

RAPPORT 1999

ARBEIDSFUNKSJON OG ARBEIDSFORHOLD

En undersøkelse foretatt blant medlemmer i
Anestesisykepleiernes Landsgruppe av Norsk
Sykepleieforbund

NARKOSE ANNO 1920

Ingensinde er pasientens liv saa avhængig av sygepleierskens dyktighet som under en almennarkose. Til utførelse av narkose fordres ikke alene dyktighet paa grundlag av erfaring, men ogsaa en sum av egenskaper saasom omhu, observasjonsevne, evne til logisk tænkning og evne til at utføre nødvendige grep under narkosens utøvelse.

Til narkotiserer bør derfor benyttes de dyktigste sykepleiersker og disse bør særlig utdannes og øves i dette ofte meget vanskelige og alltid for pasienten umaadelig betydningsfulde arbeid

Dr.med. Nils Backer Grøndahl

FORORD
SAMMENDRAG

	side
1. INNLEDNING	1
2. REFERANSERAMME	2
2.1 Anestesisykepleie	
2.1.1 Funksjon og kvalifikasjonskrav.	2
2.1.2 Fra bedriftsintern spesialutdanning til formell videreutdanning i anestesisykepleie	3
2.1.3 Anestesisykepleiernes utdanning og funksjon internasjonalt	5
2.2 Helsepersonelloven	9
2.3 Norsk anesthesiologisk forening (NAF) og deres fagpolitiske samarbeid med Anestesisykepleiernes Landsgruppe av Norsk Sykepleierforbund (ALNSF) ang. anestesi og akuttmedisin.	13
2.3.1 Standard for anestesi i Norge	14
2.3.2 Bemanning av anesthesiologer i Norge	15
2.3.3 Pre- og perhospital akuttmedisin	16
2.3.4 Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap	17
2.3.5 Standard for prehospital akuttmedisin (utkast)	19
3. PROBLEMSTILLINGER	20
4. METODE	20
5. RESULTAT av undersøkelsen	23
5.1 Frekvenstabeller	24
5.2 Krysstabeller	40
6. SAMMENLIGNING AV RESULTATENE FRA 1979- 89/99	62
6.1 Sammenligning av arbeidsforhold	63
6.2 Sammenligning av arbeidsfunksjon	67
7. DISKUSJON - SVAR PÅ PROBLEMSTILLINGER	76
8. KONKLUSJON	85
LITTERATURLISTE	87
VEDLEGG: Spørreskjema og brev til respondentene	

Forord

I 1979 fikk Anestesisykepleiernes Landsgruppe av Norsk Sykepleierforbund (ALNSF) gjennomført en landsomfattende undersøkelse blant sine medlemmer angående anestesisykepleiernes funksjon og arbeidssituasjon. Prof. Kjell Grønhaug ved Norges Handelshøyskole var ansvarlig for gjennomføring og rapportering. Styret i ALNSF oppnevnte tre medlemmer som var rådgivere i anestesisykepleiefaglige spørsmål: Berit Waagsbø, Jorunn Martinussen og Mai Midttun.

I 1989 ble undersøkelsen gjentatt, med de tre sistnevnte som ansvarlige, hvor man sammenlignet resultatene med data fra rapporten i 1979.

I 1999 søkte så Berit Waagsbø til ALNSF om økonomisk støtte for å få gjennomføre undersøkelsen nok en gang. Søknaden ble innvilget.

For at resultatene skulle kunne sammenlignes, har vi anvendt det samme spørreskjemaet ved alle tre undersøkelsene. Ut fra utviklingen de siste 20 årene har vi gjort mindre justeringer.

De som har gjennomført den siste undersøkelsen er:

Berit Waagsbø

Anestesisykepleier/cand.polit, UiB. 10 års erfaring som anestesisykepleier ved Haukeland Sykehus. Fra 1985 ansvarlig for anestesisykepleierutdanningen ved Haukeland Sykehus.

Organisasjonsarbeid for ALNSF sentralt:

Tidligere medlem og nestleder av styret i ALNSF

Tidligere medlem av eksamensrådet

Tidligere leder av utdanningsutvalget.

Mai Midttun

Anestesisykepleier med 26 års erfaring fra anesthesiavdelingen Haukeland Sykehus - er fortsatt ansatt.

Sidsel Ellingsen

Anestesisykepleier med 10 års erfaring. De siste to årene som lærer i kliniske studier.

Grunnfag og mellomfag i sykepleievitenskap ved UiB.

Pedagogisk utdanning.

SAMMENDRAG

644 medlemmer av Anestesisykepleiernes Landsgruppe av Norsk Sykepleierforbund (ALNSF) har besvart en postal undersøkelse om anestesisykepleiernes arbeidsfunksjoner og arbeidsforhold medio juni 1998. Undersøkelsen ble også gjennomført i 1979 og -89.

82% av anestesisykepleiere administrerer/gir generell anestesi daglig/flere ganger pr. uke, på egen hånd. Dette er 10% mer enn i 1989.

En klar majoritet - 74% - av anestesisykepleierne arbeider ved sykehus som har fra 1-20 anestesileger. Det er også disse som hyppigst administrerer/gir anestesi på egen hånd (77%).

Ved sykehus som har flere enn 20 anestesileger, er det en klar tendens at anestesilegene deltar mer i funksjoner som utføres. Kun 23% av respondentene svarer at de gir/administrerer generell anestesi daglig uten at anestesilegen er til stede.

Etter «Standard for anestesi i Norge» og Nasjonal Rammeplan, er anestesisykepleierne utdannet til å innlede, vedlikeholde og avslutte anestesi på ellers funksjonsfriske pasienter - ASA I og II. De fleste operasjonspasienter, også ved universitetssykehus, hører til disse gruppene. Hvis arbeidet hadde blitt fordelt mellom anestesileger og anestesisykepleiere, alt etter krav om forsvarlighet, kunne en unngått overlapping og derved utnyttet ressursene bedre. Dette gjelder spesielt ved universitetssykehus.

Når det gjelder arbeidsforholdene er det små endringer fra 1989 med hensyn til hvilke vakter anestesisykepleierne går i. Den største endring er en økning av antall anestesileger på vakter. En annen vesentlig endring siden 1989 er at de fleste anestesisykepleierne nå må forholde seg til utenlandske anestesileger. Til tider medfører dette språkproblemer i arbeidssituasjonen.

Anestesisykepleierne er, totalt på landsbasis, like aktive som tidligere når det gjelder ambulansetransport og -utrykning. Men det eksisterer store forskjeller mellom regionene. Dette gjelder spesielt Helseregion 3 hvor anestesisykepleierne nesten helt er erstattet med ambulanspersonell og anestesileger. En observasjon til dyp bekymring er at anestesisykepleiernes funksjoner i pre- og perhospital akuttmedisin helt er utelatt i et utredningsarbeid om faglige krav til akuttmedisinsk beredskap som nå foreligger (NOU 1998:9). Det samme gjelder i utkast til standard for prehospital akuttmedisin. ALNSF må få vite årsaken til dette.

1. INNLEDNING

Anestesisykepleiernes Landsgruppe av Norsk Sykepleieforbund (ALNSF) har kartlagt anestesisykepleiernes arbeidsforhold og funksjoner i årene 1979 -89 og -99.

«RAPPORT -99» inneholder resultatene fra undersøkelsen samt en sammenligning av resultatene fra de tre undersøkelsene.

ALNSF har siden 1963 arbeidet systematisk for å sikre kvaliteten av anestesisykepleien og for å få en ensartet utdanning. Landsgruppen har bl.a. utarbeidet undervisningsplaner/rammeplaner, arrangert landsomfattende eksamen og registrerer poenggivende etterutdanning for anestesisykepleiere. Denne - og tidligere kartlegginger av anestesisykepleiernes funksjoner og arbeidsforhold er med og sikrer at utdanningen er i tråd med de funksjoner anestesisykepleierne utfører.

En av de største sakene i 1970, -80 og -90 årene har vært kampen om å få overført anestesisykepleieutdanningen til høgskolesystemet. Dette har nå lyktes. Stortinget har vedtatt at de sykehusinterne videreutdanningene - anesthesi-, barne-, intensiv og operasjonssykepleie skal overføres til høgskolesystemet. (Budsjett-inst. S.nr. 12 (1996/97).

I juni 1999 kom «Midlertidig rammeplan for Videreutdanning i anestesisykepleie», fastsatt av Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet. Denne Nasjonale Rammeplanen av 1999, avløser Rammeplanen utarbeidet av NSF 1989.

Deler av anestesisykepleiernes funksjoner og utdanning internasjonalt vil bli presentert og sammenlignet med anestesisykepleiernes funksjoner i Norge.

Rapport -99 tar opp fag-/utdanningspolitikk som kan påvirke anestesisykepleiernes funksjoner:

- Helsepersonelloven som inneholder ansvar og plikter for helsepersonell. (OT prp nr.13, 1998-99).
- «Standard for anesthesi i Norge» (ALNSF/NAF, 1998).
- «Utkast til standard for prehospital akuttmedisin» (NAFWEB.1999).
- Utredningen «Hvis det haster» (NOU, 1998:9)

Rapporten gir også et bilde av hvor vi finner flest utenlandske anestesileger i Norge og om anestesisykepleierne opplever språkproblemer i arbeidssituasjonen.

Resultatene presenteres i tre deler: 1) Frekvenstabeller, 2) utvalgte krysstabeller og 3) sammenligning av resultatene fra 1979/-89/-99.

Alle frekvenstabellene og krysstabellene kommer som separate tillegg til rapporten og overleveres til NSF og ALNSF.

2 REFERANSERAMME

2.1 Anestesisykepleie

2.1.1 Funksjon og kvalifikasjonskrav.

Anestesisykepleieren har to sentrale funksjoner. Den ene er sykepleie til pasienter pre-, per- og postoperativt og til pasienter som har vært utsatt for skader/ulykker og/eller som har svikt i livsviktige funksjoner. Dette medfører at anestesisykepleieren må kunne vurdere pasientens fysiske, psykiske og sosiale tilstand ut fra foreliggende opplysninger, kliniske observasjoner og handle målrettet etter pasientens behov.

Den andre sentrale funksjonen er å innlede, vedlikeholde og avslutte generell anestesi, overvåke pasienter som får regional anestesi og kunne gi medisinsk behandling i akutte kritiske situasjoner. Denne funksjonen er ordinert av lege, og følger retningslinjer som gjelder i avdelingen/sykehuset.

Begge funksjonene krever at anestesisykepleieren kan anvende kunnskaper i sykepleiefaget, anestesiologi, intensivmedisin, medisinsk teknikk mm.

Kvalifikasjonskrav:

1. Studiekompetanse høyskole/universitet
2. Offentlig godkjent sykepleier i Norge

4. Minimum 2 års praksis som sykepleier
5. Videreutdanning i anestesisykepleie i overensstemmelse med rammeplan. (Nasjonal rammeplan, 1999)

Antall anestesisykepleiere utdannet pr. år.

Fra 1989 til 1999 er gjennomsnittlig utdannet ca. 77 anestesisykepleiere. pr. år (max.119/min.57).

2.1.2 Fra bedriftsintern videreutdanning til formell videreutdanning i anestesisykepleie.

Det er laget flere utredninger i årenes løp om den organisatoriske plassering av de bedriftsinterne videreutdanningene i sykepleie.

I st. meld. nr 41 (1987-88) Nasjonal helseplan ble det konkludert med at fylkeskommunene fortsatt burde ha ansvaret for disse utdanningene.

I 1992 gjennomførte Rådet for høyskoleutdanning i helse og sosialfag (RHHS) en spørreundersøkelse blant landets fylkeshelsesjefer ang. deres holdning til overføring av de sykehusinterne videreutdanninger til høyskolene. 80% svarte at Kirke-, utdanning- og forskningsdepartementet burde overta ansvaret.

Et utvalg nedsatt av RHHS konkluderte i juni 1993 med at de sykehusinterne videreutdanninger i sykepleie burde overføres til høyskolesystemet;

«Rådet for høyskoleutdanning i helse- og sosialfag tilrår at dagens sykehusinterne utdanninger i anesthesi-, intensiv-, operasjons-, barne- og kreftsykepleie reorganiseres og at ansvaret legges til høyskolene. Det anbefales et delt opplegg der det første året av studiet tilrettelegges som høyskoleutdanning som omfatter både teori og praksisopplæring og et halvt år lønnet og veiledet praksis ved sykehusene. Det foreslås at utdanningen totalt gir en uttelling på 20 vekttall i gradsammenheng. Ved en slik reorganisering er det behov for nasjonale rammeplaner for disse utdanningene.»
(RHHS, 1993)

I november samme året svarte Kirke-, utdannings-, og forskningsdepartementet at det forløbige ikke var aktuelt med å overføre de bedriftsinterne videreutdanningene til høyskolene.

Norsk sykepleierforbund gjorde flere henvendelser til daværende Sosialdepartement og Kirke, utdannings- og forskningsdepartementer om overføring av de sykehusinterne videreutdanningene til høyskolene. (April 1990, brev til Sosialdepartementet og Utdannings- og forskningsdepartementene og gjentagelse av 27. april 1994 til KUF). NSF argumenter var at en

formell nasjonal rammeplan vil bidra til en lik standard i forhold til nivå og omfang og at kompetansen blir den samme på landsbasis.

I 1993 gjennomførte Sosial- og helsedepartementet en spørreundersøkelse for å kartlegge om fylkeskommunene ønsket de bedriftsinterne videreutdanningene til høgskolene. Ut fra faglige hensyn ønsket flertallet overføring.

Et utvalg bestående av direktører ved regionsykehusene vurderte i 1996 endringer ang. organiseringen av de sykehusinterne videreutdanningene. De konkluderte med at videreutdanningene skulle forbli bedriftsinterne. Overføring til høgskolene ble ikke vurdert som aktuelt.

Statens helsetilsyn utarbeidet i august 1996 en rapport «Utredning om videreutdanning av sykepleiere». De konkluderte også med at utdanningene fortsatt burde være fylkeskommunale og forankret i sykehus.

Sosial og helsedepartementet ønsket heller ikke at de bedriftsinterne videreutdanningene skulle overføres til høyskolene.

Stortinget besluttet likevel at de bedriftsinterne videreutdanningene i sykepleie skulle overføres til høyskolene. (jfr. Budsjett-innst. S.nr. 12 (1996-97).

Det ble deretter nedsatt et bredt sammensatt utvalg (Gjertsen-utvalget) som skulle vurdere de økonomiske konsekvenser og faglige og administrative fordeler og ulemper ved overføringen.

Ved behandling av St. prp. nr. 65 (1997-98) sluttet Stortinget seg til en modell («Modell3»- Gjertsenutvalget) som er basert på oppdragsfinansiering der disse utdanningene overføres til høgskolene samtidig som fylkeskommunen fortsatt skal ha ansvaret for finansieringen av utdanningene. Høgskolene tar over det faglige og administrative ansvaret for hele utdanningen og utdanningen vil gi formell kompetanse etter lov om universitet og høyskoler.

I hovedtrekk innebærer modell 3 følgende:

- utdanningene kommer inn under Lov om universiteter og høyskoler
- utdanningene blir oppdragsfinansiert av fylkeskommunen
- det faglige og administrative ansvaret for utdanningene legges til høyskolene
- felles nasjonale rammeplaner, vekttallsuttelling, det stilles ensartede og formelle krav til lærerkompetanse, sikring av studentenes studiesosiale-og rettslige vilkår
- studentene får studentstatus med lånemuligheter i Statens lånekasse.

