

### RETHOS 3: UTKAST TIL HØRINGSSVAR VEDRØRENDE OPERASJONSSYKEPLEIE

OUS takk for muligheten til å spille inn på denne viktige utdanningen. Det er ledere for operasjons-avdelinger, -seksjoner og -enheter fra sju klinikker i OUS som står bak høringssvaret; heretter kalt OUS v/ operasjonsmiljøet.

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

OUS v/ operasjonsmiljøet mener utdanningen fortrinnsvis skal være en mastergrad på 120 studiepoeng. Det er ikke hensiktsmessig med mulighet for avhopp etter 90 stp. Ulike forløp medfører ulik kompetanse særlig når det gjelder vitenskapsteori og forskningsmetode, opparbeide ferdigheter til kritisk refleksjon vedrørende forskning.

Det er ikke i tråd med Bologna-konvensjonen og følger ikke gradsstrukturen.

OUS v/ operasjonsmiljøet sine synspunkter på styrker og svakheter i utkast til retningslinje fremkommer videre i besvarelsen.

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

Operasjonssykepleieres ansvar og funksjon er utydelig formulert med for overordnede beskrivelser; eksempelvis innen viktige områder som pasientsikkerhet/selvstendighet, det er litt for lite pasientfokus. Det bør komme frem at operasjonssykepleieren jobber i et kirurgisk team, så fokus på teamsamarbeid bør vektlegges tydeligere.

Begreper som «historisk» gjenkjennbart; eksempelvis innen aseptikk/hygiene mangler i § 4. Helsetjenesten er i stadig endring, relativt kompleks kirurgi tilbys nå som dagkirurgisk

behandling. Hvordan speiler utdanningen den effektive driften og parallell jobbing? Kompleks kirurgi med flere fagfelt og operasjoner som har varighet over flere skift, stiller større krav til kompetanse i kritiske overganger, men også når det gjelder planlegging og koordinering av operasjonsprogram. For å imøtekomme fremtidens behov for operasjonssykepleie kreves en masterutdanning på 120 stp.

Formuleringene ift smittevern – og at det er lagt på et avansert kunnskapsnivå, er bra. Operasjonssykepleiers ansvar ift å ta ledelse i forhold til leiring er bra beskrevet. Det samme gjelder ferdigheter i instrumenthåndtering.

OUS v/ operasjonsmiljøet har et konkret forslag til endring knyttet til § 4 Klinisk vurderings-, beslutnings- og handlingskompetanse – kunnskap:

Kandidaten

a. har ~~inngående~~ avansert kunnskap om organsystemers anatomi, fysiologi og patofysiologi ~~med særlig relevans for operasjonssykepleie~~ som er relevant for yrkesutøvelsen

c. har avansert kunnskap om kirurgi, kirurgiske prinsipper, kirurgiske undersøkelser og kirurgisk leiring som er relevant for yrkesutøvelsen

Dette begrunnes med at det bør være samme nivå på kunnskap innen disse to områdene. Det er lagt på høyeste nivå, men kan forsvares siden det er knyttet til yrkesutøvelsen.

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

Operasjonsmiljøet mener det er for stort rom for lokal tilpasning for hver utdanningsinstitusjon; at læringsutbyttebeskrivelsene er for overordnet formulert og/eller at det gis for stor grad av tolkningsmulighet ift de enkelte læringsutbyttebeskrivelsene. Dersom intensjonen om å oppnå minimum lik sluttkompetanse vil det kreve et utstrakt samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene når lokale programplaner skal utarbeides. Slik retningslinjen fremstår nå, kan det medføre store ulikheter i kompetansen til ferdigutdannede operasjonssykepleiere.

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

Se svar på spm. 4. Slik retningslinjen fremstår nå, vil det være stor fare for at det blir for store ulikheter nasjonalt.

