



Skifte av TIVA-sett?

**Kompetansebygging
for å forebygge VAP**

Helsefremmende samarbeid

LEDER



Kjære kolleger!

Jeg starter med å ønske Sigbjørn ved siden av meg her hjertelig velkommen som ny faggruppeleder for NSFLIS. Lykke til med vervet, jeg ser fram til samarbeidet vi får på ulike felt. Også tusen takk til deg Hildegunn for alt godt samarbeid over flere år – lykke til med nye utfordringer som ligger foran!!

Så kan vi igjen konstatere at dere er viktige og etterspurte! Siste dagers innslag på nyhetssendinger har bragt fram til offentligheten det vi andre har visst lenge - det er mangel på spesialsykepleiere! Spesialisthelsetjenesten er avhengig av kompetansen vi besitter, og tilgang på disse ressursene og hvordan vi benyttes er et viktig tema. Alle dere som hver dag ivaretar våre pasienter, koordinerer operasjonsprogram og legger til rette for ytterst effektiv drift vet dette!! Helseministeren er utfordret, og sier han følger opp. Det blir interessant å se hva som kommer av innspill fra de respektive helseforetakene, og hva som konkret blir gjort videre i form av tiltak.

Dette var også ett av mange tema som var berørt da omkring 70 av landets anestesiledere var samlet til lederkonferanse i starten av november. Det var en historisk samling, NSF/ALNSF har ikke arrangert denne type konferanse for bare ledere tidligere. Organisering, planlegging og bruk av kompetansen ble belyst fra ulike vinkler. Ledernes oppgaver i anesthesiavdelinger er mangfoldige, krav og utfordringer til tider nesten umulige å forene. Likevel var det en positiv og flott gjeng vi traff, med et stort ønske om tilrettelegging for god drift, der den enkelte medarbeider ble godt ivaretatt både hva gjelder daglig funksjon på et faglig høyt nivå og der kompetansen blir ivaretatt og videreutviklet. Det var nyttig å utveksle kunnskap og erfaringer, og viktig for oss å få diskusjon og synspunkter fra lederståsted på våre viktige fanesaker. Kommunikasjon og møteplasser er nødvendig når ønske om å nå felles mål er tilstede.

Viktige deltagere i rekruttering er også studentene som i disse dager gjør ferdige sin spesialutdanning og er klare for å ta fatt som anestesisykepleiere. Lykke til dere – det er et spennende fagfelt dere nå skal erobre for fullt. Dere er ettertraktet og viktige, kloke og gode kolleger vil nå ta imot det faglige engasjementet deres i avdelingen - del erfaring og ny kunnskap, sammen blir det ny energi i virksomhetene våre.

Så er det adventstid og går mot jul. Når dere etter å ha gjort en uvurderlig innsats for pasientene rundt om, og "har vaska golvet og børi ved" unner jeg dere alle en god «pust i bakken».

Med ønske om en fredelig julehøytid og et riktig godt nyttår!!

Varme førhjulshilsener fra Marit
Leder ALNSF

Kjære InspirA-lesere!



Det er med stor ydmykhet jeg skriver min første leder i InspirA. Å overta stafettpinnen fra vår tidligere leder Hildegunn Synnevåg er et stort ansvar. Når vi ser tilbake på den innsats og det engasjement som Hildegunn har vist i en årrekke, må jeg si at det er ingenting annet enn imponerende. Tusen takk, Hildegunn!

Høsten har vært både regntung og grå. Vi har sett saker i mediabildet som er langt fra hyggelige, med en intensivkapasitet som er presset til randen flere steder. Den virkelighet som mange står i hver dag, med dårlig bemanning og strykninger av operasjoner, har endelig kommet på dagsorden og vakt stor oppsikt i landsdekkende media. For oss som fagpersoner har flere saker vært rystende. Er det pasienten som har vært i fokus når vi ser slike hendelser, eller er det andre krefter som styrer? Har den økonomiske kampen og prestisjefag mellom miljøene tatt over for den gode kliniske vurdering?

For vår organisasjon har vi likevel hatt noen lyspunkt denne høsten. Vårt årlige arrangement i Trondheim ble avholdt senere enn vanlig dette året. I månedsskiftet oktober-november hadde vi noen flotte dager, med Generalforsamling og faglige seminarer i Trondheim. Rammen rundt arrangementet var meget gode på Rica Nidelven, og evalueringene fra arrangementet viste at også deltagerne var fornøyde. Det varmer arrangørene med tilbakemeldinger som "Jeg har fått styrket min intensivsykepleier-identitet – TAKK!"

Jeg ser at lederoppgaven for en faggruppe med tett opptil 2500 medlemmer krever en innkjøringsperiode for min del. Men jeg har likevel store ambisjoner for organisasjonen fremover. Vi har kommet i gang med det nye styret, og har mange store og viktige saker som ligger på trappene. Sentrale saker vil være prosjektet "Standard for intensivsykepleie", egen organisasjonsutvikling, og et fortsatt fokus på utdanning og mastergrad. Vi har videre en ambisjon om å være mer tydelige i fagpolitiske debatter som omhandler intensivsykepleie, og ønsker å utarbeide en mediastrategi.

Jeg vil benytte anledningen til å rette en stor takk til lokalgruppene i Akershus og Oslo som stilte sporty opp på NSF's 100-års markering i Spikersuppa på Karl Johan 24.september! På dette arrangementet fikk faggruppene mulighet til å vise bredden i sykepleieryrket, og våre medlemmer hadde forberedt dette godt med både dukke og medisinsk-teknisk utstyr. Mange tilskuere fikk vår nye informasjonsbrosjyre, og et innblikk i hvordan intensivsykepleie gjør en forskjell.

Juleferien står for døren, og jeg håper dere har hatt en god høst. Jeg vil ønske dere en riktig god jul og et faglig spennende nytt år!

Mvh
Sigbjørn Flatland
Leder NSFLIS

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

Ann-Chatrin Linqvist Leonardsen
Tørkopp 4, 1679 Kråkerøy
Mobil: 41668797
Mail: inspira@alnsflis.no / dleo@online.no

ALNSFs redaksjonsutvalg

Redaksjonsmedlem
Ellen Marie Lunde
Mobil: 99699748
Jobb: 69860541
Mail: ellen.lunde@so-hf.no

NSFLISs redaksjonsutvalg

Redaksjonsmedlem
Anne Mette Nygaard
Mobil: 99552152
Jobb: 69860560
Mail: anne.mette.nygaard@so-hf.no

Redaksjonsmedlem

Gerd Bjørknes
Mobil: 97562341
Jobb: 69860560
Mail: gerbj@so-hf.no

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

Design

Akuttjournalen
Liv K. Norland
artdirector@akuttjournalen.com
T: +47 99 59 16 86

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

Forsidefoto

Anne-Britt Mathisen

ALNSF på internett

www.alnsf.no

NSFLIS på internett

www.nsflis.no

04
12


INNHold

Leder	2
Marit Vassbotten Olsen, Leder ALNSF, Sigbjørn Flatland, Leder NSFLIS	
Skifte av TIVA-sett ved anestesi	5
Line Mæhlum, Kristina Eknæs og Elisabeth Storvand Gulseth og Sondre Magne Nordlie	
Kompetansebygging for å forebygge VAP	11
Tuva Sandsdalen Mytting, Åse Espelund, Else Hagen Mæhlum og Sevald Høye	
Hildegunn Synnevåg	17
Helsefremmende samarbeid - en viktig trivselsfaktor i anestesisykepleierfaget	18
Gertrud Averlid	
NUBA - Nordisk utdanning i barnanestesi	24
Ros-Marie Arvén, Anestesisykepleier. Fagansvarlig barn, OUS Rikshospitalet	
Lederkonferanse på Gardermoen	26
NSFLIS Generalforsamling og fagdager i Trondheim	28
Gerd Bjørknes	
ALNSF – nytt	29
NSFLIS – nytt	31

ALNSF-styret

Leder
1. nestleder
2. nestleder
Sekretær
Styremedlem
Styremedlem
Vararepresentant
Leder utdanningsutvalget

Marit Vassbotten Olsen
Stine Thorvaldsen Smith
Are Stegane
Therese Jenssen Finjarn
Lise H. Høvik
Hilde B. Opsahl
Beate Stock
Björg Ingunn Fjogstad

marit.alnsf@gmail.com
stine.smith@online.no
arejste@online.no
therese.finjarn@gmail.com
lisehovik@hotmail.com
hilops@online.no
stockbeate@gmail.com
fjogs@hotmail.com

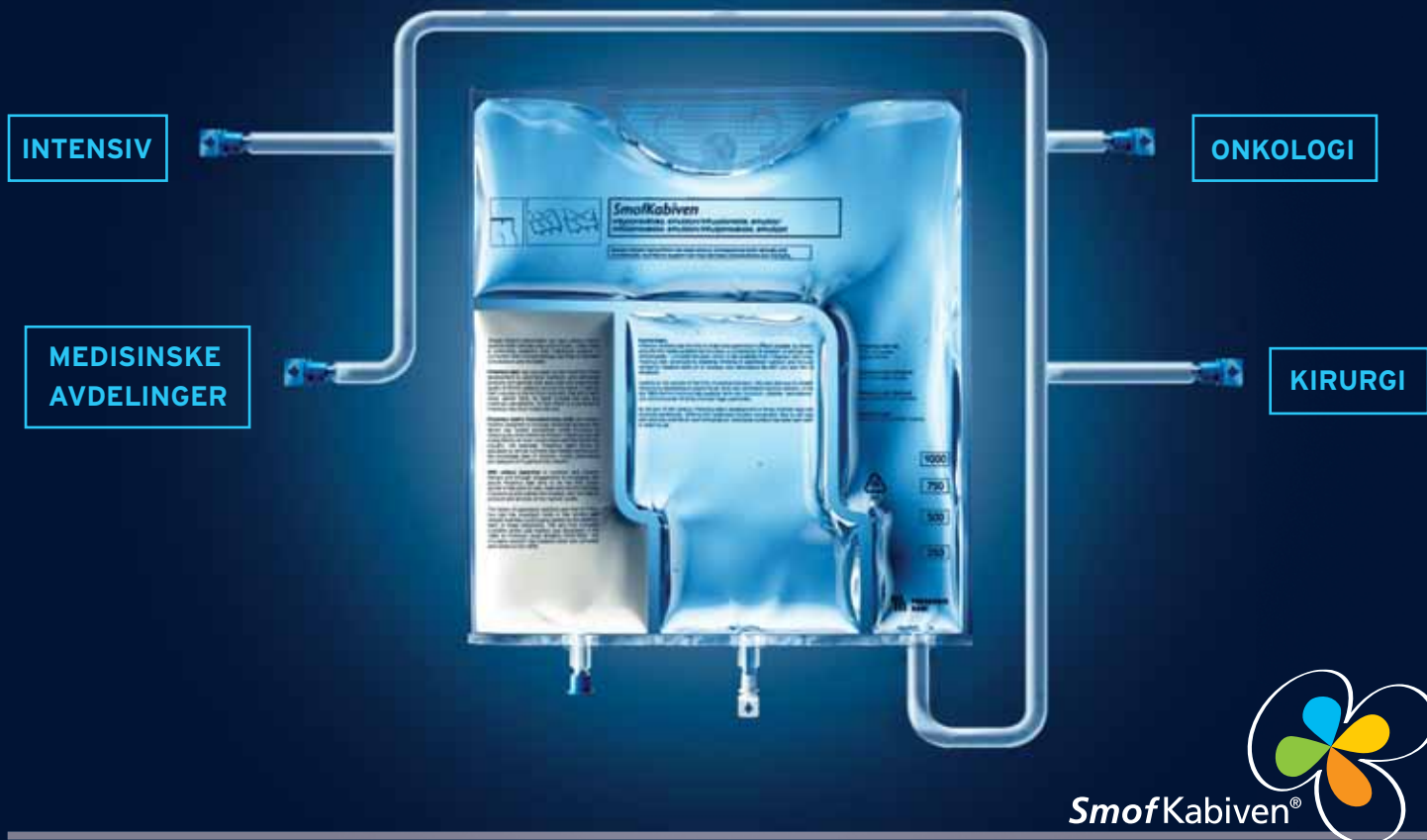
NSFLIS-styret

Leder
Nestleder
Medlemsansvarlig
Kasserer
Sekretær Webansvarlig
Utdanningsansvarlig
Internasjonal kontakt/
Inspira kontakt
1. varamedlem
2. Varamedlem

Sigbjørn Flatland
Ellen Granerud
Stein Å. Teppen
Heidi Berg
Marit Anita Sunnarvik
Elin Steffenak
Nina Helen Myrland
Hilde-Irèn Liland

sigbjorn.flatland@gmail.com
ellen.granerud@gmail.com
stein@teppen.no
hagen.berg@c2i.net
marit.sunnarvik@gmail.com
elinstef@online.no
nina.myrland@gmail.com
hildeiren.liland@gmail.com

SmofKabiven® gir klinisk fleksibilitet



SmofKabiven, SmofKabiven Elektrolytfri, SmofKabiven Perifer
Parenteral ernæring i trekammerpose ATC-nr.: B05B A10

INDFUSJONSVEKSE, emulsjon: SmofKabiven Perifer: SmofKabiven Elektrolytfri 1000 ml består av en blanding av 508 ml aminosyreoppløsning med elektrolytter, 302 ml Glukose 42% og 190 ml fettemulsjon, 1000 ml inneholder: Renset soyabønneolje 11,4 g, triglyserider av middels kjedelengde 11,4 g, renset olivenolje 9,5 g, fiskeolje rik på omega-3 fettsyrer 5,7 g, glukose 127 g, alanin 71 g, arginin 6,1 g, glysin 5,6 g, histidin 1,5 g, isoleucin 2,5 g, leucin 3,8 g, lysin 3,4 g, metionin 2,2 g, fenylalanin 2,6 g, prolin 5,7 g, serin 3,3 g, taurin 0,5 g, treonin 2,2 g, tryptofan 1 g, tyrosin 0,2 g, valin 3,1 g, kalsiumklorid 0,28 g, natriumglyserofosfat 2,1 g, magnesiumsulfat 0,61 g, kaliumklorid 2,3 g, natriumacetat 17 g, sink sulfat 6,6 mg, glyserol, rensede eggfosfolipider, D-tokoferol, natriumoleat, natriumhydroksid, eddiksyre, saltsyre, vann til injeksjonsvæsker til 1000 ml, 1000 ml inneholder: Aminosyrer 51 g, nitrogen 8 g, fett 38 g, glukose 127 g, Elektrolytter: Na⁺ 41 mmol, K⁺ 30 mmol, Mg²⁺ 5,1 mmol, Ca²⁺ 2,5 mmol, fosfat 13 mmol, sink 0,04 mmol, sulfat 5,1 mmol, klorid 36 mmol, acetat 106 mmol, Osmolalitet: Ca. 1800 mosmol/kg vann, pH ca. 5,6. Energiinnh.: Totalt ca. 1100 kcal (4,6 MJ), ikke-protein ca. 900 kcal (3,8 MJ).

INDFUSJONSVEKSE, emulsjon: SmofKabiven Elektrolytfri: SmofKabiven Elektrolytfri 1000 ml består av en blanding av 508 ml aminosyreoppløsning, 302 ml Glukose 42% og 190 ml fettemulsjon, 1000 ml inneholder: Renset soyabønneolje 11,4 g, triglyserider av middels kjedelengde 11,4 g, renset olivenolje 9,5 g, fiskeolje rik på omega-3 fettsyrer 5,7 g, glukose 127 g, alanin 71 g, arginin 6,1 g, glysin 5,6 g, histidin 1,5 g, isoleucin 2,5 g, leucin 3,8 g, lysin 3,4 g, metionin 2,2 g, fenylalanin 2,6 g, prolin 5,7 g, serin 3,3 g, taurin 0,5 g, treonin 2,2 g, tryptofan 1 g, tyrosin 0,2 g, valin 3,1 g, glyserol, rensede eggfosfolipider, D-tokoferol, natriumoleat, natriumhydroksid, eddiksyre, saltsyre, vann til injeksjonsvæsker til 1000 ml, 1000 ml inneholder: Aminosyrer 51 g, nitrogen 8 g, fett 38 g, glukose 127 g, Osmolalitet: Ca. 1600 mosmol/kg vann, pH ca. 5,6. Energiinnh.: Totalt ca. 1100 kcal (4,6 MJ), ikke-protein ca. 900 kcal (3,8 MJ).

INDFUSJONSVEKSE, emulsjon: SmofKabiven Elektrolytfri: SmofKabiven Elektrolytfri 1000 ml består av en blanding av 508 ml aminosyreoppløsning med elektrolytter, 544 ml Glukose 13% og 141 ml fettemulsjon, 1000 ml inneholder: Renset soyabønneolje 8,5 g, triglyserider av middels kjedelengde 8,5 g, renset olivenolje 7 g, fiskeolje rik på omega-3 fettsyrer 4,2 g, glukose 71 g, alanin 4,4 g, arginin 3,8 g, glysin 3,5 g, histidin 0,93 g, isoleucin 1,6 g, leucin 2,3 g, lysin 2,1 g, metionin 1,3 g, fenylalanin 1,6 g, prolin 3,5 g, serin 3,3 g, taurin 0,32 g, treonin 1,4 g, tryptofan 0,63 g, tyrosin 0,12 g, valin 2 g, kalsiumklorid 0,18 g, natriumglyserofosfat 1,3 g, magnesiumsulfat 0,38 g, kaliumklorid 1,4 g, natriumacetat 1,1 g, sink sulfat 4 mg, glyserol, rensede eggfosfolipider, D-tokoferol, natriumoleat, natriumhydroksid, eddiksyre, vann til injeksjonsvæsker til 1000 ml, 1000 ml inneholder: Aminosyrer 32 g, nitrogen 5,1 g, fett 28 g, glukose 71 g, Elektrolytter: Na⁺ 25 mmol, K⁺ 19 mmol, Mg²⁺ 3,2 mmol, Ca²⁺ 1,6 mmol, fosfat 8,2 mmol, sink 0,02 mmol, sulfat 3,2 mmol, klorid 22 mmol, acetat 66 mmol, Osmolalitet: Ca. 950 mosmol/kg vann, pH ca. 5,6. Energiinnh.: Totalt ca. 700 kcal (2,9 MJ), ikke-protein ca. 600 kcal (2,5 MJ).