Høsten 1998 nedsatte Norgesnettrådet et utvalg bestående bl.a. av representanter fra utdanningene, Helsetilsynet og Norgesnettrådet for å utarbeide rammeplaner for de respektive spesialitetene. På grunnlag av utkast av februar 1999 kom «Midlertidig rammeplan for videreutdanning i anestesisykepleie, fastsatt av Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, juni 1999. Utdanningen er på 30 vekttall. Praksisstudiet skal omfatte minimum 50% og maksimum 60% av studiet.

Studenten skal etter endt utdanning bl.a.:

- Mestre gjennomføring av generell anestesi selvstendig på ellers funksjonsfriske pasienter, og i samarbeid med anestesilege gi anestesi til pasienter med mer komplekse sykdomstilstander
- Mestre overvåking og administrering/vedlikehold av sedasjon og regional anestesi
- Identifisere, gjennomføre og evaluere pasienters behov for individuell og helhetlig sykepleie pre-, per- og postoperativt samt forebygge komplikasjoner og ivareta pasientens sikkerhet.
- Bedømme situasjoner selvstendig, prioritere og handle raskt og forsvarlig slik at akutt og/eller kritisk sykes livsviktige funksjoner opprettholdes/gjenopprettes.
- Mestre bruk og kontroll av medisinsk-teknisk utstyr og ha et reflektert forhold til denne teknologiens muligheter og begrensninger.
- Reflektere kritisk i valgsituasjoner og handle etisk og juridisk forsvarlig, m.m. (Midlertidig Rammeplan for videreutdanning i anestesisykepleie, 1999).

2.1.3 Anestesisykepleiernes utdanning og funksjoner internasjonalt.

Det er gjort en verdensomspennende kartlegging av anestesisykepleiernes utdanning og funksjoner (Maura S. McAuliffe og Beverley Henry, 1998).

Kartleggingen ble gjort i to faser:

1. Kartlegging av antall sykepleiere som administrer anestesi
2. Beskrivelse av anestesisykepleiernes praksis og utdanning

Spørreskjema ble sendt til 624 anestesisykepleiere; 40% svarte umiddelbart, men svarprosent ble 49% etter purrebrev.

Flesteparten av respondentene (92%) oppga at de var anestesisykepleiere.

Av 191 land som var med i kartleggingen ble anestesi administrert av anestesisykepleiere i 107 land. Kun 16 av de 191 svarte at sykepleiere ikke administrerer anestesi. Majoriteten av disse landene var utviklingsland i Sør Amerika.

Hvem som gir anestesi i («urban areas») byer/tettsteder i Europeiske-, Amerikanske-, Sydøst Asiatiske-, og Afrikanske regioner. (WHO's regioner).

(Prosentandel totalt for hver region står i parentes.)

Europaregionen:

Anestesisykepleier alene: 9% (11%)
 Anestesisykepleier sammen med anestesilege: 71% (70%)
 Anestesilege alene 5% (8%)

Amerikansk region:

Anestesisykepleier alene: 41% (51%)
 Anestesisykepleier sammen med anestesilege: 20% (12%)
 Anestesilege alene 30% (30%)

Sydøst Asiatiske region.

Anestesisykepleier alene: 20% (48%)
 Anestesisykepleier sammen med anestesilege: 18% (23%)
 Anestesilege alene: 30% (23%)
 Andre: 30% (12%)

Afrikansk region:

Anestesisykepleier alene: 72% (88%)
 Anestesisykepleier sammen med anestesilege: 3% (2.5%)
 Anestesilege alene: 2.5% (2.5%)

Denne undersøkelsen viser at at anestesisykepleiere administrerer en stor del av anestesi som blir gitt i verden. De fleste administrerer det på egen hånd andre sammen med lege. I Europaregionen er det meste vanlig at anestesilege og anestesisykepleier arbeider sammen.

I den Amerikanske regionen ser vi at både anestesileger og anesthesisykepleiere arbeider oftest hver for seg. Bare 20% svarte at de arbeidet sammen. Dette har en økonomisk begrunnelse og en faglig begrunnelse. En Certified Registered Nurse Anesthetist (CRNA) vil si at :

- har grunnutdanning i sykepleie
- 2 års praksis, hvorav minst ett år på en intensivavdeling og helst 6 måneder på en postoperativ- eller traumeavdeling.
- Opptaksprøve i form av en tentamen
- 2-3 års utdanning, avhengig av hvilket universitet en går på.
- Utdannes til å legge CVK og ulike bedøvelser som spinal og epidural
- Krav om minst 80 ryggbedøvelser under utdanningen
- Som ferdig CRNA har en selv ansvar for anestesien
- Det finnes sykehus i USA som drives bare med CRNA personell
- Samarbeidet mellom CRNA og anestesilegen er avhengig av hvilken stat man arbeider i - samt hvilket sykehus. (Ventilen 3/1999).

Resultatet fra undersøkelsen totalt i de nevnte WHO regioner, viser at det er anesthesisykepleieren som oftest utfører:

Innledning intubering og vedlikehold av anestesi, samt avslutning/ekstubering og har ansvar for pasienten i den umiddelbare postoperative periode.

Nedenfor referer vi til hvor hyppig anesthesisykepleier utfører a) prosedyrer alene, b) eller sammen med anestesilege og c) hvor ofte anestesilegen utfører anestesiprosedyrer alene:

1.

Foretar preanestetisk evaluering:

Anesthesisykepleier alene: 32%

Anestesilege sammen med anesthesisykepleier: 19%

Anestesilege alene: 31%

2.

Innleder anestesi:

Anesthesisykepleier alene: 45%

Anestesilege sammen med anesthesisykepleier: 32%

Anestesilege alene: 7%

3.

Intuberer pasienten:

Anestesisykepleieren alene: 44%

Anestesilege og anestesisykepleier: 30%

Anestesilege alene: 7.5%

4.

Vedlikeholder anestesi under operasjonen:

Anestesisykepleier alene: 49%

Anestesilege sammen med anestesisykepleier: 29.5%

Anestesilege alene: 4%

5

Ekstuberer pasient etter operasjonen:

Anestesisykepleier alene: 49%

Anestesilege sammen med anestesisykepleier: 27%

Anestesilege alene: 5%

(Journal of American Association og Nurse Anesthetists, 1998)

Anestesilegens utførte hyppigst oppgaver som preanestesi-visitt, rekvirering av blodprøver, ordinerer av peroperativ medikasjon etc. Legene utførte sjelden prosedyrer inne i operasjons-/anestesiavdelingen.

Studien viser at 83% av anestesi blir administrert av anestesisykepleiere. Mer enn halvparten av disse er alene.

Utdanningsprogram (internasjonalt).

De fleste respondentene (58%) rapporterte at deres anestesisykepleieutdanning bygget på en grunnutdanning i sykepleie som hadde en varighet på 2-3 år, mens 21% rapporterte at grunnutdanningen var 3 år eller lenger.

Respondenter fra 63 land rapporterte at de hadde utdanningsprogram for anestesisykepleiere. Ca. 1/4 av respondentene rapporterte at de hadde tatt anestesisykepleieutdanning i et annet land. Men det er utdanningsprogram for anestesisykepleiere i hver region av verden. Det er store variasjoner angående lengden på utdanningene. 2/5 rapporterte at anestesisykepleieutdanningen var på 12 måneder eller mindre. 18% rapporterte 12-22 måneders mens 40% rapporterte at de hadde en anestesisykepleierutdanning på over 22 måneder.

2.2 HELSEPERSONELLOVEN av 2 juli 1999 nr. 64

NOU 1993:33, Ot.prp. nr. 13, (1998-99), Innst.=nr. 58, Besl. =nr. 64 (1998-99). Opphever 9 profesjonslover.

Loven skulle tre i kraft i første halvdel av år 2000, men departementet blir ikke ferdig med alle forskriftene, som skal følge loven, og den trer derfor ikke i kraft før jan. år 2001. Loven regulerer rettigheter og plikter for helsepersonell.

Alt helsepersonell har plikt til forsvarlig yrkesutøvelse ut fra sin formelle kompetanse.

Definisjon av begrepet helsepersonell, §3

Med helsepersonell menes i denne lov:

- personell med autorisasjon eller lisens
- personell i helsetjenesten eller i apotek som yter helsehjelp
- elever og studenter som yter helsehjelp

Autorisasjon.

Autorisasjonsordningen etter den nye helsepersonelloven omfatter 23 grupper av helsepersonell.

Offentlig godkjenning/autorisasjon uløser i hovedsak to virkninger:

- rett til å benytte beskyttet tittel
- rett til å benytte bestemte undersøkelses- eller behandlingsmetoder, herunder rett til bestemt virksomhet.

Dagens regulering av helsepersonell er knyttet til en offentlig godkjenning/autorisasjon. Godkjenning/autorisasjon av helsepersonell er et off. styringsmiddel. Hovedmålet med styringsmiddel er å bidra til nødvendig kompetanse og kvalitet i helsetjenesten.

Vilkår for autorisasjon:

- a) har avlagt eksamen i vedkommende fag ved norsk universitet, høgskole eller videregående opplæring
- b) har gjennomført praktisk tjeneste fastsatt i forskrift gitt av departementet
- c) har avlagt skriftlig løfte fastsatt i forskrift av departementet
- d) er under 75 år
- e) ikke er uegnet for yrket

Dersom det finnes en autorisasjonsgivende grunnutdanning i «bunnen», kan det være mindre relevant å karakterisere tilleggsutdanning som autorisasjonsgivende. Ved vurdering må det ses på hvor lang og selvstendig tilleggsutdanningen er, og om den leder frem til et yrke som er vesenforskjellig fra den autorisasjonsgivende grunnutdanningen. Jordmødrene og sykepleiere har autorisasjon.

Nye grupper som får autorisasjon etter den nye Helsepersonelloven er feks. ambulansesarbeidere, helsesekretær, omsorgsarbeidere.

Vilkår for spesialistgodkjenning §51

Departementet kan gi forskrifter om vilkår for godkjenning av autorisert helsepersonell som spesialister innen en avgrenset del av det helsefaglige området, herunder at vilkårene skal gjelde for dem som allerede har spesialistgodkjenning ved forskriftens ikrafttredelse.

Lisens

Helsepersonell som ikke har rett til autorisasjon, kan gis lisens etter søknad.

Lisens innebærer at autorisasjonen er begrenset

Grenselisens

Offentlig ansatt og autorisert helsepersonell i Sverige og Finland i arbeid langs grensen til Norge, kan utøve virksomhet i tilgrensende norske kommuner uten norsk autorisasjon eller lisens.

Tildeling av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning, §53

Statens helsetilsyn gir autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning mot nærmere fastsatt godtgjørelse. Helsetilsynet kan delegere myndigheten til å gi spesialistgodkjenning til private yrkesorganisasjoner.

Formell godkjenning (Helsepersonelloven kap.16)

«Med hjemmel i lov om universiteter og høyskoler av 12 mai 1995 nr. 22 §46 nr1 godkjenner i dag Kirke-utdannings- og forskningsdepartementet etablering av utdanninger, herunder helsefagutdanningene.

Loven slår i § 2 pkt.1 fast at:

«Institusjoner under denne lov skal gi høyere utdanning som er basert på det fremste innenfor forskning, kunstnerisk utviklingsarbeid og erfaringskunnskap. Innenfor et nasjonalt nettverk for høyere utdanning og forskning (Norgesnett) skal institusjonene samarbeide og utfylle hverandre i sine faglige aktiviteter. Utdanningstilbud skal utformes og sees i sammenheng med andre nasjonale og internasjonale utdanningstilbud».

Nasjonale rammeplaner godkjennes av KUF. Sosial- og helsedepartementet er med å godkjenner rammeplanene og utøver dermed en indirekte kontroll med helsearbeidernes kvalifikasjoner. Etter helsemyndighetenes oppfatning er derfor behovet for å påvirke det faglige innholdet i helsefagutdanningene tilfredstillende gjennom dagens ordning. Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet har likevel det avgjørende ord.

Etter en bestått høyskoleutdanning er helsearbeideren formelt godkjent og kvalifisert til å utøve den funksjonen som rammeplanen tilsier.

Krav til helsepersonellets utøvelse Forsvarlighet §4

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de faglige krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

I lovforslaget er det lagt vekt på at forsvarlighetskravet skal stilles i to relasjoner

- 1) I forhold til den enkelte helsearbeider. Det vil si at den plikt som det enkelte helsepersonell har til forsvarlig yrkesutøvelse markeres i lovgivningen
- 2) I forhold til de virksomheter som produserer helsetjenester eks. sykehus. Alle som er i ansvarsposisjoner må etablere organisasjons- og ansvarsstruktur og de systemer og forutsetninger som for øvrig er nødvendig for at forsvarlighetskravet og pålagte plikter skal kunne oppfylles.

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal

yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.

Hensynet til pasientens sikkerhet tilsier etter departementets mening at det personell som foretar handlinger overfor en pasient har et selvstendig ansvar for det de gjør. Et slikt selvstendig ansvar bør etter departementets mening ikke være avhengig av en bestemt profesjon eller off. godkjenning/autorisasjon.

Ved samarbeid med annet personell, skal legen ta beslutninger i medisinske spørsmål som gjelder undersøkelser og behandling av den enkelte pasient.

Kravet om forsvarlighet innebærer at den som for formålet har de beste faglige kvalifikasjoner er den som må treffe beslutning om hvordan helsehjelpen gis.

Helsepersonell har plikt til både å kjenne til egen faglig begrensninger og til å innrette yrkesutøvelsen deretter.

Det fremgår av forarbeidene at forsvarlighetskravet også gjelder unnlattelse av å handle

Plikter for helsepersonell

Her nevnes noen av pliktene:

Plikt til å utøve forsvarlig virksomhet § 4 og §5

Plikt til å yte øyeblikkelig hjelp §7

Plikt til å gi informasjon til pasienter m.v. §10

Plikt til å føre journal §39 og §40.

Plikt til å delta i vaktordninger, §14

Ad den siste plikten: Denne plikten er ny. Departementet kan bestemme at helsepersonell skal delta i vaktordning på det sted der de bor eller arbeider.

Departementet kan gi nærmere forskrift om gjennomføring m v av vaktordninger.

En rekke plikter som idag er lovregulert for noen grupper, gjøres generelle for alt helsepersonell. Det gjelder bl.a. plikten til ØH. (Helsepersonelloven kap. 3.6)

«Helsepersonell skal straks gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig». (Helsepersonelloven §7)

Det forelås at plikten skal gjelde alt helsepersonell, slik at f.eks anestesisykepleiere, leger ambulansearbeidere og andre med kvalifikasjoner til å gi ØH hjelp pålegges denne plikten.

I formuleringen «den hjelp de evner» ligger det en differensiering av hva som kan forventes av det enkelte helsepersonell.

Bruk av medhjelper.

Helsepersonell kan i sin virksomhet overlate bestemte oppgaver til annet personell hvis det er forsvarlig ut fra oppgavens art, personelletts kvalifikasjoner og den oppfølging som gis. Medhjelpere er underlagt helsepersonelletts kontroll og tilsyn.

For å gi ansvar til en medhjelper må en selv være kvalifisert innenfor området.

I lovutkastet åpnes det for rasjonell utnyttelse av personellressurser ved at den plikten påhviler kan overlates til medhjelper å utføre oppgaven.

Elever og studenter skal som regel bare gis oppgaver ut fra hensynet til opplæring. Bruk av medhjelper innebærer at en delegerer/overlater til andre å utføre oppgaver på vegne av en selv.

