HELSE BERGEN
Haukeland universitetssjukehus

## Høringsinnspill nye nasjonale retningslinjer for operasjonssykepleieutdanning

### 1. *I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov?*

Generelt mener vi det er en del mangler med forslag til retningslinjer slik det nå foreligger, både når det gjelder innhold (se spørsmål 5), men også ved at ordlyden i forslaget som kan fremstå noe utydelig. Et eksempel på dette er i § 5 b (Klinisk vurderings- beslutnings- og handlingskompetanse-Ferdigheter) der det står «Kandidaten kan anvende relevant kunnskap for klinisk beslutningstaking og handling relatert til symptomer og kliniske tegn på manglende dekning av grunnleggende behov». På bakgrunn av dette kan det det vanskelig å gi innspill til om utkastet er i tråd med fremtidens kompetansebehov.

Utdanningen må være i tråd med til enhver tid gjeldende behandlingsmuligheter innen kirurgi kompetansebehovet må sees i sammenheng med befolkningens fremtidig behov, blant annet forventet økning av avansert kreftkirurgi og kirurgi til eldre pasienter.

Dette medfører blant annet behov for opplæring og kompetanse innen avansert medisinsk utstyr og digital kompetanse. Et særlig viktig område for operasjonssykepleiere er pasientsikkerhet og forskriften kan med fordel harmoniseres med forskrift for anestesisykepleierutdanningen, som har tydeliggjort behov for denne kompetansen.

Det er ulike syn i fagmiljøene på om operasjonssykepleierutdanning på 90 studiepoeng er i tråd med tjenestens fremtidige kompetansebehov eller om en gjennomgående masterutdanning (120 studiepoeng) er den nødvendig kompetansen for å møte fremtidens krav i forhold til kvalitet, forskning, pasientsikkerhet og kunnskapsbaserte tjenester. Begrunnelsen for eventuelt 90 studiepoeng er bekymring for at gjennomgående master vil kunne redusere rekruttering til studiet. Ved mulighet for master påbygg etter erfaring som spesialsykepleier, kan masteroppgaven også få større relevans og tettere tilknytning til det aktuelle kliniske fagområdet.

### 2. *I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med pasientenes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene?*

Se svar spørsmål 1.

### 3. *Hvordan vurderes graden av detaljering sett i forhold til utdanningsinstitusjonens rett til autonomi og lokal tilpasning?*

Forskriften skal sikre et nasjonalt likeverdig faglig nivå, noe som bør tydeliggjøres mer enn i eksisterende forslag. Den benytter overordnete læringsutbytter med svært generelle formuleringer noe som gir stor tolkningsmulighet hos det enkelte utdanningsinstitusjon. Ved opptak bør det stilles krav om to års relevant klinisk erfaring, primært fra spesialisthelsetjenesten.

### *4. 4. I hvilken grad vurderes behovet for nasjonal standardisering å være ivaretatt i læringsutbyttebeskrivelsene?*

For å oppnå nasjonal standardisering er ønskelig med vekting av de ulike fagområdene slik at utdanningsstedene får føringer på hva som er viktigst å prioritere og arbeidsgivere vet hva de kan forvente av en ferdig utdannet operasjonssykepleier uavhengig av utdanningssted. Det må likevel være åpning for tilpasninger ut fra lokale behov og tilgjengelige praksisplasser.

### *5. Er det noen typer kompetanser som mangler i høringsutkastet til retningslinje?*

Retningslinjene må være tydelig på fagets kjerneoppgaver og reflektere fagets bredde. Det innbefatter blant annet operasjonssykepleiernes kompetanse i forhold til behandlingsrommene, dets standard og krav. Videre mangler en helhetlig tenkning inne smittevern og sterilforsyningskjeden. Operasjonssykepleierne har også ansvar for at riktig utstyr fungerer, at det er sjekket ut, og er på riktig plass til rett tid, herunder ligger kunnskap om riktig bruk av medisinsk teknisk og kirurgisk utstyr.

Generelt mangler læringsutbytter angående operasjonssykepleiers arbeid ved dagkirurgiske og polikliniske avdelinger, noe som vil øke i fremtiden. Ved dagkirurgi uten anestesipersonale har operasjonssykepleier ansvar for overvåking av pasienten og trenger kunnskap om klinisk observasjon og vitale parametere ut over det grunnutdanning i sykepleie gir, noe som også innbefatter oppstart av akuttbehandling ved kritiske dårlig pasient.

Pasient og pårørendes medvirkning må adresseres. Kunnskap om hvordan formidle informasjon til pasienter (før innledning av anestesi og for våkne pasienter under hele forløpet) må inngå i utdanningen.

Et operativt inngrep er en del av et pasientforløp og operasjonssykepleier må ha forståelse for hele behandlingsforløpet (større perspektiv). Det samme gjelder kunnskap om konkrete kommunikasjonsverktøy (f.eks. ISBAR) og trygg kirurgi.