Indikasjoner: Parenteral ernæring til voksne pasienter når oral eller enteral ernæring er umulig, utilstrekkelig eller kontraindisert. **Dosering:** Pasientens evne til å eliminere fett, metabolisere nitrogen og glukose samt pasientens ernæringsbehov bør styre dosering og infusjonshastighet. Doseringen bør tilpasses individuelt og posetørrelse velges ut fra pasientens kliniske tilstand og kroppsvækt. For å gi fullstendig parenteral ernæring, må sporelementer, vitaminer og ev. ekstra elektrolytter tilsettes. Anbefales ikke til bruk hos barn. Anbefalt infusjonstid er 14-24 timer. SmofKabiven, SmofKabiven Elektrolytfri: Gis som infusjon i sentral vene. 13-31 ml SmofKabiven eller SmofKabiven Elektrolytfri/kg kroppsvekt/døgn tilsv. 0,10-0,25 g nitrogen/kg kroppsvekt/døgn (0,6-1,6 g aminosyrer/kg kroppsvekt/døgn) vil dekke de fleste pasienters behov. Anbefalt maks. døgndose er 35 ml/kg kroppsvekt/døgn. Infusjonshastigheten bør ikke overstige 2 ml/kg kroppsvekt/time. SmofKabiven Perifer: Gis som infusjon i perifer eller sentral vene, 20-40 ml SmofKabiven Perifer/kg kroppsvekt/døgn tilsv. 0,10-0,20 g nitrogen/kg kroppsvekt/døgn (0,6-1,3 g aminosyrer/kg kroppsvekt/døgn) vil dekke de fleste pasienters behov. Anbefalt maks. døgndose er 40 ml/kg kroppsvekt/døgn. Infusjonshastigheten bør ikke overstige 3 ml/kg kroppsvekt/time. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for protein fra fisk, egg, soya eller peanøtter eller noen av de andre komponentene. Alvorlig hyperlipidemi. Alvorlig leversvikt. Alvorlige koagulasjonsforstyrrelser. Medfødte forstyrrelser i aminosyremetabolismen. Alvorlig nyresvikt når hemofiltrasjon eller dialyse ikke er tilgjengelig. Akutt sjokk. Ukompensert hyperglykemi. Patologisk forhøyet serumnivå av en eller flere elektrolytter i oppløsningen. Generelle kontraindikasjoner mot infusionsbehandling: Akutt lungeødem, overhydrering og dekompensert hjertesvikt. Hematagocyttisk syndrom. Ustabile tilstander (f.eks. alvorlige posttraumatiske tilstander, dårlig kontrollert diabetes mellitus, akutt hjerteinfarkt, slag, emboli, metabolske acidose, alvorlig sepsis, hypoton dehydrering og hyperosmolart koma). **Forsiktighetsregler:** For å unngå risiko ved høy infusjonshastighet, anbefales kontinuerlig og godt kontrollert infusjon, om mulig ved bruk av infusjonspumpe. Pga. økt infeksjonsrisiko ved infusjon i sentral og i perifer (SmofKabiven Perifer) vene, må strenge retningslinjer for aseptikk følges. Dette for å unngå kontaminasjon ved innleggelse og bruk av kateteret.

Særsklitt klinisk overvåking er nødvendig ved oppstart. Hvis noe unormalt skjer, må infusjonen avbrytes. Evnen til å eliminere fett er individuell og bør derfor overvåkes. Serumkonsentrasjonen av triglyserider bør ikke overstige 4 mmol/liter under infusjonen. Bør brukes med forsiktighet i tilfeller der fettmetabolismen kan være påvirket, som ved nyresvikt, diabetes mellitus, pankreatitt, nedsatt leverfunksjon, hypotyreose og sepsis. Preparatene inneholder soyabønneolje, fiskeolje og eggfosfolipider, som en sjelden gang kan forårsake allergiske reaksjoner. Kryss-allergiske reaksjoner er observert mellom soyabønne og peanøtt. Serumglukose, elektrolytter, osmolalitet, væskebalanse, syre-basestatus og leverfunksjonstester bør kontrolleres regelmessig. Blod- og koagulasjonsverdier bør overvåkes når fett tilføres over en lengre periode. SmofKabiven og SmofKabiven Perifer: Forstyrrelser i elektrolytt- eller væskebalansen (f.eks. unormalt høyt eller lavt elektrolyttinnvå) bør korrigeres før infusjonsstart. Bør gis med forsiktighet til pasienter med tendens til elektrolyttretensjon. Hos pasienter med nyresvikt bør fosfat- og kaliumtilførsel kontrolleres nøye for å unngå hyperfosfatemi og hyperkalemi. SmofKabiven Elektrolytfri: Preparatet inneholder lite elektrolytter og er beregnet til pasienter med spesielle og/eller begrenset elektrolyttbehov. Natrium, kalium, kalsium, magnesium og tillegg av fosfat bør tilsettes basert på pasientens kliniske tilstand og regelmessige målinger av serumnivåer. Ved nyresvikt bør fosfatinnntaket følges nøye for å unngå hyperfosfatemi. Mengden av individuelt tilsatte elektrolytter bør styres av pasientens kliniske tilstand og ved regelmessige målinger av serumnivåer. Parenteral ernæring skal gis med forsiktighet ved laktacidose, utilstrekkelig cellulær oksygentilførsel og forhøyet serumosmolalitet. Ethvert tegn på anafylaktisk reaksjon bør umiddelbart føre til at infusjonen avbrytes. Fettinnholdet i preparatene kan påvirke visse laboratorieprøver (f.eks. bilirubin, laktatdehydrogenase, oksygenmetning og Hb) hvis blodprøven tas før fett er eliminert fra blodbanen. Hos de fleste pasienter er fettett eliminert etter et fettfritt intervall på 5-6 timer. I.v. infusjon av aminosyrer kan føre til økt urinutskillelse av sporelementer, særlig kobber og sink. Det bør tas hensyn til dette ved dosering av sporelementer, særlig ved langvarig i.v. ernæring. Det må tas hensyn til sinkmengden i SmofKabiven og SmofKabiven Perifer. Hos underernærte pasienter kan oppstart av parenteral ernæring utløse raske væskeskift. Dette kan medføre lungeødem, hjertesvikt og nedsatt serumkonsentrasjon av kalium, fosfor, magnesium og vannløselige vitaminer. Forandringene kan inntre i løpet av 24-48 timer. Forsiktig og langsom oppstart anbefales derfor til denne pasientgruppen, i tillegg til grundig overvåking og justering av tilført væske, elektrolytter, mineraler og vitaminer. Pga. risiko for pseudoagglutinasjoner bør preparatene ikke gis samtidig med blod i samme infusjonssett. Ved hyperglykemi kan tilførsel av eksogent insulin være nødvendig. Pga. aminosyresammensetningen er preparatene ikke egnet til bruk hos nyfødte eller barn <2 år. Det finnes ingen erfaring med bruk av preparatene til barn (2-11 år). **Interaksjoner:** Heparin i kliniske doser gir en forbigående frigjøring av lipoproteinlipase til sirkulasjonen. Dette kan initialt resultere i økt lipolyse i plasma, fulgt av en forbigående reduksjon i eliminasjonen av triglyserider. **Graviditet/Amning:** Ingen kliniske data er tilgjengelig ved bruk under graviditet og amning. Nytt/risiko skal vurderes før preparatet gis til gravide eller ammende. **Bivirkninger:** Vanlige (≥1/100 til <1/10): Øvrige: Svak økning i kroppstemperatur. SmofKabiven Perifer: Tromboflebitt. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Manglende appetitt, kvalme, oppkast. Lever/galle: Økning av leverenzymer i plasma. Øvrige: Frostfølelse, svimmelhet, hodepine, Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Hjerte/kar: Takykardi, hypotensjon, hypertensjon. Luftveier: Dyspné. Øvrige: Overfølsomhetsreaksjoner (f.eks. anafylaktiske eller anafylaktoidale reaksjoner, utslett, urticaria, rødming, hodepine), varme- eller kuldefølelse, blekkhet, cyanose, smerter i nakke, rygg, ben, bryst og korsrygg. Skulle disse bivirkningene oppstå, bør infusjonen stoppes eller, om nødvendig, forsettes med redusert dose. Redusert evne til å eliminere triglyserider kan føre til «fat overload»-syndrom. Syndromet kan forekomme ved alvorlig hypertriglyseridemi, selv ved anbefalt infusjonshastighet, og ved plutselig endring av pasientens kliniske tilstand, som redusert nyrefunksjon eller infeksjon. «Fat overload»-syndrom kjennetegnes ved hyperlipidemi, feber, fettinfiltrasjon, hepatomegali med eller uten ikterus, splenomegali, anemi, leukopeni, trombocytopeni, koagulasjonsforstyrrelser, hemolyse og retikulocytose, unormale leverfunksjonsprøver og koma. Symptomene er vanligvis reversible hvis infusjonen avbrytes. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: «Fat overload»-syndrom. Kvalme, oppkast, skjelving og svetting er observert ved overskridelse av anbefalt infusjonshastighet for aminosyrer. Overdosering kan føre til overhydrering, elektrolyttforstyrrelser, hyperglykemi og hyperosmolalitet. Behandling: Infusjonshastigheten reduseres eller infusjonen avbrytes. I sjeldne alvorlige tilfeller kan det være nødvendig med hemodialyse, hemofiltrasjon eller hemodiafiltrasjon. **Egenskaper:** Klassifisering: Ernæringspreparater med aminosyrer, fett, karbohydrater og elektrolytter for i.v. ernæring. **Andre opplysninger:** Før infusjon brytes forseglingene mellom de 3 kamrene, og innholdet blandes. Se bruksanvisning. **Blandbarhet:** Tilsetninger skal gis aseptisk og umiddelbart før infusjonen påbegynnes. Tilsetninger må kun foretas når det foreligger dokumentert kompatibilitet. For informasjon om kompatible tilsetninger kontaktes Fresenius Kabi. **Pakninger:** SmofKabiven: 4 x 986 ml (trekammerpose, 1100 kcal), 4 x 1477 ml (trekammerpose, 1600 kcal), 4 x 1970 ml (trekammerpose, 2200 kcal), 3 x 2463 ml (trekammerpose, 2700 kcal). SmofKabiven Elektrolytfri: 4 x 986 ml (trekammerpose, 1100 kcal), 4 x 1477 ml (trekammerpose, 1600 kcal), SmofKabiven Perifer: 4 x 1206 ml (trekammerpose, 800 kcal), 4 x 1448 ml (trekammerpose, 1000 kcal), 4 x 1904 ml (trekammerpose, 1300 kcal).

SKIFTE AV TIVA-SETT VED ANESTESI

Av Line Mæhlum, Kristina Eknæs og Elisabeth Storvand Gulseth og Sondre Magne Nordlie
Artikkel utarbeidet av red.

Erfaringer fra praksis har vist at anestesisykepleiere skifter engangsutstyr mellom pasienter som får total intravenøs anestesi, TIVA, på ulike måter. Prosedyrer er etterspurt i avdelinger.

Artikkelen baseres på to problemstillinger:

Problemstilling 1: "Hvordan skifter anestesisykepleiere ved Sykehuset Innlandet engangsutstyr mellom pasienter som får total intravenøs anestesi?"

Problemstilling 2: "Er gjenbruk av TIVA-sett faglig forsvarlig praksis?"

Man ønsket å kartlegge dagens praksis blant anestesisykepleiere ansatt på Sykehuset Innlandet HF, når det gjelder skifte av engangsutstyr mellom pasienter som får TIVA. Dette for om mulig å få avdelingene selv til å vurdere egen praksis opp mot faglig forsvarlighet, med tanke på pasientsikkerhet, hygiene og økonomi. Ifølge prosjekt legemiddel-håndtering (1) er praksis på de norske sykehusene ulik når det gjelder bruken av engangsutstyr.

Tanken bak å lage TIVA-sett var at

man skulle kunne bruke samme sett til flere pasienter ved å bruke fem tilbakeslagsventiler, og bare skifte 3-veiskranen nærmest pasienten, med tilhørende ventil (2). Skifte av TIVA utstyr mellom pasientene er et aktuelt tema. Praksis viser at gjenbruk av TIVA-sett forekommer på Norske sykehus. Gjenbruk av engangsutstyr kan medføre overføring av smitte mellom pasienter, og det er nylig blitt oppdaget et tilfelle av hepatitt-C smitte på en slik pasient her i Norge (§1). Flere enkeltepisoder i USA viser at pasienter som har fått TIVA, hvor engangsutstyr har blitt brukt om igjen, faktisk har blitt smittet av hepatitt (3).

En studie fra England viste at anestesileger har svært forskjellig praksis når det gjelder skifte av infusjonsutstyr mellom pasienter som får TIVA (4). Den samme studien visste kun 13 % at det fantes lokale prosedyrer om temaet. En annen studie viste at tilbakeslagsventiler i seg selv ikke er sikre i forhold til tilbakeslag av blod (5). Denne studien viste at tilbakeslagsventilene verken hindret tilbakeslag av blod eller virket beskyttende mot bakterieinfeksjon. En tredje studie viste imidlertid at hvis man brukte to tilbakeslagsventiler etter hverandre, så kunne det forebygge forurensning (6).

SMITTEFARE VED GJENBRUK AV TIVA SETT

Smitte kan ved bruk av TIVA skje på flere måter:

- Mangelfull aseptisk teknikk ved opptrekk av sprøyte
- Man trekker opp medikamentet lenge før det skal brukes
- Gjenbruk av sprøyte og infusjonssett
- Pasientens blod kommer inn i infusjonssettet (4)

Økonomi

Gjenbruk har et viktig økonomisk aspekt. I følge rapport fra "Gjenbruk av medisinsk engangsutstyr" (7) om gjenbruk av medisinsk engangsutstyr oppga de fleste avdelingene økonomi som begrunnelse for gjenbruk. Kun 10 av 42 avdelinger hadde foretatt økonomiske beregninger ved gjenbruk av medisinsk engangsutstyr. En kostnadsundersøkelse i en studie beskriver at skifte av alt TIVA-utstyr mellom hver pasient kontra skifte av tilbakeslagsventil, øker kostnadene med 26 % (4).

"Tilpasninger av praksis"

Tidligere oberstløytnant i det amerikanske forsvaret og professor i ledelse, Scott Snook (8), utarbeidet en teori om "practical drift" med bakgrunn i en hendelse hvor amerikanske jagerfly skjøt ned sitt eget helikopter under krigen



Fv Kristina Eknæs, Line Mæhlum, Lærer Lars Aune Svarthaug, Elisabeth S. Gulseth og Sondre Magne Nordlie



Illustrasjonsfoto: David Leonardsen

i Irak. Teorien går ut på at i en organisasjon finnes faste lover, regler og prosedyrer de ansatte skal forholde seg til. De som skal utføre prosedyrene tilpasser disse på egenhånd uten å informere om dette, slik at arbeidet blir lettere. Faren oppstår når disse lokale tilpasningene beveger seg så langt fra den opprinnelige planen at man mister den rasjonelle refleksjonen som ligger til grunn for de opprinnelige retningslinjene.

Et annet begrep er "Trickle-down" effekten. Dette er en teori som ble skapt av sosiologen Diane Vaughan (9) etter at romfergen Challenger eksploderte kort tid etter oppskyting i 1986. Denne teorien sier noe om at man gradvis utvider grensen for hva som er akseptabel risiko, på bakgrunn av at tidligere hendelser har gått bra. Man utfører altså operasjoner man er inneforstått med at ikke er i henhold til retningslinjene, som i praksis medfører stor risiko basert på at det er gått bra tidligere.

Metode

Problemstilling 1 søkte å få frem en faktisk beskrivelse av hvordan fenomenet skifte av engangsutstyr mellom TIVA-pasienter foregikk innenfor SIHF. Hvorvidt respondentene var klar over eventuelle eksisterende prosedyrer for dette framkom av besvarelsene i undersøkelsen. Spørreundersøkelsen ble gjennomført som et kvalitetsprosjekt i samarbeide med en av anesthesiavdelingene i SIHF, og alle

6 anesthesiavdelinger i foretaket deltok i spørreundersøkelsen.

Forut for selve spørreundersøkelsen, ble en pilotundersøkelse gjennomført for å sikre overensstemmelse mellom respondentenes og undersøkernes forståelse av spørsmålene. 4 anestesisykepleiere utenfor SIHF ble forevist spørreskjemaet og bedt om å tilbakemelde eventuelle tvetydigheter og uklarheter. Ingen direkte endringer ble gjort i spørsmålene som følge av dette, men et åpent spørsmål ble inkludert for å ta høyde for ikke påtenkte faktorer.

Tre hovedspørsmål ble benyttet og spørsmålene stilt ut fra formålet med undersøkelsen. Første spørsmål kartla arbeidssted. Andre spørsmål hadde seks svaralternativer for hvordan engangsutstyr skiftes mellom TIVA pasienter. Siste svaralternativ var rubrikken "annet". Tredje spørsmål kartla kjennskap til prosedyrer, der en "vet ikke" kategori utfylte alternativene ja og nei.