Oppgavetildeling er personlig. Oppgavetildeling kan dermed ikke skje til grupper av helsepersonell. Delegeringen skal være skriftlig og innenfor et gitt tidsperspektiv.

Bruker en faglig ansvarlig person en medhjelper, skal den faglige ansvarlige sørge for at medhjelperen har kunnskaper og ferdigheter til å utføre arbeidet.

2.3 Norsk anesthesiologisk forening (NAF) og deres fagpolitiske samarbeid med Anestesisykepleiernes Landsgruppe av Norsk Sykepleierforbund (ALNSF) ang. anestesi og akuttmedisin

Norsk anesthesiologisk forening har siden 1950-tallet hatt som mål å innføre engelske tilstander dvs. at det er legen som skal gi anestesi. (Strømskag, 1999). Dette er helt spesielt for UK.

NAF har imidlertid erkjent at de bemanningsmessig ikke har klart dette og derfor har de deltatt sterkt med å undervise i fagområdet anesthesiologi til sykepleiere som tar videreutdanning i anesthesisykepleie. Anestesisykepleierne, som har erfaring med å gi

anestesi, har undervist anestesileger under utdanning. Det er en gjensidig avhengighet og et samarbeid som alltid har eksistert.

2.3.1 Standard for anestesi i Norge

For å sikre tilfredsstillende anesthesiologisk praksis i Norge har ALNSF og NAF i samarbeid utformet «Standard for anestesi i Norge». Den kom første gang ut i 1991. Siste reviderte utkast kom i november 1998. Det ble godkjent på NAF's generalforsamling i oktober 1998. I forordet til «Standard for anestesi i Norge» skriver ALNSF's leder Anne Marie Gran Bruun:

«ALNSF håper i framtiden at arbeidet med revisjon av standard blir organisert på en slik måte at samarbeidet mellom NAF og ALNSF tydeliggjøres. ALNSF gir sin tilslutning til standarddokumentet slik det nå foreligger, ettersom helheten i dokumentet er ivaretatt. Vårt mål er at det fortsatt skal ha en sentral plass i avdelingens kvalitetsarbeid. Vi har tro på en god dialog mellom NAF og ALNSF, slik at arbeidet rundt pasienten også i framtiden bærer preg av et team som verdsetter samarbeid og kvalitetsutvikling innen anestesifaget». (ALNSF, Temahefte III, 1999.)

Retningslinjene i «Standard for anestesi i Norge» gjelder alle leger, sykepleiere og andre som utfører delegert anesthesiologisk arbeid.

Standard for anestesi i Norge beskriver kompetansen til anestesisykepleiere med videreutdanning i anestesisykepleie som følger:

«Anestesisykepleiers arbeid består av en delegert anesthesiologisk arbeidsoppgave og en sykepleiefunksjon. Videreutdanning i anestesisykepleie (teoretisk undervisning, eksamen og praksis) skal gi kompetanse til å fylle disse funksjonene. Gjennomføring av utdannelsen er et samarbeid mellom anestesisykepleier og anestesilog, der anesthesiologen har ansvar for at tilegnelsen av kompetanse får tilstrekkelig plass. Sykepleiere med gjennomført videreutdanning i anestesisykepleie er utdannet til å kunne gjennomføre generell anestesi på ellers funksjonsfriske pasienter, samt å overvåke pasienter under regional anestesi

og kontrollert sedasjon. Den anestesilege (lege ansatt ved anesthesiavdeling) som har ansvaret, bestemmer valg av anestesimetode. Ved anestesiforløp som avviker fra det forventede, har sykepleier plikt til snarest å varsle ansvarshavende lege.» (Standard for anestesi i Norge, 1998))

Ved sykehus som har akseptert «Standard for anestesi i Norge» kan anesthesisykepleiere innlede, vedlikehold og avslutte generell anestesi på egen hånd på ellers funksjonsfriske pasienter.

2.3.2 Bemanning av anesthesiologer i Norge

Det er totalt 694 leger med norsk spesialistgodkjenning i anesthesiologi per 08.01.99. Av disse er 188 (27%) ikke lenger bosatt i Norge. De aller fleste av disse er utenlandske statsborgere.

Fra perioden f.o.m.1989 t.o.m.-98 ble det utdannet 411 spesialister i anesthesiologi. Det er nesten en fordobling i forhold til det antall (213) som ble utdannet i perioden 1979-89. Som eksempel kan vi nevne at i 1995 ble det utdannet 32 anesthesiologer, mens det i 1997/98 ble utdannet 78/70 anesthesiologer pr.år.(Strømskag, 1999).

Mangel på anestesileger/anesthesiologer i Norge har ført til at utenlandske leger har/tar sin spesialistutdanning ved Norske sykehus.

«Til tross for at andelen utenlandske statsborgere blant leger med norsk spesialistgodkjenning er desidert høyest i anesthesiologi, er det bare 19 utenlandske leger med norsk spesialistgodkjenning i anesthesiologi som for tiden arbeider i Norge
(Anders Taraldset, Seksjonssjef for register og statistikk i Den norske lægeforening (1999))

Generelle regler innen EU og EØS systemene gjør det mulig at arbeidskraft skal fritt kunne vandre over landegrensene uten å søke om arbeidstillatelse. Det er mottakerlandene som er pliktig til å gjøre det mulig for utenlandske arbeidssøkere fra EU/EØS-land å få språkopplæring.

Det er på arbeidsgivernivå man kan/skal stille krav om at søkeren skal beherske norsk språk både skriftleg og muntlig. Spesielt i helsesektoren er gode språkkunnskaper en viktig forutsetning for å kunne utføre yrket forsvarlig.

Erfaringer viser at utenlandske leger blir ansatt i stillinger uten at de kan språket - og at noen tar ansvaret for dette. Det kan synes som om arbeidsgivere til utenlandske leger tror at når de respektive legene har fått autorisasjon i Norge så kan de også språket. (Stedje. BT okt. 1999)

Legeforeningen skriver i brev til Statens helsetilsyn høsten -99:

« I alt 38 sykehus i landet har rapportert om tilstanden. Mange avdelingsoverleger har skrevet til sykehusledelsen at de er bekymret over at mange utenlandske legers norskkunnskper er mangelfulle og skaper driftsmessige problemer, særlig ved skriving av journal».

I en undersøkelse som Legeforeningen gjorde i høst (1999) viste det seg at helsemyndighetene har stolt på at arbeidsgiver i hvert enkelt tilfelle gjør noe med språkproblemet, men dette har ikke alle gjort i følge undersøkelsen.

Strategiutvalget i NAF (opprettet av styret i 1995) har kommet med følgende forslag på områder som bør være tilknyttet anesthesiologi: Anestesi, oppvåkningsenhet, intensivmedisin, smertebehandling, akutt medisin, akutt mottak, ambulansetjeneste, luftambulanse, AMK-sentraler, resusciteringsgrupper, og operasjonsavdelinger.

Dette bekrefter at anesthesiologi som fagområde har ekspandert, og de andre spesialistgruppene innen legeforeningen er skeptiske til at et så «ungt fag» har ekspandert så mye. (Strømskag, 1999).

Anesthesiologene på sin side er bekymret for faget sitt - de hevder fortsatt at de har rekrutteringsproblemer og kvinneandelen synker. Anesthesiologene ser det også som et faresignal at i USA diskuteres det om anestesiarbeidet på operasjonsstuene skal overlates helt til anesthesisykepleierne. Det er også noen, både innenfor og utenfor NAF, som arbeider for å få godkjent intensivmedisin som egen spesialitet. Det samme gjelder akuttmedisin som i flere land er en egen spesialitet. (Strømskag, 1999).

2.3.3 Per- og prehospital akuttmedisin.

Katastrofer, akutt sykdom, skader/ulykker, i og utenfor sykehus har vært, og er en sentral funksjon og et sentralt tema ang. anesthesisykepleiernes ansvar og kompetanseområder (Rammeplan NSF, 1989, Nasjonal Rammeplan,1999).

I 1995 ble det gjennomført en spørreundersøkelse i regi ALNSF av Stig Frydenlung og Bjørn Pedersen.

På spørsmål om ambulansen var bemannet med anestesisykepleier svarte 278 av totalt 950 anestesisykepleiere at de deltok rutinemessig i tjeneste på ambulansen. De fleste av dem som deltar arbeider ved lokal- sentral- eller fylkessykehus.

Ved sykehus hvor ambulansedrift involverer anestesisykepleiere, bemannes ambulansen med denne gruppen i 91% i alle akutte situasjoner/rød respons.

83% av alle spurte svarte at de kunne bli pålagt å rykke ut ved en akutt- og/eller katastrofesituasjon utenfor sykehuset.

Anestesisykepleiernes rolle i ambulansetjeneste er svært forskjellig, alt etter hvor en bor i landet og hvilket sykehus en hører til.

Kommentar som gikk igjen fra respondentene var at det var et paradoks at anestesisykepleiere ikke har daglig tilknytning til prehospitalet innsats, men det forventes fullverdig innsats ved store ulykker/katastrofer.

(Frydenlund/Pedersen, 1995).

2.3.4 Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap.

I utredningen « Hvis det haster», (NOU 1998: 9). foreslås hvordan akuttmottak skal bemannes:

«Akuttmottaket bemannes med en offentlig godkjent sykepleier og spesialsykepleier (anestesi- eller intensivsykepleier) som skal delta i vanskelige akutsituasjoner. Denne spesialsykepleieren må utdannes til å delta i prehospitale medisinske situasjoner, bl.a. for å kunne delta i sykehusbasert utrykningstjeneste. Avhengig av sykehusets størrelse vil spesialsykepleieren også kunne ha definerte oppgaver i sykehuset.» (NOU 1998:9. s,82)

Anestesisykepleierne, som er ansatt i anesthesiavdelingene, og er i førstelinje-tjenesten i sykehusets vaktberedskap er ikke nevnt i forbindelse med pre- hospital akuttmedisin. Det nevnes heller ikke at de skal være i førstelinjetjenesten ved mottak av pasienter ved katastrofer, ulykker, hjertestans etc.

Det eneste stedet hvor anestesisykepleiefunksjonen er nevnt er at de har 24 timers tilstedevakt ved alle sykehus

som har vaktberedskap (NOU 1998:9). Hvilken funksjon og ansvar som følger med denne vaktberedskaperen står det ingen ting om.

I utredningen «Hvis det haster» - Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap - går utvalget inn for følgende: (NOU 1998:9).

Bemanning: Alle bilambulanser skal normalt være bemannet med minimum to personer. Minst en av mannskapet skal ha fagutdanning/fagbrev.

Teknisk utrustning av ambulanser: Alle døgnambulanser skal ha følgende utstyr: Automatisert defibrillator, utstyr for monitorering av blodtrykk, puls, EKG, pulsoxymeter og temperatur.

Ambulansebåtene bør utstyres på linje med døgnambulansebil.

Opplæring av ambulansepersonell gjennomføres etter følgende ambulansekrav:

- Personell på transport og dagambulanser (ikke akuttoppdrag), deltidsansatt personell og vikarer utdannes i henhold til NOU 1976 :2

- Profesjonelt heltidsansatt ambulansepersonell utdannes i henhold til ny ambulanseutdanning/fagplan for videregående skole som fører til fagbrev. Dette bør være det normale utdanningsnivået for ambulansepersonell i Norge.

- Større ambulansetjenester vil ha behov for personell med spesialutdanning og utvidede delegerte fullmakter. Utdanning av spesialkompetent ambulansepersonell må bygge på fagutdanning/fagbrev og være innenfor høgskolesystemet. Utdanningen bør kunne gis innenfor følgende områder; klinisk- og operative fag, pedagogiske fag, og administrative fag. I tilknytning til dette bør det etableres et nasjonalt undervisningssenter i prehospital akuttmedisin som også skal ivareta forskningsoppgaver. (6.4 s. 67) (NOU 1998:9)

Sammenligner vi den norske akuttmedisinske tjenesten med den svenske viser det seg at i Sverige bemannes akutt-biler og ambulanshelikopter enten med anestesilege eller anestesisykepleier. Sistnevnte må ha 2 års klinisk praksis som anestesisykepleier.

I Sverige er det vedtatt at «vanlige» ambulanserbiler skal bemannes med ambulansesykepleiere. Dette er en videreutdanning i sykepleie på 1 år ved universitet/høgskole.

Ambulansesykepleierne skal ivareta sykepleiebehovet, medikamentadministrering, mm. til pasienter i alle aldre og med ulike typer sykdommer. (SOSFS, 1997:18 (M)) (SOSFS, 1995:5)

Ambulansefaget i Norge er nå etablert som et helsefag ved Videregående skole - Læreplan for ambulansepersonell. (KUF, 1997)

Det er planer om en 4-årig utdanning - tre år på videregående skole og ett år ved en høyskole.

Det er også ønske om at ambulanspersonell skal gjøre tjenester i sykehus eks.

«Det er behov for å utvikle et tilbud om differensierte arbeidsoppgaver for ambulanspersonell. Dette vil motvirke slitasje, helseskade og for tidlig avgang fra yrket. Eksempler på dette vil være tjenester i akuttmottak, legevakt, kliniske avdelinger, sykehjem, legeskyss etc.» (vedlegg til utredning - NOU 1998:9).

2.3.4 Utkast for «Standard for prehospitalet akuttmedisin (NAFWEB, nov.1999).

I dette utkastet er ikke anestesisykepleiere og deres funksjon nevnt, selv ikke som deltaker i utrykningsteam fra sykehus ved katastrofer og store ulykker. Til visse funksjoner, eks. i akutt mottak og AMK-sentral er sykepleier og spesialsykepleier nevnt.

I følge NAF er det leger og ambulanspersonell som skal ivareta den prehospitale tjeneste.

I utkastet står det at autorisert ambulanspersonell bør kunne gi medikamentbehandling av følgende tilstander:

Hjerte/sirkulasjonsstans, asthma/KOLS, brystmerter, hypoglykemi, overdose narkotika og smertestillende. Ambulanspersonell bør også utføre delegert legearbeid (defibrillering, venepunksjon og medisinerings).

I «Standard for prehospitalet akutt medisin» foreslår en også hvordan gjennomføring av generell anestesi skal foregå prehospitalet. Det står det bl.a. at delegasjon av slike oppgaver til andre helseprofesjoner ikke kan tilrådes. Men det er behov for medisinsk assistent. Disse assistentene skal ha kjennskap til følgende: Narkose på ikke fastende pasienter, medikamenter, komplikasjoner og behandling av disse og utstyr. Assistentene skal ha vist seg kompetent ved praktisk og teoretisk trening. (NAFWEB, nov. 1999)

3. PROBLEMSTILLINGER

1. KREVER ARBEIDSSITUASJONEN AT ANESTESISYKEPLEIERNE, PÅ EGEN HÅND, MÅ KUNNE INNLEDE, VEDLIKEHOLDE OG AVSLUTTE GENERELL ANESTESI.
2. ER DET NOEN FORANDRINGER I ANESTESISYKEPLEIERNES ARBEIDSFORHOLD FRA 1979/89 TIL 1999?
3. ER DET NOEN FORANDRINGER I ANESTESISYKEPLEIERNES FUNKSJONER FRA 1979 TIL 1999?
4. HVILKE ØNSKER HAR ANESTESISYKEPLEIERNE MED HENSYN TIL ETTERUTDANNING?
5. FÅR ANESTESISYKEPLEIERNE ERFARING MED PRE HOSPITAL AKUTT-/ KATASTROFEMEDISIN OG SYKEPLEIE?