Operasjonssykepleierens rolle ved beredskap- og krisehåndtering ved større ulykker, terror og i krigs- og katastrofeområder er det ikke dekket i eksisterende forslag, det samme er operasjonssykepleieres rolle i traumeteamet, både ved planlegging og akutte situasjoner.

Anatomi og fysiologi er vesentlig for å kunne utføre faget, blant annet ved leiring av pasient, vi foreslår derfor at § 4 a bør endres til «avansert kunnskap om organsystemers anatomi, fysiologi og patofysiologi med særlig relevans for operasjonssykepleie.

### *6. Er praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig beskrevet og gjennomførbar?*

**Praksislengde**: Praksisstudier er det viktigste bidraget til operasjonssykepleieres handlingskompetanse. Den er avgjørende for å kunne praktisere yrket forsvarlig. I retningslinjene er det foreslått at praksisstudier skal utgjøre minimum 28 uker a 40 timer (inkl. egenstudier eller andre relevante læringsaktiviteter). Vi foreslår en harmonisering av praksislengde og ukentlig arbeidstid med anestesi- og intensivutdanning (30 uker og med 30t/uke). Sykehuset støtter at praksis som et minimum skal inkludere både ortopedi og bløtdelskirurgi og at det ikke fastsettes uketall for det enkelte fagområde, men at dette kan tilpasses ut fra lokale forhold og tilgjengelige relevante praksisplasser. På bakgrunn av at mange utdanningsinstitusjoner har godt utbyggede

simuleringssentre mener vi det er formålstjenlig at utdanningen legger til rette for 2 ukers ferdighetstrening og simulering, ikke minst før oppstart av første praksisperiode.

Det er viktig at øking i antall studieplasser ikke går på bekostning av lengde på praksis eller kvalitet. Tilgjengelige læresituasjoner må være avgjørende for antall studenter i praksis og foreslått forslag om at studentene må få erfaring med både dag- og vaktarbeid støttes. Ved en økning i studieplasser og potensiell mangel på gode praksisplasser må antall praksisuker likevel opprettholdes. Muligheter for gode læresituasjoner må kontinuerlig vurderes ved hvert praksissted dersom antall studenter økes.

**«Veiledning normalt av samme profesjon»:** Høringsinstansene på sykehuset er enstemmige i at ordlyden i retningslinjene skal endres til «skal sørge for at praksisveileder er av samme profesjon».

**«Veileder fortrinnsvis på masternivå»***: Dette* er ikke mulig å gjennomføre per i dag, da det (foreløpig) er et fåtall av Helse Bergen sine operasjonssykepleiere som har master. Vi mener at erfarne operasjonssykepleiere med mange års klinisk erfaring, men uten master, har en uvurderlig og viktig kompetanse å gi videre til sine framtidige kollegaer.

**Formell veiledningskompetanse:** Veiledningskompetanse og kvalitet i veiledningen er viktig og noe sykehuset ønsker å ha fokus på, samt bygge opp over tid. Hvorvidt praksisveileder som *hovedregel skal ha **formell** veiledningskompetanse* og at dette skal forskriftsfestes er vi usikre på, da det er flere måter å heve veiledningskompetanse på, f.eks. gjennom internopplæring. Det er også rom for å tolke hva en praksisveileder er.

### *7. I hvilken grad er omfanget av utdanningen gjennomførbar innenfor rammene av utdanningen?*

Det er pr. i dag vanskelig å vurdere da retningslinjene mangler beskrivelse av en del av fagets sentrale kompetanseområder (se pkt. 5).

### *8. Er felles temaer/innhold for ABIOK-utdanningene som nevnt ovenfor hensiktsmessig inkludert?*

Det er for store forskjeller på fellesemnene mellom spesialitetene innen ABIOK-utdanningene, spesielt om tanken er at utdanningsinstitusjonene skal kunne gjennomføre fellesundervisning på tvers av spesialitetene. Helse Bergen anbefaler at det blir et etterarbeid for prosjektgruppene i RETHOS-3 å harmonisere innholdet og der det er mulig ha felles læringsutbyttebeskrivelser innen vitenskapsteori og metode, kommunikasjon, tverrfaglig samarbeid/teamarbeid, innovasjon og pasientsikkerhet.

Et forslag kan være at kapittel 6, §§ 16-18 i forslag til forskrift for anestesiutdanning kan bli felles for ABIO-utdanningene. Pasientsikkerhetsteori, kvalitets- og forbedringsmetodikk, pasientsikkerhetskultur og arbeidsmiljø er viktig for å kunne være med å skape fremtidens helsetjeneste. Kommende generasjoner og samfunnet for øvrig vil sannsynligvis i større grad også etterspørre og forvente forskningsbaserte tjenester, også på sykepleiersiden.