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

Hygiene/hypotermi/ledelse av eget fag/ ikke – tekniske ferdigheter/kvalitetsforbedrende arbeid (kontinuerlig forbedring) / pasientsikkerhet bør vektlegges tydeligere.

Lover og forskrifter for tjenesteutøvelse blant annet knyttet til MTU og teknologi. Dette kan eventuelt også skrives inn i formålet for utdanningen.

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

Nei. Slik praksis er beskrevet gis det rom for ulike tolkninger.

Praksisstudienes antall uker bør være minimum 30 uker à 30 timer (som de andre utdanningene) i tillegg til 2 ukers ferdighetstrening og simulering. Det bør presiseres at minimum 6 uker må være sammenhengende praksis per semester på samme praksissted. Dette har betydning for studentenes læringsmiljø, samt at det vanskeliggjør å fange opp studenter som er svake ved kortere praksisperioder enn dette. Kortere /delte praksisperioder gir også ekstra jobb ift å få tilstrekkelig antall egnede kontaktsykepleiere, som ser sammenhengen mellom læringsutbyttebeskrivelser og studentenes læring, for å oppnå god progresjon i utdanningen.

Det er bra at det står beskrevet at praksisveiledere som hovedregel skal ha formell kompetanse i klinisk veiledning, samt at praksisveileder må være av samme profesjon og fortrinnsvis inneha masternivået.

I forslaget er det lagt føringer for at praksisstudier fortrinnsvis skal inneholde ortopedi og bløtdelskirurgi. Vi mener dette kravet er rimelig, Det vil kunne bidra til en grunnleggende praksis bygget på generelle prinsipper og utvikle generalistkompetanse.

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

Vi mener det er gjennomførbart under forutsetning av at retningslinjen blir justert til 120 st.p.

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

Kompetanseområder er ulikt beskrevet for de ulike utdanningene (ABIOK). Det er uheldig. Der læringsutbyttebeskrivelsene kan være like eller av lignende ordlyd, bør dette også tilstrebes. Det er uheldig for utdanningsinstitusjonene som har fellesemner og evt. samarbeidsprosjekter på tvers i utdanningen. Samarbeid under utdanning påvirker positivt for å stimulere til teamsamarbeid i klinikken. Kunnskapsdepartementet burde lagt føringer ift samarbeid. Læringsutbyttene er også til dels lagt på ulikt nivå, noe som må koordineres bedre. Eksempelvis har retningslinjen for anestesisykepleie mer konkrete og godt formulerte læringsutbyttebeskrivelser innen forskning og vitenskapelige metoder, enn operasjonssykepleie (kap.6/7 OPR, kap.7/8 ANE).

## **Annet innspill vedr. opptakskrav**

Det aller viktigste er at det settes en nasjonal føring på opptakskrav, så dette ikke løses ulikt. OUS v/ operasjonsmiljøet er usikre på hvilken måleparameter som ligger til grunn for valget av nettopp et to års opptakskrav.

Det er litt ulike oppfatninger om det er nødvendig med arbeidserfaring. Majoriteten mener at studentene får mulighet til å gå direkte fra bachelorgrad til mastergradsutdanning. Dette er i tråd med Bologna-konvensjonen og følger gradsstrukturen. Erfaringen er at OUS taper gode kandidater til utdanningen, fordi de mangler noen få uker arbeidserfaring for å fylle opptakskravet. Ved direkte forløp bør bachelorstudenter få praksiserfaring fra en operasjonsavdeling under grunnutdanningen. Et viktig funn fra et samarbeidprosjekt mellom OsloMet og OUS, er at flere studenter ønsker å gå direkte til en operasjonssykepleieutdanning. Det blir lettere å rekruttere kandidater, siden de allerede er i utdanningsløp.

Andre ser nødvendigheten av at sykepleiere tilegner seg praksiserfaring med pasientbehandling, og innehar grunnleggende ferdigheter som sykepleiere, før de starter med en kompleks og krevende videreutdanning i operasjonssykepleie.