4 METODE

Datasamlingen er gjort med postale spørreskjema til medlemmer av ALNSF.

a) Spørreskjema

Undersøkelsen baserer seg på samme spørreskjema som de to tidligere undersøkelsene. Det er gjort små endringer for å få spørreskjemaet tilpasset den utviklingen som har skjedd.

De første 10 spørsmålene er besvart av alle som fikk tilsendt spørreskjemaet. De resterende spørsmål er bare besvart av dem som er ansatt ved anesthesiavdeling.

I forkant av undersøkelsen gjorde vi et pilotstudie for å få tilbakemelding på spørreskjemaet. Det ble sent ut 15 spørreskjema til anesthesisykepleiere ved et universitets-/region-/sentral-/fylkes- og lokalsykehus. Vi fikk i retur 13 besvarte spørreskjema med kommentarer.

Ut fra tilbakemeldinger ble det gjort noen justeringer.

b) Orientering til respondentene

Sammen med spørreskjemaet fulgte en konvolutt med returadresse som var merket «FRIPOST». Noen har dessverre ikke lest at frimerker ikke skulle settes på og dermed fått unødvendige utgifter. Sammen med spørreskjemaet fulgte et brev med orientering om formålet med undersøkelsen og hvordan skjemaet skulle utfylles (vedlegg 1). I denne undersøkelsen ble «på egen hånd» definert som «anestesilegen ikke til stede i rommet. I 1989 var det definert som «anestesilegen ikke til stede».

I flere spørsmål ble det brukt følgende skala:

alltid	= 100%
meget ofte	= 51-90%
ofte	= 25-50%
av og til	= 10-24%
sjelden	= 1-9%
aldri	= 0%

c) Utvalg

Samtlige registrerte medlemmer av ALNSF, bosatt i Norge, fikk tilsent spørreskjemaet - totalt ca.1300. Vi har fått oppgitt av ALNSF's kasserer at av det totale medlemstallet er ca. 100 studenter og pensjonister. Disse, pluss 9 uåpnets konvolutter som kom i retur må trekkes fra det totale antallet. Totalt kom det inn 669 besvarte spørreskjema. Av disse hadde 25 ikke fulgt anvisningene om hvordan skjemaet skulle fylles ut og de ble forkastet av den «optiske lesemaskinen».

Populasjonen utgjorde 644 respondenter som svarte på spm. 1 til og med 10. Av 644 var det 112 respondenter som ikke arbeidet ved en anesthesiavdeling og er derfor ikke med på de resterende spørsmålene.

Til sammenligning ble det 1989 sendt ut spørreskjema til 1021 medlemmer av ALNSF. Det kom i retur 51 uåpnede konvolutter. I alt kom det inn 576 besvarte spørreskjema.

I en arbeidsmiljøundersøkelse foretatt for ALNSF av Jørgen Grimelig og Andreas Skogstad (1998) fikk en svar fra 654 respondenter. 76% (n=495) kvinner og 24% (n=159) menn.

I vår undersøkelse fikk vi (anvendbare) svar fra 644 respondenter. 79% (n=498) kvinner og 21% (n=146) menn.

d) Databehandling.

Datapakken SPSS ble benyttet i bearbeidingen av data. Som ved de tidligere undersøkelsene ble det anvendt frekvenstabeller og krysstabeller. Resultatene har vi i antall og procenter.

e) Begrensninger/vurderinger

Resultatene av postale spørreskjema har sin begrensning fordi mange velger ikke å svare, spesielt når det er mange spørsmål. En svarprosent på ca. 50-60% er ikke uvanlig når en ikke sender ut purrebrev.

Det er beklagelig at noen av respondentene ikke svarte fullstendig og nøyakig på skjemaene. Pilotundersøkelsen ga ikke noen signaler om at spørsmålene var vanskelig å besvar.

Det er bare medlemmer av ALNSF som fikk tilsendt spørreskjema. . Hvor mange anesthesisykepleiere som arbeider ved anesthesiavdelinger og som ikke er medlem av ALNSF vet vi ikke.

Etter resultatene kan vi anta at et stort antall av medlemmene ikke arbeider ved anesthesiavdeling. I denne undersøkelsen viste det seg at av 644 var det 112 som ikke arbeidet ved anesthesiavdelinger. Hvis vi etter dette kan trekke den slutningen at ca. 225 medlemmer av ALNSF totale medlemstall ikke arbeider ved en anesthesiavdeling og, som tidligere nevnt, at 100 medlemmer er studenter/pensjonister ville det gitt en høyere svarprosenten.

5. RESULTAT.

5.1 **Frekvenstabeller.**

Spørsmål og tabell har samme nummer slik at det er lett å finne frem.
Alle tall i tabellene er i %, dersom ikke annet er angitt.
Antall besvarelser = n ()

Tabell 1: Viser antall kvinner og menn som har svart (Spm. 1).

Kvinner:	77%	n=	(498)
Menn:	23%	n=	(146)
Totalt	100%	n=	(644)

Tabell 2. Utdanningsår for anestesisykepleiere. (Spm. 2)

Her ser vi utdanningsår totalt og fordelt på kjønn.
Grafisk fremstilling: Figur 1a og b.

Tabell 3. I hvilken helseregion man tok sin utdanning. (Spm. 3)

Det er en logisk fordeling av utdanningssteder etter befolkningstetthet og sykehusstørrelser.

Grafisk fremstilling: Figur 2.

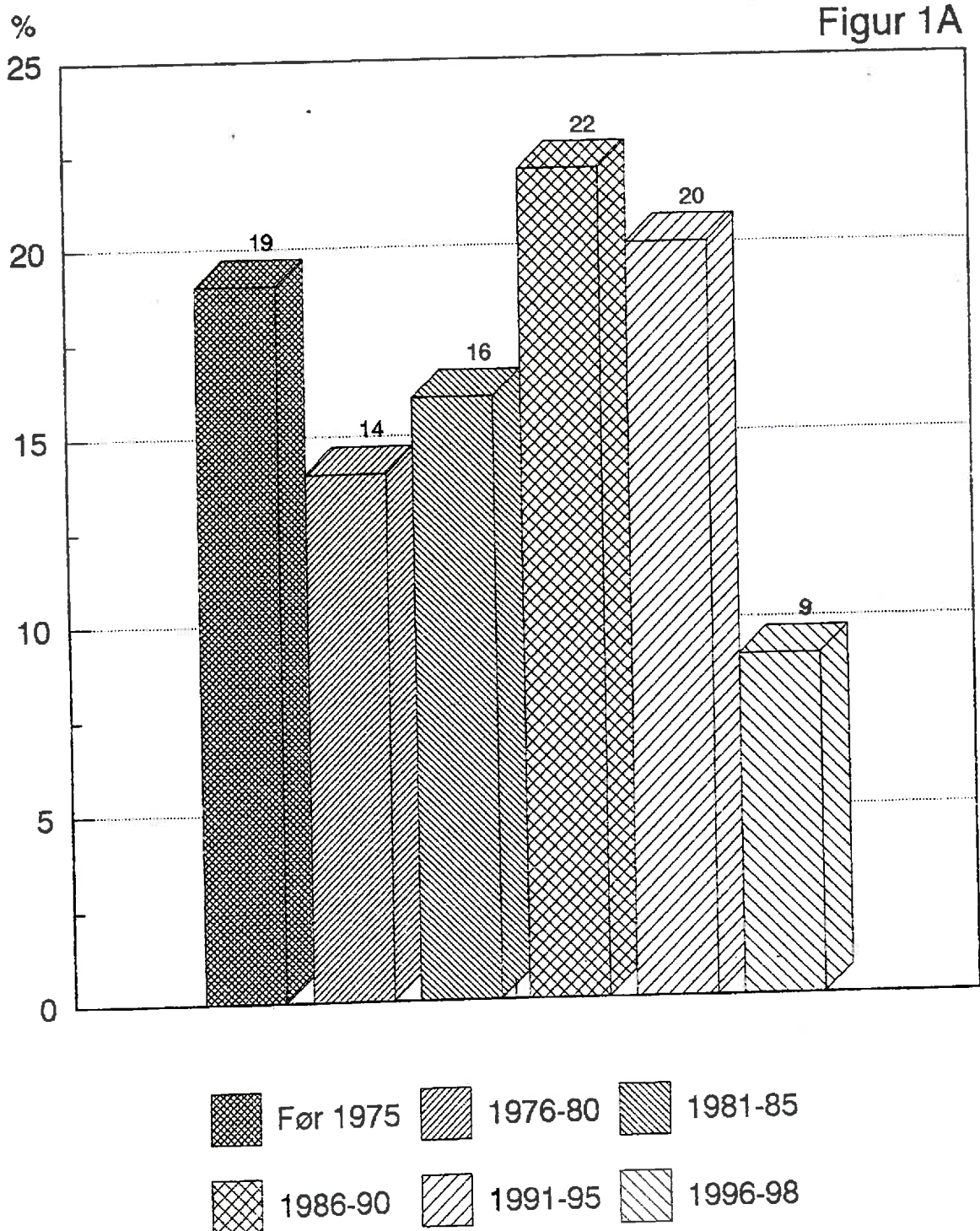
Tabell 4-8. Hvor mange år man har arbeidet som anestesisykepleier ved forskjellige typer sykehus. (Spm. 4-8)

	Tab 4 Univ.Reg. sykeh. %	Tab 5 Fylkes-/ sykeh. %	Tab 6 Lokal- sentr.sh. %	Tab 7 Komb. sykeh. %	Tab 8 av disse %
< 3 år	42	50	25	33	40
4-6 år	19	16	17	19	18
7-10 år	14	15	21	20	16
11-15 år	12	10	16	17	11
16>- år	<u>12</u>	<u>10</u>	<u>21</u>	<u>11</u>	<u>15</u>
Total	100	100	100	100	100
n=	<u>299</u>	<u>137</u>	<u>356</u>	<u>234</u>	<u>126</u>

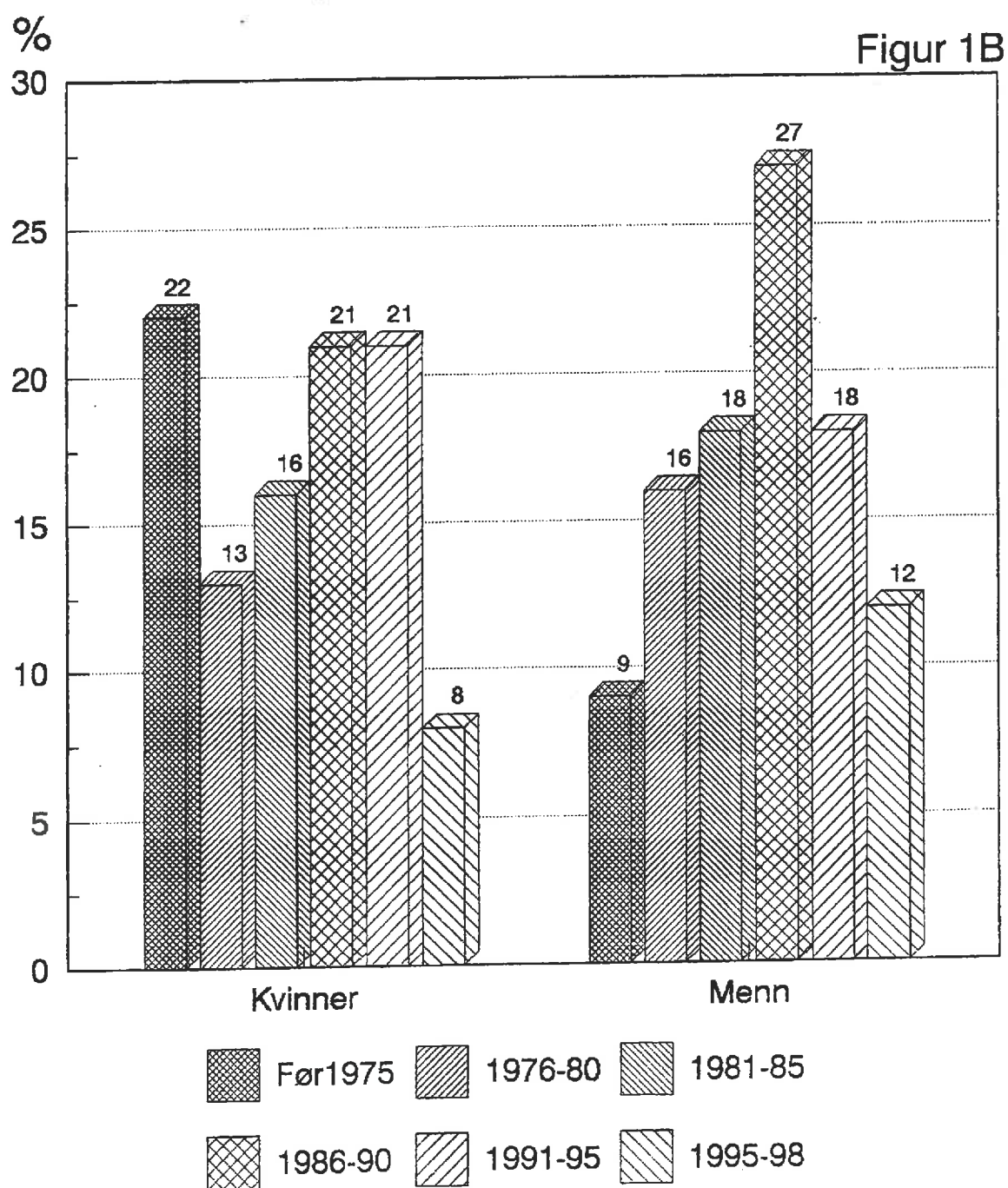
Det er mange som har arbeidet ved flere typer sykehus.

