning i forhold til risiko for skader, og redusere unødvendig kateterisering. Forlenget sykehusopphold med påfølgende økt belastning for pasient og unødvendige kostnader vil kunne hindres (6, 7).

Utfordringer i avdelingen

Vi startet arbeidet med å forebygge postoperativ urinretensjon som et samarbeidsprosjekt med postoperativ avdeling. Samtlige pasienter ble blærescannet rett etter ankomst postoperativ avdeling for å se om det var en trend blant annet i forhold til type operasjon og anestesi. Resultatene fra dette prosjektet gav ikke noen klare holdepunkter og avviksmeldingene fortsatte å strømme inn.

Våre rutiner er at alle pasienter, så sant de er i stand til det, skal ha latt vannet før ankomst operasjonsavdelingen. Vi har hatt flere runder med informasjon til post for å synliggjøre viktigheten av dette. Tidspunkt for siste vannlating er et av sjekkpunktene ved mottak av pasient til operasjon.

Væsketilførsel under anestesi og operasjon har alltid vært gitt etter pasientens hemodynamiske status og type inngrep, men vi har fått en økende bevissthet omkring væskebehovet. Vi tar nå i større grad i bruk leieforandring og vasokonstriksjon for behandling av hypotensjon.

Våre kriterier for avvik er > 500 ml urin mindre enn 1 time etter ankomst postoperativ avdeling.

Nasjonale retningslinjer for helsepersonell sier at blæren skal tømmes ved et volum på > 400 ml (8). Våre nye retningslinjer er at blæren skal tømmes ved målt urinmengde på > 300 ml. Dette begrunnes med et forventet økt blærevolum i umiddelbar postoperativ periode med samtidig risiko for retensjon. Steril intermitterende kateterisering blir gjennomført på operasjonsstua på sovende eller bedøvd pasient, rett etter anestesiiinnledning eller ved operasjonsslutt. Dette anses som en fordel for pasienten fremfor å få prosedyren utført på postoperativ avdeling.

Vi fikk godkjent innkjøp av ultralydscanner for måling av blærevolum. Avdelingen valgte et ultralydapparat som både kan brukes til å skanne blæren og til ultralydveiledet innleggelse av CVK. Apparatet viste seg imidlertid å være rimelig komplisert og tidkrevende å bruke. Her må blæren først identifiseres, deretter måles ved start- og sluttunkt i to plan, for så å få volumet utregnet. Alle ansatte fikk opplæring, men det krever mye trening for å opparbeide praktiske ferdigheter i bruk av apparatet. Ultralydscanneren innfridde ikke forventningene om at nå kunne problemstillingen enkelt løses.

Vi jobber med å få til et samarbeid mellom anesthesi- og postoperativavdeling og urologisk poliklinikk. Tanken er at pasientene skal bli informert muntlig og skriftlig om at de har hatt overfylt blære, og samtidig få tilbud om enkle undersøkelser ved urologisk poliklinikk, med mulighet for videre oppfølging ved behov. Det er mange pasienter som er registrert i vårt avvikssystem med overfylt blære. Dersom vi skulle ha gjort en retrospektiv undersøkelse, ville prosjektet fått en helt annen ramme og med helt andre kriterier i forhold til forskningsetikk, pasientoppfølging, datainnsamling etc.

Gjennomgang av avviksmeldingene

Samtlige avviksmeldinger er gjennomgått for å se om dataene kunne si oss noe mer.

Fra 2005 – 2007 har vi fått meldt 68 hendelser med postoperativ urinretensjon. 16 av disse er ikke tatt med i gjennomgangen pga blærevolum < 500 ml og/eller manglende data.

32 hendelser er gjennomgått ut i fra opplysninger i vårt avvikssystem Synergi sammen med anestesijournal og 19 hendelser kun ut i fra Synergi. Totalt er 51 hendelser med i materialet. Resultatene har gitt oss en formening om hvor vi må være ekstra på vakt og har i så måte gitt et verdifullt bidrag.

Gjennomsnittsalder er 60 år med 19 som laveste alder og 88 som øvre.

Gjennomsnitt blærevolum er 825 ml. Medianverdien er 750 ml. 87 % av pasientene hadde et blærevolum på > 600 ml.

Vi ser at det er en klar overvekt av hendelser ved ortopedisk seksjon. Ved de andre seksjonene er SIK eller kateterinnleggelse i større grad en del av standard prosedyre.

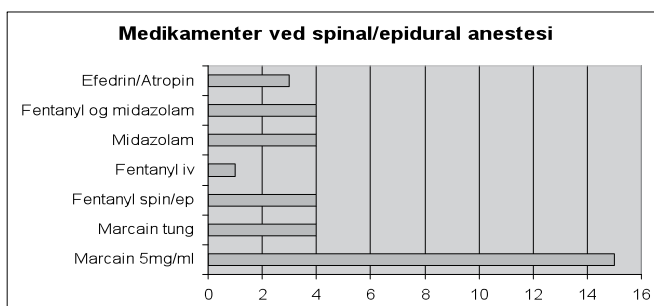
En overvekt av hendelsene var fra dagtid og litt over halvparten var øyeblikkelig hjelp pasienter. Et flertall av pasientene hadde preoperative smerter og hele 94 % av øyeblikkelig hjelp pasientene hadde dette. Vi har imidlertid ikke tall på hvor mange av pasientene som hadde fått opioider før ankomst anesthesiavdelingen.

For våre pasienter har ikke anestesimetode hatt noen betydning for forekomsten.

25 pasienter hadde fått spinal- eller epiduralanestesi, mens 26 pasienter hadde fått generell- eller TIVA-anestesi.

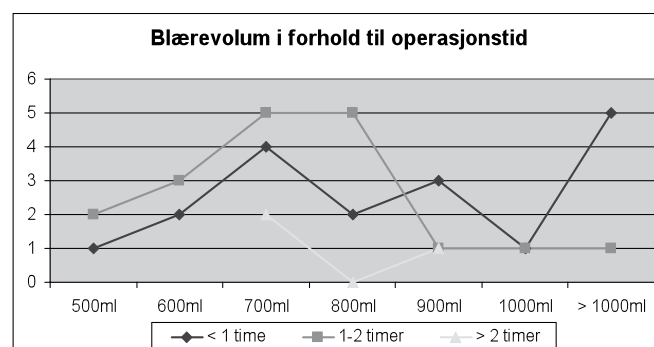
Flertallet av pasientene hadde fått < 1 liter væske peroperativt.

Grafen nedenfor viser fordelingen av peroperative medikamenter for de av pasientene som hadde fått spinal- eller epiduralanestesi, totalt 19 pasienter (data fra anestesijournal).



9 av de 13 pasientene som hadde fått generell anestesi hadde fått efedrin og/eller atropin.

Grafen nedenfor illustrerer at det var liten sammenheng mellom urinmengde og operasjonstid.



Vi har ikke god nok dokumentasjon på om pasientene faktisk har latt vannet rett før ankomst. Det kan likevel være rimelig å anta at så er tilfellet for de fleste i og med mangeårig rutine, ny oppmerksomhet på dette og utsekk ved mottak. Vi ser i hvert fall at mange ikke får tømt seg skikkelig preoperativt. 72 % av pasientene som har hatt > 500 ml urin i blæren mindre enn 1 time etter ankomst postoperativ avdeling, var i anesthesiavdelingen < 2 timer.