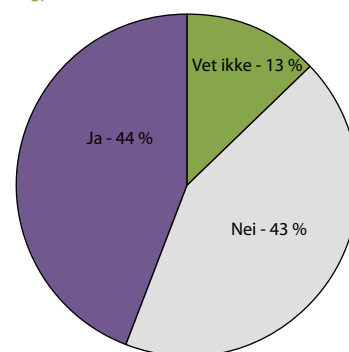
Totalt antall respondenter var 67 av totalt 116 utdelte spørreskjemaer. Dette tilsvarer en svarprosent på 58 %.

Når du skifter TIVA-sett mellom pasienter, hva skifter du da?

Tabell 1: 7 % skiftet bare tilbakeslagsventil, 28 % skiftet tilbakeslagsventil og 3 veiskran, 4 % skiftet tilbakeslagsventil, 3 veiskran og infusjon sett, 40 % skiftet tilbakeslagsventil, 3 veiskran, infusjon sett og iv væske, 4 %

skiftet tilbakeslagsventil, 3 veiskran, infusjonssett, iv væske og medisinerne (Propolipid og remifentanyl). 16 prosent svarte "annet" på spørreskjemaet. Disse presiserte at de skiftet to - fire tilbakeslagsventiler i tillegg til treveiskran. Fem respondenter skiftet i tillegg forlengingsslange. Disse respondentene var fordelt på tre avdelinger.

Kjenner du til lokale prosedyrer som beskriver hvordan skifting av TIVA-sett bør gjøres?



Denne undersøkelsen viser at 44 % av respondentene hadde kjennskap til en lokal prosedyre når det gjelder skifte av TIVA sett mellom pasienter som får total intravenøs anestesi. 43 % hadde ikke kjennskap til om det fantes en prosedyre, mens 13 % svarte "vet ikke".

Hvordan skifter anestesisykepleiere ved Sykehuset Innlandet engangsutstyr mellom pasienter som får total intravenøs anestesi?

Totalt kjente 29 respondenter lokale prosedyrer. Av disse var det 22 som jobbet på en avdeling med prosedyrer. Det vil si at syv anestesisykepleiere mente de kjente til prosedyre, som ikke fantes. Kan det være at anestesisykepleiere regner med at prosedyrer foreligger, slik at de ikke sjekker dette selv? Kanskje kan gode opplæringsrutiner i avdelingen, redusere behovet for selv å kontrollere utførelsen mot prosedyren. Dersom flere anestesisykepleiere ikke kjente til prosedyrer der det forelå, hva kan grunnen være? Kan aktiv informasjon fra avdelingsledelse høyne bevissthet om kjennskap til prosedyrer? Avdelingsledelse har ansvar for å sikre tilfredsstillende prosedyrer og rutiner

Tabell 1. Når du skifter TIVA-sett mellom pasienter, hva skifter du da?

Avdeling	Tilbakeslags-ventil	Tilbakeslagsventil og 3 veiskraner	Tilbakeslagsventil, 3 veiskraner og infusjonssett	Tilbakeslagsventil, 3 veiskraner, infusjonssett og iv væske	Tilbakeslagsventil, 3 veiskraner, infusjonssett, iv væske og medisinenene (Propofol og Ultiva)	Annet
A		76 %				24 %
B	31 %	25 %	12 %	13 %	60 %	13 %
C		20 %				80 %
D				92 %	8 %	
E			9 %	75 %	8 %	8 %
F				100 %		

(10). Har anestesisykepleier mulighet til å arbeide innenfor kravet til forsvarlighet når det gjelder skifte av TIVA sett mellom pasientene, når det mangler prosedyrer på dette? I prosjekt legemiddelhåndtering (1) er mange av spørsmålene som er rettet mot retningslinjer og prosedyrer som finnes overordnet eller lokalt besvart med "vet ikke". Dette betyr at man har et kvalitetssystem hvor gjeldende forskrifter og retningslinjer er nedfelt og tilgjengelig for alle. Slik kan den enkelte anestesisykepleier følge kravet om å holde seg oppdatert. Anestesisykepleiere har likevel et kontinuerlig ansvar for å kvalitetssikre og kvalitetsutvikle eget fagområde (11). Ansvaret som pålegges den enkelte anestesisykepleier, kommer også tydelig fram i Lov om helsepersonell § 4 (2001).

Et annet moment vedrørende manglende prosedyrer på en avdeling, gjelder opplæring av studenter og nyansatte. Erfaring fra praksis viser at det kan bli tilfeldig hvordan anestesisykepleierstudenter blir opplært til å skifte TIVA- sett. Dette er ikke nødvendigvis tilfredsstillende, hverken for veiledere eller anestesisykepleiestudenter. Kan dette være i tråd med nasjonale føringer, lover og yrkesetiske retningslinjer?

Kun en avdeling hadde avkrysninger på alle de seks svaralternativene når det gjaldt måten å skifte TIVA-utstyr på. Denne avdelingen hadde verken prosedyrer, muntlige føringer eller en felles oppfatning blant anestesisykepleiere vedrørende skifte

av TIVA-sett. Dette kan tyde på et ikke helt heldig forhold, med tanke på pasientsikkerhet og forsvarlig praksis.

På forespørsel oppgir hygiesykepleier ved dette sykehuset, klare anbefalinger med hensyn til hvordan TIVA-sett bør skiftes (12). Dette er formidlet til ledelsen ved anestesivdelingen. Avdelingen har imidlertid valgt å lage en prosedyre, som ikke samsvarer med gjeldende infusjonssett-prosedyre. Dette er interessant i seg selv. Hva ligger til grunn for dette?

Medisinske produsenter, kan spille en rolle i arbeidet med utvikling av optimale prosedyrer. De har inngående kunnskap om medisinsk-teknisk utstyr og medikamenter. Samarbeid med produsentene kan bidra til utvikling av nyere og bedre medikamenter og utstyr, som igjen kan fremme forsvarlig praksis og pasientsikkerhet.

Hvordan TIVA-sett ble skiftet mellom pasienter i SIHF, og hvorvidt det var kjennskap til prosedyrene i avdelingene, ble gjenspeilet i undersøkelsen. Der

det ikke var prosedyrer eller spesifikke føringer, var spredningen mellom valgte alternativer for skifte av TIVA-sett større. I de avdelingene der det fantes skriftlige prosedyrer A og F, eller føringer fra produsentene D, eller enighet om hvordan dette skulle utføres C, var spredningen for hvordan TIVA-sett mellom pasienter ble skiftet mindre enn der hvor det ikke fantes skriftlige prosedyrer. Flertallet av anestesisykepleierne ved avdelingene A og F hadde kjennskap til skriftlige prosedyrer.

I avdelingene C og D, der det ikke var skriftlige prosedyrer, men produsent-føringer ble fulgt, var spredningen mellom valgte alternativer liten. I de to avdelingene B og E, der verken skriftlig prosedyre eller føringer fra produsenter forelå, var spredningen fordelt over mange av de alternative skiftemåtene. Avdeling B hadde alle alternativene avkrysset.

Dette kan tyde på at det finnes en sammenheng mellom mer enhetlig

Tabell 2

Avdeling	Ja	Nei	Vet ikke	Har prosedyre/ retningslinjer
A	88 %	6 %	6 %	
B	13 %	68 %	19 %	
C	20 %	60 %	20 %	
D	17 %	58 %	25 %	
E	42 %	58 %		
F	80 %	20 %		

utførelse av prosedyrer, der skriftlige eller muntlige føringer finnes. Dette var en sammenheng som ikke direkte ble etterspurt i selve spørreundersøkelsen. Det fremkom da svarresultatene ble holdt opp mot informasjonen avdelingslederne formidlet i etterkant.

Er det grunn til å tro at skriftlige prosedyrer eller klare føringer fra produsentene formidlet via ledelsen i avdelingene, fører til en mer enhetlig måte å utføre skifte av engangsutstyr mellom pasienter som mottar TIVA på? Ut fra tallene i denne undersøkelsen kan det tyde på at så er tilfelle innenfor SIHF. "Er gjenbruk av TIVA-sett faglig forsvarlig praksis?"

Er behandlingen forsvarlig når den ikke er optimal? Det kan på den ene siden hevdes at god nok behandling er forsvarlig behandling. I følge Nordentoft (§1) er smitte via gjenbruk av TIVA-sett påvist. I henhold til e-post og telefonsamtale med avdelingssjef Egil Lingaas, ved avdeling for smittevern, OUS, bekreftes det at forekomst av smitte er forsvinnende liten. Er det økonomisk forsvarlig å øke utgifter for å forsikre seg mot muligheten for noe som så godt som aldri inntreffer. Ut fra plikten til å unngå å forårsake skade, kan det virke uakseptabelt å utsette en pasient for en slik risiko. Å påføre pasientene infeksjoner er å påføre unødvendige lidelser (13). På den annen side, ethvert operativt inngrep utgjør en risiko. Anestesipersonell bør bestrebe seg på å minimere sjansen for å påføre pasienter den skade kroniske sykdommer som hepatittsmitte utgjør (14).

Smitteoverføring via brukt engangsutstyr er en komplikasjon som kan unngås. Er det da greit at utførelsen av skifte av TIVA sett hovedsakelig ikke er i tråd med optimal prosedyre? Utførelsen av skifte av TIVA-sett i denne undersøkelsen er hovedsakelig ikke i tråd med optimal prosedyre. Vekting av økonomiske

hensyn mot pasientsikkerhet, hygieniske og etiske hensyn kan muligens være en av årsakene til dette.

Denne undersøkelsen viste at TIVA-sett ble skiftet på ulike måter. Kanskje kan implementering av prosedyrer føre til større likhet i måten å gjøre dette på. Avdelingene kan muligens vurdere egen praksis opp mot faglig forsvarlighet, med tanke på pasientsikkerhet, hygiene og økonomi. Gjeldende prosedyrer bør være i tråd med optimale anbefalinger.

En avdelingsledelse som tydelig formidler viktigheten av prosedyrer vil kanskje oppnå gode resultater med hensyn til enhetlig gjennomføring av prosedyrer.

Ved å bruke TIVA-sett på flere pasienter sparer man både tid mellom hver pasient, samt at man vil kunne oppnå bare 26 % av utgiftene ved å bare bytte tilbakeslagsventilene og treveiskranen mellom hver pasient (4). Denne tidsbesparelsen kan også frigjøre tid til å gjøre en grundig anamnese med tanke på allergier og andre anestesikomplikasjoner, og igjen en bedret pasientsikkerhet i andre led av prosessen. I motsatt fall vil tidsbesparelsen kunne medføre økte utgifter ved å påføre pasienten alvorlige infeksjoner.

Beregnet pris på et ferdig oppsatt TIVA sett er 242 kroner. Ved bytte av kun enkelte deler av settet er kostnaden 63 kroner. Dette innebærer store besparelser for avdelingene. Økonomi har en viktig påvirkning på hvordan vi utøver vårt arbeid som anestesisykepleiere.

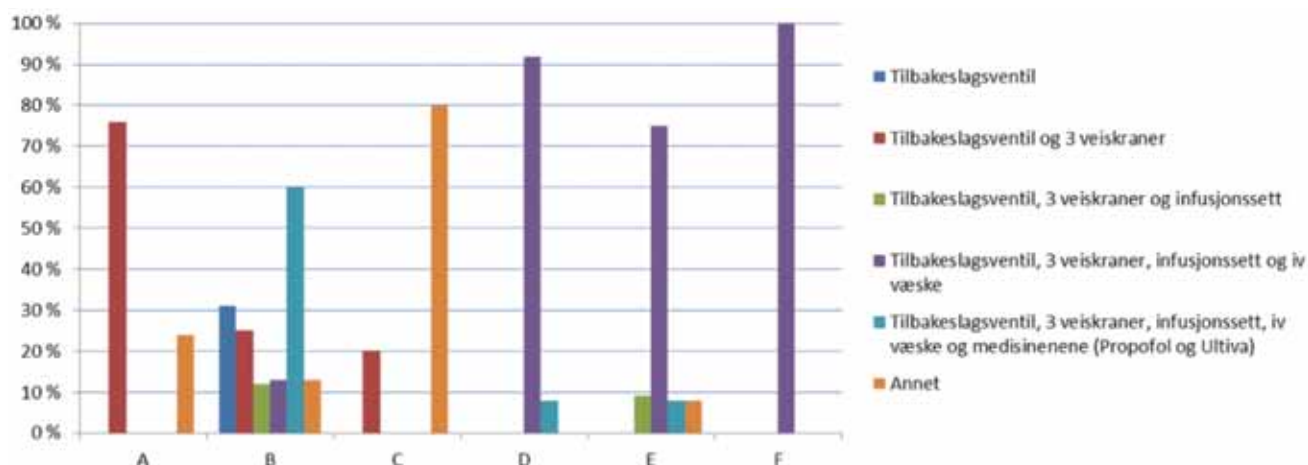
Til tross for at Norsk pasientskadeerstatning ikke hadde noen saker i sitt arkiv som handlet om blodoverførte infeksjonssykdommer på grunn av gjenbruk av TIVA sett, er dette en risiko som ikke kan utelukkes. En årsak til at slike saker ikke finnes kan være at det

tar tid før en slik infeksjon oppdages, og at dette da ikke blir spesifikt knyttet opp mot gjenbruk av TIVA sett.

Forurensing av selve sprøytene skjer i 10 % (%) av tilfellene fra oss som anestesisykepleiere under klargjøring av medikamenter. Dette kan medføre smitteoverføring fra pasient til pasient.

Den forskjellige praksis i bruk av TIVA sett kan regnes som faglig uforutsvarlig praksis, idet man i utgangspunktet bevisst eller ubevisst unnlater å følge en prosedyre. Trickle-down teorien kan også knyttes opp mot dette, idet amn har startet praksis med gjenbruk av TIVA





sett, og fortsatt denne da man ikke har erfart noen negative konsekvenser.

Ved å benytte teorien om “practical drift” kan man se at den enkelte anestesisykepleier tilpasser prosedyren for gjennomføring av TIVA på egenhånd, slik at den gjør arbeidet lettere. Før eller senere kan den uforutsette faktoren som utløser skade på en pasient dukke opp: en pasient med smittefarlig sykdom som overføres til neste pasient.

Etter gjennomgang av tilgjengelig litteratur vil gjenbruk av TIVA sett regnes som uforsvarlig praksis idet

- Dette bryter med regelverket (forskrift om medisinsk utstyr, lov om Spesialisthelsetjenster, Lov om helsepersonell)
- Det kan ikke forsvares utfra et faglig syn.
- Man bryter med de yrkesetiske retningslinjer, idet man velger noe som kan anses som skadelig for pasientene.
- Forsvarlighetsprinsippet skal gå foran hensyn til økonomi!

Konklusjon

Den enkelte avdeling og den enkelte anestesisykepleier står i stor grad ansvarlig for å ivareta lovens krav, politiske føringer og etiske retningslinjer om forsvarlighet ved å følge avdelingens prosedyrer og holde seg faglig oppdatert.

Tydelige prosedyrer er viktig, både for å sikre forsvarlig praksis, men også slik at hver enkelt anestesisykepleier kan utøve anestesisykepleie i forhold til nasjonale føringer og de krav som stilles til den enkelte i for eksempel funksjonsbeskrivelsen for anestesisykepleiere.

Med tanke på pasientsikkerhet er det som anestesisykepleier viktig med innsikt i såvel nasjonale retningslinjer, som funksjonsbeskrivelsen for anestesisykepleiere. Likeledes er det viktig å ha kjennskap til lokale retningslinjer og prosedyrer. Mangel på lokale prosedyrer gjør at anestesisykepleiere ikke har tydelige retningslinjer å forholde seg til i praksis.

Resultatene fra denne undersøkelsen kan kanskje få den enkelte anesthesiavdeling til å vurdere dagens praksis når det gjelder skifte av TIVA sett mellom pasienter, slik at tiltak kan iverksettes dersom det er behov for det. At prosedyrer og retningslinjer er tilstede på den enkelte avdeling virker å være en forutsetning for å oppnå lik praksis.

Vi håper at kartlegging av bruken av engangsutstyr mellom pasienter som får TIVA, også kan gi anestesisykepleiere en indikasjon på om nåværende praksis er i tråd med forsvarlig praksis, pasientsikkerhet og hygieniske prinsipper.

Referanser

1. Olsen VM og B Tettum. Legemiddel-håndtering - arbeider anestesisykepleiere innenfor lovens rammer? Oslo 2011: Anestesisykepleiernes Landsgruppe av Norsk Sykepleierforbund
2. Eichler W. Reuse of a set for intravenous anaesthesia: safe against bacterial contamination? *Eur Ac of Anaest, Eur Journ of Anaesth* 2004; 496-503
3. Patel PR mfl. Hepatitis C Virus Infections From a Contaminated Radiopharmaceutical Used in Myocardial Perfusion Studies. *I: American Medical Association* 2006; 296
4. Halkes MJ. Re-use of equipment between patients receiving total intravenous anaesthesia: a postal survey of current practice. *Anaesthesia* 2003; **58**: 582-587
5. Ellger B mfl. Non-return valves do not prevent backflow and bacterial contamination of intravenous infusions. *Journ of Hospital Infection* 2011; **78**: 31-35
6. Radke OC. mfl. Two serial check valves can prevent cross-contamination through intravenous tubing during total intravenous anaesthesia. *Anesth Analg* 2010; **111**: 925-8
7. SINTEF Helse. Gjenbruk av medisinsk engangsutstyr: Helsedirektoratet 2008
8. Haynes S, Schafer W, Carroll J. Leveraging and limiting practical drift in emergency response planning. Proceedings of the 40th annual Hawaii international conference on system sciences (HICSS.07)
9. Vaughan D. The trickle-down-effect. Policy decisions, Risky work and the Challenger tragedy. *California Management Review* 1997; **39**: 2
10. Norsk Sykepleier Forbund. Det du bør vite om Faglig forsvarlighet. Oslo 2008
11. Bruun AMG. Anestesisykepleierens kompetanse. I: Hovind, I. L. (red.) Anestesisykepleie. Oslo 2011: Akribes, s. 19-39
12. Lingaas
13. www.Folkehelseinstituttet.no
14. Andreassen GT, Hægeland A og Wilhelmsen IL. Infeksjonssykepleie. I: Almås, H. (red.) Klinisk Sykepleie. Oslo 2001: Gyldendal akademisk, s. 1071-1110
15. §1 Nordoft, J. (2012). Tiva-sett og smitterisiko, Norsk Dagkirurgisk Forum. Tilgjengelig fra: http://nordoft.no/full_news.asp?m=15125&n=3.