Av dem som har arbeidet mer enn 16 år, finner man flest ved Fylkessykehus

Utdanningsår for anestesisykepleiere



Utdanningsår for anestesisykepleiere Fordelt på kvinner og menn

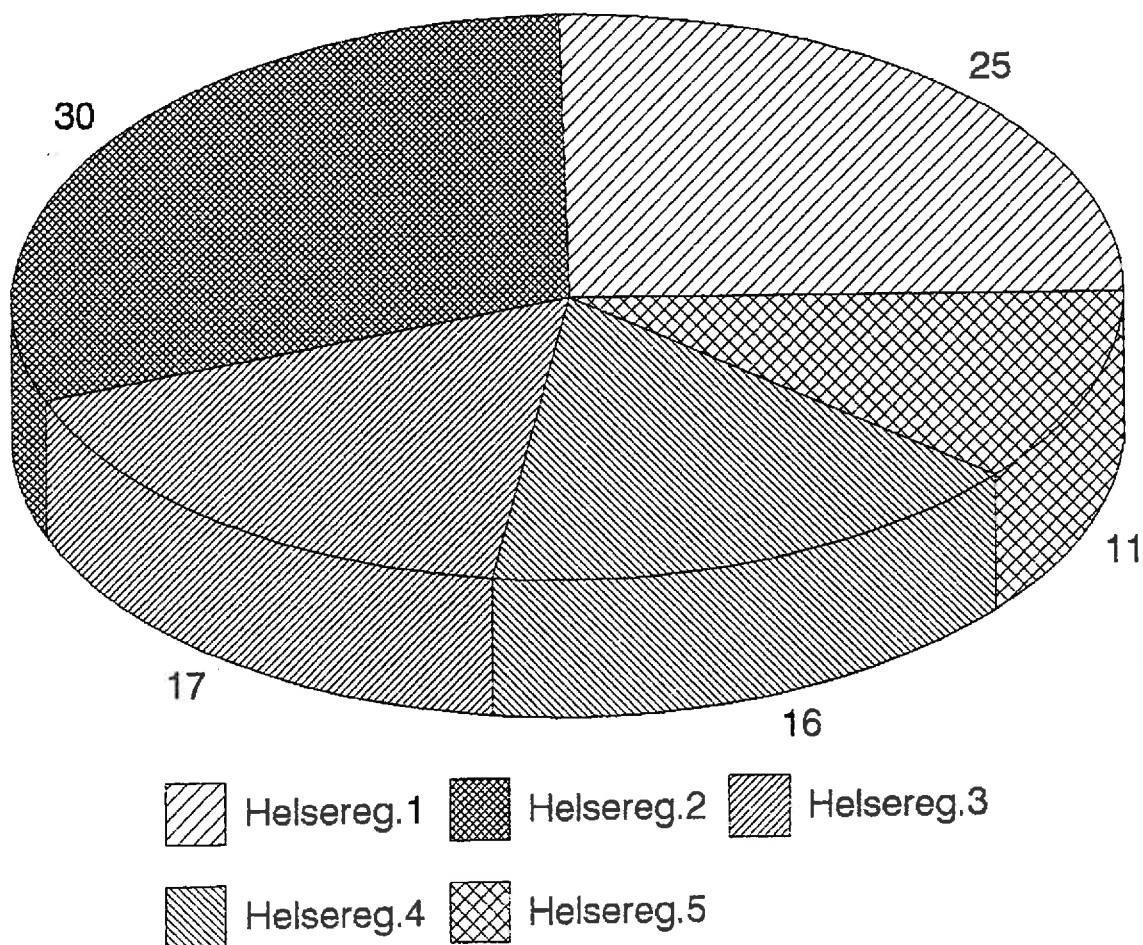


I hvilken helseregion man tok sin anestesisykepleier-utdanning

Figur2

(n=644)

- (1: Oslo, Oppl., Hedm., Østdold)
- (2: Oslo, Riksh., Akersh., Busker., etc.)
- (3: Rogal., Hordal., Sogn og Fj.)
- (4: Møre og R.dal, Sør.Tr.l., Nord-Tr.lag)
- (5: Nordland, Troms, Finmark)



Tabell 9. Om man nå er ansatt ved en anesthesiavdeling. (Spm. 9)

	Kv. %	Menn %	Tot. %
Ja	84	79	83 (532)
Nei	<u>16</u>	<u>21</u>	<u>17</u> (112)
Total	100	100	100
n=	<u>498</u>	<u>146</u>	<u>644</u>

Tabell 10. Hvor man evt. er ansatt på nåværende tidspunkt. (Spm. 10)

112 personer har besvart dette spørsmålet. Av disse igjen har 27 svart at de har "annet arbeid". Ellers er svarene fordelt slik:

NLA o.l.	9 pers.	8%
Med.tekn. firma	2 "	2%
Grunnskolen i sykepleie	7 "	6%
Videregående skole	2 "	2%
Offshore	12 "	11%
Annen avd. v/sykehus	48 "	43%
Ambulansetransport	3 "	3%
Pensjonist	2 "	2%
Annet	<u>27</u> "	<u>24%</u>
	<u>112 pers.</u>	<u>100%</u>

Tabell 11. Hvilken type sykehus man i dag er ansatt ved. (Spm. 11)

(Dersom man arbeider på anesthesiavdeling)

Her får vi følgende fordeling på de 532 personer dette gjelder som er ansatt ved en anesthesiavdeling:

	Kv. %	Menn %	Totalt %
Universitetssykehus	19	14	18
Regionssykehus	5	4	5
Fylkes-/sentralsykehus	43	52	45
Lokalsykehus	23	19	22
En kombinasjon	9	9	9
Privat sykehus	1	3	1
Annet	<u>1</u>	<u>-</u>	<u>1</u>
	<u>100</u>	<u>100</u>	<u>100</u>
n=	<u>417</u>	<u>115</u>	<u>532</u>

Tabell 12. **Hvilken stilling man har i dag. (Spm. 12)**

Grafisk figur 3.

Her kan det være interessant å se fordelingen på kvinner og menn.

	Kv.	Menn	Total
	%	%	%
Oversykepleier	3	4	3
Avd.sykepleier	12	10	12
Anestesisykepleier	80	83	81
Praksisveileder	1	-	1
Lærer	1	-	1
Annet	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>2</u>
<u>Totalt</u>	100	100	100
<u>n=</u>	<u>408</u>	<u>107</u>	<u>515</u>

Som det vil fremgå er det små kjønnsforskjeller når det gjelder hvilke typer stillinger man i dag har på sykehuset.

Tabell 13. **Om man er helttids- eller deltidsansatt. (Spm. 13)**

	Kv.	Menn	Totalt
	%	%	%
Heltid	71	93	76
Deltid	<u>29</u>	<u>7</u>	<u>25</u>
Total	101	100	101
<u>n =</u>	<u>406</u>	<u>112</u>	<u>518</u>

Det er flere kvinner som går på deltid enn menn, og motsatt litt flere menn enn kvinner som altså er på heltid/full stilling.

Tabell 14. **Hvilken vaktordning man går. (Spm. 14)**

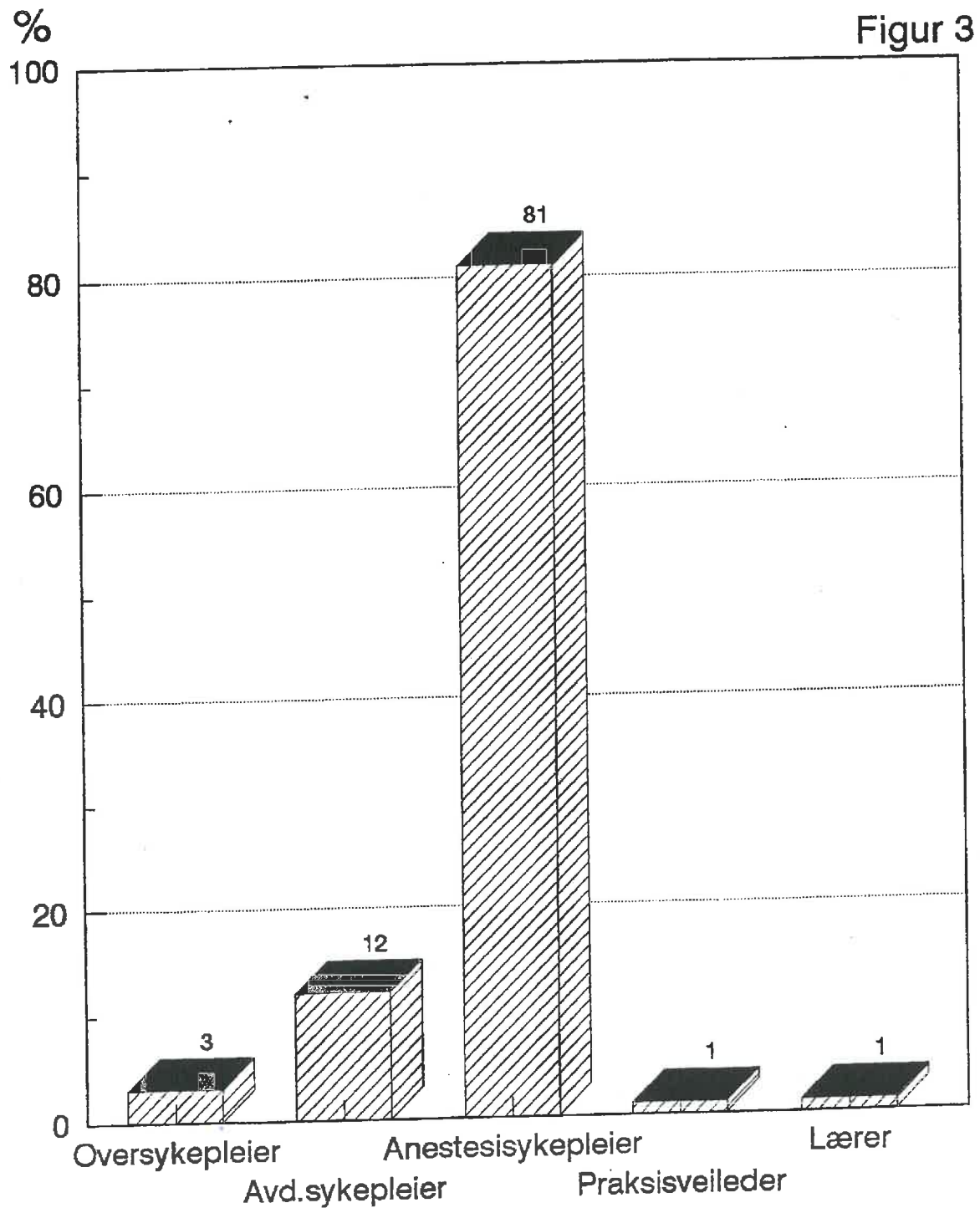
Langt de fleste og 77% går i heldøgnsturnus.

Se grafisk fremstilling: Figur 4.

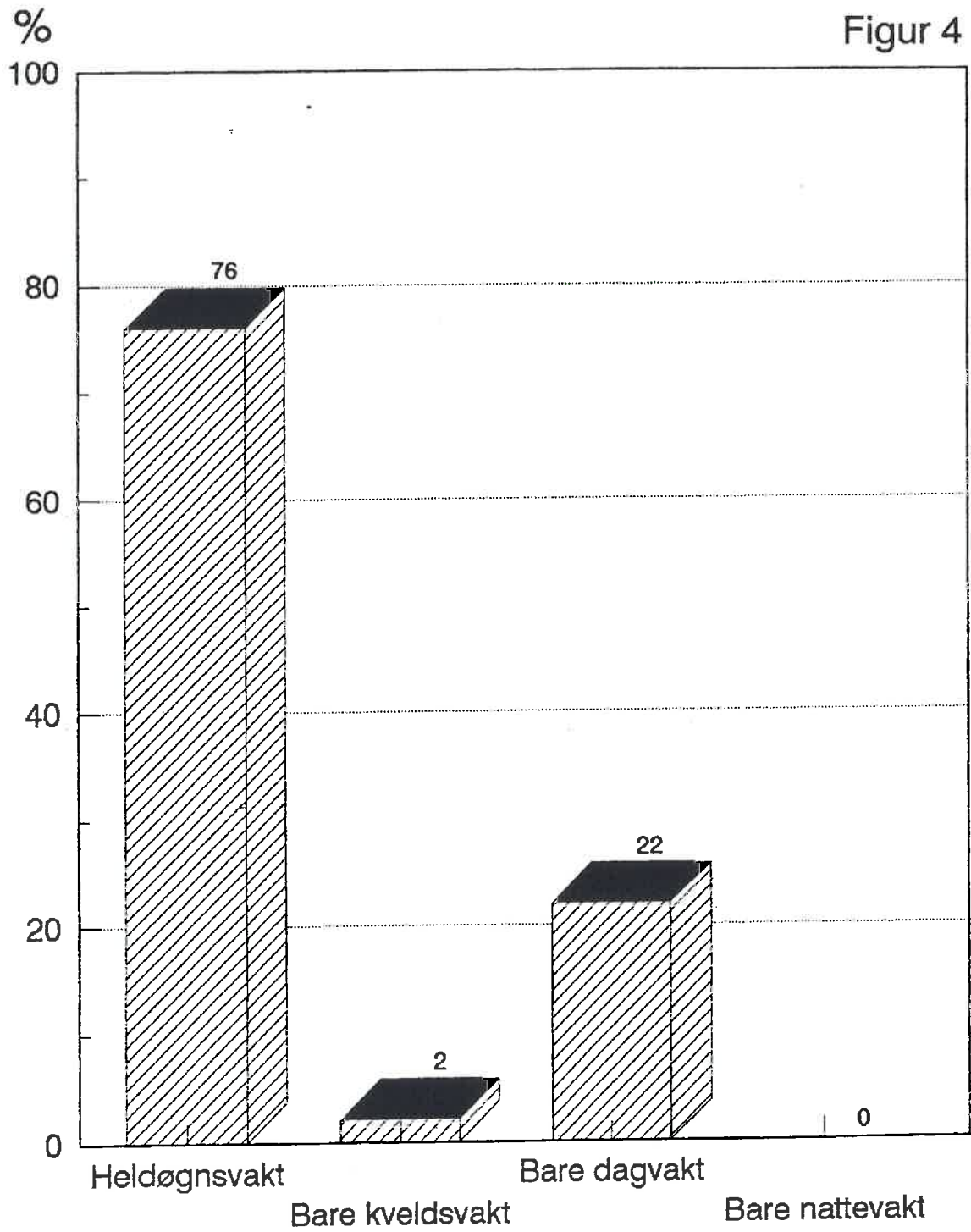
Ser vi også på denne kjønnsfordelt er tallene slik:

	Kv.	Menn	Total
	%	%	%
Heldøgnsvakt	73	87	76
Bare nattevakt	-	-	-
Bare kveldsvakt	2	1	2
Bare dagvakt	<u>25</u>	<u>12</u>	<u>22</u>
Total	100	100	100
<u>n=</u>	<u>397</u>	<u>111</u>	<u>508</u>

Hvilken stilling har man i dag.



Vaktordning.



Vel 3/4-deler av alle spurte har altså heldøgnsvakt, mennene i større grad med 87% mot kvinnenenes 73%.

Tabell 15. **Går på forhold vedrørende arbeidssted. (Spm. 15-19)**
19.

I tabellene 15-19, får man den prosentvise oversikt over de fysiske forhold/størrelser på arbeidsstedet:

15. Antall operasjonsstuer.(Spm.15) **16. Antall sengeplasser (Spm. 16):**

	%
1-5	23
6-10	29
11-20	28
21-30	15
31 ell. flere	<u>5</u>
Total	100
n=	<u>525</u>

	%
10-50	4
51-100	13
101-200	15
201-400	29
401-600	16
601-1000	15
Flere enn 1000	<u>9</u>
Totalt	100
n=	<u>504</u>

**17. Antall anestesisykepleiere
ansatt ved anesthesiavd.(Sp.17)**

	%
1-5	7
6-10	17
11-20	23
21-40	31
41-60	12
Flere enn 60	<u>11</u>
Total	100
n=	<u>531</u>

**18 Antall anestesileger
sykehuset har.(Sp.18)**

	%
0-1	8
2-3	15
4-5	10
6-10	21
11-20	20
21-30	10
31-40	6
41-50	6
Flere enn 50	<u>4</u>
Total	100
n=	<u>523</u>

**19. Om anestesilegen alltid har
tilstedevakt. (Spm. 19)**

	%
Ja	71
Nei	<u>29</u>
Total	100
n=	<u>524</u>

Tabell 20-22. **Hvor mange anestesisykepleiere på vakt - kvelds- natte- eller helgevakt. (Spm. 20-22)**

20. Kveldsvakt (Sp.20)		21. Nattevakt (Spm.21):	
	%		%
1 anestesipl.	21	1 anestesipl.	33
2 anestesipl.	37	2 anestesipl.	44
3 anestesipl.	18	3 anestesipl.	19
4 anestesipl.	9	4 anestesipl.	3
5 anestesipl..	<u>15</u>	5 anestesipl.	<u>1</u>
Total	100	Total	100
n=	<u>497</u>	n=	<u>513</u>

22. Helgevakt/dag.(Spm.22)

	%
1 anestesipl.	32
2 anestesipl.	40
3 anestesipl.	19
4 anestesipl.	4
5 anestesipl.	<u>5</u>
Total	100
n=	<u>503</u>

Tabell 23 **Om man alltid får den medisinsk/faglige hjelpen man har behov for.(Spm. 23)**

	%
Alltid	33
Meget ofte	51
Ofte	14
Av og til	2
Sjelden	-
Total	<u>100</u>
n=	<u>528</u>

Langt de fleste og 84% får den medisinske/faglige hjelpen man har behov for, nesten hver gang det er nødvendig. Ytterligere 14% får denne hjelpen "ofte", slik at totalprosenten her kommer opp i 98%.

