

Sjekkliste-
til begjær eller besvær?

Støy i
intensivavdelingen



Organdonasjon

LEDER



Sykepleierløftet

Spente sykepleiere gjør seg klar til å studere anestesisykepleie til høsten. Høyskoler og universiteter som tilbyr videre- eller masterutdanning i anestesi har rikelig med søkere og langt fra alle kommer inn. Det er mange som ønsker å bli anestesisykepleier. I 2014 inngikk Spekter og NSF en avtale om lønn under videreutdanning for sykepleiere, men det utlyses for få utdanningsstillinger i forhold til antall plasser i videre- og masterutdanning. OUS ga i fjor kun to stipend til anestesistudenter. På papiret får sykepleiere under videreutdanning lønn, men dette er langt i fra sannheten. For de fleste sykepleiere koster det to årslønner og 2 års studielån å få en master i anestesisykepleie. Utdanningsstillinger er blitt et gode for de få.

I februar lanserte NSF "Sykepleierløftet". Sykepleierløftet er ikke først og fremst et løft for oss sykepleiere, men et virkemiddel som bidrar å løfte sykepleietjenesten inn i fremtidens utfordringsbilde. Et av punktene er full lønn for sykepleiere under spesialisering.

Det er faretruende mange spesialsykepleiere som nærmer seg pensjonsalder viser Analysesenteret i ABIO-ressurs. Den varslede anestesisykepleiemangelen er blitt en realitet. I dag er det omkring 20 ledige anestesisykepleiestillinger i hovedstadsområdet, og de første nye anestesisykepleierne er ikke ferdige før i desember. Mangel på spesialsykepleiere går ut over kapasiteten og kvaliteten i pasientbehandlingen. Høyt arbeidspress og manglende spesialkompetanse og kontinuitet øker risikoen for pasientskader, derfor er "Sykepleierløftet" viktig for hele samfunnet. Viljen blant velgere er der; 7 av 10 velgere er villig til å betale mer skatt hvis pengene går til velferdsgoder som sykehus og eldreomsorg. NSF jobber derfor for full lønn under spesialisering for sykepleiere, og ALNSF oppfordrer arbeidsgiverforeningen Spekter til å være lydhøre ovenfor NSF. Anestesisykepleiere innehar en kritisk kompetanse som trengs for å drive et sykehus, men bedre ordninger for spesialutdanning må på plass hvis vi skal fortsette å rekruttere sykepleiere til anestesifaget.

Som en del av "Sykepleierløftet" har NSF også krevd at regjeringen følger opp signalene i sykehusplanen om å etablere en nasjonal oversikt over spesialsykepleiere, og en forpliktende opptrappingsplan for utdanningen av spesialsykepleiere fremover. Samtidig har NSF krevd at arbeidet med myndighetsgodkjenning av spesialsykepleiere, slik det er lansert i sykehusplanen og primærmeldingen, blir igangsatt allerede i år. Vi i ALNSF gleder oss til å gjenoppta arbeidet med myndighetsgodkjenning sammen med NSF.

Vi går lysere tider i møte – ha en flott vår.

Therese Jenssen Finjarn
Leder ALNSF

NSFLIS Historieprosjekt



Prosjektgruppen som har ansvar for NSFLIS historie har startet sitt arbeid. På oppstartsmøtet 16.februar møttes fem engasjerte medlemmer med et mål om å samle og nedtegne vår egen organisasjons historie. Det er et stort arbeid som ligger foran, men du verden så spennende!

Betydning av tidligere tiders kamper er slående. Vi ser fort at mange av de samme problemstillingene har vært jobbet med siden etableringen av NSFLIS. Det har hele tiden vært jobbet med kvalitetssikring og definering av ansvar. Utdanning har vært et gjennomgangstema, og er det fortsatt. Andre kamper har man enten vunnet eller tapt, og tilhører en viss epoke. Noen kamper ligger i dvale før man tar dem opp på nytt. Spesialistgodkjenning av intensivsykepleiere er et eksempel på at man håper på et politisk miljø som er modent for at dette skal gå gjennom. Alt i alt ser man at utviklingen har gått fremover, og at NSFLIS som organisasjon har hatt en viktig rolle.

Vår tid er farget av våre forgjengeres kamper, seire og nederlag. Utviklingen har ikke skjedd isolert, men i en samfunnsmessig og parallell utvikling. Intensivsykepleien har blitt det den er på bakgrunn av vår historie, og det er denne historien vi nå ønsker å samle for at den ikke skal gå tapt.

Fra den spede begynnelsen i 1978, har vi som landsgruppe vokst til å bli den nest største faggruppen i Norsk sykepleierforbund, med over 2650 medlemmer. Vi har vært viktige bidragsyttere til NSF og til intensivsykepleiens utvikling, og har jobbet frem funksjons- og ansvarsbeskrivelser, definisjoner, anbefalinger, store fagkongresser og mange prosjektrapporter.

Det nåværende prosjektet er å samle vår egen historie. Men for at vi skal lykkes med dette arbeidet trenger vi hjelp av dere, våre medlemmer. Prosjektgruppen ønsker å få tillatelse til å kunne bruke deres bilder, dokumenter og historier. Vi ønsker å komme i kontakt med intensivsykepleiere som kan fortelle om sine opplevelser og om dagliglivet på intensivavdelingene på 1980-tallet, på 90-tallet og seinere. Hvordan jobbet man, hvilket utstyr hadde man, hvilken medisiner ble typisk brukt?

Vi ønsker å engasjere deg som medlem. Se gjennom ditt personlige arkiv, og let gjennom gamle bilder: fra intensivavdelingen, fra møter i lokalgruppen, fra Generalforsamlinger og fagdager eller ulike lokale arrangementer. Se om du har noen historiske dokumenter du tror kan være av interesse for dette prosjektet. Vi kommer også til å be om å få intervju noen av dere. Har du fortellinger du ønsker å dele?

Har du bilder eller dokumenter, kan du kontakte leder av NSFLIS Sigbjørn Flatland, som kan fortelle om fremgangsmåte for innsending. Vi har også et helt nettverk med lokalgruppeledere og styrer som kan videreformidle informasjon og materiale. Hvis du begynner å lete og mimre, vil du sannsynligvis bli grepet av samme følelse som oss i prosjektgruppen: Dette blir veldig spennende!

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: 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.m.nygaard@hiof.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

Centrum Trykkeri AS
Cecilie Rott
cecilie@centrum-trykkeri.no

Materiellfrister 2016

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

Utgivelsesdato 2016

Nr 1 12. mars
Nr 2 11. juni
Nr 3 19. oktober
Nr 4 18. desember

Forsidefoto

Anne-Britt Mathisen

ALNSF på internett
www.alnsf.no

NSFLIS på internett
www.nsflis.no

01
16



INNHold

Leder	2
Therese Jenssen Finjarn, Leder ALNSF, Sigbjørn Flatland, Leder NSFLIS	
Støy i intensivavdelingen -på godt og vondt	4
Av Turid Wigtil og Christine Wadel	
Nytt sykehus i Østfold: splitter ny operasjonsavdeling på Kalnes	10
Av Mia Ulfeldt	
Organdonasjonsprosessen -intensivsykepleieres opplevelse	16
Av Sigrid Norli Haugerud	
Aktivitetskalender	23
Sjekkliste -til begjær eller besvær?	24
Av Hilde V. Wæhle, Anette Storesund, Eirik Søfteland og Arvid S. Haugen	
Verden samles rundt perioperative sykepleiere	27
Av Anne Kath Knudsen	
ALNSF – nytt	30
NSFLIS – nytt	31

ALNSF-styret

Leder
1. nestleder
2. nestleder
Kasserer
Sekretær
Styremedlem
Vara
Leder utdanningsutvalget

Therese Jenssen Finjarn
Stine Thorvaldsen Smith
Hilde Busch Opsahl
Harald Kjerstad
Solveig Gjertsen
Jannicke Skodjereite
Rainer Domogalla
Bjørn Ingunn Fjogstad

leder@alnsf.no / therese.finjarn@gmail.com
stine.smith@online.no / stine.smith@sshf.no
hilops@so-hf.no / hilops@online.no
harkje@mimer.no
solveog.gjertsen@broadpark.no
jannickes@hotmail.com
Raineralexander85@gmail.com
fjogs@hotmail.com / bfjogsta@ous-hf.no

NSFLIS-styret

Leder/webansvarlig
Nestleder/inspira kontakt
Kasserer
Sekretær/Intern. kontakt
Kongressansvarlig
Utdanningsansvarlig
Vara
Vara

Sigbjørn Flatland
Inger Kristin Andersen
Espen Bjørknes
Elin Steffenak
Anne Lise Nyheim Vorkinn
Bente Margrethe Pettersen Skogsaa
Hege Merethe Hagen
Gjertrud Kristine Veum

sigbjorn.flatland@gmail.com
i-kr-a@online.no
espbjo@vesterviken.no / espenbjo@yahoo.com
elinstef@online.no
annelise@vorkinn.com
bpskogs@online.no
hegemh76@hotmail.com
vesla_85@hotmail.com



Foto: Anne-Britt Mathisen

Støy i intensivavdelingen - på godt og vondt

Utarbeidet av Ann-Chatrin Leonardsen med bakgrunn i fordypningsoppgave fra videreutdanningen i intensivsykepleie ved Høgskolen i Vestfold av Turid Wigtil og Christine Wadel

En intensivavdeling er det stedet på et sykehus hvor akutt kritisk og alvorlige syke pasienter kommer for å få behandling. Ofte dreier dette seg om pasienter med svikt i flere organsystemer, noe som krever særlig behandling og overvåkning. De ulike behandlingsstrategiene krever utstyr som ofte er teknisk krevende, og som kan oppleves som støyende.



Turid Wigtil

- Utdannet sykepleier i 1998 ved Høgskolen i Sør-Trøndelag
- Gastrokirurgisk avd St. Olavs Hospital 1998-2001
- Kirurgisk overvåkning St. Olavs Hospital 2001-2009
- Tung overvåkning St. Olavs Hospital 2009-2010
- Intensiv 4H Sentral sykehuset i Vestfold, Tønsberg 2010-dd
- Videreutdanning i intensivsykepleie ved Høgskolen i Vestfold 2012-2013
- Sykehuset Levanger, Intensiv 2008



Christine Wadel

- Utdannet sykepleier ved Høgskolen i Vestfold 2004
- Barneavdelingen ved SiV 2003-2010
- Videreutdanning i smertebehandling til barn 2009
- Videreutdanning i intensivsykepleie ved Høgskolen i Vestfold 2012-2013
- Intensiv 4H Sentralsykehuset i Vestfold, Tønsberg 2010-2015
- PPU-utdanning 2015
- Fagsykepleier ved Re Helsehus fra august 2015

Eksempler på slikt utstyr kan være respirasjonsstøtte i form av maskebehandling, optiflow og respiratorbehandling. Andre faktorer som kan bidra til ytterligere støy vil for eksempel være samtaler mellom personalet, telefoner, overvåkingsutstyr - en tankevekker i denne sammenhengen er at nesten alt utstyr som er en bidragsyter til overvåkingen av pasienten er utstyrt med alarmer. Så alle de før nevnte lydkildene tatt i betraktning: hva gjør dette med pasienten?

“All noise is sound, but all sounds are not necessarily noise. The sound of caregivers moving quietly through the corridors can be reassuring to patients in their rooms” (1)

I 1859 skrev Florence Nightingale:
“Unødvendig støy er den verste mangel

på omsorg som både syke og friske kan bli utsatt for. Unødvendig, selv svak, støy plager et sykt menneske mye mer enn nødvendig støy (som kan være mye sterkere)''(2). Dette forteller oss at støy har vært et tema i omsorgen for syke i lang tid, og det er lite som tyder på at dette har forandret seg til det bedre i våre dager.

Støy synes å utgjøre et stadig større samfunnsproblem i takt med økende folketall og teknisk utvikling. Allerede i 1954 ble det påpekt av United States Environmental Protection Agency at lydnivået hadde steget med en desibel (dB) per år de foregående 25 årene. Det er også påvist at alle sykehus, uavhengig av størrelse og pasientgrupper, overstiger Verdens Helseorganisasjons (WHO) anbefalte lydgrenser (3). Det er i tillegg enighet om at støy i intensivavdelingen utgjør en helseisriko for pasienten (4). Det har blitt forsøkt implementert flere støyreducerende intervensjoner, men på tross av dette eksisterer støyproblematikken fremdeles, og man forsøker fortsatt å finne løsninger som kan gjøre pasientens opplevelse av sykehusoppholdet mer positivt (5). Det er skrevet mye om hvordan lyd kan begrenses, hvilke potensielt uheldige konsekvenser dette kan ha for fysisk og psykisk helse, samt hvilke tiltak det kan være hensiktsmessig å iverksette for å begrense slike skadevirkninger. Det som er påfallende i den sammenheng, er at det kan synes som om det er liten interesse for hvordan pasienten selv kan håndtere denne potensielle stressutløsende faktoren (stressoren), og gjennom dette mestre sin situasjon. Denne artikkelen søker å belyse:

''Hva er betydningen av støy for intensivpasienten og hvordan forstå støy i et helsefremmende perspektiv?''

Litteratursøk

Det ble utført søk i ulike databaser: PubMed, Cinahl, Ovid nursing, ProQuest, SveMed+ og Bibsys. Følgende søkeord har blitt brukt: Noise,

sound, icu, intensive care unit, decibel, disturbance, stress, coping, stress reduction, stress consequences, nurse, nursing, patient, icu noise level, icu noise reduction, sleep, delirium, noise level, noise hygiene, positive, sound environment, hyperarousal, cognitive activation theory of stress (CATS).

Konsekvenser av lyd og støy

Selv etter tre generasjoners utvikling av intensivavdelinger er fremdeles skarpt lys og støy en utfordring (6). Studier viser at støy skaper ubehag hos pasienten, og kan ha konsekvenser i form av avbrutt søvn, nedsatt sårtilheling, økt infeksjonstendens og aktivering av det sympatiske nervesystemet (6, 7). Langvarig stressaktivering forbindes ofte med økt psykologisk og fysiologisk spenning preget av redusert smertetoleranse, angst, overdrevne akutte stressreaksjoner, søvnløshet, tretthet og personlighetsforandringer (3, 6).