PORTEXTM



NYHET

Innerkanyle til Bivona tracheostomi kanyler er nå kommet!

BIVONA INNERKANYLE

Passer til Bivona TTS, cuffless og air cuff tracheostomi kanyler. Innerkanylen er laget i ePTFE-materiale (Teflon) noe som gjør at den får en glatt overflate for enkel innføring og fjerning.

- Fargekodet ende for lett å kunne se at innerkanyle er i bruk.
- Flergangs til én pasient.
- Kan brukes opp til 29 dager.



Kontakt oss for mer informasjon. Tlf. 24 05 66 20. E-post: kundeservice@medinor.com. www.medinor.no



Verdiskapende produkter og tjenester innen helse

Kompetansebygging for å forebygge VAP

Av Tuva Sandsdalen Mytting, Åse Espelund, Else Hagen Mæhlum og Sevald Høye
Artikkel utarbeidet i samarbeid med redaksjonen

Artikkelen tar utgangspunkt i en prosjektrapport fra et samarbeidsprosjekt mellom Videreutdanningen i intensivsykepleie ved Høgskolen i Hedmark og intensivavdelingene i Elverum og Hamar, Sykehuset Innlandet HF. Hensikt med samarbeidsprosjektet var å fremme kompetansen hos sykepleiere i intensivavdelingene og studenter i videreutdanning i intensivsykepleie i å forebygge VAP (Ventilator Assosiert Pneumoni) for oralintuberte respiratorpasienter.



Tuva Sandsdalen Mytting

- Intensivsykepleier
- Høgskolen i Hedmark
- Stipendiat ved Karlstad Universitet



Sevald Høye

- Ph.D førsteamanuensis
- Institutt for sykepleie og psykisk helse
- Høgskolen i Hedmark



Åse Espelund

- Fagutviklingssykepleier
- Intensivavdelingen Elverum
- Sykehuset Innlandet HF



Else Hagen Mæhlum

- Fagutviklingssykepleier
- Intensivavdelingen Hamar

Metode

Et fagutviklende prosjekt med en kvantitativ og en kvalitativ tilnærming, inspirert av handlingsorientert forskningssamarbeid. Det ble utarbeidet kunnskapsbaserte prosedyrer for VAP-forebygging som ble implementert i avdelingene ved hjelp av følgende intervensjoner:

- Fagdag for studenter og ansatte med teoretisk innføring og simulering
- Innføring av diskusjonsgrupper i avdelingene, knyttet til de nye prosedyrene
-

Dybdeintervjuer og data fra et spørreskjema til ansatte og studenter (før og etter intervensjon) samt et evalueringsskjema fra fagdag dannet grunnlaget for å evaluere intervensjonen.

Ved implementering av nye prosedyrer er det utfordringer når det gjelder å være kjent med ny prosedyre, og at prosedyren blir etterfulgt og om det fører til endring av eksisterende praksis (1,2). Dette samsvarer med erfaringer fra avdelingene etter innføring av stadig

flere kunnskapsbaserte prosedyrer. Forskning viser at skreddersydde tiltak vil kunne gi endret praksis (3). Disse tiltakene kan rettes mot å overkomme definerte barrierer for å endre praksis (holdningsendring), mot å øke kunnskapsnivået og å gi direktiver som ros, tilbakemelding eller konstruktiv kritikk (1,2). Undervisning og kurs kan være et tiltak for å heve kompetansen til ansatte, og viser seg effektiv dersom man anvender blandede interaktive og didaktiske metoder (4).

Det beskrevne danner bakgrunn for hensikten med prosjektet som var å fremme kompetansen hos sykepleiere i intensivavdelingene og studenter i videreutdanning i intensivsykepleie i å forebygge VAP for oralintuberte respiratorpasienter.

Mål for ansatte:

- Har reflektert kritisk over egen og avdelingens praksis når det gjelder VAP-forebyggende prosedyre.
- Kjenner til hvor ny prosedyre er å finne

i Elektronisk kvalitetshåndbok (EK)

- Kan innholdet og fremgangsmåte i prosedyren
- Har kunnskap om bakgrunn (forskning) og viktigheten av å utføre prosedyren for pasienten
- Utfører prosedyren etter gjeldene retningslinjer
- Har økt kompetanse ved å inneha økte ferdigheter og holdninger relatert til å forebygge at pasienten utvikler VAP

Mål for studenter:

- Kan reflektere kritisk over egen og avdelingens praksis når det gjelder VAP-forebyggende prosedyre
- Har økt kompetanse ved å inneha økte kunnskap, ferdigheter og holdninger relatert til å forebygge at pasienten utvikler VAP
- Har klinisk erfaring med å forebygge VAP
- Vet hvor ny prosedyre er å finne i EK
- Kjenner til innholdet og fremgangsmåte i prosedyren
- Har kunnskap om bakgrunn (forskning) og viktigheten av å utføre prosedyren for pasienten
- Utfører prosedyren etter gjeldene retningslinjer
- Har økt kompetanse i å kritisk vurdere og implementere kunnskapsbasert prosedyre på bakgrunn av brukerperspektiv.
- Har deltatt i planlegging og gjennomføring av et undervisningsopplegg
- Har erfaring med å delta i et prosjekt

Utgangspunkt i praksis

Ventilator assosiert pneumoni (VAP) forårsaker flere dødsfall enn noen annen sykehusassosiert infeksjon, gir økt antall liggedøgn og medfører høye kostnader. Mellom 10-20 % av pasientene som er intubert lenger enn 48 timer utvikler VAP (5,6,7). Intensivavdelingene manglet en overbyggende prosedyre, og erkjente ulik praksis i de ulike intensivavdelingene i forhold til å forebygge VAP. Studenter ved videreutdanning i intensivsykepleie ved

Høgskolen i Hedmark ga tilbakemelding på ulikheter mellom det de lærte på skolen og det de erfarte i praksis.

Intensivavdelingene erkjente ulik praksis internt i forhold til prosedyrer. Utfordringene intensivavdelingene sto ovenfor var todelt. Den ene innebar å utarbeide felles kunnskapsbaserte prosedyrer intensivavdelingene imellom. Den andre å implementere kunnskapsbaserte prosedyrer utarbeidet av eget helseforetak eller andre helseforetak. Avdelingene erfarte at selv om nye

prosedyrer utarbeides, blir de ikke fokusert godt nok til at avdelingene har klart å etablere en felles praksis. Avdelingene skulle i fellesskap implementere en kunnskapsbasert prosedyre utarbeidet ved Oslo Universitetssykehus, avdeling Ullevål. Denne prosedyren rettet seg mot å forebygge VAP og er en overordnet prosedyre som innbefatter flere underordnede prosedyrer :

Munnstell til intensivpasienten

- Kontroll av cuff-trykk og subglottis sug



Illustrasjonsfoto: Anne-Britt Mathisen

- Sugning av intubert pasient, lukket og åpent sugesystem
- Aktiv fukting eller kombifilter på respirator / inhalasjonsrutiner
- Ernæring og stell/kontroll av sonder
- Leiring av intubert pasient
- Skiftninger av ventilatorrelatert utstyr

VAP- forebygging i dette prosjektet innebar å utføre munnstell til intensiv-pasienten etter gjeldende prosedyre, kontroll av cuff-trykk og subglottis sug etter gjeldende prosedyre og leiring av intubert pasient etter gjeldende prosedyre. Etter en uformell kartlegging kom det frem at det er ved disse intervensjonene avdelingene opplevde å ha størst forbedringspotensiale når det gjaldt:

- Økt eller endret kunnskap
- Ferdighets- og holdningsendring

Dette er prosedyrer sykepleierne har en selvstendig funksjon og ansvar for å ivareta. Flere av de andre prosedyrene ivaretas ved hjelp av sjekklistor og legeforordninger som fungerer tilfredsstillende i avdelingene. Det var blant de fleste et klart ønske og en motivasjon om å få en mer lik praksis. Gjennom å tilrettelegge for student-deltagelse i prosjektet var tanken at yrkeskompetanse ble utviklet ved at studentene fikk klinisk erfaring. Ved å delta i et fagutviklende prosjekt ville studentene kunne få et økt læringsutbytte fra praksisperioden sammenlignet med hva de ellers ville hatt. I tillegg ville studentene ha nyttig erfaring ved senere prosjekt når de er ferdigutdannet. Et slikt samarbeidsprosjekt var tenkt å stimulere til et godt samarbeid mellom høgskole og praksis, og minske avstanden mellom teori og praksis, som er en av NOKUT sine intensjoner med samarbeidsprosjektene (8). Praksis er den viktigste arena for at studentene skal få klinisk erfaring og bli gode yrkesutøvere. Studentene kan oppleve at det de lærer på skolen ikke samsvarer med dagens praksis. Gjennom

å være deltagende i prosjektet, sammen med fagsykepleierne i avdelingene, var det tenkt at høgskole og praksis kan opprettholde et nært samarbeid. Ved å tilstrebe lik formidling og kunnskapsbasert kunnskap til studentene og kan det bidra til å kvalitetssikre kompetanse både i høgskolen og ved intensivavdelingene. Det vil gi en gjensidig forpliktelse til å utøve den beste anbefalte pasientbehandling.

Prosjektets oppbygning

En ønsket å gjennomføre et samarbeidsprosjekt mellom to intensiv-avdelinger (Hamar og Elverum) og Høgskolen i Hedmark, hvor fokus skulle være å arbeide målrettet for å implementere den kunnskapsbasert prosedyren (VAP, Ventilator assosiert pneumoni, forebygging) på en slik måte at det førte til en felles praksis.

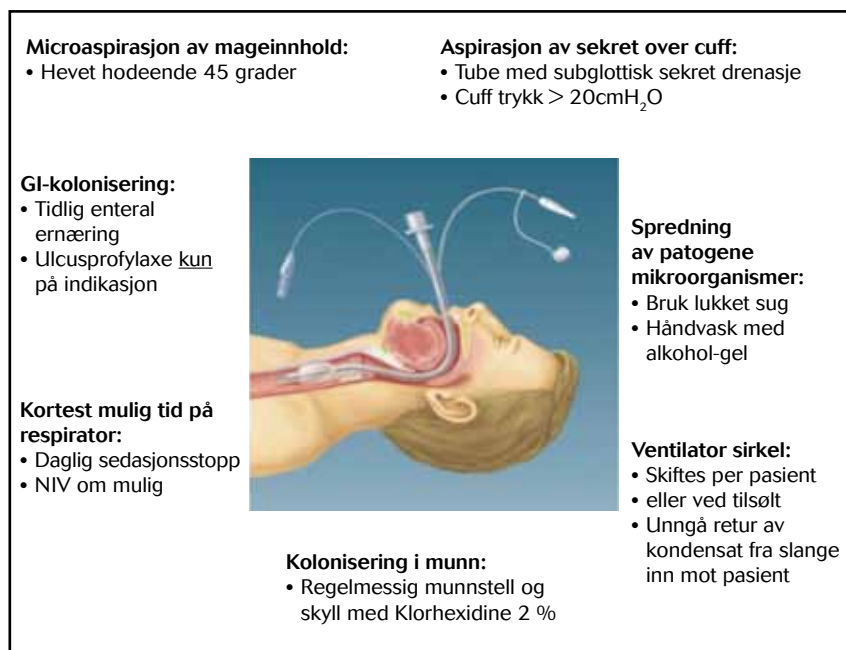
Det ble gjennomført en intervensjon i form av et felles undervisningsopplegg for ansatte og studenter i begge avdelinger. Undervisningsopplegget hadde tre ulike pedagogiske tilnærmingemetoder som rettet seg mot å øke kunnskap, ferdigheter og holdninger. Den første delen var teoretisk undervisning om forskning, og teori når det gjaldt VAP-forebygging som grunnlag for de nye prosedyrene. Deretter en teoretisk gjennomgang av de nye prosedyrene, med muligheter for spørsmål og innspill. Gjennomgangen dannet grunnlaget for den praktiske øvelsen på de nye prosedyrene som alle skulle trene på i høgskolens øvelsesavdeling samme dag. Siste del innebar bevisstgjøringer av holdninger og barrierer ansatte og studentene opplevde når det gjaldt VAP-forebygging. Dette kunne eksempelvis omhandle utføring av prosedyrene, ulike pasientsituasjoner, utstyr, faglige- eller personlige utfordringer.

For å få alle ansatte og studenter gjennom undervisningen, ble det arrangert tre fagdager med ca 35 deltager pr gang. Fagdagene ble gjennomført ved Høgskolen i Hedmark, med bruk

av auditorium til den teoretiske delen og øvingsavdelingen til den praktiske delen. Det ble vektlagt en dialogpreget undervisning med rom for spørsmål og diskusjon. Fagdagen hadde en varighet på ca 5 timer med følgende innhold:

- a) Presentasjon av bakgrunn for prosjektet og den planlagte gjennomføringen
- b) Teoretisk innføring: presentasjon av fag/forskning som bakgrunn for VAP-forebyggende prosedyrer og gjennomgang av VAP-prosedyrene
- c) Presentasjon av pasientcase. Pasientcasene ble knyttet opp mot forskning på pasientopplevelse
- d) Teoretisk innføring om tannhelse fra tannpleier for å få mer kunnskap om prosedyren som omhandlet munnstell og kolonisering med fare for VAP-utvikling
- e) Ferdighetstrening: Øvelses på prosedyrene. Grunnet tidsknapphet ble det valgt ut tre prosedyrer som skulle øves på: munnstell, lukket trachealsug og sug over subglottis
- f) Undervisning og demonstrasjon av leie for å forebygge VAP med intensivfysioterapeut. Innføring både i fysiologi og praktisk demonstrasjon av høyt leie
- g) Holdninger: bevisstgjøring av egne holdninger til endring og ny prosedyre, samt viktighet av endring av klinisk praksis

Ansatte og studenter ble bedt om å skrive ned både personlige og faglige utfordringer de opplevde når det gjelder å gjennomføre de nye prosedyrene. Det de kom frem til individuelt ble deretter tatt med inn i gruppene for videre diskusjon. Gruppene var blandet med studenter og ansatte fra de ulike avdelingene. Gruppene skulle bli enige om tre utfordringer som de presenterte for resten av deltagerne. Når alle utfordringene var oppsummert i plenum, ble gruppene igjen utfordret på å finne konstruktive tiltak som ville være viktig for å gjennomføre prosedyrene både på individnivå, gruppenivå og systemnivå. Foreslåtte tiltak ble skrevet ned og tatt med i prosjektet ved implementeringen i avdelingene.



Plansje over VAP risiko-områder: Laget av Oslo universitetssykehus, intensivavdelingen Ullevål

I tillegg til fagdagen ble det gjennom prosjektperioden organisert fire diskusjonsgrupper med prosjektlederne i avdelingene, ansatte og studenter. (2. praksisperiode). Hver diskusjonsgruppe hadde et tema hentet fra de fire prosedyrene, hvor 3-4 spørsmål ble tatt opp. Hensikten var todelt: Det var ønsket innspill, fokus og diskusjon om prosedyrene og prosessen i forhold til å utvikle sin kompetanse, samt diskusjon om prosessen når det gjaldt å være deltagende i et prosjekt. Det ble anledning til å gi og få innspill, og diskusjon om hva som fungerte og hva som kan endres i forbindelse med implementeringen. Det ble også gjennomført veiledning av studentene av prosjektleder ved skolen, med temaet VAP forebygging. Der ble det gitt muligheter for innspill og diskusjon med fokus på studentrollen i forhold til dette.

Evaluering av prosjektet

Både intervensjonen og prosessen ble evaluert. Data for å evaluere ble innhentet gjennom en kvantitativ og en kvalitativ tilnærming. Det ble utført to selvevalueringer med vurdering av prosjektets måloppnåelse, utført av studenter og ansatte (kvantitativ).

Dessuten ble det foretatt to kvalitative dybdeintervjuer av ansatte på hver av intensivavdelingene og studenter for å få utdypende data (kvalitativ). I tillegg til dette ble det innhentet data om prosessen i de kvalitative intervjuene og evaluering av fagdagen ved hjelp av et spørreskjema. Data fra evalueringsskjemaene, dybdeintervjuene og evaluering av fagdagen danner grunnlaget for evaluering av intervensjonen og av prosjektets hensikt og mål.

Fagdagen ble evaluert til å være nyttig og lærerik, både når det gjelder teorigjennomgang, gjennomgang av prosedyrer, øvelse i øvelsesavdelingen og bevisstgjøring av holdninger og barrierer. I tillegg til resultatene i tabellen, ble det bedt om kommentarer på helhetsinntrykket av fagdagen: Det som var bra for å øke kompetansen i å forebygge VAP og det som kunne vært gjort annerledes for å øke kompetansen i å forebygge VAP. Deltagerne ønsket seg mer trening i øvelsesavdelingen på prosedyrene. Det innebar blant annet å ha mindre grupper og lengre tid på hver stasjon, øvelse på andre prosedyrer og utstyr som det ikke var lagt inn øvelser for denne dagen. Eksempler på dette var:

øvelse på leiring av pasient i høyt leie, øvelse på bruk av automatisk cuffmåler. Det var et forbedringspotensiale i å ha flere og lengre pauser.