Tabell 24. **Hvilke operasjoner/anestesiservice foretas på eget arbeidssted, satt opp etter rangering med de typer service som er nevnt slik: (Spm. 24)**

Her er satt opp en rangering av den service som ble nevnt, utregnet med prosentbasis i de 532 som var ansatt på en anestesiavdeling, og dermed skulle besvare dette spørsmålet.

	%	Ant.
Ortopedi	92	487
Gastro	90	478
Poliklinisk	90	477
Gynekologi	84	444
Urologi	83	443
Mottak av ØH-pasienter	81	431
Føde	78	416
Smertebehandling	76	403
Diagnostikk/undersøk.	75	401
Øre/nese/hals	74	395
Kar	71	376
Thorax	64	341
Øye	51	271
Plastikk kir.	50	264
Endokrinologi	47	251
Brannskade	33	174
Nevrokirurgi	24	128
Hjerte	16	87
Transplantasjoner	13	69

Tabell 25-27. **Hvilke av nevnte arbeidsoppgaver anestesisykepleier utfører på egen hånd, dvs. uten anestesilege til stede i rommet hele tiden.**

25 Administrerer/gir generell anestesi:(Spm.25)		26. Overvåker pasienter i regional anestesi: (Sp.26)	
	%		%
Daglig	61	Daglig	75
Flere ganger pr.uke	21	Flere ganger pr.uke	15
Flere ganger pr.måned	6	Flere ganger pr.måned	6
Sjelden	10	Sjelden	2
Aldri	<u>2</u>	Aldri	<u>1</u>
Total	100	Total	100
n=	<u>515</u>	n=	<u>14</u>

27. Overvåker pasienter som får kombinert regional og generell anestesi: (Spm. 27)	
	%
Daglig	58
Flere ganger pr.uke	24
Flere ganger pr.måned	10
Sjelden	7
Aldri	<u>2</u>
Total	100
n=	<u>502</u>

Tabell 28-. **Innleder anestesisykepleier anestesi på egen hånd?**

31. (dvs. uten anestesilege i rommet hele tiden)
(Antall spurte blir her forskjellig, idet ikke alle har alle typer vakter)

For å få en samlet oversikt setter vi her opp disse tabellene ved siden av hverandre.

	Spørsmål nr.:			
	<u>28</u>	<u>29</u>	<u>30</u>	<u>31</u>
	Dag- tid	Sen- vakt	Nat- ten	Helg- ene
	%	%	%	%
Alltid	2	1	1	1
Meget ofte	35	24	23	22
Ofte	21	17	14	15
Av og til	23	23	20	23
Sjelden	14	19	19	18
Aldri	<u>5</u>	<u>17</u>	<u>24</u>	<u>21</u>
Total	100	100	100	100
n=	<u>523</u>	<u>468</u>	<u>466</u>	<u>463</u>

Tabell 32-. **Om man vurderer om anestesilege skal tilkalles under anestesien til forskjellige tidspunkt/vakter. (Spm. 32-35)**

35.

(Antall spurte blir her forskjellig, idet ikke alle har alle typer vakter.)

Også her settes tabellene opp samlet.

	Spørsmål nr.:			
	<u>32</u>	<u>33</u>	<u>34</u>	<u>35</u>
	Dag- tid	Nat- ten	Kv.- vakt	Helg- ene
	%	%	%	%
Alltid	42	49	48	49
Meget ofte	16	12	15	14
Ofte	17	14	15	16
Av og til	20	16	15	15
Sjelden	4	6	4	4
Aldri	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>3</u>
Total	100	100	100	100
n=	<u>499</u>	<u>450</u>	<u>453</u>	<u>451</u>

Som det vil fremgå av svarfordelingen vurderer man selv om anestesilegen skal tilkalles i de fleste tilfeller.

Tabell 36. **Om man vurderer medisinske opplysninger for anestesi på egen hånd.**
(Spm. 36)

	%
Alltid	14
Meget ofte	25
Ofte	19
Av og til	24
Sjelden	14
Aldri	<u>4</u>
Total	100
n=	<u>510</u>

Tabell 37. **Om man kontrollerer laboratorieprøver på egenhånd. (Spm. 37)**

Tabell 38. **Om man vurderer laboratorieprøver på egenhånd. (Spm. 38)**

	Spørsmål	
	<u>37</u>	<u>38</u>
	Kontr.	Vurd.
Alltid	32	16
Meget ofte	32	31
Ofte	22	25
Av og til	8	18
Sjelden	4	9
Aldri	<u>2</u>	<u>2</u>
Total	100	100
n=	<u>513</u>	<u>515</u>

Som det vil fremgå er det en litt høyere andel som oftere kontrollerer enn vurderer.

Tabell 39 - Om man **bestemmer premedikasjon** på egenhånd (etter avd.retningslinjer)(Sp.39)

Tabell 40.- Om man **velger anestesiform** etter pasientens alder og almentilstand på egenhånd (Sp.40)

Tabell 41 - Om man **intuberer pasienten** uten at anestesilege er til stede (Spm. 41)

Tabell 42. Om man **fører anestesijournal** på egenhånd.(Spm. 42)

Disse 4 tabellene er samlet for å få en bedre oversikt, og viser følgende

	Spørsmål nr.:			
	<u>39</u>	<u>40</u>	<u>41</u>	<u>42</u>
	%	%	%	%
Alltid	12	2	2	75
Meget ofte	27	20	32	22
Ofte	11	19	20	1
Av og til	18	18	27	1
Sjelden	20	29	15	-
Aldri	<u>12</u>	<u>12</u>	<u>5</u>	-
Total	100	100	100	100
n=	<u>515</u>	<u>512</u>	<u>517</u>	<u>522</u>

Føring av anestesijournal er en av anestesisykepleiernes sentrale oppgaver.

Tabell 43. Om man **vurderer respirasjonen** på egenhånd (under anestesen) (Sp.43)

Tabell 44. Om man **vurderer sirkulasjonen** på egenhånd (under anestesen)(Spm. 44)

Tabell 45. Om man **vurderer anestesidybde/-nivå** på egenhånd.(Spm. 45)

Tabell 46. Om man **vurderer tap og tilførsel av blod** under anestesen på egenhånd.(Spm.46)

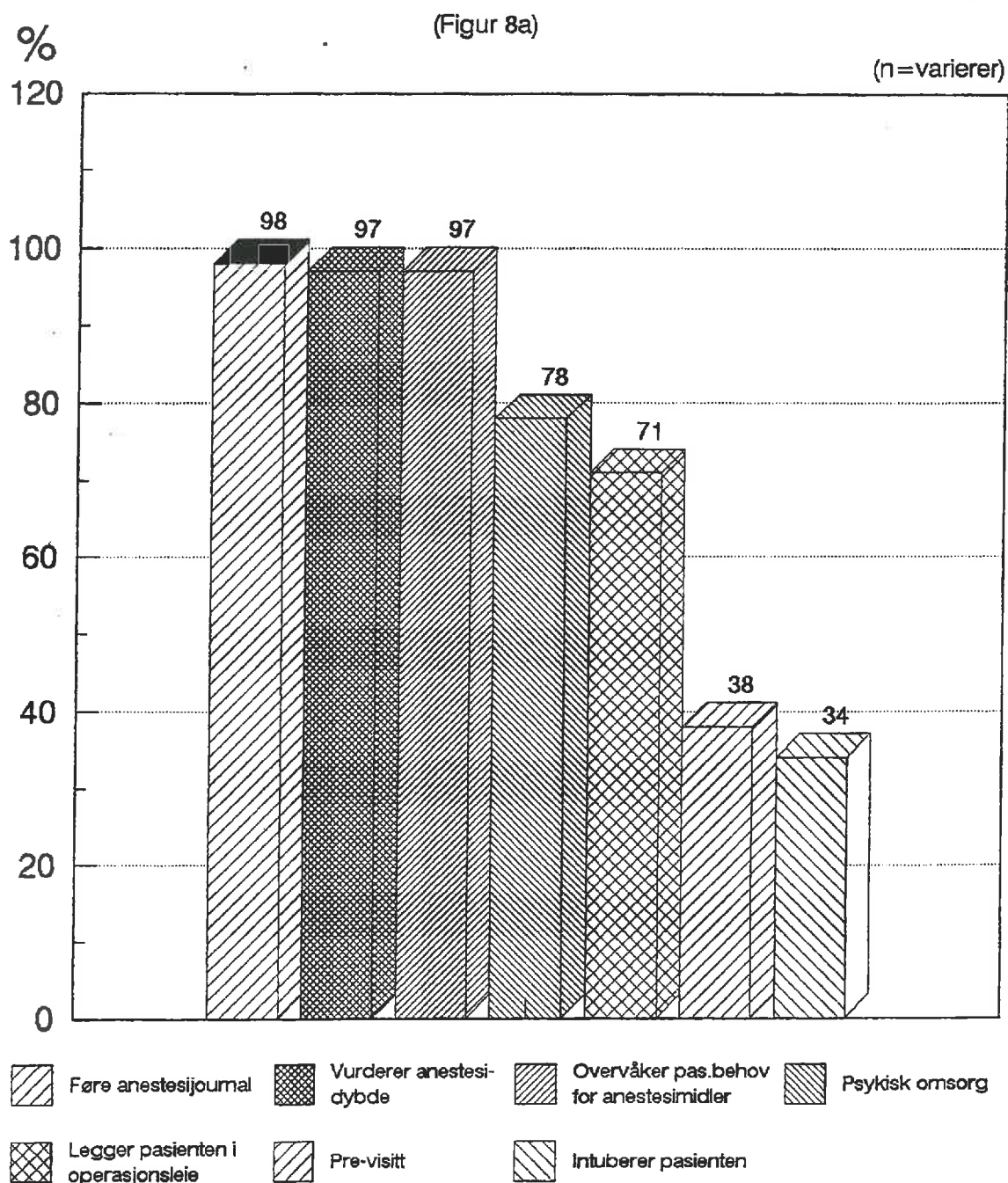
	Spørsmål nr.:			
	<u>43</u>	<u>44</u>	<u>45</u>	<u>46</u>
	%	%	%	%
Alltid	62	50	58	33
Meget ofte	35	45	39	44
Ofte	3	5	2	14
Av og til	0.2	-	1	5
Sjelden	-	0.2	1	3
Aldri	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>1</u>
Total	100	100	100	100
n=	<u>519</u>	<u>514</u>	<u>517</u>	<u>510</u>

Tabell 47. Om man **overvåker og vurderer tap og tilførsel av væske** under anestesen på egenhånd. (Spm. 47)

Tabell 48. Om man **overvåker og vurderer pasientens behov for anestesimidler** på egenhånd.(Spm. 48)

Funksjoner som anestesisykepleiere utfører på egen hånd alltid og meget ofte.

(Meget ofte er over 50%)



	Spørsmål nr.:	
	<u>47</u>	<u>48</u>
	%	%
Alltid	34	49
Meget ofte	52	48
Ofte	12	3
Av og til	2	-
Sjelden	1	-
Aldri	-	<u>0.2</u>
Total	100	100
n=	<u>502</u>	<u>496</u>

Tabell 49. Om man avslutter anestesian på egenhånd (Spm.49).

Tabell 50. Om man ekstuberer pasienten på egenhånd (Spm. 50)

Tabell 51. Om man gir skriftlig og muntlig rapport om forløp og videre behandling på egenhånd. (Spm. 51)

	Spørsmål nr.:		
	<u>49</u>	<u>50</u>	<u>51</u>
	%	%	%
Alltid	6	7	56
Meget ofte	63	62	36
Ofte	12	11	6
Av og til	9	7	2
Sjelden	9	10	1
Aldri	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>0.2</u>
Total	100	100	100
n=	<u>518</u>	<u>516</u>	<u>520</u>

Tabell 52-57. Hvilke funksjoner/oppgaver man ellers utfører (Spm. 52-57).

52 - Pre.anestesi visitt. (Spm. 52)

53 - Gir premedikasjon.(Spm. 53)

54 - Trekker opp medikamenter som skal brukes ved anestesian (Spm. 54)

55 - Setter opp infusjonsvæsker (Spm. 55)

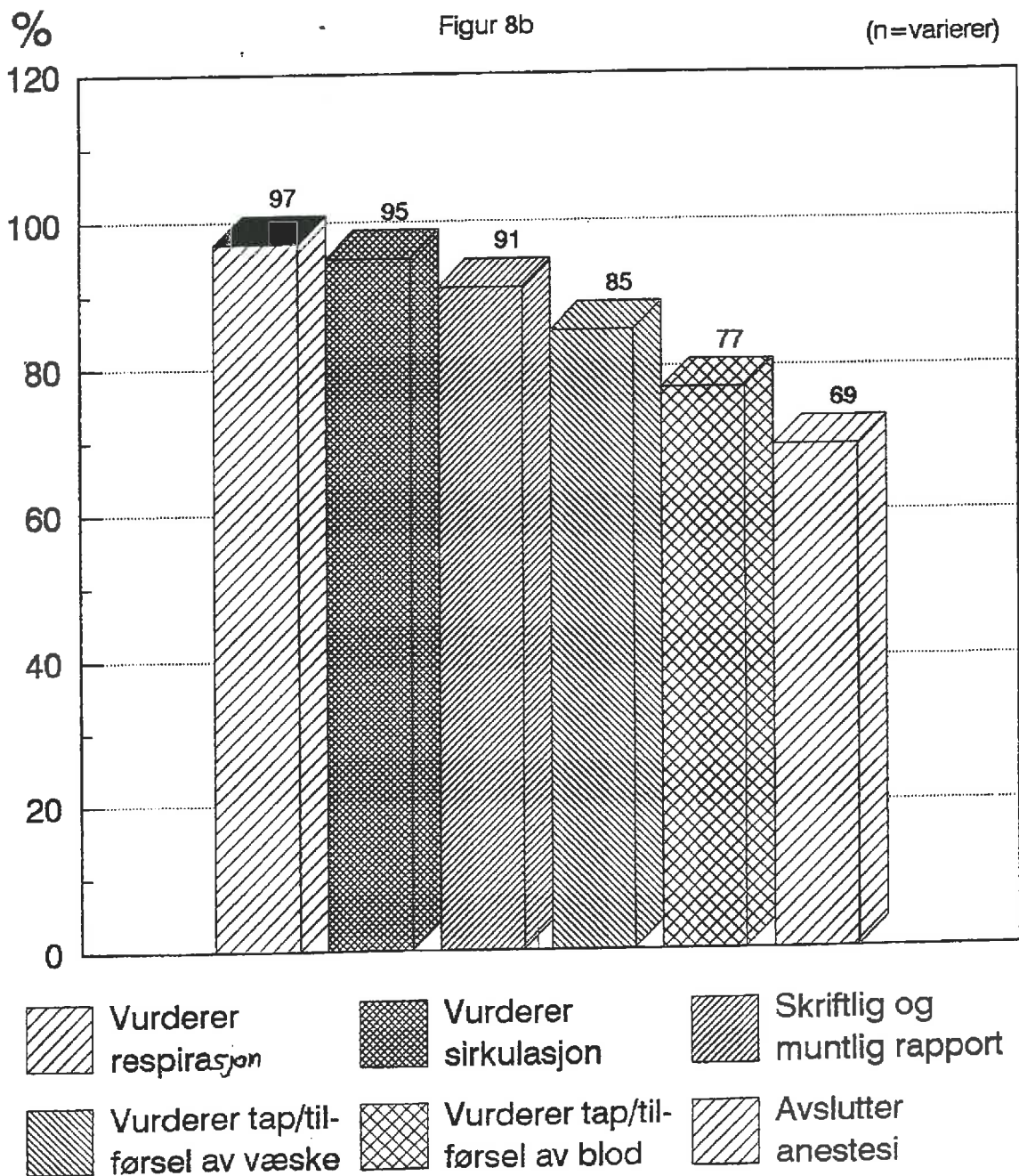
56 - Kontr.med.tekn.utstyr som skal brukes (Spm. 56)

57 - Klargjøre pasienten for anestesi (Spm. 57)

	Spørsmål nr.:					
	<u>52</u>	<u>53</u>	<u>54</u>	<u>55</u>	<u>56</u>	<u>57</u>
	%	%	%	%	%	%
Alltid	13	6	71	78	88	65
Meget ofte	24	12	25	21	10	23
Ofte	13	8	2	0.4	1	5
Av og til	11	13	3	0,2	0,2	2
Sjelden	18	38	-	0,2	-	4
Aldri	<u>21</u>	<u>23</u>	<u>0.2</u>	-	-	<u>2</u>
Total	100	100	100	100	100	100
n=	<u>516</u>	<u>521</u>	<u>521</u>	<u>519</u>	<u>518</u>	<u>514</u>

Funksjoner som anestesisykepleiere utfører på egen hånd alltid og meget ofte.