Kartlegging av ultralydapparatets pålitelighet

Målinger med vårt ultralydapparat har ved flere anledninger ikke vært i overensstemmelse med faktisk urinmengde etter ny scanning ved ankomst postoperativ avdeling og/eller kateterisering. Vi gjennomførte en liten kartlegging av apparatets pålitelighet ved å måle alle ortopediske pasienter ved operasjonsslutt, med unntak av dem som er blitt kateterisert. Umiddelbart etter ankomst postoperativ avdeling ble disse pasientene skannet på nytt og måleresultatene sammenlignet. I løpet av 2 uker gjennomførte vi kontrollmålinger på 29 pasienter.

34 % av målingene var korrekte med en differanse på +/- 50 ml. Den gjennomsnittlige feilmålingen var på 160 ml.

4 tilfellene gav ingen måleresultater med ultralydapparatet, kun med blærescanner, og her var det gjennomsnittlige blærevolum på 220 ml. Ved 2 tilfeller ble det målt henholdsvis 200 ml og 270 ml mindre enn det pasientene ble kateterisert for på operasjonsstua.

Vi ønsket også å se på måleresultatene i forhold til de ansattes erfaring med bruken av ultralydapparatet. Resultatene viser at selv de mest erfarne brukere gjorde rimelig store feilmålinger. 25 av 29 målinger ble foretatt av ansatte som har brukt ultralydapparatet mer enn 10 ganger og de stod for samtlige tilfeller der det var vanskelig å måle og/eller feilmålinger.

Hva har vi lært?

I ettertid kan en si at forsøkene på å løse denne problemstilling utviklet seg fra et felles løft til felles frustrasjon over ikke å komme i mål. Fokus på emnet ble likevel opprettholdt med evaluering av tiltak og iverksettelse av nye. Og så har vi lært mye av denne prosessen som vil komme godt med ved andre forbedringer i fremtiden.

Vi utarbeidet ny prosedyre om forebygging av overfylt blære, men vi gjennomførte ikke noen målinger for å se om rutinene faktisk ble fulgt.

Gjennomføring av litteratursøk tidlig i prosessen vil kunne hindre diskusjoner preget av mye synsing om risiko og nødvendigheten av tiltak, og bidra enda sterkere til felles forståelse og innsats.

På bakgrunn av erfaringer med ultralydapparatet har avdelingen gått til innkjøp av en blærescanner som er enkel og lite tidkrevende i bruk. Det eksisterende apparatet vil fortsatt brukes ved CVK-innleggelser.

Det er meldt om 8 hendelser med overfylt blære det siste året. Dette er en betraktelig reduksjon og gir en klar indikasjon på at risikoen er blitt atskillig mindre.

Ny blærescanner kommer til avdelingen om kort tid og bruk av denne vil ganske sikkert redusere risikoen ytterligere.

Referanser

1. Stallard S, Prescott S. Postoperative urinary retention in general surgical patients. 1988
2. Rosseland LA, Stubhaug A, Breivik H. Detecting postoperative urinary retention with an ultrasound scanner. Acta Anaesth Scand 2002; 46: 279-282
3. Rosseland LA, Stubhaug A, Breivik H, Medby P.C, Holst Larsen H. Postoperativ urinretensjon. 2002. Tidsskr Nor Lægeforening 2002; 9: 902-904
4. Tammela T, Kontturi M, Lukkari O. Postoperative urinary retention. Incidence and predisposing factors. Scand J Urol Nephrol 1986; 20: 197-201
5. Pertek JP, Haberer JP. Effects of anesthesia on postoperative micturition and urinary retention. Ann Fr Anesth Reanim 1995; 14: 340-351
6. Koch CA, Grinberg GG, Farley DR. Incidence and risk factors for urinary retention after endoscopic hernia repair. Am J Surg 2006; 191: 381-385.
7. Shah, PER. Bladder dysfunction in Orthopaedic patients. Institute of Urology and Nephrology and CULL Hospitals, London. 2004
8. Bruk av intermitterende kateterisering – nasjonale retningslinjer for helsepersonell. Nafs Faglige sammenslutning av sykepleiere i urologi. 2005

CRUISEKURS TIL KØBENHAVN

17. - 19. april 2009

ALNSF Oslo/Akershus inviterer til cruisekurs med MS CROWN OF SCANDINAVIA.

www.alnsf.no

SCANDINAVIAN UPDATE 2009 ON TRAUMA, RESUSCITATION AND EMERGENCY MEDICINE

23-25. april 2009

Stavanger, Norway

www.scandinavian-update.org

SSAI CONGRESS

30th Congress Scandinavian Society of Anaesthesiology and Intensive Care

10-13. juni 2009

Odense, Denmark

www.ssa2009.com

20TH ESPNIC MEDICAL & NURSING ANNUAL CONGRESS 2009

14. - 17. Juni 2009

Verona, Italia

Internasjonal kongress for sykepleiere og leger som arbeider i neonatalavdelinger.

espnice@kenes.com

ALNSF FAGKONGRESS 2009

4. - 6. September 2009

Hedmark

SAMMEN MOT FREMTIDEN: Pasientsikkerhet - Teknologi - Miljø

www.alnsf.no

NSFLIS GENERALFORSAMLING OG FAGLIGE SEMINAR 2009

8. - 11. September 2009, Akershus

www.nsflis.no

DEN 9. VERDENSKONGRESS FOR ANESTESISYKEPLEIERE 2010

4-7. juni 2010

Haag, Nederland

www.wcna2010.com



ALNSF Fagkongress 2009

SAMMEN MOT FREMTIDEN
PASIENTSIKKERHET – TEKNOLOGI – MILJØ

HAMAR 4.-6. SEPTEMBER 2009

ALNSF Hedmark ønsker velkommen til:

Fagkongress 2009 på Hamar 4. - 6. September

Pedagogisk seminar (03.09) – Lederseminar (04.09)

Sammen mot fremtiden

Pasientsikkerhet – Teknologi – Miljø

- o Kun 1 time fra Oslo Lufthavn – Gardermoen
- o Gode buss og togforbindelser
- o Stor medisinteknisk utstilling
- o Posterutstilling (OBS! Denne gang med stipender til de beste)

Smakebiter fra sosialprogrammet:

- o Torsdag: Uformell samling på konferansehotellet
- o Fredag: Middelaldervandring fra Skibladnerbrygga til Domkirkeodden med mat, underholdning og god musikk
- o Lørdag: "Fest på lokalet". God mat, godt drikke og fantastisk underholdning på konferansehotellet

For nærmere informasjon og påmelding:
www.fagkongress2009.no



AINSF Fagkongress 2009

SAMMEN MOT FREMTIDEN
PASIENTSikkerhet - Teknologi - Miljø

HAMAR 4.-6 SEPTEMBER 2009

Smakebiter fra fagprogrammet:

- **Pasientsikkerhet:**
 - Det feilbarlige mennesket
 - Fra individ til systemsikkerhet
 - Videokonferanse i kritiske situasjoner
 - Risikofaktorer ved anestesi, erfaringer fra alvorlige tilsynssaker
 - Bruk av simulatortrening
- **Operativ anestesi:**
 - RSI – bruk av crikoidtrykk
 - Nye teknikker og nytt utstyr for luftveishåndtering
 - Utfordringer ved overvåkning av mørkhudede pasienter
 - Obstretrisk anestesi
 - Anestesi til organdonor
 - Perioperativ vurdering og behandling av hjertesyke pasienter
 - Forsvarets sivile opplæringsprosjekt i Afghanistan
- **Prehospital**
 - Planlegging og organisering av intensivtransporter
 - Prehospital luftveishåndtering
 - Prehospital videreutdanning for anestesisykepleiere, erfaringer etter første kull
 - Anestesisykepleierens rolle i fremtidens prehospitaltjeneste (paneldebatt)
- **Annet**
 - Asfyksi og terapeutisk hypotermibehandling av nyfødte
 - Å bidra i et gledesfylt fellesskap
 - Anestesisykepleie i et forebyggende og helsefremmende perspektiv
 - Globale klimautfordringer

For nærmere informasjon og påmelding:
www.fagkongress2009.no

Videreutdanning i prehospitalt arbeid er i gang!

Videreutdanning i prehospitalt arbeid for anestesisykepleiere ved Høgskolen i Gjøvik hadde sin første samling 21. - 23. januar 2009. Så langt vi vet, er det første gang en faggruppe har inngått et samarbeid med en høgskole om en formell utdanning. I tråd med målsettingen om praktisk handlingskompetanse, var simuleringsøvelser gitt stor plass. I tillegg fikk studentene ressursforelesninger både i klasserommet og gjennom videokonferanse. Det har vært stor interesse for utdanningen, og første kull består av 19 studenter. Tilbakemeldingene etter første samling er svært gode.

Ellen Lunde
styremedlem ALNSF

Anestesisykepleiere over hele landet har en solid tradisjon i å delta i arbeid utenfor sykehus, og ALNSF har i en årrekke hatt fokus på dette. I forbindelse med at rapporten "Anestesisykepleieren - en viktig del av det prehospitale teamet" ble presentert på GF 2006 ble vår funksjon i prehospitalt arbeid diskutert. Klare tilbakemeldinger på rapporten bekreftet at anestesisykepleiere deltar i denne tjenesten, ser sin plass og også ønsker å delta der. Samtidig kan den kompetansen vi har og bruker inne på sykehus ikke alltid uten videre overføres til arbeid utenfor sykehus.

Prosjektgruppen som ble oppnevnt i 2006, startet med å gjøre en kartlegging av omfanget av vår deltagelse i prehospitalt arbeid og hvilke behov de ulike anestesisykepleierne som deltar i tjenesten har for kompetanseheving. Vår kartlegging fra 2007 forteller at vi deltar på ca. 4000 bilambulanseoppdrag årlig, med luftambulanseoppdrag i tillegg. Denne kartleggingen har vært fundamentet i det videre arbeidet i prosjektgruppen.

Behovene for kunnskap og kompetanse direkte rettet mot arbeid utenfor sykehus ble presentert av anestesisykepleiere selv. Prosjektgruppen erkjente at disse behovene vanskelig kunne dekkes gjennom enkle kurs. En helhetlig organisering, bygd på elementene i kartleggingen og med vekt på praktiske øvelser, ville være det ideelle.

Gjennom samarbeidet med Høgskolen i Gjøvik har vi oppnådd nettopp dette. Utdanningen som tilbys er helhetlig organisert av en utdanningsinstitusjon og innholdet i fagplanen er basert på utøvernes behov. Simuleringsøvelser er vektlagt og i tillegg gis en formell uttelling i 10 studiepoeng.

Studiet består av 3 kurs. Innenfor hvert kurs er det en 3- dagers samling på Høgskolen på Gjøvik med blant annet ressursforelesninger og simuleringsøvelser. Pensumslisten inneholder nye artikler relevante for emnene i de ulike kursene i tillegg til relevante læreverk. Studentene har også arbeidskrav i forhold til nettbaserte tester og refleksjons/fagnotat.



Studentene sammen med Beate Stock fra ALNSF prosjektgruppe og Terje Ødegården fra Høgskolen i Gjøvik.



Fra simuleringssenteret. Terje Odegården fra Høgskolen i Gjøvik og student Glenn Hansen fra Fredrikstad.

Utdanningen skal danne basis for at anestesisykepleieren vil utgjøre en ekstra ressurs i det prehospitale teamet og er ikke ment å erstatte ambulansarbeider i ambulansens grunnbemanning. Målet er med andre ord en kompetanseheving i et arbeid anestesisykepleiere pr. i dag deltar i.

Det har vært stor interesse for studiet, og det første kullet består av 19 studenter. Det har også kommet henvendelser fra Sverige og Danmark, og sammen med 18 studenter fra hele Sør-Norge har vi gleden av å kunne ønske også en dansk kollega velkommen.

Målet er at studiet skal arrangeres årlig. Dette første kullet er et pilotprosjekt som er forbeholdt anestesisykepleiere. Det vurderes om studiet på sikt også skal åpnes for andre spesialsykepleiergrupper som deltar i arbeid utenfor sykehus, for eksempel ved overføring av pasienter.

Studentene på dette første kullet hadde sin første samling 21. - 23.januar. Det er god spredning både i geografi, alder og erfaring som anestesisykepleier og også en lik kjønnsfordeling. Som et pilotprosjekt er fortløpende evaluering av studiet vektlagt. Tilbakemeldingene etter første kurs er svært gode.

Informasjon om utdanningen finnes også på www.alnsf.no og www.hig.no

Kurs1:

- Organisering av prehospital tjeneste
- Ambulansautstyr og funksjon
- Akuttmedisin til barn, voksne og eldre
- Luftveishåndtering og ventilasjon
- Sjokk og væskeresuscitering
- HLR
- Farmakologi/legemiddelhåndtering

Kurs 2:

- Transportmedisin
- Hypotermi
- Etikk
- Kommunikasjon/samhandling
- Konflikthåndtering, ledelse, stress og mestring av stress (CRM)
- Lovgivning
- Bruk av teknologi i kommunikasjon

Kurs 3:

- Traumemedisin
- Rygg-/nakkeskader
- Bruddbehandling
- Skadestedsarbeid
- Katastrofearbeid
- Redningsteknikk
- Egensikkerhet

NSFLIS - SEMINARER OG GENERALFORSAMLING

Thon Hotel Arena Lillestrøm 8-11. september 2009

8 Pedagogisk-, Fagutviklings- og Lederseminar

Program for pedagogene:

- Samarbeidsprosjekter mellom høgskole/universitet og helse foretak: hva og hvordan?
- Presentasjon av aktuelle saker fra høgskolene.
 - Presentasjon av kartleggingsundersøkelse gjort våren 2009
 - Intensivutdanning i globalt perspektiv

Program for lederne og fagutviklingssykepleierne:

- Samarbeidsprosjekter mellom høgskole/universitet og helseforetak: hva og hvordan?
- NAS (Nursing Activities score) "Aktivitetsregistrering i intensivavdeling" (Siv K. Stafseth)
- "Fagutviklingssykepleiernes time"/"Ledernes time"

9 Generalforsamling i NSFLIS og Bli-kjent-aften i Nye Ahus flotte kantine

10-11 Faglig seminar

- Fokus på intensivsykepleie i et flerkulturelt perspektiv (med Thomas Hylland Eriksen, Ingrid Hanssen, Ragnhild Magelssen, Ida Faye og Sevald Høye).
- "Det store spranget til høyteknologisk sykehus" (Eli Berg, Arne Orvik og Sylvi Vullum).
- Tidlig rehabilitering av hodeskade (Dag Erik Lutnæs).
- Meningitt og encefalitt hos intensivpasienten (Jan Erik Berdal).
- Den intensivtrengende intoksipasient (Dag Jacobsen)

Festmiddag torsdag 10.9 p kongresshotellet Thon Hotel Arena.