Det kan se ut til å være en forskjell mellom ansatte og studenter når det gjelder kunnskapsutvikling. Studentene ser ut til å ha hatt større tilegnelse i ny kunnskap. Dette ses spesielt i ifht kunnskap om risiko for utvikling av VAP, anbefalt sugestyrke ved munnstell og tube med subglottisport. Studentene ser dermed ut til å ha lært mest når det gjelder tilegnelse av nye kunnskaper, men det kan også bety at studentene, med kortere erfaring med pasientgruppen, er mer teoritro og prinsippfaste og i mindre grad problematiserer kunnskapen.

De kvalitative dataene bekrefter at det har vært en utvikling av ferdigheter. En økt bevissthet og fokus i avdelingen har gjort at prosedyrene utføres hyppigere, eksempelvis munnstell.

Usikkerhet i praktisk utførelse og opplevelse av egen kompetanse er barrierer som kan hindre effekten av en implementering for å forbedre praksis (3). Dette samsvarer med funnene i dette prosjektet. Likeledes har man også sett at intervensjoner som for eksempel undervisning i seg selv ikke er nok for å endre klinisk praksis (9) men at undervisning må integreres i praksis (10). Det innebærer bruk av ulike interaktive og didaktiske metoder (4) for å bidra til endring av praksis og ferdigheter.

Det fremkommer at det har skjedd en holdningsendring med bakgrunn i den kvalitative undersøkelsen. Spesielt gjelder det prioritering av munnstell etter intubasjon, viktigheten av munnstell og nødvendigheten av et høyt hodeleie. Det kom frem at det opplevdes som en barriere at munnstellutstyr var lite tilgjengelig. Med bakgrunn i dette funn ble det laget munnstellsbakker på hvert rom.

Informantene opplevde en kollektiv bevissthet og større grad av lik praksis

under og i etterkant av intervensjonen. Den kollektive bevisstheten bidro til en lik praksis når det gjaldt å forebygge VAP. Det som hadde ført til denne kollektive bevisstheten og like praksisen hadde sin bakgrunn i fagdagen, diskusjoner mellom kollegaer/studenter og fagsykepleiere som pådrivere i avdelingene. Resultatene viste også at prosedyrer som var tydelige og kortfattede, at utstyr som involverte prosedyrene var tilgjengelig, gjorde det enklere å forebygge VAP. Nytt utstyr og nye prosedyrer bidro til et behov for å tilegne seg nye ferdigheter. Det å øve sammen på fagdagen fremkom som viktig for å tilegne seg de nye ferdighetene. Samtidig fremkom det av evalueringsskjemaene fra fagdagen ønske om mer øving også på andre prosedyrer og utstyr tilknyttet VAP-forebygging, som eksempelvis leiring av pasient og bruk av ny cuffmåler.

Informantene opplevde at de har endret sin praksis, men det fremkom at en slik endringsprosess kan oppleves tung ved at man kan ha skepsis til "det nye", bli klar over sin manglende kompetanse og dermed bli bevisst behovet for å endre sin praksis.

Følgende fremkom som viktig for informantene for å øke sin kompetanse i å forebygge VAP:

- Felles fagdag for begge avdelingene og studentene
- Kollektiv bevissthet rundt VAP forebygging som bidro til endret og lik praksis
- Diskusjon mellom kollegaer/studenter
- Fagsykepleiere som faglige pådrivere
- Kortfattede prosedyrer
- Tilgjengelig utstyr

Det som opplevdes som hemmende for kompetanseutviklingen var: introduksjon av nytt utstyr underveis i intervensjonsperioden, egen skepsis til "det nye" og at endringsprosessen både kan være smertefull og tidkrevende.

Kompetansebygging ser ut til å gjøre ansatte og studenter bedre i stand til å forebygge VAP.

Ved implementering av nye prosedyrer eller ved behov for økte kunnskaper, ferdigheter og holdninger innenfor et fagområde, kan det være av betydning å gjennomføre en intervensjon basert på undervisningsopplegg med varierte didaktiske metoder (teoretisk innføring, gjennomgang av prosedyrer, øving/simulering), bevisstgjøring av holdninger og barrierer, samt tiltak rettet mot barrierene og diskusjonsgrupper i avdelingen.

Ved implementering av nye prosedyrer er det nødvendig å involvere ansatte og studenter til å medvirke både i planlegging, gjennomføring og evaluering.

Ved implementering av nye prosedyrer er det av betydning at disse er kortfattede og at utstyr som skal anvendes er lett tilgjengelig.

Diskusjon

Ansatte og studenter ser ut til å ha hatt relativt god kunnskap om VAP før prosjektet. Dette er til forskjell fra en studie fra Belgia som kartla kunnskap om VAP forebygging hos sykepleiere på en intensivavdeling og fant at sykepleierne hadde manglende kunnskaper (11). I dette prosjektet ser det ut til å ha skjedd en økning av kunnskaper i etterkant av intervensjonen. Det er signifikante funn når det gjelder risiko for utvikling av VAP og anbefalt sugestyrke ved munnstell. Både studenter og ansatte ser ut til å ha tilegnet seg ny kunnskap med bakgrunn i intervensjonen. Det bekreftes av Coomarasamy og Khan (10) som fant at undervisning i seg selv kan bidra til å utvikle nye kunnskaper.

Noe overraskende var det at bruk av kunnskapsbaserte prosedyrer for å forebygge VAP gir en virkning til kritisk tenkning med tanke på andre prosedyrer, som ikke var kunnskapsbaserte. Erfaring og refleksjon danner grunnlaget for å opparbeide evne til kritisk tenkning og kompetanseutvikling (12,13).

Når det gjaldt medvirkning fremkom

det at informantene i varierende grad opplevde at de var direkte medvirkende i prosjektet. Det var den utøvende delen av implementeringen informantene opplevde seg deltagende i, men ikke i planlegging og utarbeiding av prosedyrene. Innen metoden handlingsorientert forskningssamarbeid påpekes viktigheten av medvirkning og deltagelse fra avdelingen der kunnskapsutviklingen skal skje og for dem kunnskapen skal gjelde (14). I dette prosjektet har prosjektlederne hatt forankring både i praksisavdelingene og i høgskolen, hvor man i fellesskap har blitt enige om hva man vil utforske, planlegge og gjennomføre av intervensjon, og hva en skal evaluere. Prosjektet har slik sikret å ivareta medvirkning og deltagelse. Resultatene viser derimot et forbedringspotensial når det gjelder medvirkning og ansvarliggjøring av den enkelte i avdelingene. Dette samsvarer med Grol, Wensing & Eccles (15) som hevder at for å lykkes i å endre praksis, bør de involverte være deltagende i utvikling og implementering av all intervensjon.

I dette prosjektet ses det ikke på langtidseffekten etter gjennomført intervensjon. Det gjenstår derfor å se om de endringene en har sett i løpet av prosjektperioden er kommet for å bli.

Oppsummert bærer prosjektet preg av svakheter ved utvalg, spørreskjemaer, prosjektledernes manglende kompetanse og muligheten som ligger i å ha kunnet påvirke informantene i kvalitative studier. Samtidig har man arbeidet for å motvirke svakhetene og styrke validiteten gjennom prosjektet. De kvalitative dataene og annen litteratur og forskning har bidratt til å støtte opp om funnene og styrke resultatene (10).

Veien videre

I etterkant av prosjektets slutt vil en fortsette med fokus på VAP-forebygging både i avdelingene og ved videreutdanningen. I avdelingene planlegges det å involvere og ansvarliggjøre ressursgrupper (hygiene

og respirator) når det gjelder videre oppdatering av prosedyrer, veilede og undervise i forhold til VAP og starte utarbeiding av behandlingsplaner og kartlegging av munnstatus for å bedre dokumentasjonen og kontinuiteten i forhold til VAP-forebygging. Det ønskes å fortsette med tilrettelegging for faglige diskusjonsgrupper i avdelingen. Ved videreutdanningen vil VAP-forebygging å integreres i større grad enn tidligere, innen temaene infeksjonsforebygging og personlig hygiene i første del av utdanningen. Det planlegges også å legge til rette for diskusjon og trening i øvelsesavdelingen på høyskolen. Ved videreutdanningen ses også økte muligheter for å i større grad å integrere varierte didaktiske metoder, slik det ble utført i intervensjonen i dette prosjektet. Det er også et ønske at det ved nye samarbeidsprosjekter mellom høyskolen og sykehus kan ses på muligheten for å inkludere flere avdelinger ved sykehusene.

Referanser

1. Bertulis R. Barriers to accessing evidence-based information. *Nursing standards* 2008; **22**: 35-39
2. Plost G & Nelson DP. Empowering critical care nurses to improve compliance with protocols in the intensive care unit. *Am journal of Crit Care* 2007; **16**: 153-156
3. Baker R, Camosso-Stefinovic J, Gillies C, Shaw EJ, Cheater F, Flottorp S & Robertson N. Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes(review). *The Cochrane Database of systematic reviews*, 3. DOI: 10.1002/14651858.CD005470.pub2
4. Forsetlund L, Bjørndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brian MA, Wolf F, Davis D, Odgaard-Jensen J & Oxman AD. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes(review). *The Cochrane database of systematic reviews*, 2. DOI: 10.1002/14651858.CD003030.pub2
5. American Thoracic Society Documents. Guidelines for the Management of Adults with Hospital-acquired, Ventilator-associated, and Healthcare-associated Pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med* 2005; **171**: 388-416
6. Rea- Neto A, Youssef NCM, Tuche F, Brunkhorst F, Raineri VM, Reinhardt K & Sakr Y. Diagnosis of ventilator associated pneumonia: a systematic review of the literature. *Crit Care* 2008; **12**
7. Tablan OC, Anderson LJ, Besser R, Bridges C & Hajjeh R. Guidelines for preventing health-care-associated pneumonia. *MMWR Recomm Rep* 2004; **53**: 1-36
8. Eiland EH, Wargo KA, Hamm W & Hassoun AA. Analysis of adherence to national nosocomial pneumonia treatment guidelines. *Ther Clin Risk Manag* 2007; **3**: 983-988
9. Coomarasamy A & Khan KS. Learning in practice. What is the evidence that postgraduate teaching in evidence based medicine changes anything? *BMJ* 2004; **329**
10. Jacobsen DI. Forståelse, beskrivelse og forklaring: innføring i metode for helse- og sosialfagene. Høyskoleforlaget 2010
11. Blot S, Lebeau S, Vandijck D, Van Aken P & Claes B. Evidence-based guidelines for the prevention of ventilator associated pneumonia: results of a knowledge test among intensive care nurses. *Int Care Med* 2007; **33**: 1463-1467
12. Benner P. Fra novice til ekspert. Munksgaard 1995
13. Subirana M, Solà I & Benito S. Closed tracheal suction systems versus open tracheal suction systems for mechanically ventilated adult patients(review). *Cochrane Database of systematic reviews*. Issue 7
14. Mytting TS & Stensveghagen MT. Hvordan oppfatter erfarne anestesietnsiv og operasjonssykepleiere at kompetanseutvikling fremmes - en fenomenologisk studie. Mastergradsoppgave ved Høgskolen i Gjøvik
15. Grol R, Wensing M & Eccles M. Improving patient care: the implementation of change in clinical practice. Elsevier 2005

“Med hjertet på rett plass”



Ainsf Fagkongress 2013

i Arendal

30.august til 1.september

Hildegunn Synnevåg

Etter 6 år som leder av NSFLIS har Hildegunn valgt å gå av som leder. Dette er en rolle hun har ivaretatt på beste måte.



Hildegunn startet sin karriere som sykepleier ved Finnmark Sykepleierhøyskole i januar 1979, og i desember 1981 gikk hun ut som offentlig godkjent sykepleier. Dette var oppstarten på en lang og innholdsrik vei mot lederrollen for landets mange intensivsykepleiere.

Som nyutdannet jobbet Hildegunn 1,5 år ved intensivavdelingen på Harstad sykehus. Deretter fulgte tre år ved intensivavdelingen ved Sentralsjukehuset i Sogn og Fjordane. Jobben ga mersmak: i september 1986 startet hun opp på videreutdanningen i intensivsykepleie ved Haukeland sykehus. Her fortsatte Hildegunn sitt arbeid som intensivsykepleier ved medisinsk overvåking / hjerteovervåkingen i fire år.

Etter dette fulgte en toårig rolle som assisterende avdelingssykepleier ved mottaket, Haraldsplass Diakonale sykehus. Men hun savnet nok jobben som intensivsykepleier "på gulvet", for siden 2004 har Hildegunn hatt sin plass ved recoveryavdelingen på Kysthospitalet i Hagavik.

"Engasjert" er nok et "nøkkelord" på Hildegunn. Som plasstillitsvalgt / blokkstillitsvalgt / medlem UTV Haukeland Sykehus i seks år, og som hovedtillitsvalgt ved Haukeland sykehus frem til mars 2001, fikk hun brukt sin styrke på dette området.

Via roller som styremedlem og lokalgruppeleder i NSFLIS Hordaland, 4. Vara ved NSF Hordaland fylkesstyre og nestleder/medlemsansvarlig i NSFLIS (2002-2006), inntok Hildegunn sin plass som leder i NSFLIS september 2006. Det mangeårige faglige engasjement har resultert i deltagelse ved 19 GF og faglige seminar i hele vårt langstrakte land.

Som leder har den engasjerte intensivsykepleieren deltatt på siste del av bemanningsprosjektet i 2007 og i dagbokprosjektet. Som nytilsatt leder inngikk Hildegunn som NOSAM representant, og har her også fungert som koordinator i 2,5 år. Ved arbeidsutvalget i Sentralt Fagforum har hun gått veien fra 1. Vara og 2. Varamedlem til nestlederrollen i 2010-2012. I fagforum har Hildegunn vært leder av mastergruppen. Hun har også vært deltager i en prosjektgruppe som har sett på samhandling med kommersielle aktører, og ved utarbeidelsen av LM-sak 18; om faggruppens integrering i NSF.

Hildegunn fortsetter i sin 6.vara plass i NSFs nominasjonskomité frem til neste landsmøte i 2015.

Vi håper vi hører mer fra denne dyktige og fagengasjerte intensivsykepleierkollegaen!

Takk for innsatsen, Hildegunn!!

Hilsen redaksjonen, på vegne av kollegaer i hele landet



Illustrasjonsfoto: Birthe Havnes

Helsefremmende samarbeid

- en viktig trivselsfaktor i anestesisykepleierfaget

Av Gertrud Averlid
Tidligere utgitt i AANA, august 2012

En anestesisykepleiers arbeidsplass er fysisk begrenset, da majoriteten av arbeidsoppgavene blir utført på operasjonsstuen. Kontinuerlig observasjon og tilstedeværelse fordrer profesjonell og effektiv behandling av hele pasientsituasjonen.

Faget er til tider preget av stort arbeidspress og mye selvstendig arbeid, samtidig med en varierende grad av uforutsigbarhet. Anestesisykepleieren er underordnet anestesilegen, og utfører oppgaver på ordinasjon, men er samtidig i følge loven ansvarlig for egne sykepleieroppgaver og alle handlinger utført etter legens ordinasjon (1,2).

Overlappende arbeidsoppgaver forekommer i stor grad, derfor kan opp-

gavedeling være en kilde til konflikt. Et godt teamklima kan bidra til effektivitet og trivsel blant teammedlemmene. Ledelsen har derfor et spesielt ansvar å skape arenaer for kommunikasjon mellom teammedlemmene slik at pasientbehandling og sikkerhet optimeres (3,4,5,6,7).

At ledelsen har tilstrekkelig forståelse og kunnskap om hvilke faktorer som er med på å fremme medarbeidernes helse

er vesentlig, og er i dag mer påkrevd da store deler av døgnetimer tilbringes på arbeidsplassen. Et holistisk syn på medarbeideren kan medvirke til økt



Gertrud Averlid

• Fra 1/1-13 vik
Fagutviklingssykepleier
anestesi, RH

trivsel, mens et ensidig fokus på individet som kun produksjonsmedarbeider kan gi belastninger av både psykisk og fysisk art (8).

Feedback fra lederen kan oppleves som energigenererende og helsefremmende, og læring er en annen positiv faktor som kan øke motivasjon og gjør også arbeidet mer utfordrende, håndterbart og meningsfullt (9,10). Både feedback og læring er viktig for samarbeidet mellom profesjonelle og medvirker til økt jobbtillfredshet (5).

STUDIEN

Hensikten med studien var å kartlegge hvilke faktorer i anestesisykepleiernes arbeidssituasjon som oppleves som helsefremmende. Følgende spørsmålsstillinger ble formulert: Hva opplever anestesisykepleiere som helsefremmende i sitt arbeidsmiljø? På hvilken måte mener anestesisykepleiere at ledelsen kan bidra til et helsefremmende arbeidsmiljø? Det overordnede målet var å gi ledelsen kunnskap om anestesisykepleiernes arbeidssituasjon, for å kunne bidra til et helsefremmende arbeidsmiljø.

Metode

Deltakerne var 8 kvinnelige og 6 mannlige yrkesaktive anestesisykepleiere med 1-31 års yrkeserfaring. De jobbet

på forskjellige anesthesiavdelinger med regionalt, sentralt og lokalt pasientgrunnlag. Metodevalget ble Grounded Theory (GT), etter Strauss & Corbin (11) tilnærming. GT vektlegger informantens oppfatning, og teorien konstrueres gjennom en interaktiv prosess mellom informant og intervjuer.