De psykologiske effektene av lydløsende stressorer som intensivpasienter kan oppleve omtales i artikkelen ''Meanings of Being Critically Ill in a Sound-intensive ICU Patient Room - A Phenomenological Hermeneutical Study'', og viser seg blant annet som humørsvingninger, angst, psykisk stress, nervøsitet, samt vanskeligheter med å forholde seg til den sosiale settingen pasienten befinner seg i (8). I den samme artikkelen refereres det til pasienters egne beskrivelser av intensivoppholdet. En av pasientene sier at han føler seg trygg når han hører personalet jobber og prater. ''Når jeg hører deres lave rolige stemmer, vet jeg at alt er under kontroll.'' Han reagerer ikke en gang når han hører alarmene, i stedet føler han seg trygg. ''Jeg er den typen som mestrer lyd og støy med ro. Jeg prøver å ikke bli stresset eller opprørt over ting, og prøver å forholde meg rolig'' (8) En annen pasient sier derimot at han føler seg fanget og omgitt av ukontrollerbar støy, at han kan våkne opp og være livredd for at respiratoren er i ferd med å stoppe. Dette peker etter vår mening i retning av at det ikke bare

handler om universelle psykologiske og fysiologiske reaksjonsmønstre, men at det kan ligge noe individuelt og personlig i stressresponser. Alle disse reaksjonene gir forlenget restitusjonsforløp (9).

Helse utfra et salutogent perspektiv

Antonovsky (10) hevder at helse nødvendigvis ikke er et spørsmål om hva vi utsettes for, men vår evne til å takle det som skjer oss. Han ser helse i et kontinuum, der ytterpunktene er syk og frisk. Sentralt i hans teori står betydningen av å øke fokuset på hva som bringer helse, mer enn hva som forårsaker sykdom. Antonovskys svar på det salutogene spørsmål er begrepet «opplevelse av sammenheng» (ofte forkortet OAS).

De tre sentrale begrepene i teorien om opplevelse av sammenheng er begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Begripelighet handler om i hvor stor grad man opplever at stimuli man utsettes for, er kognitiv forståelige. Personer som opplever høy grad av begripelighet, har en forventning om at stimuli man møter i fremtiden er forutsigbare, eller at dersom de kommer overraskende, så vil disse kunne plasseres i en kontekst og forklares. Håndterbarhet defineres som i hvor stor grad individet opplever at det har tilstrekkelige ressurser til å kunne takle de stimuli det møter. Et individ som har en opplevelse av håndterbarhet, vil i mindre grad definere seg som et offer for omstendighetene. Skulle man møte motgang vil man være i stand til å takle det. Begrepet meningsfullhet handler om i hvor stor grad man mener at livet er forståelig rent emosjonelt, at man er innstilt på å ta en utfordring, at man er fast bestemt på å finne en mening i denne, samt at man ønsker å gjøre sitt aller beste for å komme seg igjennom utfordringen på en så fruktbar måte som mulig (10).

Antonovskys opprinnelige definisjon av OAS er slik:

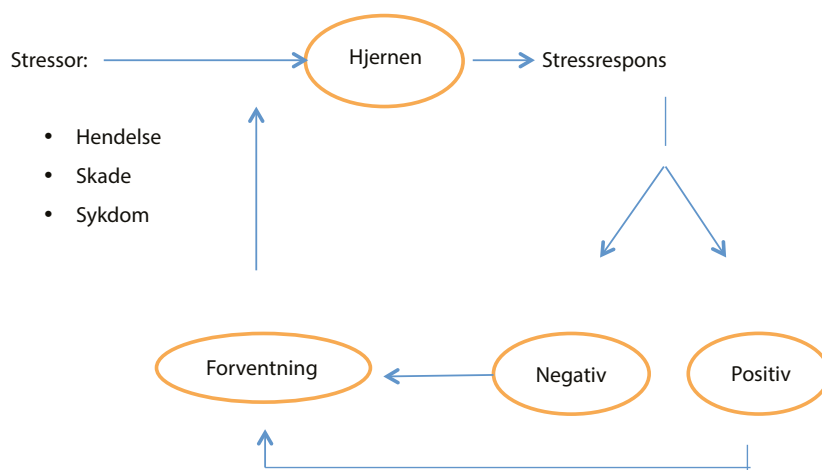
Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken

grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og disse kravene er utfordringer som det er verd å engasjere seg i.

Antonovsky ber oss rette vår oppmerksomhet mot mestringsressurser, og spørsmålet blir da om opplevelse og tolkninger av stressorer er fastlåste og predeterminerte, eller om de kan bevegges i en retning som er helsefremmende for individet. Når det gjelder stressorer mener Antonovsky at disse ikke trenger å sees på som noe uønsket som alltid må bekjempes, men som noe som alltid er tilstedeværende. Stressorenes virkning trenger heller ikke å automatisk anses som sykdomsutløsende, men kan tvert imot virke helsefremmende avhengig av type stressor og hvor vellykket løsning de får. Stressutløsende faktorer kan med andre ord oppleves forskjellig etter hvilken tilnærming man har. Patogenese og salutogenese går dermed hånd i hånd, og er ikke motsetninger, men komplementære forhold (10). En annen sentral faktor vil være individets tidligere erfaringer, som er viktige på den måten at de medvirker til å danne en for forståelse av hvordan en belastende hendelse eller situasjon vil forløpe, og hva utfallet eller resultatet av denne vil bli.

Kognitiv aktiveringsteori for stress (CATS)

Antonovskys syn på stressorer som potensielt salutogene bekreftes i nyere nevrobiologiske teorier, hvor det synes å være bred enighet om at konsekvensene av stress i uttalt grad avhenger av hvordan man tenker i og vurderer en situasjon, altså hvilke kognitive mekanismer som trer i kraft i en gitt, potensielt stressende situasjon (11). Begrepet kognisjon kan defineres som "menneskets kontinuerlige bearbeiding av informasjon" (12), det vil si hvordan vi forestiller oss, minnes eller tenker om



Figur 1

en hendelse. Videre vil måten vi tenker på påvirke følelsene våre. Hvordan og hva vi tenker om en hendelse vil ha med vår personlige tankestil og våre erfaringer å gjøre, noe som er med på å forklare hvordan og hvorfor to forskjellige mennesker kan reagere forskjellig på den samme stimuli eller stressor; mennesker tolker informasjon på sin måte (13).

Professorene Ursin og Eriksen ved universitetet i Bergen har utviklet en kognitiv aktiveringsteori for stress (CATS), hvor det sentrale budskapet er at hjernen lagrer informasjon om forholdet mellom stimulus og respons; dette kalles forventning (klassisk betinging), og er første stadium i en innlæringsprosess (11). I andre stadium ser man at forventningen om hva slags resultat et stimulus medfører fører til en resultat-forventning, også kalt instrumentell betinging. Slike tillærte forventninger er med på å bestemme hvordan et individ agerer ved en mulig trussel (11) (se figur 1).

CATS ser i stor grad ut til å stå på skuldrene til Stanley Schachters kognitive teori om stress (7), og bekrefter en kjent studie foretatt av Schachter & Singer i 1962 (14). Studien viste at et individs tolkning av egen fysiologisk aktivering i høy grad så ut til å være påvirkbar, særlig dersom det for individet ikke forelå en umiddelbar og klar årsak til den fysiologiske

aktivering (14). Hva angår slike tillærte forventninger, kan eksempler på dette være intensivpasienten som har vært engstelig og urolig når overvåkningsutstyret alarmerer, og som lærer seg å forbinde dette med ubehag. Kanskje har dette også blitt forsterket gjennom at pasienten tidvis er blitt utsatt for ubehagelige prosedyrer i forbindelse med slik alarmering.

Det er med andre ord stressresponsen som er avgjørende for hvorvidt individet vil oppleve mestring eller mer uhensiktsmessige stressreaksjoner, hevder Ursin og Eriksen, som videre sier at tidligere erfaringer med mestring fører til en positiv resultatforventning (11). Omvendt vil negative resultatforventninger, hvor det ikke er noen sammenheng mellom hendelser og resultat, kunne føre til følelser av hjelpeløshet og håpløshet. En spesifikk psykofysiologisk stressrespons i form av aktivering av HPA-aksen (stressaksen), det autonome nervesystem og respirasjonssystemet, bekymring og trusselfokus, inntreffer ofte som en generell reaksjon på stressorer, men vil, dersom reaksjonen varer lenge nok, kunne føre til kroppslig sykdom og ytterligere plager. Nå er det mye som tyder på at individer responderer forskjellig på stress (7), og det er grunn til å anta at tidligere opplevelser og erfaringer spiller en rolle i individets fortolkning av stressorer, og reaksjoner på disse – det kan se ut som om det kan etableres erfaring som kan

utlede en forforståelse av en gitt stressor. CATS ser med andre ord ut til å være en modell som kan bidra til økt forståelse for forholdene mellom stressorer, subjektive opplevelser og alarmresponser, og som videre kan bidra til en helsefremmende tilnærming, forebygging og behandling, kanskje også av plager man kan tenke seg vil kunne oppstå som følge av lydbildet i et intensivrom.

Heideggers fenomenologisk-hermeneutiske teori

Heidegger definerte hermeneutikk som en filosofisk teori om all forståelse. Den hermeneutiske sirkel handler om at for å forstå noe meningsbærende, vil vi alltid ta utgangspunkt i en viss forforståelse av helheten som delene hører hjemme i. Den forståelsen vi da oppnår av delene virker så tilbake på forståelsen av helheten, og så videre in perpetuum. Med andre ord vil vår søken etter viten og innsikt drive oss videre inn i nye spørsmål som utfordrer vår viten og vår forståelse av helheten. Dette betyr igjen at vi aldri egentlig kan påberope oss å inneha full forståelse for, eller oversikt over, den helhet eller viten vi ønsker å

undersøke, fordi vi i en sirkulær prosess går fra helhetsforståelse via delforståelse til ny helhetsforståelse, og så videre.

Sentralt i hermeneutikken er også begrepet forforståelse, som her må forstås (!) som den første, eller opprinnelige, helhetsforståelse individet har av et gitt fenomen. Vi bringer alle vår forforståelse med oss som et resultat av tidlig(ere) erfaring(er). Man kan kalle dette en slags forutinntatthet eller fordom, og dette bærer med seg potensialet for å gå glipp av ny lærdom og innsikt: vi har allerede bestemt oss (15).

En fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming er særlig interessant av flere grunner, illustrert av Wilhelm Dilthey: "man forklarer naturen, men mennesket forstår man" (16). Til forskjell fra positivismen, hvor man ofte forsøker å forklare kausale sammenhenger, kan man med denne tilnærmingen forsøke å forstå og tolke menneskelige erfaringer.

Hermeneutikken hevder at all forståelse er betinget av den kontekst eller situasjon noe forstås innenfor, og at

dette påvirkes av både individuelle erfaringer og tilbøyeligheter som bringes inn i kontekst av den enkelte (17).

Hvordan forstå støy i et helsefremmende perspektiv?

Antonovskys syn på mestring er tett forbundet med de faktorene han fremhever i sin teori om opplevelse av sammenheng (OAS). Av de tre begrepene forståelse, håndterbarhet og meningsfullhet, løftes det siste frem som det mest sentrale, og som nærmest en forutsetning for de to andre. Opplever man OAS, vil det i følge Antonovsky frigjøres ressurser som kan bidra til å legge grunnlaget for mestring av eget liv og tilværelse. Individets tidligere erfaringer med stresshåndtering spiller en rolle for hvilken holdning det samme individet inntar når en stressor skal håndteres, men heller ikke her synes det å ligge noen form for pessimistisk determinisme: gode mestringsopplevelser og – erfaringer kan fremdeles snu en tilsynelatende ond sirkel av tidligere mindre gode erfaringer. Antonovsky mener videre at OAS er "måten individet opplever



Foto: Anne-Britt Mathisen

virkeligheten på"; et syn man finner igjen både i kognitivpsykologiske teorier, eksempelvis i CATS, og hos Heidegger. Sistnevnte snakker ikke spesifikt om mestring, men mestringsbegrepet og det å kunne noe, lære og utvikle seg synes nært beslektet. Tiden og tilværelsen møter mennesket konstant med nye farer, utfordringer og muligheter, sier Heidegger, og mennesket tvinges gjennom dette til å foregripe sin egen fremtid med tanken. Det oppstår utfordringer, mennesket reorienterer seg mot ny forståelse (mestring), nye utfordringer oppstår, og slik er menneskets liv og tilværelse dømt til å gjenta seg i en livslang prosess (17).

Når individet utfordres på sin forforståelse, som kan kalles en slags forutinntatthet, kan den samme forforståelsen, dersom den blir stående ukorrigert, utgjøre et hinder for ny lærdom og innsikt: menneskets til enhver tid herværende virkelighet defineres nettopp av dets forforståelse. En korrigering av menneskets forforståelse gjennom den hermeneutiske sirkel vil ikke bare bære med seg et løfte om nettopp ny lærdom og innsikt, men også en mulighet til dypere innsikt i og forståelse for tilværelsen; økt mestring kan bli et produkt av denne stadig pågående, dypt menneskelige prosessen. Mestring er også et sentralt begrep i CATS-teorien, som i sin tur vektlegger at det er den positive resultatforventningen som kan føre til at individet får en opplevelse av mestring. Omvendt vil en negativ resultatforventning føre til følelser av håpløshet, mens mer usikre resultatforventninger bringer med seg en følelse av hjelpeløshet. Et annet sentralt poeng er at CATS sier at stressresponsen inntreffer når det foreligger en diskrepans mellom hva som forventes skal skje, og det som virkelig skjer. Individet sammenligner altså sensorisk informasjon med tilgjengelig, tidligere lagret informasjon om lignende omstendigheter.