Vår konferansepartner, Fjell- og Fjord Konferanser AS, er også godkjent reisebyrå. De kan samordne tog- og flybestillingene som kommer inn via dem og vil automatisk skaffe gruppepriser på de destinasjonene som har tilstrekkelig mange reisende.

Velkommen til innholdsrike dager på Lillestrøm!



Postoperativ smertebehandling

Avhandlingen undersøker kvaliteten av den postoperative smertebehandlingen fra perspektivet til både pasienter og sykepleiere. Det er en beskrivende studie med bruk av kvantitative og kvalitative tilnærminger (multimetode design). Studien ble gjennomført ved vanlige kirurgiske avdelinger, men har relevans for alle sykepleiere som arbeider med pasienter som opplever postoperative smerter.

Alfhild Dihle

Doktorgradsavhandling, Dr. philos, Førsteamanuensis ved Diakonhjemmet Høgskole, Oslo

Disputas: 14.12.2007, UiO, Medisinske fakultet.

Hovedveileder: Professor Sølvi Helseth, Høgskolen i Oslo, Avdeling for sykepleierutdanning

Biveileder: Professor Ulf E. Kongsgaard, Det Norske Radiumhospital, Anestesiavdelingen og Universitetet i Oslo

De fire artiklene som er publisert i forbindelse med avhandlingen kan søkes opp via databaser som Medline.



Bakgrunn

Først litt om bakgrunnen for studien. Selv om effektiv smertebehandling finnes, er det fortsatt mange studier som viser at pasienter får utilstrekkelig smertelindring (1-3). Det er kjent at utilstrekkelig smertebehandling kan føre til negative fysiologiske og psykologiske konsekvenser, samt forlenget liggetid (4-6). De siste årene har forekomsten av kroniske smerter etter kirurgi fått mer fokus, og det er påvist en sammenheng mellom intensiteten av akutte postoperative smerter og risikoen for å utvikle kroniske postoperative smerter (7, 8). Mekanismene bak denne overgangen fra akutt til kronisk smerte er imidlertid ikke klarlagt. Selv om betydningen av å gi god postoperativ smertebehandling i den akutte fasen for å forebygge kroniske smerter etter kirurgi ikke er klarlagt (9), bør akutt smerte bli sett på som en første respons med mulighet for utvikling av kronisk smerte (7, 8).

For å oppnå en god postoperativ smertebehandling er det nødvendig med et godt samarbeide mellom sykepleiere, leger og fysioterapeuter, samt pasientene og deres pårørende. Samtidig vises det til at den vanligste grunnen til utilstrekkelig smertebehandling er personalets mangelfulle systematiske vurdering og evaluering av smerte og smertebehandling (10). I tillegg er det rapportert kunnskapsmangel både hos pasienter og sykepleiere. Tradisjonelt har sykepleiere i Norge en viktig rolle i behandlingen av postoperative smerter innenfor viktige områder som preoperativ informasjon og undervisning av pasienter og deres pårørende, vurdering og hyppig revurdering av smerter, administrering av medikamenter som lege har foreskrevet, samt å lindre smerte med bruk av ikke-invasiverende metoder som musikk. Allikevel finnes det lite empirisk forskning på hva sykepleiere faktisk gjør for å lindre postoperative smerter. Hovedantagelsen i denne studien var at kvaliteten på den postoperative smertebehandlingen er mangelfull. For å undersøke denne antagelsen ble kvantitative data samlet fra ortopediske pasienter de første fem postoperative dagene ved hjelp av spørreskjema. For å undersøke hvordan sykepleiere bidrar i smertebehandlingen på en

kirurgisk avdeling, ble en kvalitativ tilnærming brukt med hjelp av observasjon og intervju.

Hensikt

Det overordnede målet eller hensikten med studien var: Å evaluere kvaliteten av den postoperative smertebehandlingen. Videre var det to hovedmål: Det første var å få kunnskap om hvordan pasienter opplever postoperativ smertebehandling etter store ortopediske inngrep. Og det andre var å få kunnskap om hvordan sykepleiere bidrar til postoperativ smertebehandling ved kirurgiske avdelinger.

Gjennomføring

Studien ble gjennomført ved 2 sykehus og 3 kirurgiske poster. Pasientstudien ble gjennomført ved ett sykehus og sykepleierstudien ble gjennomført ved begge sykehus. Vanlig smertebehandling begge steder var paracetamol og/eller svake opioider evt. NSAIDs og evt. opioider.

I pasientstudien ble data samlet fra pasienter preoperativt, 1., 3. og 5. postoperative dag, samt type og mengde analgetika for 1., 3. og 5. døgnet. Tre spørreskjemaer ble benyttet, et for bakgrunnsvariabler, Numerisk skala fra 0 – 10 for å måle smerteintensitet og et spørreskjema for å måle kvaliteten på den postoperative smertebehandlingen utarbeidet av den Amerikanske Smerteforening (APS, 1995 #3).

I sykepleierstudien ble hver enkelt sykepleier observert ved 5 vakter: 2 dager, 2 kvelder og 1 natt, samt intervjuet etter siste observasjon. Her ble semi-strukturerte observasjons- og intervjuguider benyttet.

Utvalgene

Pasientutvalget bestod av 102 pasienter med en gjennomsnittsalder på 65 år som varierte mellom 40 og 80 år. Det var 57 % kvinner og 43 % menn. Det var litt flere som ble kne operert enn hofte operert. 85 % av pasientene hadde blitt operert tidligere og 71 % brukte smertestillende før operasjonen.

Sykepleierutvalget bestod av 7 kvinner og 2 menn i alderen 27 til 35 år med en gjennomsnittlig erfaring på nesten 3 år. Det var sykepleiere med erfaring og interesse for tema og kunnskap om avdelingens rutiner for smertebehandling.

Analyse

I pasientstudien ble de kvantitative dataene analysert ved hjelp av statistiske metoder. Smertestillende medikamenter ble kategorisert i 4 grupper for statistisk analyse. Alle opioider ble konvertert til morfin peroralt per 24 timer.

I sykepleierstudien ble de kvalitative dataene analysert etter Kvaales analyse metode. De ble analysert på tre nivåer: selv- forståelse, "common sense" og teori.

Hovedfunn artikkelvis

Artikkel I

Dihle A; Helseth S; Kongsgaard UE; Paul SM; Miaskowski C. Using the American Pain Society's Patient Outcome Questionnaire to evaluate the quality of postoperative pain management in a sample of Norwegian patients. *Journal of Pain*, 2006 Apr; 7 (4): 272-80.