KONSEPTUELLE OG TEORETISKE RAMMER

Hovedkonseptene i denne studie tilhører to forskjellige forskningsfelt: helsefremmende arbeid og ledelse. Den helsefremmende delen er basert på Antonovskys (10) salutogene (helsefremmende) helsemodell, "en kjensle av sammenheng" (KASAM), som innbefatter individets opplevelse av tilværelsen som begripelig, håndterbar og meningsfull. Viktige helsefremmende faktorer i arbeidsmiljøet inkluderer fysiske, psykologiske og sosiale aspekter, men også profesjonell støtte (12). Ofte beskrives de med "krav/kontroll/støtte" modellen av Karasek & Theorell (13).

Ledelsesdelen er basert på teorier om helsefremmende ledelse og lederskap. I følge Yukl (14) finnes det fire brede ledelseskategorier; bygge og underholde relasjoner, fatte beslutninger, samle og gi informasjon og influere medarbeidere. Ledelse omhandler også

samarbeid mellom ulike profesjoner og organisatoriske grenser (3), der transprofesjonelt eller tverrfaglig samarbeid (5,15) bør være den ultimate modell for teamarbeid og mest relevant i et anestesimiljø, der et holistisk syn på pasienten forventes å dominere. Denne modell inkluderer en felles forståelse av metode og kunnskap som er avhengig av kommunikasjon (16) mellom involverte individer.

RESULTAT

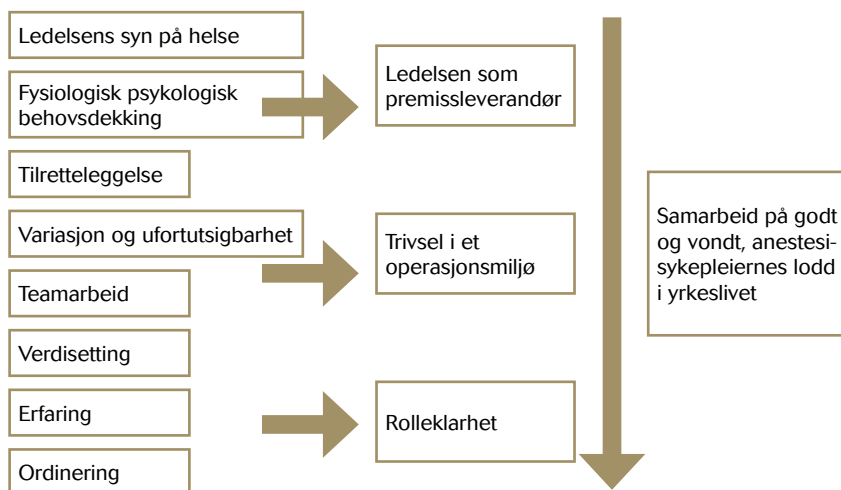
I analysen av intervjuene ble en kjernekategori, tre kategorier og åtte subkategorier generert, se figur.

• Samarbeid på godt og vondt

Kjernekategori *Samarbeid på godt og vondt - anestesisykepleierens lodd i yrkeslivet*, beskriver anestesisykepleierfaget som en sammensatt og viktig funksjon i et operasjonsmiljø. Den belyser også fagets sårbarhet og anestesisykepleierens rolle i relasjon til andre profesjoner. Samarbeidet ble beskrevet som den viktigste faktor for påvirkning av arbeidsmiljøet, og ble beskrevet som både godt og dårlig og ofte som utpreget personavhengig. De mente at godt samarbeid gjorde arbeidet hyggeligere, morsommere og mer utfordrende. Godt samarbeid var den tilstand som var mest forekommende. Men noen ganger kunne det oppleves negativt, som for eksempel: å føle seg mindre respektert, og ikke få brukt sin kompetanse eller ikke føle at man har tilstrekkelig tillit.

"... sånn da plutselig ser jeg at han skruer ned på gassen, å så tenker jeg sånn vil jeg ikke ha det. Men jeg tok det ikke opp der og da, det er noe med respekt også, men jeg liker det ikke."

Informantene skildret en selvstendig arbeidssituasjon, men av og til for meget alene i den. Man syntes at det var en krevende setting å ivareta både pasientsikkerhet og samtidig jobbe i takt



Resultatet av analyseprosessen; Kjernekategori, kategorier og subkategorier

med kravene til effektivitet. Samarbeidet i team og støtte fremfor alt fra ens egen profesjon, var en viktig forutsetning for trivsel, og i tillegg en forutsetning for god pasientbehandling.

- **Ledelsen som premissleverandør**

Den første kategorien: *ledelsen som premissleverandør* inneholder tre subkategorier som beskriver ledelsens indirekte påvirkning av arbeidsmiljøet.

Ledelsens syn på helse.

Anestesisykepleieryrket opplevdes som krevende, og at det å tenke helsefremmende var en nødvendighet for å kunne utøve faget. Anestesisykepleierne uttrykket videre at ledelsen viste liten interesse for helsefremmende tiltak, hverken fysiske eller andre tiltak for å ivareta og fremme et salutoget syn på helse. Helsen fikk man helt og holdent passe på selv. Flere mente at det var viktig å holde seg i form for å mestre arbeidssituasjonen.

Fysisk og psykologisk behovsdekking.

Anestesisykepleierne opplevde at utstyret på operasjonsstuen var tungt og iblant dårlig tilpasset. Det ble poengtert at grunnen til at dette forekom, var at ulike yrkeskategorier skal samarbeide om pasienten, og alle har ikke de samme fokus på å bruke tilgjengelige hjelpemidler for unngå dårlige arbeidsstillinger. Man savnet også fysisk tid og rom, som kunne gi mulighet til å foreta refleksjoner i løpet av arbeidsdagen, derimot kunne det av og til finnes mulighet på vakttid.

"... så er det ganske viktig dette med tid og rom, at det finnes en leder som faktisk er der, eller et annet menneske som man kan trekke til side å få gitt uttrykk for det og da. Så man slipper å servere det ved middagsbordet."

Tilretteleggelse.

Informantene følte at lederen ønsket å ta vare på sine medarbeidere men hadde erfart at lederen ikke hadde krefter og tid, og i stedet fokuserte på trivialiteter. Å ha tillit som ledere, at holdninger og verdier er forenlige med medarbeidernes

holdninger ble ansett som en viktig forutsetning for å utføre ledelse overfor andre. Man uttrykte at det var vanlig med tilretteleggelse for arbeidstakere med spesielle behov.

- **Trivsel i et operasjonsmiljø**

Den andre kategorien ble formulert *trivsel i et operasjonsmiljø*. Følgende tre subkategorier beskriver de viktigste trivselsfaktorene.

Variasjon og uforutsigbarhet.

Arbeidssituasjonen ble beskrevet som krevende, men at variasjon i arbeidsmengde og intensitet ga rom for en viss grad av restituering. Variasjonen som innebar alt fra å ha full kontroll til å mestre uforutsigbare akutsituasjoner, var en viktig trivselsfaktor og bidro i stor grad til yrkesvalget.

"... variasjon i arbeidet er for meg helsebringende, utfordringer for å bryne hjernen, det er mange saker..."

Uforutsigbarhet kunne iblant oppleves som negativt og stressende; det å ikke vite hvor man skulle jobbe neste dag, mye rot med operasjonsprogrammet, å være dårlig forberedt eller å ikke jobbe raskt nok. Generelt ønsket man mer tid til pasienten ved innledning og avslutning av anestesi.

Teamarbeid.

Teamarbeidet opplevdes som en kilde til utvikling av godt samarbeid, men noen ganger også frustrerende. Flere mente at det å jobbe i team, var det samme som å jobbe uten ekstern styring. Her hadde ledelsen ingen påvirkning, her var det kun teamets medlemmer som la premissene for hvordan pasientbehandlingen ble utført. Derimot mente man at teamet var meget avhengig av sammensetning av individene, og at arbeidet ble planlagt etter hvilken anestesilege som var med i teamet, man stilte seg inn etter legens væremåte. Trekk av respektløshet og nonsjalanse kunne prege enkelte legers holdninger.

"... trivsel er med pasienten i sentrum

og de rundt som jeg jobber sammen med, det er min trivsel på jobb."

Kommunikasjon opplevdes viktig i teamarbeidssammenheng, både ut ifra en fornuftig arbeidsoppgavefordeling og for å unngå misforståelser - pasientsikkerhet ble satt i fokus. Fraser som for eksempel; "god morgen" og "så hyggelig at vi skal jobbe sammen i dag", mente man bidro til en bedre stemning og dermed en sammensveising av teamet. Dette med å være litt mer kjent med personene man skal jobbe sammen med opplevdes som en positiv faktor for arbeidsmiljøet.

Verdisetting.

Man fikk lite verbal verdsettelse fra sine ledere, ofte mente de å kunne ane at lederen så at de "sto på" og "gjorde en god jobb", men det ble ikke uttalt i ord. De mente at lederen var tyngt ned av personaladministrative arbeidsoppgaver og hadde ikke overskudd eller tid til å gi tilbakemelding til sine medarbeidere. Imidlertid opplevde anestesisykepleierne tilfredshet når det gikk bra med pasienten. Man visste selv når man hadde lyktes med arbeidsoppgaver og veldig godt når man ikke gjorde det – og var selvkritiske i stor utstrekning. Å gi positiv feedback til seg selv og inkludere teamet etter en arbeidsøkt var tiltak som personellet selv bidro med for å fremme god stemning.

"... og når jeg føler at jeg har gjort en bra jobb, lykkelig ferdig med produksjonen for en dag, er jeg lykkelig og da er det nok for meg."

Noen syntes at feedback fra anestesilegen var en god form for verdisseting da de mente at de var deres nærmeste medarbeidere. De kunne best se hvordan den enkelte sykepleier arbeidet. Kollegastøtte opplevdes som en dyptgående positiv trivselsfaktor, og en spesiell form for verdisseting.

- **Rolleklarhet**

Den tredje kategorien ble kalt *rolleklarhet*. De to følgende subkategoriene beskriver disse oppfatninger.

Erfaring.

Ved de mindre avdelingene hadde anestesisykepleiere med lang ansiennitet et spesielt forhold til anestesilegene. De fikk overlatt mye ansvar, de følte at legen stolte på at deres kompetanse var tilstrekkelig for å ivareta pasienten på en god måte. Man uttrykte at det å kjenne legen og at de kjenner deg, ga gjensidig form for tillit. Å være ny for en anestesilege, til tross at "man var gammel i gamet" kunne svekke tilliten dramatisk. Man mente at legens (som regel assistentlege) egen usikkerhet, samt legens uvisshet om hvilken kompetanse anestesisykepleieren hadde, ga redusert tillit og trang til å overstyre anestesisykepleieren i teamet.

Lang erfaring > 10 år, ga også en spesiell følelse av autoritet og trygghet. Noen

beskrev følelsen som; det er deilig å være erfaren, det inngir ro og skaper en aura av tillit. Fremfor alt følte de det slik i forhold til anestesileger og men til dels også til operasjonssykepleiere.

"... så har jeg jobbet her såpass lenge at de vet hva jeg står for, og min kompetanse og så vet de at jeg også, at jeg aldri går ut over min kompetansegrense."

Kortere erfaring < 5 år, ga iblant motsatt opplevelse. Krav på å mestre alt i forhold til egne og andres forventninger var forbundet med stress. Det å jobbe mye alene poengtertes også som en stressfaktor i større grad av de med kortere praksis, noen ønsket mer assistanse og support.

Ordinering.

Ved de mindre anestesienhetene arbeidet anestesisykepleierne mer selvstendig, de kunne for eksempel vekke pasienter selv (eller sammen med kollega), etter telefonisk kontakt med anestesilege. Det opplevdes som positivt og gav en følelse av tillit og profesjonalitet. Andre avdelinger hadde en annen praksis, der var vekking av pasienter ikke tillatt uten nærvær av anestesilege. Denne praksis opplevdes for noen som hindring i jobbutførelsen samt mistillit i forhold til utøvelsen av anestesisykepleierfaget.

Vedlikeholdsanestesi på voksne ble stort sett utført av anestesisykepleiere alene med anestesilegen i nærheten som "konsulent." Noen hadde opplevd at til tross for at legen ikke var inne på stuen ønsket han å styre anestesisvedlikehold på sin måte.

Bilde fra Rikshospitalet, neuro.opr. Anestesisykepleier Steinar Gundersen. Foto: Gertrud Averlid



"... vi jobber så likt, vi har så like jobber, at det blir konkurranse mellom anestesisykepleiere og anestesileger. Vi har ofte den samme jobben og det vi gjør er, ... det som er delegert..., de ikke ville gjort. Så de har vel på en måte behov for å markere seg, det er dem som bestemmer."

Anestesisykepleierne hadde for det meste et avslappet forhold til "å jobbe på ordre fra legen" og mente at det av og til kunne oppstå små uenigheter, og at det stort sett var personavhengig.

w

"... da får legen bestemme, jeg er veldig god til å ta ordre."

"... jeg legger det bak meg, de fleste er veldig bra."

DISKUSJON

Kjerne kategorien *Samarbeid på godt og vondt - anestesisykepleierens lodd i yrkeslivet* beskriver anestesisykepleierens dilemma mellom det på den ene siden å være en profesjonell og selvstendig yrkesutøver, og på den andre siden å være avhengig av andre profesjoners - og ledelsens kompetanse, evne, vilje og personlighet for å kunne utføre og skape god og helhetlig anestesisykepleie. Dessuten innvirker den overordnede konteksten, der anestesiledelsen i høy grad må planlegge å organisere arbeidsoppgaver ut ifra et høyere nivå med fastsatte rammer. Ubalanse mellom rammer og ønsket produksjon, kan skape følelse av utilstrekkelighet og gi anestesisykepleieren lavere følelse av mestring og dermed et svekket KASAM (10). Indirekte kan denne ubalanse også ha innvirkning på pasientsikkerheten.

Formulering *Samarbeid på godt og vondt* beskriver forbindelsen mellom anestesisykepleierens underordnede rolle og samarbeidet med anestesilegene som positiv men også utfordrende. Å være i en underordnet rolle eller ikke

få brukt sine evner og kunnskaper i den utstrekning man selv synes man er kompetent til kan skape frustrasjon. Dette kan igjen gi lavere selvfølelsen og dårligere trivsel, og medvirke til et lavere KASAM (10) spesielt relatert til meningsfullhet i begrepet.

På godt og vondt beskriver samarbeidet, ikke bare som en kilde til mulig konflikt, men også noe man ikke kan gjøre noe med, et fenomen som alltid finnes der, noe man som anestesisykepleiere må innrette seg etter. Tross dette signaliserte informantene at trivselen i høy grad var relatert til teamarbeidet, det beskrives godt i følgende sitat "... trivsel er med pasienten i sentrum og de andre rundt som jeg jobber sammen med, det er min trivsel på jobb."

Tverrfaglig samarbeid er ønskelig i et anestesimiljø slik at forskjellige fagpersoner sammen deltar i kunnskapsinnhenting, analyserer problemområder og planlegger for en helhetlig løsning. Samarbeidsformen kan gi en bedre felles viten og metodeforståelse (15). Gunstige læringseffekter grunnet komplimenterende kompetanser kan gi rom for både den uerfarne og erfarne yrkesutøveren. Det ble understreket at personligheten til de enkelte teammedlemmene var av stor betydning for å oppnå godt samarbeid.

Anestesisykepleierens rolle beskrives videre i kjerne kategoriens formulering *anestesisykepleierens lodd i yrkeslivet*. Det som menes er at mens anestesilegen har et overordnet medisinsk ansvar, så tar anestesisykepleieren detaljansvar (for eksempel sjekkerutiner og medikamenthåndtering) for pasientsikkerheten. I forhold til forsvarlighetskravet sier helsepersonelloven (1) § 4 at, "det er ikke et krav om den optimale tilstand," kravet kan med andre ord være oppfylt av anestesisykepleieren til tross for at legen er bedre kvalifisert. En slik situasjon kan

skape konkurranse om oppgaver i og med at formell kompetanse er oppfylt hos begge parter. Dette dilemma kan bli tilspisset hvis anestesisykepleieren dessuten har en større reell kompetanse enn legen. Informantene ga uttrykk for at noen leger hadde en tendens til "å gjøre alt det som var utfordrende" mens anestesisykepleierens funksjon ble en "overkvalifisert sekretær."

Variasjon og en passende porsjon uforutsigbarhet i arbeidssituasjonen opplevdes som positiv og oppgaveutførelse bidro til økt mestring, oppfylte forventninger og økt ansvar kan medvirke til positiv stress. De uerfarne kunne føle utfordrende oppgaver som stressende, men ofte opplevdes også disse utfordringene som positive innslag for trivselen. Kollegastøtte var den mest forekommende form for verdisetting og kompenserte i mange henseende for manglende tilbakemeldinger både fra pasient og ledelse - en avgjørende faktor for trivsel.

Den erfarne anestesisykepleieren hadde utviklet en modenhet i faget med mer selvstendighet i arbeidssituasjonen i forhold til anestesilegen. Rollen som "vedlikeholdsanestesien mester" var sterk spesielt for de erfarne.

Ble denne spørsmålstilt ut fra anestesilegens ståsted kunne det oppleves som tillitsbrudd og "å bli tråkket på." Slike situasjoner kunne ha blitt avverget hvis anestesilege og sykepleier hadde kommunisert om egen erfaring, ønsket valg av anestesimetode og forventet anestesiforløp. Briefing før anestesistart samt under forløpet vil være av verdi for både den erfarne og uerfarne anestesisykepleier. Samtidig kan den medvirke til å overbygge det iblant opplevde gapet, mellom den praksiserfarne anestesisykepleierens ståsted og den teoretisk kyndige men lite

klinisk erfarne legen, slik at en gjensidig tillit kan skapes og/eller forsterkes.