(Meget ofte er over 50%)



Tabell 58. - Er det behov for å gi pasienten psykisk omsorg. (Spm. 58)

Tabell 59. - Er det behov for å gi pårørende psykisk omsorg (Spm. 59)

Tabell 60. - Legger pasienten i operasjonsleie.(Spm. 60)

Tabell 61. -Om man setter epidural anestesi (Spm. 61)

Tabell 62 - Om man setter spinalanestesi. (Spm. 62)

Tabell 63.- Om man assisterer ved regional anestesi. (Spm. 63)

	Spørsmål nr.:					
	<u>58</u>	<u>59</u>	<u>60</u>	<u>61</u>	<u>62</u>	<u>63</u>
	%	%	%	%	%	%
Alltid	39	35	29	1	1	58
Meget ofte	39	34	41	1	1	28
Ofte	17	20	18	1	1	7
Av og til	5	10	8	1	2	4
Sjelden	0,4	2	3	1	2	2
Aldri	-	0.2	0.2	95	93	2
Total	100	100	100	100	100	100
n=	<u>523</u>	<u>526</u>	<u>515</u>	<u>518</u>	<u>504</u>	<u>503</u>

Her følger flere oppgaver knyttet til det å administrere/gi anestesi.

For letthets- og kontrollens del setter vi sammen flere tabeller også her.

Tabell 64. Om man kobler pasienten til ventilator på egenhånd.((Spm. 64)

Tabell 65. Om man kobler pasienten til respirator på egenhånd. (Spm.65)

Tabell 66. Om man vurderer avvik fra den normale hjerterytme på scop på egenhånd.(Sp.66)

Tabell 67. Om man behandler larynxspasme/bronchospasme på egenhånd.(Sp.-67)

	Spørsmål nr.:			
	<u>64</u>	<u>65</u>	<u>66</u>	<u>67</u>
	%	%	%	%
Alltid	33	6	19	4
Meget ofte	57	16	42	16
Ofte	5	4	20	16
Av og til	2	11	12	28
Sjelden	3	23	6	28
Aldri	<u>1</u>	<u>39</u>	<u>1</u>	<u>10</u>
Total	100	100	100	100
n=	<u>513</u>	<u>501</u>	<u>515</u>	<u>515</u>

Tabell 68. - Om man starter behandling av akutte livstruende situasjoner på egenhånd (Spm.68).

Tabell 69. - Om man starter gjenoppliving på egenhånd. (Spm. 69)

Tabell 70. - Om man defibrillerer på egenhånd når behov oppstår (Spm. 70)

Tabell 71. - Om man starter medikamentbehandling etter skjema på egenhånd (Spm. 71).

	Spørsmål nr.:			
	<u>68</u>	<u>69</u>	<u>70</u>	<u>71</u>
	%	%	%	%
Alltid	19	27	14	15
Meget ofte	18	14	7	20
Ofte	11	9	3	14
Av og til	24	22	12	18
Sjelden	23	25	37	23
Aldri	5	3	27	9
Total	100	100	100	100
n=	<u>509</u>	<u>515</u>	<u>514</u>	<u>505</u>

Tabell 72. **Hvilke anestesimidler/medikamenter man kan administrere på egenhånd.**

(rangert) (Spm. 72)

Også her har vi satt opp prosentsetser utregnet med basis i de 524 som var ansatt på en anesthesiavdeling og har besvart dette spørsmålet.. I Tabellverket vil man finne tabellen med alle fordelinger.

	%	Ant.
Analgetika	97	510
Muskelrelaxantia	97	508
Barbiturater	96	504
Halogenerte gasser	94	502
Benzodiazepiner	92	484
Nevrolept	81	425
Ketalar	73	380
Påfyll epidural kateter	72	377
Annet	21	109

Tabell 73. **Hvilke anestesystemer kan man anvende. (Spm. 73)**

Rangert.

Prosentbasis = 527.

	%	Ant.
Bains-system	98	517
Sirkelsystem (vanlig)	96	504
Enveis-system	78	412
Toronto	72	379
Annet	13	70

Tabell 74. **Hvilke monitoreringsutstyr/annet utstyr som blir benyttet på eget arbeidssted.**
(Spm. 74)

Rangert.

Prosentbasis = 529.

	%	Ant.
Scop	99	522
Pulsoksymeter	98	520
Kapnograf	98	518
Laryngsmaske	98	516
Infusjonspumpe	96	507
Blodvarmer	95	504
BT-Mansjett	92	488
Nervestimulatur	90	474
Elektronisk temp.	87	458
CVP	86	453
Intra-arteriell måling	85	451
Oksymeter	60	315
Dinamap	58	309
Swan Ganz kateter	38	200
Annet utstyr	42	224

Tabell 75. **Hvilke av nevnte grupper man underviser/veileder.** (Spm. 75)

Rangert.

Prosentbasis = 513.

	%	Ant.
Spesialelever	89	457
Sykepleiestudenter	84	432
Ambulansepersonell	66	340
Sykepleiere	56	289
Med.studenter	51	261
Leger	50	256
Renholdsassistenter	26	133
Tannleger	24	123
Andre	12	60

Tabell 76 **Om man deltar i ambulansetransport.** (Spm. 76)

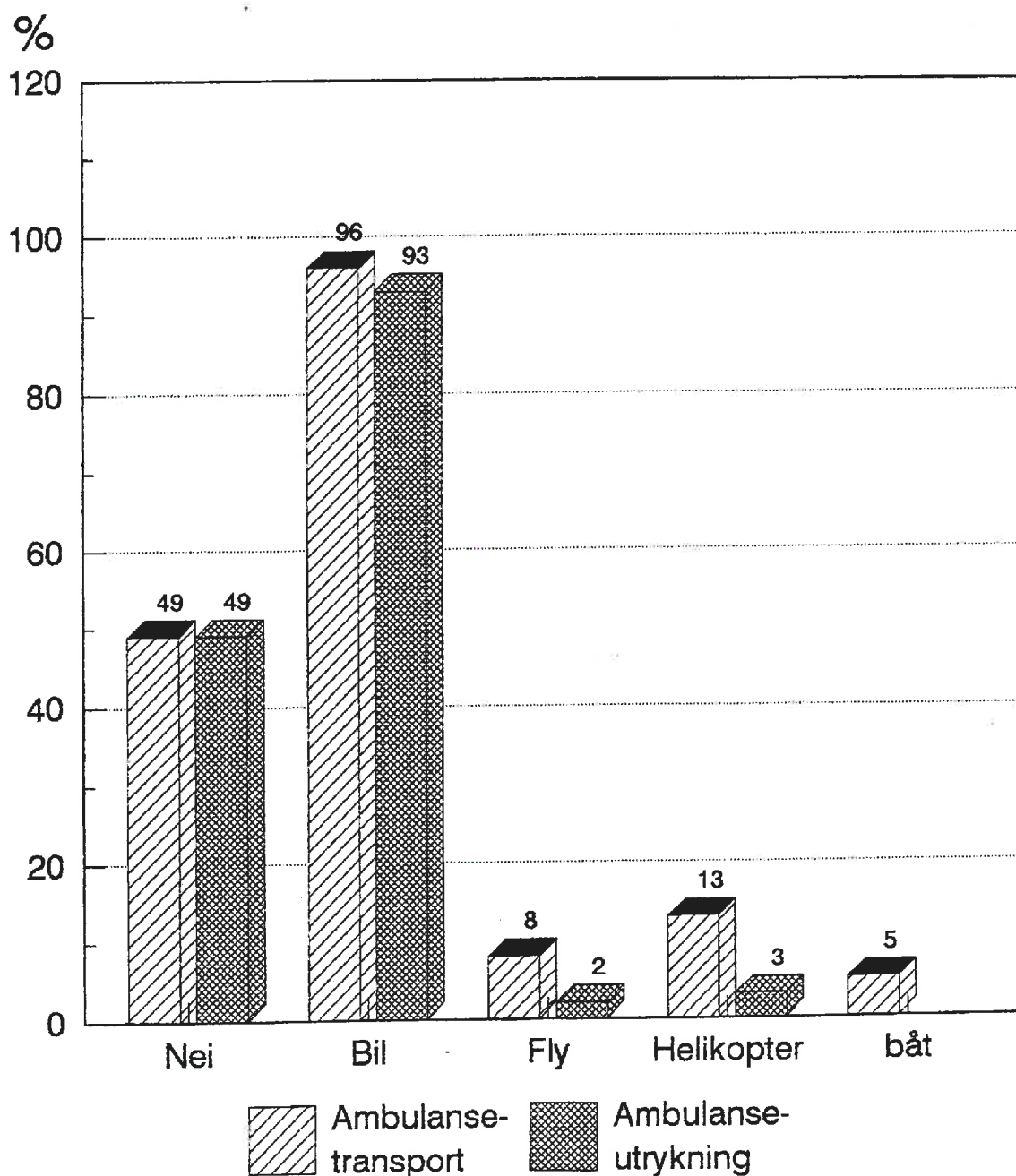
Grafisk fremstilling 5.

51% og 263 personer svarte Ja

49% og 251 personer svarte Nei. (total besvarelse 514 personer)

Deltar anestesisykepleiere i ambulansetransport eller ambulanseutrykning?

Figur 5



Tabell 77. De som deltok i slik transport ble spurt om hva de deltok i. (Spm. 77)

	%	n=	
Bil	43	n=	276
Fly	4	n=	24
Helikopter	6	n=	36
Båt	5	n=	13

(Ved en feil i dataverket får vi ikke utkjørt "båt", men ved manuell opptelling er det 13 personer som her deltatt i slik transport)

Tabell 78. Om man deltar i ambulansetrykning. (Spm. 78)

51% og 252 personer svarte Ja
49% og 240 personer svarte Nei. (Total besvarelse 492 personer)

Tabell 79. De som deltok i ambulansetrykning ble spurt om hva de deltar i (Spm. 79).

	%	n=	
Bil	93	n=	233
Fly	2	n=	4
Helikopter	3	n=	7
Båt	3	n=	7

Tabell 80. Om sykehuset arrangerer katastrofeøvelser. (Spm. 80)
(Grafisk fremstilling 6.)

	%
Nei	8
Ja, 1 ell.fl.ggr.pr.år	16
Ja, hvert 2. år	18
Ja, hvert 3.år	10
Sjeldnere	<u>48</u>
Total	100
n=	<u>514</u>

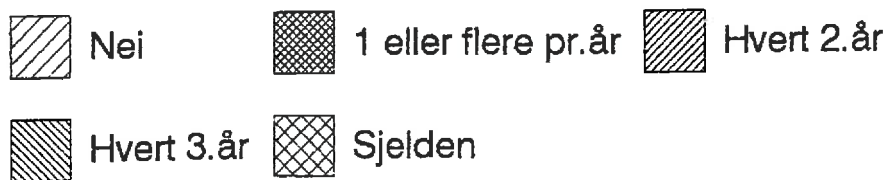
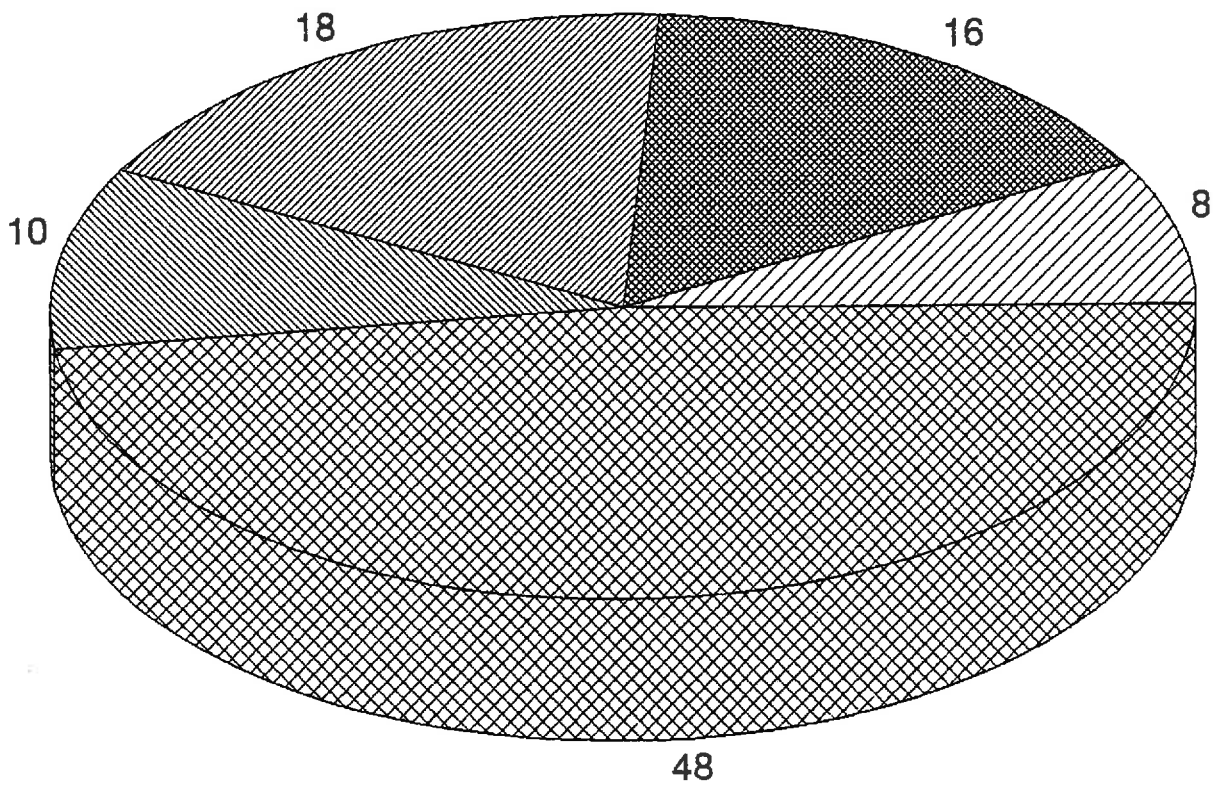
Tabell 81-82. Om man som anestesisykepleier har deltatt i katastrofeøvelse, og i tilfelle hvor mange ganger. (Spm. 81-82)

	<u>Sp.81</u>		<u>Sp.82</u>
	%		%
Ja, deltatt	70	Aldri	25
Nei, ikke	<u>30</u>	1 gang	26
Total	100	2 ganger	21
n=	<u>517</u>	3 ganger	10
		4 ggr.eller mer	<u>18</u>
		Totalt	100
		n =	<u>504</u>

Arrangerer sykehuset katastrofeøvelser?