I artikkel 1 var målet å beskrive forandringer i pasientenes smerteintensitet, i smertens påvirkning av funksjoner og i bruk av analgetika over tid, samt å beskrive pasientenes tilfredshet med smertebehandlingen. Resultatene viser at pasientenes postoperative smerte etter store ortopediske operasjoner blir underbehandlet de første fem postoperative dagene. Pasientene rapporterte høye verdier på smerte intensitet og fikk lave doser med smertestillende medisin de første 5 dagene etter operasjonen. På den 5. postoperative dagen hadde 25 % av pasientene fortsatt en gjennomsnittlig smerte på over 5, og 53 % av pasientene hadde en verst tenkelig smerte på over 5. Nesten alle pasientene (90 – 98 %) fikk den samme dosen av paracetamol på de 3 dagene det ble registrert. Men de fleste fikk bare halvparten av anbefalt dose (4g pr døgn). Med hensyn til NSAID's, økte antall pasienter som fikk NSAID's fra ca. 25 % på 1. postoperative dag til ca. 50 % på 3. og 5. dag. Gjennomsnittlig dose av alle opioider var ca. 60 mg oral morfin på 1. dag og denne dosen ble redusert til ca. 40 mg på 3. og 5.dag.

Selv om smertens påvirkninger av viktige funksjoner for rehabiliteringen ble redusert over tid, fra 3. til 5. dag, viste studien at smerten har en negativ påvirkning på disse funksjonene målt på 3. dag (generell aktivitet, humør, evne til å gå, relasjon til andre, søvn).

På 3. postoperative dag rapporterte nesten 90 % av pasientene at de måtte vente inntil 20 min for å få smertestillende medisin. Nesten halvparten (47 %) av pasientene indikerte at de smertestillende midlene de fikk ikke hjalp og ba om mer eller noe annet for å lindre smertene. Pasientene rapporterte at de er svært tilfredse med smertebehandlingen til tross for høye smerteskår. Av 7 utsagn om barrierer var pasientene mest enig i utsagnet om at personer lett blir avhengig av smertestillende.

Artikkel II

Dihle A; Helseth S; Paul SM; Miaskowski C. The exploration of the establishment of cutpoints to categorize the severity of acute postoperative pain. *Clinical Journal of Pain*, 2006 Sep; 22 (7): 617-24.

I artikkel II var målet å etablere skjæringspunktene (cutpoints) mellom mild, moderat og sterk postoperativ smerte. Vi fant at grensene for når smerteintensiteten er så høy at den fungerer negativt på ulike funksjoner (5 funksjoner fra BPI) lå på 3 mellom mild og moderat smerte (cutpoint 3), og grensen lå på 5 mellom moderat og sterk smerte (cutpoint 5). Siden postoperativ smerte i tidlig fase ofte varierer i intensitet i løpet av døgnet med aktivitet og ro, er utregningen basert på gjennomsnittet av pasientenes verste smerte og gjennomsnittlige smerte på den 3. postoperative dagen. Den gjennomsnittlige postoperative smerten hos pasientene bør dermed ligge på 3 eller mindre, slik at viktige funksjoner ikke blir påvirket negativt. Dette betyr at hvis pasienten har sterkere gjennomsnittlig smerte enn 3 på en skala fra 0 til 10 bør smerten behandles.

Artikkel III

Dihle A; Helseth S; Christophersen K. The Norwegian version of the American Pain Society Patient Outcome Questionnaire: reliability and validity of three subscales. *Journal of Clinical Nursing*, 2008 Aug; 17 (15): 2070-8.

I artikkel III var målet å undersøke noen psykometriske egenskaper ved spørreskjemaet som ble benyttet. Skjemaet består, i tillegg til 6 enkelt spørsmål, av 3 hovedskalaer; deler av Brief Pain Inventory (BPI) med 8 spørsmål, en Barriere skala med 7 spørsmål, og en tilfredshetsskala med 3 spørsmål. Når spørreskjemaet ble testet for gyldighet og nøyaktighet, viste resultatene at det er tilfredsstillende, unntatt spørsmålene om tilfredshet. Den norske versjonen av spørreskjemaet utarbeidet av den Amerikanske Smerteforeningen (1995) synes å være en akseptabel metode for å evaluere kvaliteten av postoperativ smertelindring. Men tilfredshetsskalaen blir ikke anbefalt benyttet som en kvalitets indikator for postoperativ smerte slik den er brukt i dette spørreskjemaet.

Artikkel IV

Dihle A; Bjølseth G; Helseth S. The gap between saying and doing in postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing*, 2006 Apr; 15 (4): 469-79.

For sykepleierstudien var målet å beskrive hvordan sykepleiere oppfattet og utførte preoperativ informasjon, vurdering, behandling og evaluering av postoperativ smertelindring og å avdekke noen barrierer for optimal postoperativ smertebehandling. Studien viser at det er et gap mellom hva sykepleierne sier de gjør og hvilke handlinger de faktisk utfører innenfor viktige områder i sykepleiernes rolle i smertelindringen; som preoperativ informasjon, smertevurdering, behandling og evaluering av tiltak. Når dette gapet blir for stort utgjør det en barriere for god smertelindring. Hvis sykepleierne inntar en aktiv tilnærming til pasientene og deres smertelindring, synes dette gapet å bli redusert og kvaliteten på den postoperative smertebehandlingen øker. En aktiv tilnærming kan karakteriseres ved en åpen og direkte kommunikasjon, oppmerksomhet på pasientens signaler og forebygging av smerten. En mer passiv tilnærming til pasienten synes å gjøre gapet større og i mindre grad lykkes med smertebehandlingen. En passiv tilnærming kan karakteriseres ved en indirekte kommunikasjon, overse pasientens signaler og å stole på at pasienten sier fra om de har smerter og å la pasienten ta mer ansvar for sin egen smertebehandling. Vi fant at overføringen av teori til praktisk handling var utilstrekkelig og at dette utgjør en barriere for optimal smertebehandling. Resultatet av studien understreker den betydningsfulle rollen sykepleierne har innenfor postoperativ smertelindring, og at sykepleierne har en nøkkelrolle i forhold til å forbedre kvaliteten på den postoperative smertelindringen til kirurgiske pasienter.

Konklusjon

Kvaliteten på den postoperative smertelindringen var ikke god nok, til tross for all kunnskap og forskning som fins på området og trengs å forbedres.

Pasientenes smerter etter store ortopediske operasjoner blir for dårlig behandlet de første 5 dagene og smerten påvirker viktige funksjoner på et nivå som er kritisk for den postoperative rehabiliteringen.

Til tross for høy smerte er pasientene svært fornøyd med smertebehandlingen.

Skjæringspunktet (cutpoint) mellom mild og moderat gjennomsnittlige smerte lå på 3 og mellom moderat og sterk på 5. Den gjennomsnittlige postoperative smerten hos pasienten bør ligge på 3 eller mindre for ikke å påvirke viktige funksjoner negativt.

Spørreskjemaet som ble benyttet viser i hovedsak tilfredsstillende gyldighet og nøyaktighet unntatt spørsmålene om tilfredshet.

Det er et gap mellom hva sykepleierne sier og gjør, og når gapet er stort utgjør det en betydelig barriere for god smertebehandling.