Ledelse i et anestesimiljø er utfordrende fordi arbeidet som anestesisykepleier er basert på mye selvstendig arbeid, men også i team med andre yrkeskategorier. Ledelse foregår i stort omfang utenfor denne kontekst, men er likevel vesentlig både i form av støttespillere og som katalysator, for å agere som pådriver for et mer helsefremmende arbeidsmiljø, slik at medarbeideres helse blir mer prioritert.

TAKK

Tusen takk til alle dere kolleger som sa ja til deltagelse i denne studie, takk også til ALNSFs og NHOs stipendfonder som tildelte meg stipend i 2008.

Referanser:

1. Ohnstad B. Helsepersonelloven, I Anestesisykepleie. *Hovind I.L.* (red.) Oslo: Akribe; 2002: 28-39
2. ALNSF Funksjonsbeskrivelse for anestesisykepleiere. Anestesisykepleiernes Landsgruppe av Norsk sykepleierforbund. Oslo 2006. www.anestesi.no (lest 14.01.09)
3. Axelsson R, Bihari Axelsson S. Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer. Lund: Studentlitteratur; 2007
4. Jamson Katz J. Transcending Intractable Conflict in Health Care: An Exploratory Study of Communication and Conflict Management among Anesthesia Providers. *Journal of Health Communication* 2003; **8**: 556-581
5. Thylefors I, Persson O, Hellström D. Team types, perceived efficiency and Team climate in Swedish cross-professional teamwork. *Journal of Interprof Care* 2005; **19**: 102-114
6. Sexton B, Makary A, Tersigni E, Pryor D, Henrich A, Thomas E, Holzmüller C, Knight A, Wu Y & Pronovost P. Teamwork in the operating room: frontline perspectives among hospitals and operating room personnel. *Anesth* 2006; **105**: 977-978
7. Makary A, Sexton B, Fleischlag J, Holzmüller C, Millman A, Rowen L & Pronovost P. Operating room teamwork among physicians and nurses: teamwork in the eye of the beholder. *Am College of Surgeons* 2006; **202**: 746-752
8. Nundy S, Mukherjee A, Makary A, Sexton J, Knight A, Rowen L, Pronovost P, Duncan M & Syin D. Impact of preoperative briefings on operating room delays. *Archives of Surgery* 2008; **143**: 11
9. McCallin A & Bramford A. Interdisciplinary teamwork: is the influence of emotional intelligence fully appreciated? *Journ of Nurs Manag* 2007; **15**: 386-391
10. Ljusenius T, Rydquist LG. Friskt ledarskap: Ledarskap ur ett hälsoperspektiv. *Arbetskyddsnämnden: Stockholm*; 1999
11. Nilsson K, Hetting A, Petterson IL, Theorell T. Pride and confidence at work: Potential predictors of occupational health in a hospital setting. *BMC Public health* 2005; **5**: 92
12. Strauss A, Corbin J. Basics of Qualitative Research. London: Sage publications; 1998
13. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. 2.e utgave. Oslo: Universitetsforlaget; 2003
14. Antonovsky A. Hälsans mysterium (översättning Elfstadius M). Stockholm: Natur och Kultur; 2005
15. Angelöv B. Healthier Workplaces – To Develop an Attractive, Healthy and Well-Functioning Workplace (in Swedish). Studentlitteratur, Lund, 2002
16. Karasek R & Theorell T. Healthy Work: Stress, productivity and the reconstruction of working life. Basic Books, New York, 1990
17. Yukl G. Leadership in organizations 6th ed. Upper Saddle River, N.J.: Pearson Prentice Hall; 2006
18. Lauvås K, Lauvås P. Tverrfaglig samarbeid - perspektiv og strategi. Oslo: Universitetsforlaget; 2004
19. Øvretveit J. Coordinating Community Care: Multidisciplinary Teams and Care Management. Open University Press, Buckingham, 1993

GOD JUL OG GODT NYTT ÅR ØNSKES ALLE LESERE AV INSPIRA

Så er enda ett år med Inspira gått. Vi i redaksjonen vil gjerne takke alle dere som har sendt inn deres bidrag. Hvorvidt det leveres et ferdig produkt eller materiale vi i fellesskap kan utvikle, er vi avhengig av det dere sender inn! Det drives mye spennende fagutvikling, forskning og prosjektarbeid omkring i Norges land. På tampen av 2012 kommer vi med en oppfordring: SEND INN DET DU DRIVER MED, SLIK AT ANDRE ANESTESISYKEPLEIERE KAN FÅ IDEER OG INSPIRASJON, I TILLEGG TIL SPENNENDE LESNING! Vi er også takknemlig for bildebidrag!

Redaksjonen

NUBA - Nordisk utdannelse i barnanestesi

Et ett-årig fordypningskurs for anestesisykepleiere innen barnanestesi (tilsvarende anestesilegenes SSAI) startet den 3. september 2012 på OUS, Rikshospitalet /Ullevål. Dette som et samarbeidsprosjekt mellom Danmark, Sverige og Norge. Island og Finland kommer kanskje med neste år.

Av Ros-Marie Arvén, Anestesisykepleier. Fagansvarlig barn, OUS Rikshospitalet

BAKGRUNN

- Barneanestesi stiller spesielle krav så vel til anestesilegens- som anestesisykepleieres fagkompetanse. Egen utdannelse vil gi et faglig løft
- Barnesykehus og barnanestesi i Norden er sentralisert til de større universitetssykehusene
- Stadig økende krav til anestesipersonalets kvalifikasjoner og kompetanse for å ivareta anestesi til barn
- Anestesisykepleie er en selvstendig profesjon i de Nordiske landene
- I dag er det ingen formalisert utdannelse innenfor barnanestesi
- Barneanestesi er mer faglig krevende
- Økende krav til forbedrede kvalifikasjoner gjennom økt spesialisering

FELLES NORDISK UTDANNELSE/ FORDYPNING

- Samme utdannelse og arbeidsfelt for anestesisykepleiere i Norden
- Gir mulighet for å etablere fellesnordisk fordypning innenfor barnanestesi
- Vil kunne ha samme utvikling av barnanestesi innen alle de Nordiske landene

FORMÅL

- Utvikle barnanestesispesialitet innenfor anestesisykepleie
- Høyne det faglige nivået innenfor barnanestesi på Nordisk plan
- Skape et ensartet fordypningsforløp på Nordisk plan

MÅL

- Oppkvalifisere anestesisykepleieren så vel teoretisk som klinisk innenfor barnanestesi
- Anestesisykepleieren får innsikt i klinisk barnanestesi på annet universitetssykehus, og mulighet også til barne-/neonatal intensiv praksis
- En nordisk utdannelse/fordypning gir en klinisk "ekspertkunnskap" både til den enkelte sykepleieren og til avdelingen

MÅLGRUPPE

- Anestesisykepleiere som jevnlig bedøver barn i ASA-gruppe 1-4, i alderen fra 0 til 16 år
- Anestesisykepleiere som har minst 2 års erfaring

UTDANNELSE

- Varighet av fordypningen er 12 måneder, fordelt på 9 mnd klinisk arbeide på utvalgt barneanestesiavdeling
- 4 ukers klinisk trening på ekstern barneanestesiavdeling som inngår i NUBA
- 3 ukers hospitering på annen enhet (barneintensiv, neonatal med mer)
- Teorikurs: 3 moduler á 3 dager, 1 modul i hvert land (Stockholm, København, Oslo)
- Hvert vertsland organiserer undervisningen i 3 dager (lokaler, forelesere, arrangement m.v.)
- Deltakerantall: Minimum 8 maksimum 16

DELTAKENDE UNIVERSITETSSYKEHUS

- Oslo Universitetssykehus (OUS), Oslo
- Rikshospitalet, København
- Aarhus Universitetshospital, Aarhus
- Odense Universitetshospital, Odense
- Astrid Lindgrens Barnsjukhus, Karolinska, Stockholm
- Drottning Silvias Barnsjukhus, Göteborg

Som en av initiativtakere og Norges representant i NUBA ser jeg med stor glede og forventning fram til at dette skal bli en god start for vår kompetanseøkning innen barnanestesi. Fordypningen startet på OUS, men tanken er at det skal bli landsdekkende (jfr. SSAI).



Deltagere i Stockholm, første teorimodul

NUBA



Nordisk fordypning i barneanestesi
for anestesisykepleiere

INNHold

- 12 måneders kurs
- 3 seminarer á 3 dager
- 1 måneds klinisk trening ved annen barneanestesiavdeling
- 4 uker hospitering ved annen enhet, f.eks. barneintensiv/nyfødt

MÅLGRUPPE

Anestesisykepleiere som har erfaring med barneanestesi fra universitetsklinikk og minst to års yrkeserfaring

MÅL

- Utvikle barneanestesispesialiteten
- Øke kvaliteten
- Nordisk utbytte
- Enhetlige mål i Norden

SPRÅK

Nordiske språk

UTDANNINGSSTEDER

- Stockholm
- Göteborg
- Oslo
- København
- Odense
- Aarhus

PILOT

2 deltakere internrekruttert fra Oslo universitetssykehus

START

September 2012

Ros-Mari Arvén
Anestesisykepleier
Fagansvar barn, seksjon 2
Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet
Epost: rarven@ous-hf.no

LEDERKONFERANSE PÅ GARDERMOEN

1.og 2. november var 70 anestesisykepleiere med lederstillinger samlet til lederkonferanse. NSF inviterte til konferansen som var kommet i stand gjennom et samarbeid mellom NSF, ALNSF og Sykehuset Østfold.

Av Ellen Lunde, Anestesisykepleier Sykehuset Østfold, Redaksjonsmedlem InspirA



Fv. Svanhild R. Løkken, Erik Hagestande, Hilde B. Opsahl, Lene Merete Osvik og Berit Berg(NSF). Foto: K. Henriksen, NSF.

Anledningen var avslutningen av ”Pastaprojektet” – et samarbeidsprosjekt mellom disse tre aktørene som har gått over

flere år. "Pasta" står for pasientsikkerhet, samhandling og trygg anestesi, og består av fire delprosjekt: 1) kompetanse som

et overbyggende prosjekt, 2) anestesisykepleierens plass i prehospitalet arbeid, 3) pre- og postanestetisk arbeid og 4) legemiddelhåndtering. Hver av delprosjektlederne presenterte hovedlinjer fra sitt prosjekt, og den samlede prosjektrapporten ble delt ut til deltagerne.

Målet med "Pasta" har vært å sikre et helhetlig, effektivt og kvalitativt godt pasientforløp, se på rett bruk av anestesisykepleiers spesialistkompetanse og arbeidsdeling mellom anestesileger og anestesisykepleiere som gir kvalitativ og effektiv ressursutnyttelse. Dette var også gjennomgangstema i forelesninger og presentasjoner av blant annet masteroppgaver med ulike perspektiv på ledelse og fagutvikling. Liv Østlie fra Athenae AS deltok under hele konferansen og rammet det hele

De ulike delprosjektene i PASTA prosjektet ved Sykehuset Østfold ble presentert på lederkonferansen.

Kompetanse er et bærende element i all utvikling – dette kom tydelig fram i alle presentasjonene på konferansen. Ordskyen representerer frekvensen /vektingen av de ulike fagområdene som ble presentert – og viser hvor viktig det er å ha kompetanse i fokus også i det videre arbeidet. Athenae AS er ansvarlig for oppsummeringen etter konferansen



inn med spørsmålet: "Blir det læring av opplæring - med verdiskapning som mål". En annen ekstern foreleser var jurist og førsteamanuensis Olav Molven med tema: "Hvem bestemmer - lovtekst og faglig forsvarlighet".

Tilbakemeldingene fra deltagerne var entydig positive: Dette var en svært nyttig konferanse både når det gjaldt forelesninger og gjennom formelle og uformelle diskusjoner, suverent til å skape nettverk.

3 PÅ LEDERSEMINAR

Av Therese Jenssen Finjarn (i samarbeid med red.)



Astrid Tromsdalen, Levanger Sykehus, avdelingssykepleier

Forventningen jeg hadde til seminaret var å treffe andre ledere fra anestesivdelinger i Norge. Jeg var også spent på å høre om PaSTA-prosjektet. Temaene er aktuelle, og det er få møter og kurs som spesifikt for anestesilederen. Seminaret har vært nyttig, verdifullt og motiverende.

Det har vært mange gode foredrag. Det mest konkrete input var om legemiddelhåndtering, ellers var det fint med de forskjellige perspektivene på utfordringer anestesisykepleierledere møter. Jeg har også truffet igjen gamle, og fått noen nye bekjenskaper.



Marit Aakvik Sønnebø, avdelingsleder, Avdeling for anestesisykepleie, Akuttlinikken, OUS. På vei til Aleris, Oslo som leder av operasjonsavdelingen

Jeg hadde ganske store forventninger til dette seminaret. På OUS har vi jobbet mye med fag - fordi jeg tror det er nøkkelen til å få anestesisykepleieren på kartet. Vi har fått til en flott årlig faguke i uke 43. Vi

har mye fagutvikling i OUS, men det var spennende å høre om systemet Sykehuset Østfold har lagd rundt fagutvikling. Ellers er det en flott arena å treffe andre ledere innen samme fagfelt. Vi trenger sånne møter - å få inspirasjon og være med å trekke i samme retning. Jeg har definitivt fått mine forventninger oppfylt, og truffet mange gode kollegaer. Som leder har jeg fått presentert en del verktøy til administrering av faglig utvikling. Jeg har truffet flere nye og mange gamle bekjenskaper. Det er fint å få nye støttespillere og få snakke med kollegaer som har andre tilnærminger til samme problemstillinger.



Elin Møxvold, Sentraloperasjon Haukeland. Operasjonssykepleier, Seksjonsleder for anestesi - og operasjonsspl., Kir.seksjon.

Jeg visste ikke helt hva jeg gikk til, men jeg ønsket å bli bedre kjent med anestesisykepleieres tanker og holdninger, og hvordan de ser på faget. Dette har jeg blitt, over all forventning. Anestesisykepleiere er mer offensive som gruppe enn operasjonssykepleiere:

her har vi noe å lære! Jeg hadde størst faglig utbytte av dette med systematisering av undervisning i samarbeid med fagansvarlige. Og jeg er blitt bevisst på å bruke de verktøy vi har blitt vist gjennom PaSTA. I tillegg har jeg fått noen tanker om hvordan jeg skal se på egen rolle som leder. Gjennom seminaret har jeg fått inspirasjon og ny motivasjon. Jeg har truffet noen gamle kjente og fått hilst på noen jeg ikke har møtt før. Det har gitt meg flere å henvende meg til ifht faglige spørsmål.

AKTIVITETSKALENDER

Årlig samarbeidskurs for anestesi-, intensiv- og operasjonssykepleiere i Buskerud.

7. – 8. mars 2013

Klækken hotell, Ringerike:

Kontakt: Birgitte Heim Pettersen:

wesg@vestreviken.no

Tema: "Critical care for all".

info@criticalcare2013.com

[http://www.wfsiccm-florence2009.](http://www.wfsiccm-florence2009.it/en/index.php)

it/en/index.php

Skandinavisk Akuttmedisin 2013

19.-20. mars

www.akuttmedisin2013.org

EfCCNa and UINARS Congress 2013

23-25. mai

Beograd, Serbia

www.efccna2013.rs

ALNSF Fagkongressen 2013

30. august - 1. september

Tema: "Med hjerte på rett plass"

Arendal.

NOKIAS

19.-21. september 2013

København

www.nokias2013.dk

Kurs eller andre begivenheter som ønskes annonsert under Aktivitetskalenderen sendes på mail til ansvarlig redaktør: inspira@alnsf.no

NSFLIS Generalforsamling og fagdager i Trondheim

Av Gerd Bjørknes, Intensivsykepleier, Sykehuset Østfold, redaksjonsmedlem, Inspira

Årets generalforsamling og fagdager ble arrangert av NSFLIS landstyre, med hjelp fra lokalgruppen NSFLIS Sør-Trøndelag, over tre dager i Trondheim.

Generalforsamlingen ble avholdt onsdag 31/10. Saker som sto på dagsorden på generalforsamlingen var blant annet honorering av styremedlemmer i landstyret, definering av leders oppgave og regulering av lønn til leder i NSFLIS. Videre ble det holdt valg på nye medlemmer til landstyret. Hildegunn Synnevåg tok ikke gjenvalg og ny leder ble Sigbjørn Flatland

Etter generalforsamlingen var det foruten mat og drikke, lagt opp til "mingling" i utstillingsområdet. Det var muligheter for å se på nye produkter innen medisinsk teknisk utstyr og snakke med representanter for de forskjellige firmaer.

Torsdag morgen var det åpning av fagdager ved Hildegunn Synnevåg, som hadde et historisk tilbakeblikk på NSF/NSFLIS historie fra starten av begge gruppene i henholdsvis 1912 og 1978 med mange flotte bilder. Det hele var rammet inn av sang og musikk av Hanna Trondalen og Torbjørn Kvamme.

Deretter fulgte en rekke "til lykke med arrangementet" hilsninger fra blant annet fylkesleder i NSF, Sør - Trøndelag Knut Jørgen Rotabakk og helsefaglig sjef ved St. Olavs hospital, Grete Samstad. Hun uttrykte bekymring for rekruttering til yrket og kunne blant annet fortelle at ikke alle stipendplasser til intensivsykepleieutdanningen var besatt.

Fagprogrammet var også i år variert og spennende. Britt Sætre Hansen innledet årets faglige foredrag. Hun er intensivsykepleier og helsesøster med PhD. Hansen arbeider som fag- og forskningsansvarlig sykepleier ved intensivavdelingen på Stavanger Universitetssykehus, Postdoc og førsteamanuensis ved Universitetet i Stavanger. Hun hadde et forrykende foredrag med tittelen "tverrfaglig samarbeid i intensivavdelingen – duett eller duell". Hun snakket om utfordringer i det tverrfaglige samarbeidet og pekte på forbedringsområder i klinikken.