Dersom støy defineres som uønsket lyd, hva skjer da dersom lydens meningsbærende innhold refortolkes

av individet slik at den oppfattes som nøytral, eller til og med ønsket? Er det da fremdeles støy? Nå er det muligens flere variabler som spiller inn i dette bildet, og både Antonovsky og CATS nevner en av dem: individuelle personlighetstrekk og derigjennom et potensial for en ekstra sårbarhet for stressorer. Ursin bekrefter dette, og sier at dette er en variabel som bør inspirere til ytterligere forskning på feltet. Til tross for at CATS har en tendens til å benytte seg av begrep som har en noe mer patogen og problemorientert vinkling enn de Antonovsky og Heidegger tyr til, som kan sies å være mer læringsorienterte/løsningsorienterte/salutogene, mener vi å se at de likevel har de samme målene for

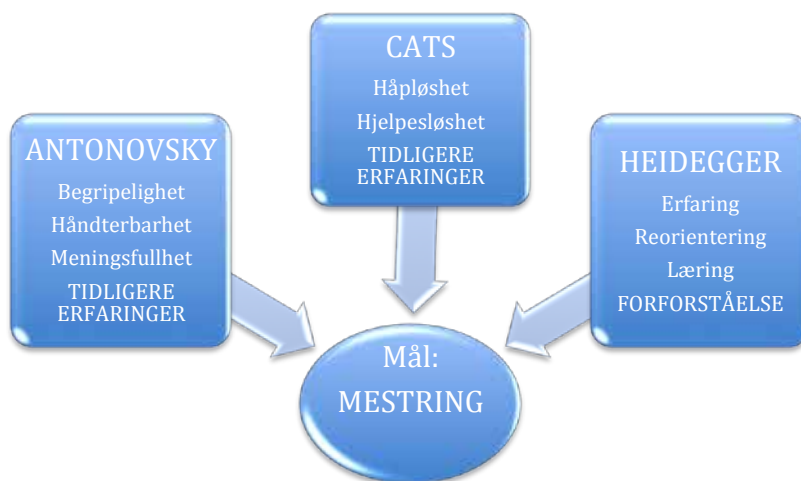
øye. De synes å snakke om det samme:

- Antonovsky: begripelighet, håndterbarhet, meningsfullhet – mestring er målet.
- CATS: håpløshet, hjelpeløshet – mestring er målet.
- Heidegger: erfaring, reorientering, læring – økt innsikt/mestring er målet (se figur 2)

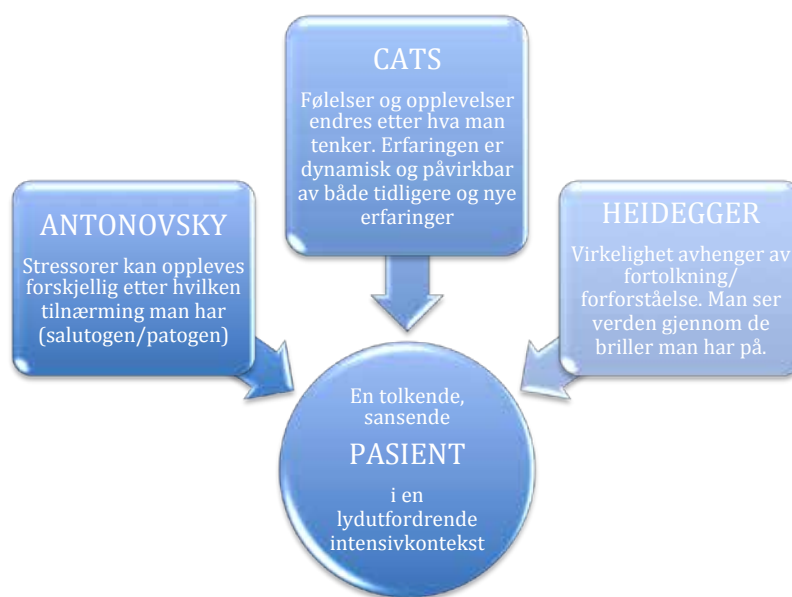
Til tross for at begrepsbruken er forskjellig, synes de å snakke om det samme:

- Antonovsky: tidligere erfaringer er viktige.
- CATS: resultatforventninger er viktige.
- Heidegger: forforståelsen er viktig.

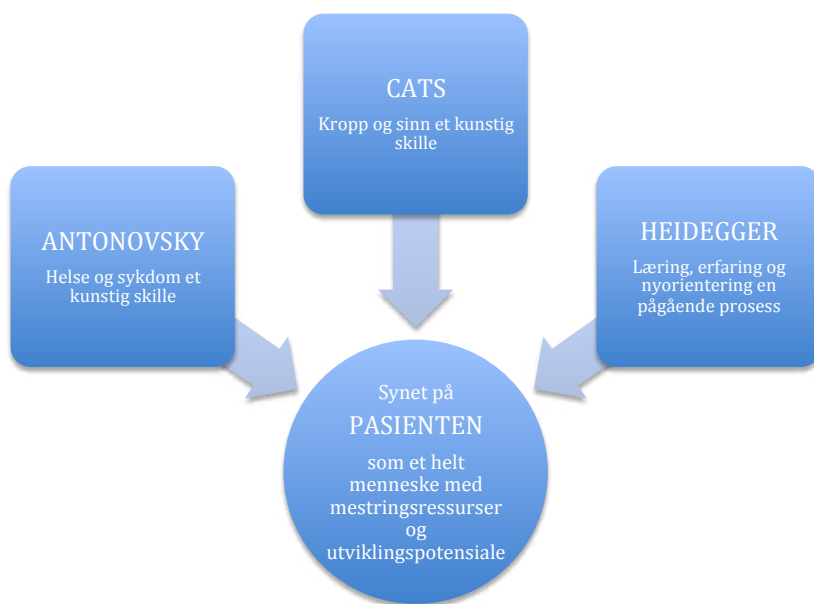
Skjematisk fremstilt vil disse faktorene se ut som i figur 3.



Figur 2



Figur 3



Figur 4

Synet Antonovsky, CATS og Heidegger inntar på mennesket og menneskelig erfaring, fremstår som sammenfallende på den måten at de alle ser ut til å ta avstand fra et dikotomt syn på disse temaene. De synes å snakke om det samme:

- Antonovsky: helse og sykdom er ikke dikotomier, men et kontinuum.
- CATS: kropp og sinn er ett, og må ses på som et kontinuum.
- Heidegger: menneskelig erfaring er en stadig pågående prosess, et kontinuum.

Skjematisk fremstilling av felles-trekkene, se figur 4.

Konklusjon

Initiale fortolkninger av stressutløsende (lyd)stimuli kan beveges i en retning som kan hevdes å være mer helsefremmende enn utgangspunktet. Tidligere tilnærminger til lyd som stressor i intensivavdeling kan hevdes å ha et problem-orientert og "utenfra og inn"-syn, hvor man vektlegger å eliminere stressorer og derigjennom mestre for pasienten. Dette kan nok sies å være helsefremmende i seg selv, men legger ikke et samtidig grunnlag for mestring, læring og utvikling. Den eldgamle kunnskapen, som synes å gå helt fra de gamle grekere via blant andre Heidegger og Antonovsky til moderne psykonevrobiologiske

forståelsesmodeller, forsøker nettopp å fortelle oss at det kanskje er mindre fruktbart å kun fokusere på gode og dårlige lyder; kanskje bør vi også rette vår oppmerksomhet mot enkeltmennesket, som gjennom sin erfaringsbakgrunn og forforståelse legger sin egen tolkning inn i fenomenene vi omtaler i denne artikkelen, og slik skaper og definerer sin egen virkelighet. Dette bærer i seg et håp om at det kan finnes tilnærminger til individuell redefinering også av lydopplevelse, slik at lyd ikke oppleves og fortolkes som en stressor, men som et nøytralt, eller endog positivt stimuli. Denne tilnærming kan bidra til å åpne døren for ny forskning som også tar hensyn til de faktorer som handler om pasientens egne mestringsressurser og det potensiale for salutogenese som ligger i dette, og ikke bare de eksterne, problemorienterte faktorer som hittil synes vektlagt i forskning og tilnærming til den utfordringen lydbildet i intensivavdelingen kan utgjøre.

Kanskje er det på tide å lytte til Heidegger, Antonovsky og de kognitivpsykologiske teoriene når de forsøker å fortelle oss, hver på sin måte, at mennesket og dets tilværen er et kontinuum i stadig bevegelse og med et potensiale for stadig utvikling, læring og mestring.

Referanser:

1. http://www.hermanmiller.com/MarketFacingTech/hmc/research_summaries/pdfs/wp_Sound_Practices.pdf
2. Nightingale F. Notater om sykepleie. Oslo: Universitetsforlaget. 1997
3. Choiniere D. The Effects of Hospital Noise. Nursing Administration Quarterly 2010;34(4):327-333
4. Johansson L, Bergbom I, Wayne KP, Ryherd E, Lindahl B. The sound environment in an ICU patient room – A content analysis of sound levels and patient experiences. Int and Crit Car Nurs 2012;28:269-279. doi: 10.1016/j.iccn.2012.03.004
5. Dube JAO, Barth MM, Cmiel CA, Cutshall SM, Olson SM, Sulla SJ,... Holland DE. Environmental Noise Sources and Interventions to Minimize Them. Journal of Nursing Quality 2008;23(3):216-224
6. Bizik KS, Fontaine DK. The Patients Experience With Critical Illness. I: Morton P, Fontaine DK (Red.). Critical Care Nursing-A Holistic Approach. 9. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer & Lippincott Williams & Wilkins. 2009
7. Breedlove SM, Watson NV, Rosenzweig MR. Biological Psychology. An introduction to Behavioral, Cognitive, and Clinical Neuroscience. Massachusetts: Sinauer Associates, Inc. Publishers. 2010
8. Johansson L, Bergbom I, Lindahl B. Meanings of Being Critically Ill in a Sound-Intensive ICU Patient Room-A Phenomenological Hermeneutical Study. The Open Nursing Journal 2012;6:108-116
9. Akansel N, Kaymakci S. Effects of intensive care unit noise on patients: a study on coronary artery bypass graft surgery patients. Journ of Clin Nurs 2007;17(12):1581-1590. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02144.x
10. Antonovsky A. Helsens mysterium. Den salutogene modellen. Oslo: Gyldendal Norsk forlag. 2012
11. Staff PH, Nordahl HM. Når plager blir sykdom. Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlaget. 2012
12. Berge T, Repål A. Den indre samtalen. Kognitiv teori i praksis. (2. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk. 2004
13. Berge T, Repål A. Håndbok i kognitiv terapi. Oslo: Gyldendal Akademisk. 2008
14. Schachter S, Singer JE. Cognitive, social and physiological determinants of emotional state. Psychological Review 1962;69(5):379-399
15. Krogh T m.fl. Historie, forståelse og fortolkning. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. 2003
16. Wood LW. Theology as history and hermeneutics. Lexington: Emeth Press. 2005
17. Lægrend S, Skorgen T. Hermeneutikken innføring. Oslo: Spartacus Forlag. 2006



Foto: Birthe Havnes

Nytt Sykehus i Østfold: Splitter ny operasjons- avdeling på Kalnes

Skrevet av Mia Ulfeldt, anestesisykepleier og flyttekoordinator SØK

Veien til nytt Sykehus i Østfold har vært lang. Styret i Helse Sør-Øst sa ja til å gå videre med planleggingen av nytt sykehus i 2008. Før det hadde idèer og planlegging pågått lokalt ytterligere en tid. Forprosjektet startet i januar 2010. Her begynte den konkrete planleggingen av ny operasjonsavdeling. En faggruppe bestående av representanter fra de forskjellige yrkesgrupper i operasjonsavdelingen var involvert.

Planleggingen varte i ca ett år, og innebar blant annet å fordele dette arealet på best mulig måte. Faggruppen har vært ansvarlige for å orientere og avklare i sine respektive fagmiljøer.

Operasjonsavdelingen består av 9 operasjonsstuer med tilknyttet støtteareal i henhold til nasjonal standard. Fra 2012 startet funksjonsprosjektet med stort sett samme arbeidsgruppe. Her begynte detaljplanleggingen, og fokuset var størst på operasjonsstuene. Man gikk

gjennom flyt og utstyr inne på alle stuer. Prosjektet varte ut 2012.

Byggingen av sykehuset startet med første spadetak 5. september 2011. Parallelt med bygging har detaljplanleggingen pågått med utstyrsanskaffelser og gjennomgang av funksjoner i operasjonsavdelingen.

For bedre å ivareta aktivitetene og gjennomføring av klinisk ibruktageelse i de forskjellige avdelingene, ble det

opprettet tidsavgrensede engasjement som avdelingskoordinatorer. I vårt tilfelle innebar det ansvar for operasjonsavdelingen, sterilsentralen og i starten areal for pasienter med samme dags innleggelse for operasjon. Sterilsentralen skulle gjennom omfattende forandringer. Operasjonssykepleierne skulle også endre sin arbeidsmåte i stor grad, og dette veide tungt da stillingen som avdelingskoordinator skulle tilsettes. Valget falt på operasjonssykepleier

Denne reportasjen hadde ikke blitt skrevet uten en mengde dyktige fagfolk. Tusen takk til alle som har gjort en formidabel innsats for at Sykehuset Kalnes har blitt en realitet. Jeg vil spesielt takke Mona Nyberg, Rigmor Johansen, Heidi Bache-Mathiesen, Erik Hagestande, Ellen Lunde samt alle mine øvrige kollegaer i operasjonsavdelingen for at dere har delt informasjon med meg. Takk!

Rigmor Johansen. Hun har samarbeidet med nøkkelpersoner i avdelingen fra anesthesi, operasjon og sterilsentral.

Forut for arbeid i nytt sykehusbygg har alt personale gjennomgått opplæring bestående av en generell og en fagspesifikk del. Det ble også gjennomført tverrfaglige øvelser på traumemottak, hjertestans og sectio, med representanter for alt involvert personell samt observatører. Virksomhetstester ble også utført hvor man simulerte ordinær drift i nye lokaler, med nytt utstyr og systemer. Alt dette bidro til at feil og mangler ble avdekket og rettet opp.

Veien mot ny arbeidsplass som anestesisykepleiere har også vart i lang

tid. Vi i anesthesiavdelingen har gjennomført endringer og opplæring i over et år i forkant. Første skritt var å innføre elektronisk kurve. Her var anesthesiavdelingen pilot, og takket være engasjerte kollegaer på superbrukernivå gikk dette bra. Det var små og store daglige utfordringer, men vi klarte innføringen uten avbrudd. Dernest var det besluttet at vi skulle få nye anesthesiapparater. Når vedtak om leverandør var fattet fikk vi et apparat på en stue i gammel operasjonsavdeling. Apparatet ble utrustet med overvåkingsenhet av den typen vi skulle



Erik Bang og Hilde Aasli. Foto: Mia Ulfeldt.

ha i ny avdeling. Det var en veldig bra avgjørelse å innføre det allerede da. Alle anestesisykepleiere fikk opplæring, og



Mia Ulfeldt og Klaus Rinsnes med Sykehuset Østfold Kalnes sin første operasjonspasient- møtt med alkoholfri champagne på oppvåkningen! Foto med tillatelse fra pasient. Foto: Birthe Havnes



Operasjonsstuene er store og romslige, med masse nytt utstyr! Foto: Birthe Havnes.

ble plassert på denne stuen på rulling. Etter hvert fikk vi enda et nytt apparat, slik at vi hadde det på to stuer i den gamle avdelingen. Dermed opplevde jeg at samtlige i anestesivdelingen var godt kjent med apparatet før vi flyttet.

Flyttingen til nytt sykehus ble gjennomført i to faser. Først flyttet psykiatrien og poliklinikkene i mai 2015, deretter flyttet akutt- og inneliggende somatikk i november.

Som anestesisykepleier inngår vi i akuttberedskapen for hele sykehuset. For at denne skulle bli ivaretatt på Kalnes



Kari Kjøniksen i flyttemodus. Foto: Mia Ulfeldt.

fra mai hadde vi beredskapsvakter der fra første stund. Vi dekket opp tiden når de sykeste pasientene var til stede på fremfor alt dialysen. Vi fikk derfor en unik mulighet å gjøre oss kjent med deler av bygget. Vår engasjerte kollega Ronny Hansen gjorde en stor innsats for at mye av tilvenningen til dette, og andre områder, gikk lettere for oss. I denne tiden pågikk utbyggingen av sykehuset parallelt. I byggeområdene hadde vi ikke adgang- dette kunne være en utfordring når vi måtte bevege oss raskt i bygget. Det var ikke alltid like lett å huske hvilke korridorer som var avstengt. Vi foretar også uteanestesi i psykiatrisk avdeling ved ECT-behandling tre dager i uken. Anestesiøverlegene hadde derfor også arbeidsplass Kalnes disse tre dagene. Få andre yrkesgrupper hadde denne fordel.