Implikasjoner

Vi trenger å øke kvaliteten på den postoperative smertebehandlingen med mer aggressiv smertelindring og i større grad benytte ikke-invaderende smertelindrings metoder.

Målet for smertelindringen bør ligge på ≤ 3 eller mindre.

Vi må finne bedre metoder for å overføre evidensbasert kunnskap til praktisk handling for å redusere gapet mellom hva sykepleierne sier og gjør.

Det er viktig å øke kunnskapsnivået hos både sykepleierstudenter, sykepleiere og pasienter, samt på alle nivåer i samfunnet.

Det ser ut til å være et behov for å utarbeide nasjonale retningslinjer for postoperativ smertebehandling.

Litteratur

1. Apfelbaum JL et al. Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesthesia and analgesia* 2003; 97: 534-540
2. Svensson I, Sjöström B, Haljamäe H. Assessment of pain experiences after elective surgery. *Journal of Pain and Symptom Management* 2000; 20: 193-201.
3. Svensson I, Sjöström B, Haljamäe H. Influence of expectations and actual pain experiences on satisfaction with postoperative pain management. *Eur J Pain* 2001; 5: 125-133.
4. Breivik H. Postoperative pain management: why is it difficult to show that it improves outcome? *Eur J Anaesthesiol* 1998; 15: 748-751.
5. Kehlet H. Effect of postoperative pain treatment on outcome-current status and future strategies. *Langenbeck's archives of surgery*, 2004. 389: 244-249.
6. Kehlet H, Dahl JB. Anaesthesia, surgery, and challenges in postoperative recovery. *Lancet* 2003; 362: 1921-1928.
7. Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *Lancet* 2006; 367: 1618-1625.
8. Perkins FM, Kehlet H. Chronic pain as an outcome of surgery. A review of predictive factors. *Anesthesiology* 2000; 93: 1123-1133.
9. Brennan TJ, Kehlet H. Preventive analgesia to reduce wound hyperalgesia and persistent postsurgical pain: not an easy path. *Anesthesiology* 2005; 103: 681-683.
10. American Pain Society (APS). Society, Principles of Analgesic Use in the Treatment of Acute Pain and Cancer Pain. 4th ed. 1999, Glenview, IL: American Pain Society.
11. McNeill JA et al. Pain management outcomes for hospitalized Hispanic patients. *Pain management nursing* 2001; 2: 25-36.
12. Van Niekerk LM, Martin F. Tasmanian nurses' knowledge of pain management. *Int J Nurs Stud* 2001; 38: 141-152.
13. American Pain Society Quality of Care Committee (APS). Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain. *J Am Med Assoc* 1995; 274: 1874-1880.

Reisebrev fra Firenze

EfCCNa står for "European Federation of Critical Care Nursing Associations". Dette er en fellesorganisasjon for intensivsykepleierforbundene i 23 europeiske land. Hvert tredje år arrangerer de en kongress. Den arrangeres av intensivsykepleiere og for intensivsykepleiere i hele Europa. Ingen leger involvert her!

Lise Toubro Bratberg

Intensivsykepleier, Medisinsk intensiv og overvåkning,
Ullevål Universitetssykehus.

I 2005 var kongressen i Amsterdam, i år i Firenze, og i 2011 blir det København! Her har vi store forventninger, og vi ses meget gjerne igjen hos våre gode naboer på den danske ø!

Kongress er artig! - Og intenst! Interessant og stimulerende! Kongressen ble holdt i et flott festningsliknende lokaler; Fortezza da Basso, som ligger midt i sentrum av Firenze. Vi hadde bare noen få minutters spasertur fra vårt hotell. Her samlet det seg over 2000

intensivsykepleiere fra hele Europa. Norge var godt representert med over 80 deltagere, mens Sverige og Danmark hadde litt over 40 deltagere hver. Flest deltagere var det naturlig nok fra Italia som var vertsland. De gjorde seg godt bemerket ved til dels forstyrrende bruk av head-sets som de brukte for å få oversettelse fra engelsk til italiensk.

Det spennende ved en slik kongress er at man blir klar over de forskjeller - og likheter, det er fra land til land i vår egen yrkesgruppe! I Italia kan intensivsykepleieren åpenbart svært dårlig engelsk. Dette må jo være et stort problem når det gjelder å ha tilgang på litteratur og forskning, enda større barriere enn vi opplever at det er. Italienerne synes også å akseptere det å tjøre pasientens hender slik at de ikke kan ekstubere seg selv. En dansk intensivsykepleier stod opp og inviterte alle italienerne til Danmark for å se at det gikk an å klare seg uten denne metoden. Hun sa at hos oss er vi tilstede hos pasienten, informerer og beroliger, og så bruker vi sederende medikamenter om nødvendig.

I et innlegg ble det presentert en problemstilling fra Israel hvor de gav astronomiske doser inotropi, fordi de ikke hadde lov til å avslutte/ fryse behandlingen. Dette opplevde intensivsykepleierne der naturlig nok både uetisk og problematisk.

Arbeidsforholdene og sykepleierens status varierer også mye fra land til land. En sykepleier på barneintensivavdeling i Firenze tjener luse lønn, og de hadde ansvar for flere intensivpasienter samtidig. Det å se at forutsetningene og arbeidsforholdene er så forskjellig gjør at man blir klar over at det ikke er noen selvfølge at ting er som de er, - og vi har det i grunnen veldig godt i Norge!

Det var fortløpende presentasjoner og forelesninger i 4 saler. Totalt var det 119 muntlige presentasjoner og 100 postere.

Det var to norske bidrag: det ene var en poster av Siv K. Stavseth (v/ Rikshospitalet) om Nursing Activity Score (NAS). NAS viser seg å være en mye bedre registreringsmetode for å dokumentere sykepleierens "workload" på, enn NEMS. Noe å tenke på for oss?

Det andre norske bidraget var en muntlig presentasjon: "Evidence-based nursing meeting practice" v/ Inger Emilie Værland, Stavanger. Her var sykepleiere intervjuet om sin erfaring med å bruke en evidence-basert avvenningsprotokoll. Svarene de gav viste at avvenningsprotokollen var brukbar som en del av en mangfoldig strategi for avvenning. Protokollen beskrev imidlertid bare en liten del



Delegasjon fra Medisinsk intensiv på Ullevål, med et vakkert oliventre i bakgrunnen: Lise T. Bratberg, Ulrika Berg og Helen Sundquist.

av de sykepleietiltakene som var rettet mot avvenningsprosessen, og at sykepleien var basert på en mye bredere base av "clinical wisdom/ judgement". De konkluderte: "Hvis fokus var på denne type kunnskap alene, vil andre kunnskapsaspekter innen intensivsykepleien bli usynlige og kan forsvinne". Det gjelder altså å ha flere ben å stå på.

EfCCNa motto: "Working together - achieving more!"

Det var et utall av tema: alt fra end-of-life care, caring for familiy/ relatives, pain and sedation, risk management, staff-workload-stress, cardiovascular care og kommunikasjon, for å nevne noe. Verdt å merke seg var at det var ingenting om det viktige temaet: ernæring!

"Think globally - act locally"

Fredag var det party! Det var servering av alskens herlige småretter fra det italienske kjøkken, inkl. vin, selvfølgelig!