Neste foredragsholder var Pål Klepstad, avdelingssjef ved intensivavdelingen ved St. Olav Hospital og professor ved NTNU. Temaet var "pasienten

samarbeider ikke med respiratoren – årsak og tiltak". Et tema som nok mange som jobber med denne pasientgruppen er kjent med i mer eller mindre grad. Han snakket om det å gå systematisk gjennom mulige årsaker til problemet. Videre understreket han viktigheten av å "se" pasienten. Ikke bare stirre seg blind på blodgasser og andre målbare parametre. Her påpekte han en fordel med mer våkne pasienter, fordi de kunne være lettere å kommunisere med for å finne mulige årsaker til "samarbeidsproblemet". Det er pasienten som bestemmer, og alle er ulike, slik at det som passer for en nødvendigvis ikke passer for andre.

Neste foredrag var av Britt Sætre Hansen, denne gang med temaet "verbal og nonverbal kommunikasjon med pasienten i samband med respiratorbehandlingen". Kommunikasjon er et grunnleggende behov som det er viktig å få dekket. Hun viste at kommunikasjon kunne oppleves som et stort problem for pasienten og at sykepleier hadde lett for å fokusere på gjøremål og saklig informasjon. Videre snakket hun om at det finnes forskjellige hjelpemidler for kommunikasjon, men mange av disse er lite brukt. Det å lese på munnen og bruke bokstavtavler var fortsatt det mest vanlige.

Etter lunsj var temaet "barn med respirasjonssvikt – NIV eller tube?" ved Ulf Mostad, overlege ved barn intensiv på St Olavs hospital. Utfordringer i forbindelse med NIV behandling var blant annet å finne riktig maskestørrelse,



Gammelt styre



Nytt styre

riktig sedasjonsnivå og viktigheten av god sykepleiekompetanse. Marit Ludvigsen, barnesykepleier og Astrid Moen, intensivsykepleier kom også med sine erfaringer i forhold til NIV behandling av denne pasientgruppen.

”Bør pasienten tracheostomeres tidlig, og med percutan teknikk?” var neste tema. Foreleser var Knut Dybwik, intensivsykepleier og dr.philos. Han snakket om fordeler med tidlig tracheostomering som for eksempel mindre sedert pasient, som førte til at de var mer våken og lettere kunne kommunisere noe som ikke minst var viktig for pårørende. Hans neste tema var ”avansert livsforlengende hjemme-respiratorbehandling - behandling til en (altfor) høy pris?” Her belyste han dilemmaer/problemstillinger i forhold til denne pasientgruppen både i forhold til pasientens nærmeste pårørende og helsepersonellet utfordringer med å skulle jobbe i hjemmet til pasienten.

Torsdagens fagprogram ble avsluttet av Laila Moholt. Moren til Vanja Moholt Sørsgård som hadde en alvorlig muskelsykdom. Hun fortalte om sin kamp for at datteren skulle kunne bo hjemme, tross i sitt handikap. Videre at Vanja hadde et bra liv og at hun i dag gikk på videregående skole. Det hele ble avsluttet med bilder fra Vanjas liv fra hun var nyfødt og opp til i dag, med tillegg av vakker musikk.

Festmiddagen ble avholdt i konferansesalen med konferansier for kvelden,



Trude Småvik. Det var både vel-smakende mat og drikke i tillegg til flott underholding fra lokale krefter. Årets intensivsykepleier ble tradisjonen tro kåret: Liv Stanghelle fra Østfold (se s.31).

Festmiddagen ble avsluttet med gaveoverrekkelse til avtroppende medlemmer av landstyret Tove Gulbransen og Hildegunn Synnevåg.

Fredagens fagprogram startet med temaet ”den nevrokirurgiske pasienten – hva er spesielt med han/henne”? Ved overlege Ole Solheim og intensivsykepleier Torun Wanvik Farnes med nyttig informasjon om denne pasientgruppen og behandlingsprinsipper. Deretter fulgt Stine Borgen Lund (vinner av fjorårets NSFLIS stipend) opp med ”fra coma til våken”, med redegjørelse for sitt prosjekt.

”Intensivsykepleieres engasjement ved avslutning av intensivbehandlingen – pårørendes perspektiv” ved Ranveig Lind, var neste post på programmet. Møte med pårørende som følte de måtte ta avgjørelse om å avslutte behandlingen hadde gjort sterkt inntrykk på henne. Hun mente at sykepleieren måtte være mer delaktig i avslutningsprosesser. Samtaler om slike temaer kunne ofte være en utfordring derfor var det viktig med trening i slik kommunikasjon.

Per Fugelli avsluttet fredagens fagprogram med foredraget ”dødens helse”. Her reflekterte han over hva sykerollen gjør med et menneske og trakk inn sine egne erfaringer som pasient. Han poengterte viktigheten av å bli møtt som den personen man er og ikke bare som en diagnose. Videre reflekterte han over det å tenke positivt når man får en alvorlig diagnose og at det har både positive og negative sider. Selv om man tenker positivt er det ikke sikret helbredelse og kan i verste fall føre til skyldfølelse. Den det gjelder kan føle at det er hans skyld at han ikke ble frisk fordi tankene ikke var positive nok.

Den beste posteren fra posterutstillingen



Festmiddag: Underholdning gaveoverrekkelse til avtroppende medlemmer av landstyret Tove Gulbransen og Hildegunn Synnevåg.



ble også kåret av utdanningskomiteen. Vinneren ble ”Nasjonale anbefalinger for bruk av dagbok til pasienter ved norske intensivavdelinger”. Forfattere: Sissel Lisa Storli, Ragne Sannes Eskerud, Eva Gjengedal, Anny Norlemann Holme, Hildegunn Synnevåg.

Vi reiste fra Trondheim etter tre fine, innholdsrike faglige og sosiale dager. Vi minner om neste års arrangement i Østfold og oppfordrer alle til å delta på dette, både generalforsamling og fagdager.

Mange av foredragene er lagt ut på NSFLIS hjemmesider

ÅRETS STIPENDER:

Kvinto A/S stipend:
Liv Stafseth og Lisa Molin
Hugdahl

NSFLIS stipend:
Wenche Arntsen

**ÅRETS
INTENSIVSYKEPLEIER**
Liv Stanghelle fra Østfold

4 PÅ FAGDAGER I TRONDHEIM

Av Gerd Bjørknes, Intensivsykepleier, Sykehuset Østfold, redaksjonsmedlem, InspirA



Vegard Knutsen
Intensivsykepleier, St. Olavs hospital, Trondheim universitetssykehus

Jeg synes det er bra at vi får muligheten til å dra på slike arrangementer. Det gir faglig påfyll og er motiverende. Det er viktig med fokus på fag, fagutvikling og det å holde seg oppdatert. Bra med fokus på kunnskapsbasert praksis.



Gro Håndlykken
Intensivsykepleier, Molde sykehus, intensivavdelingen

Jeg synes det har vært et veldig bra arrangement. Jeg har deltatt både på GF og fagdager. Fagdage har relevante temaer som profilerer faget. At mange av foreleserne er intensivsykepleiere er inspirerende og gjør enn stolt av faget. Det var fin underholdning under festmiddagen.



Signe Berit Øyerhamn
Intensivsykepleier, Sørlandet sykehus, Kristiansand

Jeg har deltatt på både GF og fagdager. Det har vært et bra arrangement med mange nyttige og informative temaer som har blitt belyst. Festmiddagen på torsdag var bra med mye humor. Maten bør også nevnes, det var i særklasse.



Bård Eirik Ruud
Intensivsykepleier, Oslo universitetssykehus

Har deltatt på GF og fagdager. Spennende GF. Bra foredrag under fagdage. Relevant for klinisk praksis. Mange sykepleiere med høy kompetanse som foreleser. Dette er en inspirasjon for andre. Hyggelig og sosialt å dra på slike arrangementer, der man treffer både nåværende og tidligere kollegaer.

snøgg



NYHET

AMBU AURA-I

- NY UNIK ANATOMISK LARYNGSMASKE

Den nye Ambu Aura-i er en unik anatomisk korrekt formet laryngsmaske. Masken er, i tillegg til en standard laryngsmaske, også en maske som du hele tiden har mulighet til å intubere gjennom.

Ta kontakt for mer informasjon.



Distributed by:
Snøgg AS, Pb. 5444 Strai, NO-4671 Kristiansand
Tlf: 38 03 90 60, E-mail: snogg@snogg.no, www.snogg.no



Anestesisykepleierutdanning i utlandet?

De fleste utenlandske anestesisykepleiere som jobber i Norge har utdanninger som fører fram til en relativt selvstendig funksjon (nurse anesthetists). Assistenten i land hvor anestesileger tradisjonelt gjennomfører hele anestesien kalles anaesthetic nurses eller perioperative nurses (evt anaesthetic technicians). Nurse Anesthetists kan derimot ha en veldig selvstendig funksjon med lang utdanning (CRNAs). Hvis du vurderer å ta utdanning i utlandet, anbefales å søke et program som utdanner Nurse Anesthetists.

En plass som har litt oversikt over ulike utdanninger er den internasjonale anestesisykepleierorganisasjonen IFNA (<http://ifna-int.org/ifna/news.php>).

En annen mulighet er å undersøke hvilke muligheter de ulike universitet og høyskoler i Norge har for internasjonalisering. Alle er pålagt å drive internasjonalt samarbeide, men det er variabelt hvor mye de legger til rette for studentutveksling i praksisperioder. Blant annet Høgskolen i Gjøvik tilbyr 4-ukers utvekslingsperioder, og de har hatt studenter i blant annet Namibia, USA, Island og Tyskland.

MCQ 2013

ALNSFs landsomfattende eksamen i anestesilogi arrangeres ordinært 2 ganger i året.

NYTT f.o.m. januar 2013: Dato for gjennomføring blir etter avtale mellom aktuelle studiesteder og Utdanningsutvalget i ALNSF.

Merk at eksamenspåmelding må skje minimum 4 uker før ønsket eksamensdato

Fornytt eksamen ved «ikke bestått» arrangeres i februar og september. Kandidater kan gå opp til fornytt eksamen to ganger.

Alle henvendelser, påmeldinger, spørsmål m.m. stilles til mcq@alnsf.no

Det vises forøvrig til "Redegjørelse for ALNSFs eksamen i anestesilogi" og "Eksempel på MCQ" som du finner på www.alnsf.no

Ny webmaster på www.alnsf.no

1. desember overtok Atle Wernersen som ALNSFs webmaster på hjemmesiden www.alnsf.no. Han overtar jobben etter Olav Bruflat.

Olav ønsker å gi seg som webmaster. ALNSF takker ham for jobben han har gjort gjennom mange år. Samtidig ønskes Atle velkommen som ny webmaster ☺

FRA UTDANNINGSUTVALGET:

Fagutviklingssykepleiere og andre som kan være interessert i et nettverk kan henvende seg til "fagutvikling@alnsf.no"

Det er kommet oppdateringer på hjemmesiden hvor det nå er mulig å finne stoff fra Utdanningsutvalget.

Ønsker du å være ressursperson for utvikling av MCQ-oppgaver til spørsmålsbanken?? Meld deg til "mcq@alnsf.no"

NSF 100 års jubileum

Som del av 100 års feiringen var faggruppene 24. september samlet til jubileumsutstilling i Spikersuppa på Karl Johan. De demonstrerte sin særegne funksjon og viste befolkningen at de møter sykepleiere gjennom hele livsløpet – "Fra vugge til grav". Vi lar bildet tale for seg: her var Astrid, Kjerstin og Therese aktive fra Oslo /Akershus gruppen, og Frida Sofie stilte fra Hordaland. Gruppert sammen med intensivsykepleierne, operasjonssykepleierne, akuttisykepleierne og nevrokirurgi sykepleierne viste vi at akutt sykepleie er viktig og omfattende!

En flott innsats gjorde også Harald Kjerstad fra Ålesund, som på sykepleierkongressen holdt et informativt og engasjert foredrag om anestesisykepleierens funksjon og hverdag. Vi har fått mange gode innspill på dette foredraget!!

Tusen takk til dere alle for at dere stilte opp gav et bidrag som synliggjorde anestesisykepleie og ALNSF!



TOOTHette® Oral Care

– Hygienisk munnstell redder liv!



q4 reduserer infeksjoner -utfør munnstell hver fjerde time!



- Enklest
- Mest hygienisk
- Lik prosedyre
- Alt inkludert

 **KvinTo AS**
Medisinske Produkter
– for bedre livskvalitet

Brobekkveien 107
0582 Oslo

Tlf: 22 72 03 00
Fax: 22 72 03 01
E-post: post@kvinto.no

www.kvinto.no

NYHET!



Årets intensivsykepleier



NSFLIS vil gratulere Liv Stanghelle med tittelen "Årets intensivsykepleier 2012". Liv har jobbet ved intensiv- og postoperativ avdeling ved Sykehuset Østfold i en årrekke og fikk utmerkelsen under NSFLIS GF og faglige seminar i Trondheim.

Liv har lang klinisk praksis fra flere intensiv – og postoperative avdelinger. Hun har jobbet med opplæring, praksisveiledning, fag – og kompetanseutvikling, og har i lengre perioder jobbet som høyskolelærer og praksisveileder ved videreutdanningen for intensivsykepleiere i Østfold. Hun har vært mangeårig medlem av NSF's godkjenningsskomite for klinisk spesialist i sykepleie, og er medforfatter av Norges første lærebok i intensivsykepleie utgitt første gang i 2005. Liv har holdt en rekke faglige foredrag og seminarer lokalt og nasjonalt. Hun har akkurat gått av med pensjon, men jobber nå som veileder og kompetanseutvikler gjennom sitt eget firma.

Liv har lang erfaring fra klinisk praksis, og med Liv følger det ro, orden og trygghet. Hun er opptatt av å møte pasienten der han er og å ivareta pasientens integritet og verdighet i en hektisk og teknisk intensivhverdag.

Som intensivsykepleier, høyskolelærer og veileder har Liv vært en rollemodell og et forbilde for mange, med sitt brennende engasjement og faglige dyktighet. Hennes evne til å integrere teori og praksis har imponert mange. Hun har i alle år holdt seg faglig oppdatert og ikke vært redd for utfordringer eller å lære seg nye ting.

Liv er en verdig vinner av utmerkelsen "Årets intensivsykepleier 2012"

VERVEKAMPANJEN ER I INNSPURTEN!

NSFLIS har 2478 medlemmer per 22.september, og vi har gode muligheter for å nå målet om 2500 medlemmer innen nyttår! Medlem nummer 2500 samt verver av denne, vil få gratis kursavgift på NSFLIS fagkongress 2013 i Østfold! Alle som verver nye medlemmer før nyttår er også med i en trekning om å få dekket kursavgift på kongressen. Alle som verver 2 nye medlemmer får som tidligere en sekk med NSFLIS logo.

Se våre nettsider www.nsflis.no for mer info.

Stipendtildelinger

NSFLIS-stipend på kr. 20.000,- tildeles Wenche Arntzen ved Thoraxkirurgisk intensiv OUS Rikshospitalet.

KvinTo-stipendet deles mellom to søkere. Lisa Molin Hugdahl ved Barn intensiv St.Olavs Hospital tildeles kr. 7500,-, og Siv Stafseth ved Intensiv/postoperativ avdeling Oslo universitetssykehus tildeles kr. 7500,-

Fresenius Kabi-stipend blir ikke utdelt i 2012, da ingen søknader oppfyller kriteriene for tildeling.

NSFLIS landsstyre gratulerer de tre stipendmottagerne!

Stand på Karl Johan 24. september

Norsk sykepleierforbund feiret 100 år den 24.september. Denne dagen fikk faggruppene mulighet til å profilere seg med stand i Spikersuppa på Karl Johan, og viste bredden i sykepleie til publikum. Lokalgruppene i Akershus og Oslo var sporty og stilte opp med dukker, uniformer og utstyr for å markere 100-års dagen til NSF. Det var stor pågang og mange interesserte som stoppet ved teltene i Karl Johan. NSFLIS vil også takke ALNSF for godt samarbeid rundt organiseringen av standen.



Skandinavisk Akuttmedisin 2013



Foto: © Liv K. Norland

19.-20. mars 2013 Clarion Hotel Oslo Airport, Gardermoen

Konferansen åpnes av **barneombud Anne Lindboe**, som vil prate om hvordan vi kan **oppdage barnemishandling**. Sesjonen vil også belyse vanskelighetene ved å spørre spørsmål, og vurderingen av barns omsorgssituasjon ved akutte oppdrag. I tillegg til temaer som **nyfødtmedisin, barn og forgiftninger** og **spørsmålet om alle barn skal resusciteres**, vil det også være mange andre spennende sesjoner.

På konferansen vil det som alltid være en **stor utstilling** med det siste på den akuttmedisinske fronten, i tillegg til lærerike **workshops** der du får prøve deg i praksis.

Sett av dagene og bli med på en av Skandinavias viktigste møteplasser for akuttmedisinsk helsepersonell.
For påmelding og mer informasjon: akuttmedisin2013.org

Velkommen til Skandinavisk Akuttmedisin 2013!

akuttmedisin2013.org

Konferansen arrangeres av Nasjonalt kompetansesenter for prehospital akuttmedisin (NAKOS), i samarbeid med Stiftelsen Norsk Luftambulanse, Akuttklinikken ved Oslo universitetssykehus, Akuttmedisinsk UPDATE, Norsk Resuscitasjonsråd, Norsk forening for traumatologi, akutt og katastrofemedisin, Luftambulansetjenesten ANS og Luftforsvarets 330 skvadron.

NAKOS
prehospital akuttmedisin