Ved operasjonsavdelingen gjennomførte vi prøvedrift i 4 uker før innflytting. Det var nøye utvalgte pasienter og inngrep som ble inkludert her. Vi opererte, evaluerte og meldte om endringsbehov. Det var en stor fordel for avdelingen.

Vi hadde i den tiden mulighet for å gjøre oss kjent under rolige forhold og gjøre avdelingen bedre rustet til å ta imot langt sykere pasienter noen uker senere. Feil og mangler ble rettet opp, og systemer og arbeidsprosesser som ikke fungerte ble avdekket. Det var likevel hovedsakelig sykere pasienter med mer komplekse operasjoner vi skulle behandle senere. Derfor var det selvfølgelig også mye som ikke ble oppdaget.

Samtidig med opplæring og prøvedrift på Kalnes var det full drift i Fredrikstad ved sentraloperasjon. Dette medførte personell-utfordringer. Vi opplevde en relativt lang periode med høy arbeidsbelastning. Det var minimalt antall løse personer til å serve operasjonssaler med full drift, samt øvrige funksjoner som vi ellers fyller i sykehuset. Samtlige av mine kollegaer i operasjonsavdelingen ønsker å gi pasientene best mulig behandling og pleie ved sitt opphold hos oss- noe som går utover kun hva som anses sikkert for pasienten. Derfor vet jeg at det var en

slitsom periode for de fleste.

Selve flyttingen var også en lang prosess. I nærmere ett år ble utstyr og inventar gjennomgått for å matche det som var nytt i sykehuset på Kalnes med det eksisterende ved sykehuset i Fredrikstad. Alt ble dokumentert og planlagt med hensyn til størrelse på kolli de forskjellige dager i flytteperioden. I operasjonsavdelingen var det en mengde kritisk utstyr å ta hensyn til, siden akuttberedskapen i hele Østfold flyttet 2/11-15 kl 08.00 til nytt sykehus. Fordelen hos oss var at vi ikke flyttet pasienter- noe som store deler av sykehuset gjorde. Flyttefasen gikk helt etter planen, og så vidt meg bekjent uten kritiske hendelser.

Flytting av anestesisykepleierne prehospitaltjeneste og base for akuttbilen utgjorde sammen med flytting av beredskapslageret en liten, men utfordrende del av flytteprosessen. Beredskapslageret ved Sykehuset Østfold omfatter medisinsk utstyr, væsker, medikamenter og bekledning for sykehuspersonell dersom team skal sendes ut ved store ulykker / hendelser. Beredskapslageret skal til enhver til være «operativt», og var kategorisert som kritisk flyttegods. Dette krevde «personlig følge»: Vi fulgte personlig innlasting av utstyr i flyttebil, kjørte privatbil som følgebil, tok imot utstyret på Kalnes, og plasserte det rett på beredskapslager der. Alt fungerte knirkefritt - med unntak av parkeringsproblemer for følgebilen som ble stoppet av Europark på Kalnes...

2/11 var vi altså inne i nye lokaler i nytt bygg. Anestesisykepleier med ambulanseberedskap tok med sekken sin og kjørte fra Fredrikstad til Kalnes. Katastrofelageret ble flyttet med følge av anestesisykepleier. Kritisk utstyr og dyre medikamenter gikk av gårde samtidig. Det var en vemodig og rar følelse igjen i operasjonsavdelingen i Fredrikstad. Anestesisykepleier hadde vakt enda en natt i Fredrikstad, og fortalte om tomme korridorer unntatt få

Innspill v/ Ellen Lunde, anestesisykepleier med fagansvar:

Flytting av base for akuttbil var en annen utfordring. AMK- Østfold var allerede slått sammen med AMK Oslo og Akershus i juni 2015, mens ambulansetjenesten er fordelt på fem stasjoner i Halden, Fredrikstad, Sarpsborg, Moss og Indre Østfold også etter flytting til nytt sykehus. De 18 anestesisykepleierne som deltar prehospitalt har eget ambulansetøy som de tok med seg hjem etterhvert som de hadde hatt siste vakt på akuttbil i Fredrikstad -og tok det med til Kalnes etterhvert som de skulle ha første vakt her. Dette krevde nøye planlegging i forhold til turnus, og

fungerte heldigvis fint. Mest spesielt var det nok for kollega Anne Lene som møtte på vakt i Fredrikstad mandag 2. november, tok med seg resten av tøy og utstyr og gikk av vakt på Kalnes. God planlegging, godt samarbeid med andre avdelinger og stor fleksibilitet i egne rekker var nøkkelfaktorer for at flytteprosessen gikk uten problemer. Det er en spesiell utfordring å ha 100% beredskap på ett sted fram til det tidspunktet man skal, uten overlapping, ha samme beredskap ut fra et annet sykehus i en annen by. Alle skal for eksempel- på et nytt stort sykehus hvor ingen er kjent- lære seg raskeste vei fra operasjonsavdelingen via rom for utrykningstøy til ambulanseinngang. Det er fortsatt rutiner som skal på plass, og vi venter fortsatt på innredning i rom for utrykningstøy, men vi har -heldigvis- hele veien kunnet tilby samme tjeneste og tilgjengelighet prehospitalt som før flytting.



Videolaryngoskopi på storskjerm. Foto: Mia Ulfeldt.



Flott og engasjert forsamling av hjelpepleiere, anestesi-, operasjon- og renholdspersonale i nytt sykehus. Foto: Birthe Havnes

områder som fortsatt hadde pasienter. Det er menneskene som er sykehuset!

På Kalnes hadde vi en brå start. Det var kun to av ni stuer som var oppe for akutte operasjoner i tillegg til akuttberedskap for traume, stans og ambulansetrykning. Vi har flyttet stuen for traumemottak fra operasjonsstuen, og en etasje ned i akuttmottaket. Det er nytt for oss, og byr på andre utfordringer da personale og utstyr må ut av egen avdeling. Det første døgnet tok vi imot alvorlige traumer, stans og sectio med forskjellig hastegrad. Alt dette ble gjennomført i følge min kjennskap uten pasientskader. Jeg er veldig stolt av kollegaene mine som

klarte å behandle alvorlig syke pasienter -i ukjente lokaler- med nytt utstyr -på steder de ikke var helt kjent med- på en så flott måte!

Vi har fått en avdeling med flotte operasjonsstuer som det er lett å jobbe i. Vi har også fått mye nytt utstyr som gjør arbeidet lettere. Vi har blant annet fått videolaryngoskop som kobles direkte opp mot de flotte skjermene vi ellers bruker til røntgenbilder og endoskopi. Vi har fått helikopterlandingsplass som vi ikke hadde i Fredrikstad.

Vi har også en flott beliggenhet rett ved E6. Derimot er det utfordrende å utføre mange av arbeidsoppgavene vi har, ved siden av å gi anestesi på stue. Det er fortsatt ganske store utfordringer med varelogistikken. Sterilt gods blir hovedsakelig oppbevart på sterilsentralen, en etasje ned med heisen. Det blir i tillegg pakket av personale som ikke er til stede ved operasjonene. Øvrig gods byr også på logistikk utfordringer. Det er store avstander, og for optimal drift bør utstyret helt ut til pasienten.

Det vil si at det er mange steder å fylle opp utstyr i avdelingen, og det blir stans i driften da pasientansvarlig sykepleier selv må hente. Vi har også utfordringer på pasientlogistikksiden. Venteværelset ligger på utsiden av operasjonsavdelingen uten fast bemanning. Det kan innebære lang ventetid i ensomhet for pasienten hvis programmet må endres- siden vi er en akutt operasjonsavdeling er jo ikke det uvanlig. Pasienter med samme dags innleggelse ivaretas av personale med liten erfaring fra operasjonsvirksomhet, og det byr også på utfordringer. Det arbeides med løsninger på våre utfordringer, så vi håper at de er mindre i snar fremtid.

Det er utrolig mange personer som i stillhet har gjort et utmerket arbeid som få vet om. Jeg føler meg omgitt av mennesker som tar ansvar for problemløsning og pasientens beste i sin arbeidshverdag. Det er dere som gjør sykehuset til en arbeidsplass å være stolt over!



Helikopterlanding. Foto: Mia Ulfeldt.

NYHET

CADD-Solis VIP er en bærbar, multifunksjonell infusjonspumpe for behandling intravenøst, subcutant, epiduralt, spinalt og arterielt. Pumpen har mulighet for opplasting av egne medikamentprotokoller.

CADD®-Solis VIP

CADD-Solis VIP har 5 ulike terapiområder:

- PCA (pasientkontrollert analgesi) - Brukes i behandling som krever kontinuerlig infusjon, pasientkontrollert bolus eller begge deler
- Kontinuerlig infusjon
- Intermitterende infusjon - Gir væske med jevne, programmerte intervaller
- Trinnlevering - Gir en gradvis økning og nedtrapping av infusjon
- TPN - Gir mulighet for gradvis opp- og nedtrapping til/fra platånivå.

Mulighet for KVO-infusjon for alle terapiområder



Alere

Kontakt oss for mer informasjon:

Alere AS, Pb 93 Kjelsås, 0411 Oslo | **Telefon:** 24 05 68 00 | **Fax:** 24 05 67 80
e-post: kundeservice.no@alere.com | **Nettbutikk:** webshop.no.alere.com

alere.no



Foto: Anne-Britt Mathisen

Organdonasjonsprosessen

- Intensivsykepleieres opplevelser

Utarbeidet av Ann-Chatrin Leonardsen med bakgrunn i fordypningsoppgave ved videreutdanningen i intensivsykepleie ved Høgskolen i Østfold av Sigrid Norli Haugerud. Veileder på oppgaven var Høgskolelektor Anne-Mette Nygaard.

Organtransplantasjon er en etablert og god behandling for pasienter med terminal organsvikt. Prosessen og behandlingen er omfattende og krevende og forutsetter en betydelig innsats både på donorsykehusene og på OUS Rikshospitalet, som er landets eneste transplantasjonssenter. Tilgangen på organer fra avdød giver er styrt av velvilje hos befolkningen til å donere organer etter sin død og donorsykehusenes kompetanse knyttet til identifisering og behandling av potensielle organdonorer (1)



Sigrid Norli Haugerud
• Utdannet sykepleier ved HIO 1998
• SØ Fredrikstad, Medisinsk avdeling, nyre
• Kommunehelsetjenesten
• Dialyse dagpost SØ
• Videreutdanning i intensivsykepleie 2013-2014 ved HIO
• Jobber nå på intensiv/ Po SØ Kalnes (siden Des 2014)

Organdonasjonsprosessen er en betegnelse på den prosessen som starter med å identifisere en potensiell

organdonor. Etter identifiseringen blir pasienten meldt til og vurdert av et nasjonalt transplantasjonsteam på Rikshospitalet. Ved godkjenning må ansvarlig lege ved donorsykehuset innhente samtykke fra pårørende og følge juridiske krav for dødsdiagnostikk. Samtidig gir behandlingsteamet donoren medisinsk behandling for ivaretagelse av organer og de gir støtte og omsorg til pårørende. Donoren blir fraktet til operasjonsstuen for uttak av vitale organer og prosessen avsluttes når

de pårørende ser og tar farvel med den døde etter organuttak (1).

En organdonasjon kan kun gjennomføres hvis følgende betingelser er oppfylt; erkjent intrakraniell skade eller sykdom, respiratorbehandling, organer som egner seg for transplantasjon, samtykke fra avdøde/pårørende og opphørt sirkulasjon til hjernen verifisert med cerebral angiografi. Juridisk må det foreligge et samtykke for et organuttak. Hvis pasienten selv ikke har gitt uttrykk

for et tydelig standpunkt, kan organuttak skje med bakgrunn i et presumert eller antatt samtykke. Pårørendes ønske og standpunkt har alltid en sentral plass i avgjørelsen og deres syn veier i praksis som oftest tyngst (1).

Organdonasjon er en aktuell hendelse på intensivavdelingen og favner dermed intensivsykepleierens arbeidsområde. Formålet med denne artikkelen er å gjengi intensivsykepleieres beskrivelser av hvordan de opplever deltakelse i organdonasjonsprosessen.

Metode

Denne studien er utarbeidet som en systematisk oversiktsartikkel (2). Søkeord ble benyttet i ulike kombinasjoner, og et helt nøyaktig tall på antall treff er derfor vanskelig å angi.

Analyse av inkludert materiale resulterte i flere kategorier som deretter ble samlet i tre hovedområder. Hovedområdene ble utarbeidet med grunnlag i de opplevelsene som ble beskrevet oftest, tydeligst og viktigst av intensivsykepleieren.

1. Opplevelser relatert til diagnose og medisinsk behandling av organdonoren

Den uavklarte situasjonen

Det ble av flere intensivsykepleiere beskrevet utfordringer og usikkerhet knyttet til den perioden hvor pasientens diagnose og prognose var uavklart og behandlingsteamet befant seg i situasjon «midt-i-mellom» (3). Situasjonen innebar å behandle og iverksette tiltak parallelt ut fra to mulige utfall av situasjonen; om pasienten vil overleve eller mulig resultere i organdonasjon (4). I Protokoll for organdonasjon (1) er det anbefalt at den potensielle donoren meldes på et tidlig tidspunkt. Enkelte intensivsykepleiere opplevde imidlertid at et for tidlig fokus på organdonasjon kunne føre behandlingen feil av sted og bort fra den primære hjerneskaden. Motsatt kunne en avventende holdning problematisere den organbevarende behandlingen fordi man ikke var forberedt når pasienten kom i ustabil fase. Målet var å klare og forsiktig starte et engasjement til organdonasjon, men samtidig være fokusert på behandlingen rettet mot

pasientens hjerneskade (4).

Forståelse av hjernedødbegrepet

Intensivsykepleierne beskrev en følelse av hjelpeløshet og frustrasjon når de skjønnte at pasientens liv ikke kunne reddes (3). Med tanke på organdonasjon som et mulig utfall av situasjonen ble kliniske og radiologiske undersøkelser utført for å fastslå diagnosen hjernedød. I hvilken grad intensivsykepleierne hadde tillit til diagnostiseringen og deres forståelse av begreps innhold var veldig ulikt (5). Intensivsykepleierne nevnte dessuten at de i enkelte tilfeller var tvilende til at undersøkelsene ble utført riktig og til riktig tid, eller at legens utførelse ikke var kvalitativt god nok (5, 6). Enkelte sykepleierne stolte ikke på undersøkelsene og sa at diagnosen hjernedød ikke ble bekreftet før de selv så symptomer som de gjenkjente som total hjernetamponade (4). Å hjelpe pårørende til å forstå innholdet i diagnosen hjernedød var en viktig oppgave for intensivsykepleieren. Men grunnet manglende kunnskap om hjernedødbegrepet og usikkerhet hos intensivsykepleieren ble de nølende og ambivalente i sin forklaring til pårørende (6).