Deretter var det dans! Vi forsøkte å påvirke DJ'en til å spille noe ABBA eller evt. en låt eller to av AHA, men det var lite trolig at han forstod hva vi mente ... eller så hadde ikke Mamma Mia-feberen nådd helt dit ennå ...

På våre ekstra, oppsparte feriedager bød Firenze på sine renessanse kunstsatter, imponerende arkitektur, varmende sommervarm, gastronomiske opplevelser, herlig shopping-lykke, mm.! Vi fikk



Ivrig studering av det innholdsrike programmet. Vanskelig å velge hva man vil høre på av de mange parallele forelesningene.

også en velgjørende søndagstur på landet: sykkelstur i Chianti blant høye sypresser, vinranker og olivenlunder.

Neste EfCCNa-kongress blir som sagt i 2011 i København! Mon to om det blir muligheter for å svømme over og hilse på havfruen og våre danske venner?! Med stipend kan vi kanskje leie en kajakk og padle over vannet!? Her er det muligheter både å delta som vanlig kongressdeltager, og å dele faglige arbeider med intensivsykepleiere fra hele Europa ved å bidra med postere eller oral presentations! Husk mottoet: working together – achieving more! Vi ses?!

SimMan 3G ny trådløs simulator



SimMan 3G- gjør simulering enklere

SimMan 3G - den nye generasjon trådløs simulator fra Laerdal Medical - med trådløst system, avanserte vitale parameter og igjenkjennelse av medikamenter utvider SimMan 3G dine treningsmuligheter til realistisk simulering

Eksempel på nyheter:
Trådløs
Ferdige scenarier
Flere vitale parameter



Pupiller reagerer på lys

For mer informasjon, kontakt: Tel: 5151 1700 eller E-mail: salg.norge@laerdal.no

www.laerdal.com



ALNSF – nytt

Stine T. Smith, styremedlem ALNSF

www.alsnf.no

Nettsiden vår www.alsnf.no er under endring og har derfor vært lite oppdatert de siste månedene. Årsaken er at NSF ønsker en ny nettportal som hele NSF organisasjonen skal bruke. En prosjektgruppe i NSF har definert ønsker og behov for internettportal i fremtiden. Beklageligvis har ingen av faggruppene vært representert eller rådspurt i denne prosessen. Dette har ført til at ALNSF sine ønsker og behov som for eksempel lokal publisering ikke er blitt ivaretatt. Konvertering fra gammel til ny løsning har vært utsatt flere ganger, og ny dato er ikke blitt fastsatt. Vi håper på at den nye portalløsningen vil bli gjennomført i løpet av mars.

Det nye publiseringsverktøyet heter Iknowbase. Det har gitt oss store utfordringer med ”oppetid” og antall meny punkt som vi kan publisere under. På den nåværende nettsiden har vi 9 ulike meny punkt, mot kun 2 i den nye løsningen. Dette har skapt mye arbeid og utfordringer for vår webmaster med å kategorisere og systematisere artikler inn i den nye portalen. Dette i tillegg til at artikler lett kommer på avveie når de skal konverteres over til ny portal.

Inntil videre vil vår webmaster publisere stoff på den nåværende nettsiden. Lokalgrupper og enkelt medlemmer kan sende inn stoff på ulike format som Word, pdf, publisher og ppt, som så konverteres for å passe inn på nettsiden.

Kontaktadressen til internettansvarlig/webmaster ligger inne på nettsiden www.alsnf.no.

ALNSF styre beklager at nettsiden for tiden er lite oppdatert, men vi håper på at i løpet av våren 2009, ja da vil den nye nettsiden være oppe og på gli....!!

Spesialistgodkjenning

I forbindelse med utredning av helsepersonellens autorisasjonsordning har Helsedirektoratet i brev til NSF datert 10.12.08 uttalt følgende:

”Helsedirektoratet har på oppdrag fra departementet utarbeidet to delutredninger om prinsippene for helsepersonellovens autorisasjonsordning. Disse er nå offentliggjort og lagt ut på regjeringen.no. Departementet vil om kort tid ta stilling til hvordan de to delutredningene skal følges opp. I den forbindelse kan det bli aktuelt å ta kontakt med relevante yrkesorganisasjoner.”

De to utredningene finnes på www.helsedirektoratet.no:

- http://www.regjeringen.no/upload/HOD/HRA/Hovedutredning_160108.pdf
- http://www.regjeringen.no/upload/HOD/HRA/Tilleggsutredning_010908.pdf

ALNSFs etterutdanningsutvalg jobber med faglig innhold til de obligatoriske emnene i etterutdanningsprogrammet i spesialistgodkjenningsdokumentet og dette vil bli presentert på www.alsnf.no i løpet av mars måned.

ALNSF - MCQ eksamener 2009

Det blir avholdt fire eksamener pr. år. Datoer i februar og september benyttes hovedsakelig til kontinuering, dersom stryk på de øvrige datoer.

Mer detaljer om MCQ eksamen finner du på: www.alsnf.no

Uke 7	MCQ eksamen: 11.02.09	Siste frist påmelding 14.01.09
Uke 22	MCQ eksamen: 27.05.09	Siste frist påmelding 29.04.09
Uke 36	MCQ eksamen: 05.09.09	Siste frist påmelding 07.08.09
(Under ALNSF Fagkongress på Hamar)		
Uke 47	MCQ eksamen: 18.11.09	Siste frist påmelding 21.10.09

Påmelding skjer til Eksamensrådet, v/leder; Astrid Arnesen Hug, e-mail: astrid.arnesen.hug@rikshospitalet.no

eller pr. brev til:

ALNSF Utdanningsutvalget

v/ Astrid Arnesen Hug

Anestesiavdelingen, Rikshospitalet

0027 OSLO

STIPEND FOR ANESTESISYKEPLEIERE 2009

Følgende stipendier utlyses via ALNSF i 2009:

Baxter

Baxter AS, kr. 10.000,-

Stipendet kan anvendes til:

- Utdanning / videreutdanning
- Prosjektarbeide
- Kurs- / kongressdeltakelse
- Hospitering ved annet sykehus

Stipendet bør fortrinnsvis knyttes opp mot et av Baxters produkter innen inhalasjonsanestesi. Mottaker må søke om å få skriftlig rapport i Inspira, gjerne supplert med foredrag eller poster på ALNSFs studiedager.



COVIDIEN Norge AS, kr. 10.000,-

Stipendiet skal være tilskudd til reise, deltakeravgift og oppholdsutgifter.

Kriterier for valg av stipendiat:

- Søkeren må være medlem av ALNSF
- Søkeren må være i aktiv tjeneste som anestesisykepleier
- Søkeren må skrive en kortfattet rapport fra et faglig emne som har hatt spesiell betydning for stipendiatens faglige utvikling. Rapporten kan være aktuell å publisere i tidsskrift.



Fresenius Kabi, kr. 10.000,-

Stipendiet kan anvendes til prosjektarbeid eller faglig utviklingsarbeid innenfor et av våre kjerneområder væsketerapi og/eller smertebehandling.

- Videreutdanning eller perfeksjonering innen feltet
- Faglig spesialisering eller utdypning av spesialområdet
- Studieopphold / kongresser / kurs / seminarer for å lære nytt innen fagområdet
- Undervisnings prosjekter

Stipendiet kan fordeles på flere personer.