Database	Søkeord	Treff	Relevante	Anvendt i oppgaven
Swemed	Organ donasjon OR Tissue and Or-gan procu-rement			
	Intensivavdeling OR intensive care units	18		
	Nurses	6		
	Opplevelser OR Experiences	0	0	0
Pubmed	Organ donation OR Organ procurement			
	Brain death	2730		
	Nursing	178		
	Experiences OR Perceptions	27	8	
	Intensive care unit OR OR ICU	14	5	6
Cinahl	Organ donation OR organ procurement OR organ do-nors			
	Intensive care unit OR ICU			
	Nurses	28	14	
	Experiences OR Perceptions	7	4	
	brain death	18	10	5

Tabell 1: Litteratursøket

Organbevarende behandling

Noen intensivsykepleiere beskrev et tydelig skille fra livreddende behandling til organbevarende behandling, mens andre opplevde dette som en glidende overgang, fordi de allerede iverksatte tiltakene ble videreført (7). Den organbevarende behandlingen, blir i flere av studiene omtalt som intensiv og krevende, travel og hektisk og faglig utfordrende (3, 8). Situasjonen krevde full innsats, stor grad av nøyaktighet, et stort ansvar og intensivsykepleierne jobbet med følelsen; Ingenting må gå galt! (8). Samtidig visste de hva som var forventet og opplevde mestring fordi observasjonene og tiltakene var lik som til en intensivpasient (9). Av andre blir overgangen til organbevarende behandling beskrevet som en lettelse. Intensivsykepleierne beskrev sine oppgaver som tydeligere, færre avgjørelser og sjansen for at noe skal gå galt var mindre (4). Disse ulike opplevelsene kan mulig forklares ut fra hvilket ansvar intensivsykepleieren har i situasjonen. I studiene som ble gjort i USA og Canada hadde sykehusene egne ressursgrupper som ble kontaktet hvis pasienten ble identifisert som en potensiell organdonor. Gruppen tok over det medisinske ansvaret for pasienten, gjorde de nødvendige undersøkelsene og testene og stilte spørsmålet vedrørende organdonasjon til pårørende (3, 4, 10). I de skandinaviske studiene beskrev intensivsykepleierne at de derimot hadde viktige roller og var tilstede og deltakende i alle fasene i organdonasjonsprosessen og opplevde et nært forhold til pårørende (7, 8, 11, 12).

Tiden det drøydte ut før organuttaket skjedde opplevdes som stressende. Sjansen for komplikasjoner økte og muligheten for en vellykket transplantasjon minsket etter som tiden gikk (3). Ethiske utfordringer ble beskrevet i de situasjonene hvor medisinske tiltak relatert til organbevarende behandling ble iverksatt før pårørende var informert om diagnosen hjernedød og spørsmålet om organdonasjon var

stilt. Intensivsykepleierne følte de sa en ting og gjorde en annen. Dette kom i konflikt med deres oppfattelse av at en riktig avgjørelse hos pårørende bygges på respekt og ærlighet fra behandlingsteamet (8).

Da spørsmålet om organdonasjon var stilt og avgjørelsen om organdonasjon tatt, følte intensivsykepleierne derfor en lettelse. Det ble åpenhet rundt behandlingen, informasjon og støtte til pårørende ble gitt uten frykt for å si noe galt (7, 8). Andre intensivsykepleiere opplevde det feil eller vanskelig å gi intensiv behandling etter en pasient ble erklært hjernedød. Å behandle en død samsvarte ikke med deres arbeidsmoral som er å redde liv eller deres syn på hva som er en verdig behandling av en avdød (8, 12).

2. Opplevelser relatert til de involverte partene i organdonasjonsprosessen

Intensivsykepleierens relasjon til donoren

Dødstidspunktet ble for mange av intensivsykepleierne et tydelig skille hvor deres syn på pasienten endret seg fra person til et objekt. Intensivsykepleierne markerte dette ovenfor seg selv og pårørende ved heretter å snakke om og ikke til pasienten (7, 8). Flere intensivsykepleiere så resipienten som det objektet de utførte sykepleie ovenfor og donoren kun som objektet som muliggjør en livreddende transplantasjon (9). Eller som en kropp, uten behov for følelsesmessig støtte eller komfort, kun i behov av medisinsk støtte (4). Men oppfattelsen ser ut til å være delt. Andre intensivsykepleiere mente det var viktig å beholde et pasientfokus som tidligere. Et slikt syn på donoren hindret et fullstendig objektivt syn og var viktig for å bevare donorens verdighet og integritet (8, 12).

Etter intensivsykepleierne kom i kontakt med den avdødes pårørende, opplevde de det vanskeligere å se

donoren kun som et objekt. De ble følelsesmessig berørt i møte med deres sorg og oppmerksom på den avdøde som en unik person (5). Spesielt sterkt ble dette når donoren var et barn, en ungdom, foreldre til små barn, eller at intensivsykepleieren identifiserte seg selv med deltakerne i situasjonen (6, 9). Også de intensivsykepleierne som hadde hatt ansvaret for pasienten over en lengre periode, fortsatte å se donoren som den personen de hadde knyttet bånd til og langt fra et objekt (10).

Intensivsykepleierens relasjon til resipienten

For noen intensivsykepleiere var det resipienten som pekte seg ut som «det objektet» de gav behandling og sykepleie i forhold til. De beskriver at de følte lite tilknytning til donoren, men stor tilknytning til resipienten (9). Hvis intensivsykepleieren klarte å fokusere på resipienten i en ellers tragisk og vanskelig situasjon, kunne dette gi situasjonen en mening (12). Donorens død ble på et vis betydningsfull. Den tragiske hendelsen resulterte i noe positivt for andre pasienter (3, 9, 11, 12).

For mange intensivsykepleiere var resipienten og en vellykket transplantasjon, en viktig motivasjonen i deres arbeid med donoren og den organbevarende behandlingen (3, 8, 9, 12). Intensivsykepleiere som jobbet både med donorer og resipienter beskrev at deres positive opplevelser knyttet til vellykkede transplantasjoner gjorde de sterkere og mer motivert i deres arbeid knyttet til organdonasjonsprosessen (10).

Intensivsykepleierens relasjon til pårørende

Intensivsykepleiernes møte med pårørende blir beskrevet som unikt og bestående av ulike reaksjoner og behov (3, 8-10). Det opplevdes derfor vanskelig for intensivsykepleieren å forberede seg og planlegge tilpasset informasjon og støtte til pårørende. Intensivsykepleierne beskrev deres første møte som viktig for å kartlegge



Foto: Anne-Britt Mathisen

hva pårørende tenkte om situasjonen og så gi støtte og forklaringer ut fra deres ståsted og forståelse (13). Pårørende kan ha behov for støtte på flere områder, både følelsesmessig og kognitivt (14). Enkelte intensivsykepleiere følte de manglet kunnskap, både i forhold til å forklare diagnose og behandling og møte pårørendes følelsesmessige reaksjoner. De pårørendes emosjonelle reaksjoner gjorde dessuten et sterkt inntrykk på intensivsykepleierne (3, 7, 8).

Intensivsykepleierne beskrev at deres støtte til familien i stor grad omhandlet å hjelpe dem til å forstå konseptet hjernedød og gi slipp på tvilen, i relasjon til hva pårørende faktisk så; at deres kjære var død, men så levende ut (9). Å være tilstede, vise respekt, empati og ydmykhet ble beskrevet som viktige egenskaper hos sykepleieren i deres møte med pårørende (5). Dette inkluderte også å gi familien tid og privat rom for å uttrykke deres kjærlighet og sorg ovenfor den avdøde. Ofte følte intensivsykepleierne at deres

tilstedeværelse var en «inntrenger» i forhold til familiens private behov (13). En uprofesjonell holdning, fravær av empati og mangelfull informasjon kunne bli oppfattet som respektløst av pårørende og skape mistro (14). Å skape en god relasjon ble ansett som viktig. Intensivsykepleierne mente at deres forhold til pårørende og pårørendes tillit til behandlingsteamet, kunne innvirke på hvilket svar de fikk da spørsmålet om organdonasjon ble stilt (5, 11).

Ansvarer ovenfor pårørende endret seg når spørsmålet om organdonasjon var stilt og en avgjørelse tatt. Fra å være tilbakeholdne med informasjon og opplysninger, hadde intensivsykepleieren nå en aktiv rolle i forhold til å informere, støtte, råde og hjelpe pårørende til å mestre situasjonen (11). Flere intensivsykepleiere opplevde imidlertid den organbevarende behandlingen som så tidkrevende at det gikk utover deres tid til støtte og omsorg for pårørende (3, 7). Arbeidsoppgavene og kompleksiteten i situasjonen krevde

tilstedeværelse av to intensivsykepleiere, hvor en hadde ansvaret for den organbevarende behandlingen og en for pårørende (7). Intensivsykepleierne opplevde det givende, både profesjonelt og emosjonelt, i de tilfellene hvor de klarte å møte familiens behov og vise empati i deres sorg (13).

Intensivsykepleierne mente det var svært viktig at pårørende fikk tatt en endelig avskjed etter organuttaket. Fokuset var ikke lenger preget av teknologi og medisiner, men av blomster og lys. Døden var nå tydelig og gjenkjennbar (11, 13).

Tverrfaglig samarbeid

For å ivareta donoren og familien på best mulig måte gjennom organdonasjonsprosessen beskrev intensivsykepleierne viktigheten av et godt samarbeid og gjensidig respekt innad i behandlingsteamet (7). Intensivsykepleierne er kontinuerlig hos og nær donoren og de pårørende gjennom hele prosessen. De beskrev det

imidlertid som svært viktig at ansvarlig lege også var tilstede i situasjonen, både med tanke på den organbevarende behandlingen og pårørende. Intensivsykepleieren opplevde større grad av trygghet og kjente seg sikrere i sine arbeidsoppgaver da dette var tilfelle (5).

Flere intensivsykepleiere mente at prosessen og hvordan den utviklet seg i stor grad var avhengig av legens kunnskap, holdning og erfaring på området (8). Intensivsykepleierne beskrev konflikter knyttet til om spørsmålet vedrørende organdonasjon skulle stilles og når og hvordan spørsmålet ble stilt (4). En god dialog mellom sykepleier og lege og en opplevelse av at de var på samme sted i prosessen, ble ansett som essensielt og gjorde prosessen forutsigbar (7). Intensivsykepleierne ble frustrerte hvis spørsmålet vedrørende organdonasjon ble utsatt eller legens respons på ordinasjoner manglet (3, 4). De fryktet at organene kunne gå tapt som et resultat av uteblitt engasjement og følte seg hindret i sitt arbeid med den organbevarende behandlingen (3). Komplexiteten i situasjonen involverer mange ulike profesjoner og personer og enkelte ganger opplevde intensivsykepleieren dette som et forstyrrende element som truet hennes oversikt i situasjonen (6).

3. Opplevelser relatert til intensivsykepleierens profesjon og person i situasjonen

«Den spesielle situasjonen»

Intensivsykepleierne beskrev sine opplevelser ved deltakelse i organdonasjon som dramatisk, krevende, utfordrende, gripende, uutholdelig og stressende. Pasientens alvorlige diagnose, plutselige og uventede død og møte med familiens emosjonelle reaksjoner gjorde sterke inntrykk. Situasjonen ble beskrevet som «annerledes» eller «noe spesielt i luften» og stemningen i avdelingen kunne bli oppjaget (3, 5, 6).

Deres beskrivelser gir et bilde av et utfordrende og komplekst ansvar. Organdonasjon er en situasjon hvor intensivsykepleierne opplevde å måtte ivareta motstridende hensyn; i forhold til gjennomføringen av en organdonasjon og en verdig håndtering av den døde (12). I en studie fra Iran fortalte enkelte intensivsykepleiere at de flere ganger hadde hatt lyst til å frigi pasienten fra den smerten de mente organ donasjon presenterte, men at de ikke kunne gjøre dette grunnet deres profesjonelle rolle og plikt (6).

Brasilianske intensivsykepleiere opplevde at organdonasjon handlet om noe mer enn liv og død, en dimensjon utover det døde mennesket. Dette resulterte i at deres syn på sykepleie til donoren strakk seg til noe mer enn det instrumentelle, tekniske og følelsesmessige. Kulturelle og religiøse verdier måtte inkluderes på en ydmyk og respektfull måte (12).

En studie fra Texas viste at intensivsykepleierens konfrontasjon med organdonasjon skapte usikkerhet grunnet mangel på fastsatte rammer i USA for hvordan man skal utøve sykepleie til pasienter diagnostisert hjernedøde. De opplevde at de utøvde sykepleie med grunnlag i situasjoner der pasienten er levende og at disse tiltakende kanskje er upassende i ivaretagelsen av en avdød (10). De brasilianske intensivsykepleierne i Salada og Mendes (9) sin studie, opplevde på sin side at fastsatte prosedyrer, som de var pliktet til å følge, fratok dem muligheten til innflytelse og medvirkning i organdonasjonsprosessen.

Intensivsykepleierne følte noen ganger at situasjonen var lite human, men på den andre siden ikke, siden den gav mulighet for andre syke til et nytt liv (9). Flere studier viser at det er den avdødes ønske om å bli organdonor og resipientens mulighet for transplantasjon, som motiverer intensivsykepleieren til innsats i den organbevarende behandlingen (5, 8,

11, 12). Hvis en organdonasjon førte til en vellykket transplantasjon og man klarte å støtte og gi omsorg til pårørende, beskrev intensivsykepleieren opplevelsen som givende, oppløftende og en positiv utfordring i deres arbeidshverdag (10,13).

Psysiske utfordringer, emosjonelle og fysiske reaksjoner

Å møte familiens krise og sorg gjorde sterkt inntrykk og intensivsykepleierne hadde vanskelig for å skjule egne følelser. Deres møte med pårørendes fysiske og psykiske reaksjoner ble beskrevet som smertefullt og tøft. Hvis organdonoren var et barn eller ungt menneske, eller intensivsykepleieren identifiserte seg selv i situasjonen, ble de involvert følelsesmessig i enda større grad (3, 6). En profesjonell holdning ble beskrevet som viktig for at intensivsykepleieren ikke skulle «miste seg selv» i denne vanskelige situasjonen (5). Både legens og familiens ambivalens til og avventende avgjørelse om samtykke til organdonasjon kunne resultere i at organene ikke lengre kunne doners. Intensivsykepleieren opplevde frustrasjon og stod igjen med en følelse av skuffelse og nederlag da de ikke klarte å oppfylle familiens ønske eller skaffe til veie organer til transplantasjon (3).

Emosjonelle og krevende situasjoner kunne for noen intensivsykepleiere gi seg uttrykk i kroppslige reaksjoner; problemer med å sovne og sove, mareritt, magesmerter, kvalme, liten matlyst, fysisk utmattelse og gråt (6, 10). For å ta vare på seg selv, var intensivsykepleierne bevisst på å gjøre positive ting da de kom hjem; være med familie, trene, se film eller høre musikk (10). Hos enkelte av de iranske intensivsykepleierne fikk donoren en åndelig dimensjon ved at de forestilte seg at donoren kunne vurdere deres arbeid og høre deres beslutninger. Disse betraktningene gjorde intensivsykepleieren usikker og nølende og lite komfortabel i situasjonen. Også etter organuttaket hadde enkelte

intensivsykepleiere opplevd en åndelig tilstedeværelse av organdonoren i rommet (6).

Betydningen av kunnskap og erfaring

Deltakelse i organdonasjonsprosessen er mer stressende og utfordrende for intensivsykepleieren når hun ikke har god nok faglig kunnskap og liten eller ingen erfaring på området. Intensivsykepleierens praktiske erfaring erverves gjennom deltakelse i prosessen, men situasjonen er relativ sjelden. I 2013 ble 111 organdonasjoner gjennomført i Norge, fordelt på 26 donorsykehus (15). Muligheten for intensivsykepleierne til deltakelse er derfor svært begrenset og deres erfaring blir deretter.

Særlig i møte med pårørendes ulike reaksjoner ble kunnskap, profesjonell kompetanse og erfaring og det «å kjenne seg selv» beskrevet som viktig (7, 10). I den organbevarende behandlingen innvirket intensivsykepleierens kunnskaper og erfaring på hvor i prosessen de opplevde at de var. Erfaring gav intensivsykepleierne en trygghet og forståelse av hva som ventet dem videre og en mulighet til å forberede seg (7).

Det var ulikt i hvilken grad intensivsykepleierne benyttet seg av sykehusets ressurser til debrifing. Enkelte var mest opptatt av å få kollegial støtte mens de stod i situasjonen (10). I to av studiene konkluderes det imidlertid med at intensivsykepleierne i mye større grad skulle hatt tilbud om organisert og systematisk debrifing og et godt tilrettelagt fysisk og psykisk arbeidsmiljø for å møte og takle de utfordringene organdonasjonsprosessen repre-senterte (3, 6).

Avslutning

Denne artikkelen viser at donasjonsprosessen oppleves som kompleks og utfordrende, både profesjonelt og personlig for intensivsykepleieren. Studier fra Sør

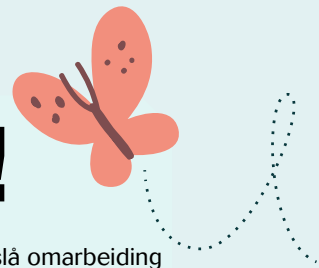
Amerika og Midtøsten skiller seg litt ut med tanke på den innflytelsen deres religiøse og kulturelle verdier har på menneskesynet, hjernedødbegrepet og donorens dimensjon utover en død person. De skandinaviske, amerikanske og australske studiene har ikke dette perspektivet. Alle studiene understreker imidlertid at donorens behandling og den omsorg og støtte som gis pårørende, skal utøves med stor respekt slik at donorens verdighet ivaretas. Håpet er at resultatet kan være til nytte for andre intensivsykepleiere i deres møte med organdonasjon. En naturlig vei videre kunne vært en studie på hvilke mestringsstrategier, faglig kunnskap og opplæring som anses viktig for intensivsykepleieren ved deltakelse i organdonasjonsprosessen.

Referanser

1. OUS Rikshospitalet/NOROD. Protokoll for Organdonasjon - En veiledning for Norske Sykehus. Hentet fra NOROD.no, Norsk Ressursgruppe for Organdonasjon: <http://www.NOROD.no>. 2013
2. Nortvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Nordheim LV, Reinart LM. Jobb Kunnskapsbasert. Oslo: Akrib AS. 2013
3. Hibbert M. Stressors experienced by nurses while caring for organ donors and their families. *Heart and Lung* 1995;24(5):399-407
4. Day L. How nurses shift from care of a brain-injured patient to maintenance of a brain-dead organ donor. *Am Journ of Crit Care* 2001;10(5):306-312
5. Floden A, Forsberg A. A phenomenographic study of ICU-nurses' perceptions of and attitudes to organ donation and care for potential donors. *Int and Crit Care Nurs* 2001;25: 306-313
6. Salehi S, Kanani T, Abedi H. Iranian nurses' experiences of brain dead donors care in intensive care units: A phenomenological study. *Iranian Journ of Nurs and Midwifery Res* 2003;16(6):475-482
7. Meyer K, Bjørk IT. Change of focus: from intensive care towards organ donation. *European Society for Organ Transplantation* 2008;21:133-139
8. Floden A, Berg M, Forsberg A. ICU nurses' perceptions of responsibilities and organisation in relation to organ donation - A phenomenographic study. *Int and Crit Car Nurs* 2011;27:305-316
9. Sadala ML, Mendes HW. Caring for Organ Donors: The Intensive Care Units Nurses' View. *Qual Health Res* 2000;10(6):788-805
10. Ndlovu Q. Organ Donation: A study of the experiences of intensive care unit registered nurses from a large urban hospital in central Texas. 2011 Hentet fra ProQuest, Dissertations & Theses - Gradworks: <http://gradworks.umi.com>
11. Forsberg A, Floden A, Lennerling A, Karlsson V, Nilsson M, Fridh I. The core after death care in relation to organ donation - A grounded theory study. *Int and Crit Car Nurs* 2014;30:275-282
12. Virginio BC, Lavoyer Escudeiro C, Christovam Pompeu B, Silvono ZR, Guimaraes TC, Oroski G. Death and organ donation from the point of view of nurses: a descriptive study. 2014 Hentet fra Online Brazilian Journ of Nurs: www.objnursing.ufr.br
13. Pearson A, Robertson-Malt S, Walsh K, Fitzgerald M. Intensive care nurses' experiences of caring for brain dead organ donor patients. *Journ Of Clin Nurs* 2001;10:132-139
14. Meyer K. Organdonasjon. I: Gulbrandsen T, Stubberud DG. Intensivsykepleie. Oslo: Akrib AS. 2010
15. NOROD. Årsrapport Organdonasjon og Transplantasjon i Norge 1. Januar - 31. Desember 2013. Hentet fra NOROD.no Norsk Ressursgruppe for Organdonasjon: <http://NOROD.no>



SEND INN STOFF TIL INSPIRA!



InspirA er et ikke-fagfelleverdert tidsskrift. Redaksjonen vurderer kritisk det som sendes inn, og kan foreslå omarbeiding i samråd med innsender, eventuelt avslå bidrag som ikke fyller krav til et godt faglig nivå eller er interessant for fagmiljøene. Ved masterløp i anestesi- eller intensivsykepleie kreves det ved artikkelbaserte oppgaver fagfellevurdering, hvilket InspirA per idag dessverre ikke kan bidra med.

Dersom du derimot har skrevet fordypningsoppgave (90 poengs videreutdanning), har drevet kvalitetsforbedringsarbeid eller andre prosjekter, har vært på et interessant kurs, har opplevd et spennende case eller har annet du mener er av interesse for kollegaer inn- og utland, kontakt redaksjonen! Vi er behjelpelig med veiledning til utarbeiding, eller med å omarbeide til artikkelform. Innsendte, ferdige bidrag mottar et honorar på kr 1000,-. Artikler utarbeidet av redaksjonen mottar ikke honorar. Fagartikler skal være på maksimalt 3000 ord (exl referanser), og vi bruker Vancouver referansestil. Illustrasjonsbilder mottas med takk, men er ingen forutsetning! Vi er også glad for positiv og negativ kritikk fra deg som leser; send gjerne en mail på dleo@online.no med en tilbakemelding om hva du mener om bladet!

Spørsmål eller bidrag sendes redaktør Ann-Chatrin Leonardsen: dleo@online.no

-eventuelt redaksjonsmedlemmene:

Anne-Mette Nygaard: anne.m.nygaard@hiof.no

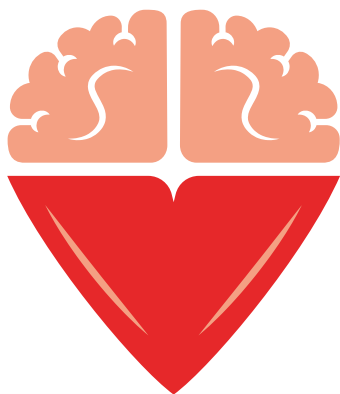
Gerd Bjørknes: gerd@fredfiber.net

Ellen Marie Lunde: ellenmarielunde@gmail.com

BLADET BLIR IKKE BEDRE ENN DET VI MOTTAR AV STOFF FRA DEG SOM SPESIALSYKEPLEIER!

Med ønske om en inspirerende, varm og fin vår til alle lesere!

Ann-Chatrin, Gerd, Anne-Mette og Ellen



FORNUFT OG FØLELSER

Fagkongress Gardermoen 2016

7. – 9. september 2016



FRIE FOREDRAG OG POSTERE

For å få antatt et fritt foredrag eller en poster må det på forhånd sendes inn et abstrakt på maksimalt 300 ord (bruk mal fra www.intensivkongress.no).

Utfylt abstract i wordformat sendes til:

syvu@ahus.no innen 1. juni 2016.

Beste poster vil bli premiert!

FAGLIG OG SOSIALT PROGRAM

Det faglige og sosiale programmet er klart, og du finner informasjonen på: www.intensivkongress.no.

Velkommen!

AKTIVITETSKALENDER MARS 2016

KLÆKKENSEMINARET 2016 AIO Buskerud inviterer til FAGLIG SEMINAR

31. mars - 1. april, 2016. Klækken Hotell, Ringerike

Velkommen til et spennende og lærerikt faglig seminar, en flott måneskinnsstur eller en oppfriskende dukkert i bassenget - og en festmiddag du sent vil glemme!!! For mer informasjon og påmelding: www.ALNSF.no, www.NSFLIS.no og www.overblikk.net

WFCN - WORLD FEDERATION OF CRITICAL CARE NURSES

21 – 23. APRIL 2016

CLINICAL CRITICAL CARE: Communication Collaboration Culture -an International Conference Brisbane Convention & Exhibition Centre, QLD AUSTRALIA

VÅRKURSET 2016

29. - 30. April 2016 Sted: Enebakkveien 625, Siggerud

ALNSF Oslo og Akershus inviterer til Vårkurset 2016. Vi ønsker velkommen til inspirerende dager i fine omgivelser ca 1/2 time fra Oslo. Kurset har nå "gått i land", og vi vil arrangere vårt tradisjonelle Vårkurs i landlige omgivelser. Program og påmeldingsskjema vil bli lagt ut på www.alnsf.no
Påmeldingsfrist: 07.03.2016

TNCC KURS

2.-4. Mai 2016: Olavsgaard, Hvam, Akershus

Påmelding: <https://www.nsf.no/kurs-og-konferanser/2557471/10494>

WCNA-THE 12TH WORLD CONGRESS OF NURSE ANAESTHETIST

Glasgow, Skottland, Storbritannia. 13.-16. Mai 2016

Mer informasjon på: <http://www.wcna2016.com/>

EUROANAESTHESIA 2016- The Europe Anaesthesiology Congress

28 mai - 30 mai 2016 London, England, Storbritannia.

Mer informasjon på: <https://www.esahq.org/congresses/euroanaesthesia-2016>

NORDIC CONFERENCE IN NURSING RESEARCH

15.-17. JUNI 2016, STOCKHOLM

Den andre nordiske konferansen i sykepleieforskning vil samle forskere fra alle de nordiske landene. Konferansen har som mål å forbedre forbedringer i pleieforskningsmetode og skape en arena for nettverksbygging. Mer informasjon på: <http://www.sykeplejekonference.dk/>

ALNSF FAGKONGRESS 2016 - HELT PÅ VIDDA

2.- 4. september 2016 på Røros

ALNSF Sør-Trøndelag (se annonse i bladet)

NSFLIS FAGKONGRESS 2016-FORNUFT OG FØLELSER

7.-9. September på Gardermoen (se annonse i bladet)

NOKIAS 2016 Turku

"Vi har det privilegium å invitere deg til den 14. Nokias kongressen i Turku den 15. til 17. september 2016.

Den finske foreningen for anestesisykepleiere, FANA, er stolt over å være vertskap for NOKIAS2016, Nordisk kongress for intensivsykepleiere og anestesisykepleiere. Temaet for kongressen er "Med pasienten i fokus" som dekker flere ulike felt av våre spesialiteter knyttet til anestesi og intensivbehandling". Du kan lese mer om NOKIAS 2016 her: <http://congress.utu.fi/NOKIAS2016/>

KOMPETANSEPROGRAM FOR ANESTESISYKEPLEIERE

Avdeling for anestesisykepleie, Oslo universitetssykehus (OUS). Uke 43, 24. – 27. oktober 2016, OUS.

Kontaktinformasjon: uxbtet@ous-hf.no

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



Foto: Kommunikasjonsavdelingen, Haukeland Universitetssykehus

SJEKKLISTER - til begjær eller besvær?

Av Hilde V. Wæhle, Anette Storesund, Eirik Sjøteland og Arvid S. Haugen

WHO sjekklisten «Trygg Kirurgi» er implementert i norske sykehus for å redusere uønskede hendelser og øke pasientsikkerheten. Riktig bruk av sjekklister er avgjørende for suksess.