ALNSF STIPEND 2009

3 stipend à 7500 kr

Stipendiene kan brukes til:

- Til forskning/fagutvikling innen anestesisykepleie
- Perfeksjonering /studier innen særlige områder for anestesisykepleie

Den som mottar stipendet må skrive rapport til ALNSF, og bør søke å få rapporten publisert i "Inspira".

Søknadsfrist for alle stipendene er 25. mai 2009.

Søkere må være medlem av ALNSF.

Tildeling av stipendiene skjer under ALNSFs studiedager på Hamar.

Søknadsskjema og nærmere opplysninger finner du på internett: www.alsnf.no

Stipendsøknad(er) sendes til ALNSF v/ Beate Stock stockbeate@gmail.com eller til: Ørnetua 8b, 6009 Ålesund





NSFLIS – nytt

Siw Øfstegaard Heimdal, nestleder NSFLIS

I februar arrangerte landstyret lokalgruppelederkonferanse på Gardermoen.

Det ble 2 flotte dager. Mens det var ned til 20 kuldegrader ute, forsøkte vi å få opp litt temperatur med diskusjoner inne.

Flere av lokalgruppene har fått ny leder i år, og 18 lokalgrupper var representert på konferansen sammen med landsstyret. Det er nyttig for landstyret å vite hva som opptar lokalgruppelederene. Samtidig fikk landstyret gitt en del informasjon om hva vi jobber med.

Medlemsverving

Vi diskuterte blant annet medlemsverving og profilering av NSFLIS. Det kom mange flotte innspill. Noen lokalgrupper er svært aktive når det gjelder å rekruttere nye medlemmer. En lokal gruppe får møte intensivstudentene rett etter skolestart. Det er en fin måte å treffe fremtidige kollegaer og medlemmer på. Ett tips til andre lokalgrupper? En annen gruppe hadde en intensivstudent som observatør i styret i lokalgruppa. Det er en fin måte for intensivstudentene å se hva vi arbeider med. Husk at intensivstudentene betaler halv avgift for å være medlem i NSFLIS.

Som dere vet er vårt store mål å bli 2500 medlemmer i 2012.

Vi vet at det har vært litt vanskelig å melde seg inn via nettet, men siden jeg er medlemsansvarlig i landstyret, kan jeg melde dere inn.

Profilering

På lokalgruppelederkonferansen ble det også diskutert forskjellige måter vi kan profilere oss på. Jeg vil nevne noen måter som ble nevnt mens vi var på Gardemoen. NSF sine fylkeskontorer har opprettet lokale fagforumer. Her er det viktig at lokalgruppelederen i NSFLIS deltar. Vi er NSF sin nest største faggruppe. Lederen i lokalt fagforum sitter som styremedlem i NSF sine fylkesstyre. I lokalt fagforum kan du få fronte viktige saker for intensivsykepleiere. I noen fylker arrangeres det fagkafeer 1 kveld i måneden. Tips for emner kommer ofte fra de lokale fagforumene. Er det noe du som intensivsykepleier vil ha på en fagkafe?

12. mai er den internasjonale sykepleierdagen. Dersom det markeres på sykehuset eller av fylkesstyret til NSF, anbefaler jeg dere til å være med. Intensivsykepleie er viktig for sykehusene. På en stands kan dere få fortelle om faget og utdanningen. Kanskje du treffer noen fremtidige intensivsykepleiere?

Når det gjelder profilering, ønsket flere av lokalgruppelederene å ha sin egen rollup med NSFLIS logoen på. Vi i landsstyret har også sett det behovet. Vi synes det er viktig å bruke logoen når vi kan.

På ungdomsskole trinnet arrangeres det, i anledning kunnskapsløftet, yrkesmesser. Her er det viktig å profilere sykepleie. I mange fylker er det fylkesstyrene i NSF som bidrar sammen med sykehusene. Ungdom må få vite hva som skal til for å bli sykepleier og at det finnes videreutdanning innen sykepleie. På videreutdanningen er det også yrkesmesser, og det er en fin måte å fronte intensivsykepleie på. Når

grunnutdanning i sykepleie har startet, kan vi være med på å fortelle om intensivsykepleie. Noen lokalgrupper er aktiv på høyskolene og har stands og får profilert seg. Det synes vi er kjempeflott, og en god ide til andre lokalgrupper.

Vi kan også profilere intensivsykepleie på lokale arrangementer.

De fleste fylkeskontorene til NSF utgir lokale fagblader. Her er det mulighet å få vist frem NSFLIS. Flere lokalgrupper har sammen med lokalt fagforum hatt ansvar for å fortelle om sin faggruppe. Da når de ut til alle NSF sine medlemmer i fylket.

GF og faglige seminarer

GF og de faglige seminarene i år blir arrangert av lokalgruppa i Akershus. Årets samling skal være i Lillestrøm. På lokalgruppelederkonferansen fikk vi sett programmet for det faglige seminaret. Vi synes lokalgruppa i Akershus har fått til ett variert og aktuelt program.

For GFdagen kan du som medlem påvirke. Det er lokalgruppene som kan sende inn saker til GF. Vi vil minne om at fristen for å levere GFsaker er 9. mai.

Husk at på GF er det valg til landstyret. Nominasjonskomiteen er nå i full gang med å lete etter kandidater til landstyret. Vet du om noen som egner seg for styret? Eller har du lyst selv? Ikke nøl med å ta kontakt med lokalgruppa di. Lokalgruppelederen kan sende forslaget videre til nominasjonskomiteen.

Når det gjelder påmelding, må du på se annonsen lenger fremme i bladet.

Vi håper mange finner veien til Lillestrøm i september, for det kan bli en flott uke.

Kongressbyrå

På GF i Bergen ble det bestemt at vi i landstyret skulle skaffe kontrakt med kongressbyrå, slik at det kan bidra til arbeidet med GFuka. Dette har vært en stor jobb for sekretær Erik Bonesmo. På siste landstyremøtet ble det endelige brevet med anbudet vedtatt. Brevet skal sendes til 10 kongressbyrå. Vi venter nå spendt på svarene. Det kongressbyrået vi velger skal brukes fra 2011. Vi håper det vil lette arbeidet med å arrangere GFuka. GF er blitt ett stort arrangement, og allerede nå har kongressbyrå blitt brukt. Det vi ønsker med ett fast kongressbyrå, er at da vet de hva vi ønsker og trenger for å arrangere ett GF.

NSFLIS reisestipend 2009

Nå er tiden inne til å søke på NSFLIS`reisestipend 2009. På GF i Bergen ble det bestemt at reisestipendet skulle økes til 4000 kr. Søknadsfristen er 1. april. Stipendet deles ut på første landstyremøtet i april. Stipendets kriterier finner du på hjemmesiden vår. Vi håper mange vil benytte seg av muligheten til faglig input ved å søke etter stipend. Du kan bruke stipendet til å dra til fagdagene i Lillestrøm.

VOLUVEN®

60mg/ml HydroksyEtylStivelse 130/0,4
9 mg/ml Natriumkloridoppløsning

VOLULYTE®

60mg/ml HydroksyEtylStivelse 130/0,4
Balansert elektrolyttoppløsning