Anette Storesund

- Sykepleier, 1999 (Høgskolen i Agder, Arendal)
- Master of Critical Care Nursing (Honours), 2005, Griffith University, Gold Coast Campus, Australia
- Intensivsykepleier postoperativ seksjon, Haukeland Universitetssykehus

- Erfaring fra hematologi, intensiv og postoperativ
- PhD-stipendiat (Helse Vest, Program for Pasientsikkerhet)
- Forskning: Smerte, Pasientsikkerhet



Arvid Steinar Haugen

- Sykepleier, 1993 (Betanien, Bergen)
- Anestesisykepleier, 1999 (Haukeland universitetssykehus - HUS)
- Høgskolelærer i anestesisykepleie, 2004/2005 (Høgskolen i Bergen)
- MSc, 2007 (Sykepleievitenskap, Universitetet i Bergen – UIB)

- PhD, 2014 (Klinisk Institutt 2, UIB, Helse Vest stipendiat)
- Fagsjef sjukepleie for anesthesi, operasjon og intensiv, 2013 (Kirurgisk serviceklinikk, HUS)
- Postdoktor, 2015 (Helse Vest, program for Pasientsikkerhet)
- Forskning: pasienterfaringer (perioperativ angst), sikkerhetskultur, kirurgiske sjekklister



Hilde Valen Wæhle

- Sykepleier, 1996 (Høgskolen i Bergen)
- Videreutdanning i anestesisykepleie, 2001 (Høgskolen i Bergen)
- Master i Kunnskapsbasert praksis for helsefag, 2011 (Høgskolen i Bergen)
- PhD Stipendiat (Helse Vest, Program for Pasientsikkerhet)

- Erfaring fra anesthesi- og akuttmedisin, og kvalitetsforbedringsarbeid på systemnivå.
- Forskning: Pasientsikkerhet, implementering, teamarbeid



Eirik Sjøteland

- Cand med 1982
- Spesialist anesthesiologi 1990
- Dr med 2002
- Førsteamanuensis Institutt for Biomedisin UiB 2003-2009
- Erfaring fra anesthesi- og akuttmedisin
- Seksjonsoverlege Kirurgisk Serviceklinikk, Haukeland Universitetssykehus

- Forskning: Lab, Dyremodell, Pasientsikkerhet, Vanskelige luftveier

Bakgrunn

Bruk av sjekklister for å kontrollere for potensielle risiki har lenge vært anvendt i ulike bedrifter innen høyrisikoinndustri. Sjekklister- med formål om å fungere som sikkerhetstiltak, implementeres nå for fullt i ulike deler av spesialisthelsetjenesten,

både i forskningsprosjekter og som kvalitetsforbedringstiltak. Bruken av sjekklister ble for alvor koblet til forbedringsarbeid og pasientsikkerhet i norske sykehus gjennom «Trygg Kirurgi», som ett av de 10 første innsatsområdene i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender». Denne kampanjen fortsatte som et femårig nasjonalt pasientsikkerhetsprogram fra 2014,

der eksisterende innsatsområder ble videreført med mål om å redusere pasientskader ved hjelp av målrettede tiltak, som for eksempel av WHO sin «Sjekkliste for Trygg Kirurgi». Denne sjekklisten er nå implementert i de fleste operasjonsavdelinger i landet og gjennomgås som standard prosedyre før, under og etter et kirurgisk inngrep. Operasjonsavdelinger er beskrevet som arenaer med høy avviksrate og hvor konsekvensene av avvik er alvorlige (1). Dette kan skyldes at kirurgiske inngrep inneholder i økende grad komplekse prosedyrer. Det er velkjent at effektivt, tverrfaglig samarbeid er karakterisert som en viktig faktor for pasientsikkerhet. Mangel på tverrfaglig samarbeid har imidlertid vist å kunne påvirke utfallet av helsetjenester og pasientbehandling i negativ retning (2, 3). Kvaliteten på samarbeidet avhenger derfor av teamets arbeidskultur, dets kommunikasjon så vel som praktiske ferdigheter (4). Det er fremdeles diskusjoner i fagmiljøer, både nasjonalt og internasjonalt, hvorvidt «Sjekkliste for Trygg Kirurgi» egentlig virker som forbedringstiltak og faktisk bidrar til å redusere komplikasjoner i forbindelse med kirurgi. Dette til tross for at det er vist signifikant reduksjon av komplikasjoner etter kirurgi etter innføring og bruk av WHO sjekklisten «Trygg Kirurgi» på operasjonsstuen (5, 6), og «SURPASS» sjekklitesystemet for hele det perioperative forløpet (7). I tillegg er det vist i en systematisk oversiktsartikkel at sjekklister innen medisin på sykehus generelt kan bidra til at flere helsearbeidere følger etablerte retningslinjer og protokoller, styrker kommunikasjon, øker forståelsen av daglige gjøremål, og reduserer informasjonstap. Sjekklister kan også redusere forekomst av uønskede hendelser, liggedøgn i sykehus, komplikasjoner og dødsfall (8). I stedet for å diskutere hvorvidt sjekklisten har effekt eller ikke, bør man derfor heller adressere hvorfor og hvordan sjekklister kan ha effekt- og hvilke tiltak som bør iverksettes for å sikre optimal bruk av sjekklisten. Dette kan bidra til å forbedre pasientsikkerhet og kulturen i operasjonsavdelinger over tid.

For det første; Sjekklisten må defineres og forstås av de som skal bruke den

En sjekkliste er definert som «a formal list identifying items or a group of elements to be verified and consecutively checked and ticked off, enabling the user to omit human memory flaws» (9-12). Den kan sees som et informasjonsverktøy som kan brukes for å redusere feil og mangler ved å kompensere for potensielle begrensninger ved den menneskelige hukommelse og oppmerksomhet. En sjekkliste kan videre sikre standardisering og fullstendighet i utførelsen av en oppgave, og samtidig hindre iverksettelse av en feil eller risikofylt prosedyre. Det er to hovedkategorier sjekklister, med ulik metode for gjennomgang: 1) «To-do-list» der sjekklisten brukes til å utføre oppgaver ved hjelp av en liste tilsvarende en kokebok og 2) «Challenge-verification-response» der arbeidsprosesser og / eller oppgaver skal være utført i forkant, og der sjekklisten brukes til å bekrefte at disse faktisk allerede er utført. «Sjekkliste for Trygg Kirurgi» er av WHO definert i den siste kategorien, og intensjonen er at sjekklisten gjennomgås i det tverrfaglige kirurgiske teamet.

Det er viktig at sjekklister er godt utformet med klar tekst og god design. Teksten bør gjerne være utformet slik at svaret på et bestemt punkt angis på listen, slik at når listen brukes i en «challenge-verification-response» situasjon, er det entydig hva svaret skal være når en person i teamet gjennomfører listen muntlig og en annen person svarer. **For at sjekklisten skal kunne virke som et proaktivt tiltak for å hindre identifiserte risiki, er det imidlertid av vesentlig betydning at deltakerne som bruker den forstår risikobildet likt.** Gjeldende arbeidskultur som omfatter kompleksiteten av verdier, holdninger, normer og uskrevede regler blant deltakerne i teamet, vil gjenspeiles i hvordan deltakerne arbeider og kommuniserer sammen. Det omfatter også hvordan vi tilpasser oss endringer, reagerer på uheldige hendelser og håndterer risiko, inklusiv bruken av en felles sjekkliste.

For det andre; Sjekklistens innhold må være kunnskapsbasert og ha tverrfaglig forankring

«Sjekkliste for Trygg Kirurgi» er ment å være et hjelpemiddel til å redusere avvik fra etablerte prosedyrer i forbindelse med kirurgiske inngrep, og derav følgende skader og komplikasjoner. De ulike elementene i sjekklisten er forankret i evidens ut fra tiltak som forbedrer pasientsikkerheten, og inneholder spørsmål som skal sikre at viktige elementer for sikkerhet er innlemmet i forberedelsene på operasjonsstuen (13). Sjekklisten ble utviklet gjennom et internasjonalt, tverrfaglig samarbeid med eksperter fra ulike fagfelt, der alle WHO regioner var representert. I tillegg er sjekklisten tre-delt, slik at de viktige elementene blir adressert på egnede tidspunkt i det kirurgiske forløpet; 1) forberedelse, 2) time-out, og 3) avslutning. Kunnskapsgrunnlaget for selve innholdet og utformingen er således basert på forskningsvidens. De ulike elementene i sjekklisten tar også hensyn til kompleksiteten av arbeidsprosesser og oppgaver i et tverrfaglig, kirurgisk team. Anerkjennelsen av denne kompleksiteten er viktig i forståelsen for hvordan sjekklisten virker. Sjekklister kan forebygge komplikasjoner som blødninger, infeksjoner og uønskede hendelser når den brukes etter intensjonen, f. eks ved at en kontrollerer for om varmetiltak trengs for å ivareta normotemperatur hos pasienten eller at ordinert antibiotika blir administrert før knivtid start. Ved å gjennomføre sjekklisten blir arbeidsprosessene standardisert slik at de utføres ved hver enkelt operasjon.

For det tredje; Sjekklisten er avhengig av konsensus i teamet- både overfor bruk og utførelse

I en tilsynssak publisert av Helsetilsynet (14), påpekes det at manglende skriftlige prosedyrer og mangelfull implementering av sjekklisten for Trygg kirurgi var sterkt medvirkende til at det ble begått en feil med konsekvens for pasient. **Det å bruke**

sjekklisten etter intensjonen, krever at den er tilstrekkelig implementert og at det er en felles forståelse for bruken i alle disiplinene i det kirurgiske teamet (15). For at implementering av en bestemt intervensjon- som sjekklisten- skal kunne vise godt resultat, så avhenger dette av nyttige og effektive implementeringsaktiviteter (tabell 1) (16). Implementeringsforskning har vist at ved innføring av kunnskapsbaserte tiltak og intervensjoner der man ikke oppnår effekt, så forklares dette ofte (og feilaktig) med mangler ved intervensjonen, heller enn ved selve implementeringsaktivitetene. Ved innføring av WHO sjekklisten ved sykehus i Ontario, Canada, fant man ingen signifikant forbedring i pasientutfall, men forfatterne konkluderer med at bedre teamtrening og måling på etterlevelse, kunne ha gitt et annet resultat (17).

Lederen i NEJM understreker at man ikke vil få ønsket resultat av en sjekkliste bare ved å krysse av at man har brukt den. Effekt oppnås ved hjelp av alle prosessene som ligger i å bruke sjekklisten, som for eksempel kommunikasjon i teamet (18).

For å bruke sjekklisten for Trygg kirurgi på en korrekt og effektiv måte må det være sammenheng mellom prosedyrer som utføres i forkant, innhold i sjekklisten, og selve gjennomføringen av sjekklisten. Tydelig ledelse av gjennomgangen, å få hele teamet til å stoppe opp mens en gjennomgår sjekklisten, og aktiv verbal bekreftelse fra teamet på sjekkpunktene som gjennomgås er viktig for kvaliteten på gjennomføringen (19). For å oppnå god kvalitet på sjekklistebruken trengs også aktivt lederskap og gode faglige prosesser. Ved å benytte audit/ feedback metodikk ved bruk av registreringsdata kan ledere gi tilbakemelding til ansatte på lokal etterlevelse på bruken av sjekklisten. I Helse Bergen måles bruk av alle tre delene av sjekklisten, fordi studier viser at resultatene blir best når alle tre delene er gjennomgått

Tabell 1. Interaksjon mellom effekt av sjekklisteintervensjon- og implementeringsaktiviteter

Effekt av implementeringsaktiviteter		Nyttig (effektiv)	Unyttig (ineffektiv)
Effekt av sjekkliste intervensjon	Nyttig (effektiv)	Godt implementerings- resultat. Godt resultat av sjekklistebruk.	Svakt implementerings- resultat. Svakt resultat av sjekklistebruk.
	Unyttig (ineffektiv)	Godt implementerings- resultat. Svakt resultat av sjekklistebruk.	Godt implementerings- resultat. Svakt resultat av sjekklistebruk.

Fritt oversatt etter Tabell 5, Fixen et al. 2005

(6). Elektronisk rapportering av sjekklistebruken blir aktivt brukt som en kvalitetsindikator for kvalitetsforbedring ved å gi lederne oversikt på hvordan etterlevelse er i egen avdeling. Det pågår flere forskningsprosjekt knyttet til bruk av sjekklister i Helse Bergen, som er finansiert og utgår fra Program for Pasientsikkerhet i Helse Vest.

Referanser

1. Fragata J. The importance of ICU culture I: Chiche J-D, Moreno R, Putensen C, Rhodes A. red. Patient safety and quality of care in Intensive Care Medicine. Berlin, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2009;47-63
2. Lingard L, Espin S, Whyte S, Regehr G, Baker GR, Reznick R, Bohnen J, Orse B, Doran D, Grober E. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. Qual Safe Health Care 2004; 13:330-4
3. Sevdalis N, Lyons M, Healey AN, Undre S, Darzi A, Vincent CA. Observational teamwork assessment for surgery: construct validation with experts versus novice raters. Annals Sur 2009;249:1047-51
4. Bosk CL, Dixon-Woods M, Goeschel CA, Pronovost PJ. The art of medicine: Reality check for checklists. Lancet 2009;374:444-5
5. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat A-HS, Herbosa T, Joseph S, Kibatala P, Lapitan MCM, Merry AF, Moorthy K, Rexnick RK, Taylor B, Gawande A: A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. NEJM 2009;360:491-9
6. Haugen AS, Sjøteland E, Almeland SK, Sevdalis N, Vonen B, Eide GE, Nortvedt MW, Harthug S. Effect of the WHO Checklist on Patient Outcomes: A Stepped Wedge Cluster Randomized Controlled Trial. Annals Sur 2015;261:821-8
7. de Vries EN, Prins HA, Crolla RMPH, den Outer AJ, Van Andel G, Van Helden S, Slack WS, van Putten MA, Gouma DJ, Dijkgraaf MGW, Smorenburg SM, Boermeester MA. Effect of a Comprehensive Surgical Safety System on Patient Outcomes. NEJM 2010;363:1928-37

8. Thomassen O, Storesund A, Sjøteland E, Brattebo G. The effects of safety checklists in medicine: a systematic review. Acta Anaesth Scan 2014;58:5-18
9. Vats A, Vincent CA, Nagpal K, Davies RW, Darzi A, Moorthy K. Practical challenges of introducing WHO surgical checklist: UK pilot experience. BMJ 2010;340:133-5
10. Degani A, Wiener EL. Cockpit Checklists: Concepts, Design, and Use. Human Factors. J Human Factors and Ergonomics Society 1993;35:345-359
11. Weiser TG, Haynes AB, Lashoer A, Dziekan G, Boorman DJ, Berry WR, Gawande AA. Perspectives in quality: designing the WHO Surgical Safety Checklist. Int J Qual Health Care 2010;22:365-70
12. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton, J.D. (1995) The Quality in Australian Health Care Study. Med Journal Aust 1995;163:458-71.
13. WHO Safe Surgery Saves Lives. World Health Organization, 2009. Safe Surgery Saves Lives. The Second Global Patient Safety Challenge. Hentet 03.02.2016 fra <https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/>
14. Helsetilsynet. Klinikk manglet rutiner for preoperativ utredning og melding av til operasjon og hadde manglende implementering av kontrollfunksjon av 08.01.2016. Hentet 03.02.2016 fra <https://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynssaker/Klinikk-manglet-rutiner-for-preoperativ-utredning-og-for-melding-av-pasienter-til-operasjon/>
15. Haugen AS, Høyland S, Thomassen Ø, Aase K: 'It's a state of mind' – a qualitative study of operating room experiences after two years with the WHO's Safe Surgical Checklist. Cog Tech Work 2015;17:55-62
16. Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM, Wallace F. Implementation Research: A Synthesis of the Literature. Tampa, FL: University Of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network;2005
17. Urbach DR, Govindarajan A, Saskin R, Wilton AS, Baxter NN. Introduction of surgical safety checklists in Ontario, Canada. NEJM 2014;370:1029-38.
18. Leape LL. The checklist conundrum. NEJM 2014;370:1063-4
19. Wæhle HV, Haugen AS, Sjøteland E, Hjalmskult E. Adjusting team involvement: a grounded theory study of challenges in utilizing a surgical safety checklist as experienced by nurses in the operating room. BMC Nurs 2012;11:16



På bildet foran fra venstre: Tone Leer, Randi Fosse Torgersen, Anne Kath Knudsen, Kari Nilsen, Jane Skaarberg. Bak: Merete Holland, Irene Busch Sørensen.

Verden samles rundt perioperativ sykepleie

Av Anne Kath Knudsen, Fagutviklingssykepleier | Postoperativ | AIO, Bærum Sykehus.

Den 3. internasjonale kongressen for perioperativ/perianestesi sykepleiere, ICPAN, fant sted i København fra 9.-12. september 2015, denne gang med solid representasjon fra Norge.

ICPAN står for International Collaboration of PeriAnesthesia Nurses. Tema for årets ICPAN kongress var "Caring and Sharing", med hovedtrykk på forsterkning av globale forbindelser innen perioperativ sykepleie. Kongressen hadde også denne gang en sterk internasjonal profil, med 420 påmeldte fra 20 forskjellige land.

Alle land organiserer seg og utfører oppgavene forskjellig. Alt fra preoperative forberedelser til ansvarsfordeling kan være annerledes enn det vi er vant med i Norge. Samtidig er oppgavene universelle, så det er mange nyttige erfaringer å dele. Temaene som ble belyst var vanskelig intubasjon, forebygging av perioperativ hypotermi, smertelindring, postoperativ urinretensjon, utfordringer rundt stadig flere overvektige pasienter og "handover" fra operasjon til postoperativ,



Omvisning på PACU Rigshospitalet

for å nevne noen. Det var også en omfattende posterutstilling som viste at det skjer mye spennende forskning innenfor vårt område.

Under 'The Gathering of Nations' satt vi sammen med sykepleiere fra forskjellige land i små grupper hvor vi kunne utveksle erfaringer. Der fikk

vi virkelig oppleve hvor forskjellig ting gjøres på forskjellige steder. For eksempel er USA og Australia ytterpunkter. Med høyt utdannede "Nurse Anesthetist" (CRNA) i USA som gir narkose, setter spinal og epiduraler på egen hånd. I Australia var det vanlig at nyutdannede sykepleiere begynte sin karriere på operasjonsstua der de assisterte anestesilegen og/eller kirurgen uten å ha spesialutdanning.

Kongressen i København åpnet med en høytidelig velkomst i byens rådhus. Før samlingen i rådhuset hadde vi mulighet til å besøke forskjellige sykehus i København- området, og det var mange som benyttet seg av det tilbudet. Vi var med på en 2 timers omvisning på PACU (Post Anesthesia Care Unit) ved Rigshospitalets abdominalsenter. Vi ble godt mottatt, fikk informasjon om hvordan de drev sin avdeling og ble vist rundt i lokalene. Besøket der var veldig interessant og utrolig lærerikt.

Deltagelse på ICPAN kongress passer for sykepleiere som jobber rundt operasjonspasienten. Sykepleiere på postoperativ, på dagkirurgen og spesialsykepleiere i anestesi, operasjon, og intensiv er målgruppen. På forrige kongress i Dublin var vi 3 sykepleiere fra Bærum Sykehus som de eneste representantene fra Norge, men i København var det deltagere fra hele landet. Det var både positivt, og veldig hyggelig.



Kolleger fra Sør-Korea.



Kolleger fra Sør-Korea, åpning i rådhuset.

ICPAN kongressen arrangeres annet hvert år. Den første fant sted i Toronto i 2011, og Dublin var vertskap i 2013. Lokasjonen for 2017 er ikke bestemt, men et stalltips fra København

var Australia, eller annet sted på motsatt side av kloden. Følg med i forberedelsene og lær mer om ICPAN på www.icpan.org.



Kongresshallen

”Helt på vidda?”

ALNSF SØR-TRØNDELAG INVITERER TIL GF OG FAGKONGRESS PÅ RØROS 2.-4. SEPTEMBER 2016



Fagprogram:

Fokuset vårt har vært å finne dyktige forelesere og fengende temaer. Komplett program vil snart være tilgjengelig på nettsiden vår. Noen få teasers er følgende: Anestesi ved selvsykdom, GUCH, brannskader, siste nytt innen væske/transfusjon, fordeler med dagkirurgi, samt mye mer! Er vi ”Helt på vidda”? Kom til Røros og avgjør selv!

Åpne foredrag

Har du lyst til å holde et foredrag på 20 min om ny forskning eller et tema som engasjerer deg? Send et kort abstrakt til rstraet@online.no innen 20.05 eller se mer informasjon på www.alnsf.no/fagkongress

Posters:

Har du relevant materiale som du ønsker å presentere på fagkongressen? Vi ønsker å vise fram gode posters fra anestesisykepleiere og honorer beste bidrag.

ALNSF Fagkongress 2016

vil bli arrangert på kultur- og konferansesenteret Storstuggu, kun 5 minutters gange fra sentrum i verdensarvstedet Røros Bergstad. I disse historiske og sjarmerende omgivelsene får du anledning til å delta på en fagkongress med et høyt faglig nivå på foredragene, du får mulighet til å oppdatere deg på teknologi og nytt utstyr innen anestesi, samt at du får utveksle erfaringer, pleie sosiale relasjoner og stifte bekjentskap med kolleger fra hele landet. Vi vil bli servert nydelig lokalprodusert mat, få oppleve kulturelle innslag fra lokalmiljøet samt at det blir anledning til å oppleve og oppdage Røros med sin gamle trehusbebyggelse, mange severdigheter og små, unike butikker og serveringssteder.

Påmelding, innkvartering og transport

Overnatting vil bli mulig på Hotell Røros, Bergstaden Hotell og Ertzscheidergården.

Følg med på vår hjemmeside www.alnsf.no/fagkongress for utfyllende informasjon om påmelding og transport.





Fagutviklingsmidler 2016

NSF utlyser også i år fagutviklingsmidler. Formålet med ordningen er å bidra til planlegging og gjennomføring av faglige utviklingstiltak i faggruppens regi.

Følg med på alnsf.no og Facebook ALNSF for utlysningstekst og søknadsfrist.

Nettverksmøte for Fagsykepleiere

Kom til Oslo torsdag 2. juni kl. 10.00 – 16.00!

Da arrangerer Utdanningsutvalget i ALNSF nettverksmøte for Anestesisykepleiere med fagansvar!

Vi håper på en utbytterik dag, med faglig input, kunnskapsdeling, erfaringer og utfordringer på agendaen. I mellomtiden håper vi at de kontakter som nå er knyttet vil bli flittig benyttet til videre deling av kunnskap og erfaringer, samt gode råd og tips vedrørende våre felles utfordringer. Har du en slik stilling og dette er ukjent for deg, ta kontakt med Utdanningsutvalget ved Bjørg Ingunn Fjogstad: fjogs@hotmail.com

ALNSF stipend deles ut på årets fagkongress på Røros

Følg med på www.alnsf.no for søknadsfrist og kriterier

Poster

Hvordan synliggjøre og sette ord på anestesisykepleierens funksjonsområde? Har du en spennende tematikk du vil dele med oss? Deltar du i et fagprosjekt som kan være interessant å få kjennskap til? I så fall: meld deg på med poster til årets fagkongress. Alle med relevant tematikk ihht vårt fag- og funksjonsområde kan delta. Send gjerne inn et abstrakt i forkant av kongressen, men det er ingen forutsetning. Posterne stilles ut under fagkongressen. Utdanningsutvalget kårer beste poster, som honorerer med 1000,- kr og diplom.

Påmelding av poster med tittel og forfatter meldes innen: 20.08. 2016

Påmeldingen merkes Poster og sendes til: siljeht@gmail.com
Dersom posteren ønskes/tillates publisert på ALNSFs hjemmeside sendes posteren elektronisk til samme e-postadresse som påmeldingen.

Ny webansvarlig

Kenneth Strømsvold er ny webansvarlig på www.alnsf.no. Kenneth er anestesisykepleier og jobber ved anesesiavdelingen i Kristiansand. Han er en erfaren "datamann", og er åpen for tilbakemeldinger om ting som kan gjøre det enklere for lokalgruppene. Spørsmål og tilbakemeldinger vedrørende nettside kan sendes til nettside@alnsf.no.



ALNSF styret benytter anledningen til å takke Atle Wernersen for de årene han har bidratt som webansvarlig.

ALNSF Generalforsamling på Røros 2. september 2016

Frist for innlevering av saker til årets GF er 2. april

"Det var ikke for jeg var på min første Generalforsamling (GF) at jeg forsto hva ALNSF egentlig driver med." Kanskje er dette en uttalelse mange kjenner seg igjen i?

Freitag 2. september arrangeres GF på Røros i Sør-Trøndelag.

GF er ALNSFs besluttede organ hvor fag og funksjon virkelig står i fokus. GF gir deg en innføring i mye av det som skjer i ALNSF organisasjonen. Her har du muligheten til å delta i diskusjoner, og til å stemme over saker som angår anestesisykepleierne i Norge.

Saker som tas opp er både orienteringsaker og vedtektsaker:

- Vedtektsakene stemmes over, og legger føringer for ALNSF sitt arbeid neste året.
- Orienteringssaker fører ikke til vedtak, men gir informasjon og fører gjerne til diskusjoner.

I forkant av GF sendes sakspapirene ut på mail til deg som er påmeldt GF. Dersom du leser gjennom disse på forhånd har du en god mulighet til å stille forberedt.

På GF er det valg til ALNSF-styre, utdanningsutvalg, kontrollutvalg og valgkomite.

Dersom du har har aktuelle saker til GF: Ta kontakt med din lokalgruppe og start med forberedelse av saken allerede nå.

Frist for innsending av saker er 2. april 2016. Saker sendes ALNSF til Rainer Domogalla på mailadresse: raineralexander85@gmail.com

MØT OPP og gi ALNSF et levende GF der vi medlemmene engasjerer oss til det beste for anestisefaget vårt!

VALG AV SENTRALSTYRE-MEDLEMMER GF 2016

Er du eller en du kjenner, interessert i en utfordring og mulighet til å være med på spennende fagutvikling og fagarbeid?

I følge ALNSFs vedtekter § 5, skal sentralstyret bestå av leder, nestleder, 4 medlemmer, utdanningsutvalgets leder og 1 varamedlem.

Valgperioden denne gang er på 1 år og gjenvalg kan skje. Roller i styret er til disposisjon.

**Ta kontakt med valgkomiteen/leder Siri Julusmoen (ALNSF Buskerud): Siri.julusmoen@gmail.com
merk mail: valg 2016. FRIST: innen juli 2016**





I disse dager er rapporten "NSFLIS Bemanningsstandard for intensivsykepleie" sendt ut til alle intensivavdelinger i landet.

Det er sendt ut 2 eksemplarer til alle avdelinger, og vi ønsker at rapporten skal være tilgjengelig for alle intensivsykepleiere. Det er et mål at ledere og sykepleiere på intensiv er kjent med denne standarden, og vi håper rapporten kan skape konstruktive debatter også lokalt.

Standarden er også sendt til høyskoler og universiteter som tilbyr videreutdanning eller master i intensivsykepleie, og til medlemmer av Helse- og omsorgskomiteen på Stortinget. Rapporten finnes også elektronisk på nettsiden www.nsflis.no



NSF's LANDSGRUPPE AV INTENSIVSYKEPLEIERE

Som vanlig er også NSFLIS avdeling Oslo meget aktive. De har i løpet av våren hele to seminarer på gang. Først er det **Fagkveld 30. mars kl. 16.30 på Ullevål sykehus**, Kreftsenteret. Tema: Behandling og overvåking til pasienter med hodeskade innlagt i intensivavdelingen.

Så følger Intensivt i Oslo 26. og 27. mai.



Hei alle dere som savner litt mer undervisning om barn på Intensiv

Barneintensiv på Rikshospitalet arrangerer et to dagers kurs nå i vår slik at de som ønsker kan lære mer. Det holdes den **7. og 8. april**. Kursavgift 1500,- lunsj inkludert.

Bindende påmelding innen 31. mars til tove.gjellum@ous-hf.no



Vi har gleden av å invitere til en spennende fagdag, åpen for alle med interesse for temaet **INTOX-nye og kjente**

Torsdag 14. April, Kjeldvika, NORD Universitetet, avd. Namsos. Påmeldingsfrist 30 mars.

Link til påmelding i boksen "Kalender" på www.nsflis.no

Pris (inkl lunsj): 350 for medlemmer i NSFLIS, 450 for ikke-medlemmer, 250 for studenter



NSFLIS Historie

NSFLIS har startet prosjektet NSFLIS Historie. 16.februar var prosjektgruppen samlet til oppstartsmøte i Oslo, men prosjektgruppen trenger dere som medlemmers hjelp for å lykkes med prosjektet.

Har du gamle bilder, historiske dokumenter eller historier som kan være av interesse, kan du ta kontakt med din lokalgruppeleder eller leder av NSFLIS.

NSFLIS lokalgruppeledere skal møtes i Drammen 17-18.mars og vil da få god informasjon om fremdriften av prosjektet og hvordan vi skal klare å samle nyttig og interessant stoff til prosjektet. Målsetning er at vi har boken klar i 2018, som er 40-årsjubileet til NSFLIS.

Skandinavisk Akuttmedisin 2016

det er fremdeles ledige plasser, men skal du være med bør du melde deg på i dag!

Foto: Liv K. Norland

5. og 6. april 2016 Thon Hotel Oslo Airport, Gardermoen

Et samlingspunkt for akuttmedisinsk personell i Skandinavia

Konferansen har hovedfokus på nye retningslinjer for HLR, og gir dere oppdatert kunnskap og spennende nyheter fra hele det akuttmedisinske fagområdet med sesjoner som:

- Organisering av prehospitaler tjenester i Skandinavia
 - Organisert samarbeid – kos eller kaos
 - De viktigste akuttmedisinske nyhetene i 2016
- HLR barn og nyfødte • AED registre i Skandinavia • ... og mye mer!

Stor utstilling av akuttmedisinsk utstyr!

For påmelding og oppdatert program, følg med på akuttmedisin2016.org

Konferansen arrangeres av Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin (NAKOS), i samarbeid med Prehospital klinikk, Oslo universitetssykehus HF, Norsk forening for traumatologi, akutt- og katastrofemedisin (NOTAK) og Norsk Resuscitasjonsråd (NRR)