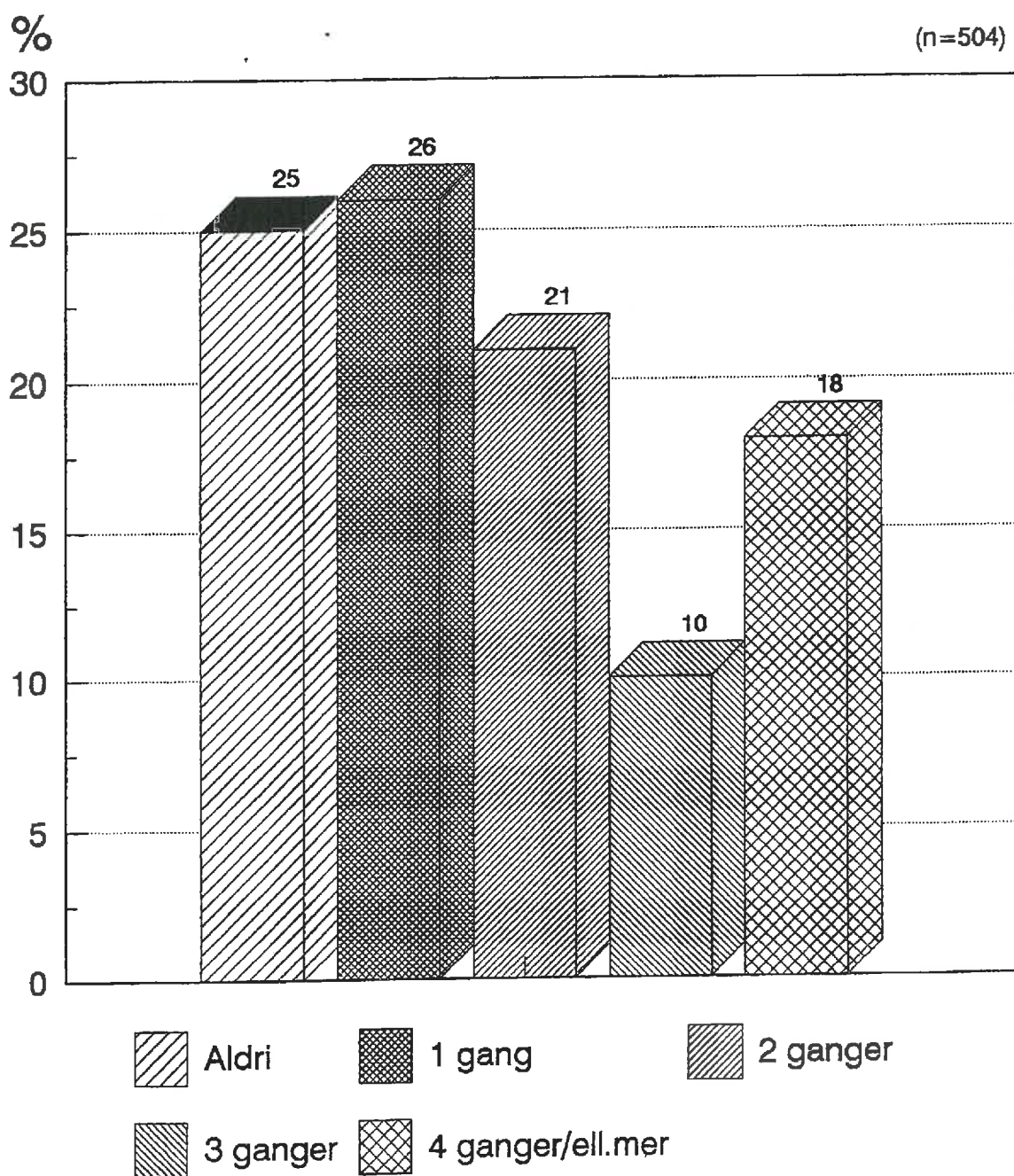
Figur 6.

(n=514)



Hvor mange ganger har intervjuobjektene deltatt i katastrofeøvelser?

Figur 7



Tabell 83. Om anestesipl.har ansvar for å kontrollere akutt-/katastrofeutstyr.
(Spm. 83)

	%
Ja	94
Nei	<u>6</u>
Total	100
n=	<u>521</u>

Tabell 84. Om man deltar med akutt hjelp og evt. annen service ved sykehusets avdelinger.
(Spm. 84)

	%
Ja	97
Nei	<u>3</u>
Total	100
n=	<u>522</u>

Tabell 85. Om man opplever rollen som anestesisykepleier som endret.
(Spm. 85)

	%
Ja	48
Nei	<u>52</u>
Total	100
n=	<u>503</u>

Tabell 86. Om man gjør bruk av datautstyr i sitt arbeid. (Spm. 86)

	%
Ja	79
Nei	<u>21</u>
Total	100
n=	<u>523</u>

Tabell 87. Om man bruker elektronisk journal. (Spm. 87)

	%
Ja	9
Nei	<u>91</u>
Total	100
n=	<u>524</u>

Tabell 88 og 89. **Om det er utenlandske anestesileger ved egen avdeling og om man opplever språkproblemer i den anledning. (Spm. 88 og 89)**

	<u>Sp.88</u>		<u>Sp.89</u>
	%		%
Ja er utenlandske leger	88	Hender meget ofte	7
Nei, er ikke	12	Av og til	36
Total	100	Sjelden	44
n=	<u>521</u>	Aldri	14
		Total	100
		n=	<u>473</u>

Tabell 90 og 91. **Om man ønsker etterutdanning i sitt arbeid og eventuelt hvilken form for etterutdanning. (kun ett svar var mulig her) (Spm. 90 og 91)**

	<u>Sp.90</u>		<u>Sp.91</u>
	%		%
Ja	98	Oppdat.av teor. kunnskap	56
Nei	2	Oppdat.av prakt.ferdigh.	10
Total	100	Hospitering på andre sykeh.	34
n=	<u>516</u>	Total	100
		n=	<u>495</u>

Tabell 92. **Prioriterte fagområder for etterutdanning (Spm. 92)**
(Hver kunne velge 3 områder og krysse ut.)
Prosentbasis = 508.

Prioritert fra det mest nevnte.

	%	Ant.
Akutt medisin	72	365
Barneanestesi	57	290
Patofysiologi	50	256
Med.teknisk oppdatering	40	202
Medikamentlære	36	182
Informasjonsteknologi	31	156
Etikk	12	62
Forskning	9	46
Sykepleieteori	5	23
Annet	4	18

5.2 Krysstabeller med kommentarer

I krysstabellene, har vi konsentrert oppmerksomheten om enkelte svar alternativer som her presenteres merket med ☆.

Det gjelder de spørsmål som har svaralternativer "daglig"/"flere ganger i uken" og spørsmål som er besvart med "alltid/meget ofte".

Tabellene synliggjør det anestesisykepleierne utfører i "over 50%" av tilfellene med uthevet skrift.

Vi henviser ellers til oversikt over krysstabeller som er fullstendig. Datamengden er tilgjengelig hos ALNSF's og styre og hos forfatterne av rapporten.

Når det gjelder spørsmålet om i hvilken helseregion man er utdannet, må en ta i betraktning at anestesisykepleierne nødvendigvis ikke arbeider i denne regionen nå. Men sannsynligvis gjør de fleste det.

Hele undersøkelsen er for øvrig krysset mot helseregioner og år utdannet. Disse krysstabellene finnes i datamengden merket "Frekvenstabeller".

(n) = totalt antall som har besvart spørsmålet.

% = i forhold til det antallet som har besvart innen sin kolonne.

Spørsmål som er krysstabulert.

Spm.

25. Adm./gir du generell anestesi på egen hånd?☆
28. Innleder du anestesi på egen hånd (uten anestesilege i rommet): om dagen?☆
29. På aftenvakt?
30. Om natten?
31. I helgene
32. Vurderer du om anestesilege skal tilkalles under anestesen?: om dagen?
33. Om natten?
40. Velger du anestesiform etter pas. alder og almen tilstand på egen hånd?☆
41. Intuberer du pasienten uten at anestesilege er til stede?☆
48. Overvåker og vurderer du pasientens behov for anestesimidler på egen hånd?☆
49. Avslutter du anestesi på egen hånd?☆
52. Pre. anestesi visitt.☆
61. Setter du epidural anestesi?
62. Setter du spinal anestesi?
68. Starter behandling av akutte, livstruende situasjoner på egen hånd?
88. Er det utenlandske anestesileger ved din avdeling? (kun krysset mot spm. 11)
89. Hvis ja: Opplever du språk problemer i din arbeids situasjon? (kun mot spm 11)
90. Ønsker du etterutdanning i ditt arbeid?

De ovenfor nevnte spørsmålene er krysset mot følgende:

Spm.

2. I hvilket år ble du utdannet anestesisykepleier?☆
3. I hvilken helseregion tok du anestesisykepleie utdanningen?☆
11. Hvis ansatt ved et sykehus nå, er det ved et....?☆
12. Hvilken stilling har du i dag?
15. Hvor mange operasjonsstuer har sykehuset?☆
17. Hvor mange anestesisykepleiere er ansatt ved anesthesiavdelingen.
18. Hvor mange anestesileger har sykehuset?☆
19. Hvor mange anestesisykepleiere er på aftenvakt?
20. Antall anestesisykepleiere på nattevakt?
21. Antall anestesisykepleiere på helgevakt(dagvakt)?
22. Om man alltid får den medisinsk/faglige hjelpen man har behov for?

Krysstabell 1 a

Om år utdannet har noe å si for hvor ofte anestesisykepleierne administrerer/gir anestesi på egenhånd? (Spm 25 mot 2)

1. kolonne; år utdannet.
2. kolonne; om dagen, daglig + flere ganger pr. uke.
3. antall personer som har svart daglig/ flere ganger i uken. (n=421)

1960	61-65	66-70	71-75	76-80	81-85	86-90	91-95	96-98
75%	60%	85,7%	77,5%	74,7%	82,7%	84%	86,5%	81,8%
3	3	18	48	53	60	95	96	45

Kommentarer:

Det virker ikke som år utdannet har betydning for å gi anestesi på egenhånd.

Krysstabell 1 b

Hvor mange anestesisykepleiere som daglig/flere ganger i uken administrerer/gir anestesi på egen hånd - sett i forhold til helseregion de er utdannet (Spm. 25 mot 3)

1. kolonne: helseregion.
2. kolonne: om dagen, daglig + flere ganger pr. uke.
3. kolonne: antall personer som har svart daglig/flere dager i uke (n=421)

reg. 1	reg. 2	reg. 3	reg. 4	reg. 5
83,5%	81,5%	69%	88,8%	87,1%
106	132	58	71	54

Kommentarer:

Anestesisykepleiere utdannet i Helseregion 3 administrerer/gir sjeldnere anestesi på egenhånd i forhold til de andre regionene.

Krysstabell 1 c

Hvor mange anestesisykepleiere som administrerer / gir generell anestesi på egenhånd, i forhold til type sykehus ansatt nå? (Spm. 25 mot 11)

1. kolonne: type sykehus.
2. kolonne: daglig + flere ganger i uken.
3. kolonne: antall personer som har svart daglig/flere dager i uke. (n=480)

Univ. syk.	Reg. syk.	Fylk./Sent.s	Lokal syk.	Komb.	Privat syk	Annet syk.
72,4%	91,3%	87,8%	80%	78,3%	100%	1%
63	21	201	88	36	7	1

Kommentarer.

Anestesisykepleiere ved universitetssykehus administrere/gir generell , på egen hånd, sjeldnere enn sine kollegaer ved andre sykehus.

Krysstabell 1 d

Om antall operasjonsstuer har betydning for at anestesisykepleierne administrerer/gir anestesi på egenhånd? (Spm. 25 mot 15)

1. kolonne: antall operasjonsstuer.
2. kolonne: om dagen, daglig + flere ganger pr. uke.
3. kolonne: antall personer som har svart daglig/flere dager i uken (n=409)

1-5	6-10	11-20	21-30	flere enn 31
72,7%	89,8%	85,6%	71,4%	73,9%
85	132	125	50	17

Kommentar:

Det er ved de sykehus som har mellom 6 – 20 operasjonsstuer at anestesisykepleieren hyppigst adm./ gir anestesi på egen hånd.

Krysstabell 1 e

Om antall anestesileger har betydning for hvor ofte anestesisykepleierne administrerer/gir anestesi på egen hånd? (Spm. 25 mot 18)

1. kolonne: antall anestesileger.
2. kolonne: om dagen, daglig + flere ganger pr. uke.
3. kolonne: antall personer som har svart daglig/flere dager i uken (n= 414)

0	1	2 - 3	3 - 5	6 - 10	11 - 20	21 - 30	31 - 40	41 - 50	>50
33,3%	84,2%	76,6%	89,4%	85,1%	91,3%	77,3%	65,5%	74,1%	72,7%
1	32	56	47	91	94	38	19	20	16

Kommentarer:

Ved sykehus som har flere enn 20 anestesileger, administrerer/gir anestesisykepleiere sjeldnere anestesi på egen hånd.

Krysstabell 2 a

Om år utdannet har betydning for om anestesisykepleieren innleder anestesi på egen hånd?

(uten anestesilege i rommet) (Spm 28 mot 2)

1. kolonne: år utdannet
2. kolonne: om dagen, alltid + meget ofte.
3. kolonne: antall personer som har svart alltid/meget ofte. (n=192)

før 1960	61 - 65	66 - 70	71 - 75	76 - 80	81 - 85	86 - 90	91 - 95	96 - 98
50%	20%	28%	24,2%	38%	37,3%	42,1%	42,2	29,6
3	1	7	16	27	28	48	46	16

Kommentarer:

Det er en tendens til at anestesisykepleiere utdannet mellom 1976 – 1995 er de som hyppigst innleder anestesi på egen hånd.

Krysstabell 2 b

Om helseregion utdannet har betydning for om anestesisykepleier innleder anestesi på egen hånd? (uten anestesilege i rommet) (Spm. 28 mot 3)

1. kolonne: helseregion
2. kolonne: om dagen, alltid + meget ofte
3. kolonne: antall personer som har svart alltid/meget ofte om dagen (=192)

reg. 1	reg. 2	reg. 3	reg.4	reg.5
37,3%	27,8%	16,7%	45,4%	74,2
48	45	14	39	46

Kommentarer:

Her er stor variasjon. Hvis vi antar at de fleste anestesisykepleierne arbeider i samme region som de ble utdannet i, vil det si at i Nordland, Troms og Finmark innleder anestesisykepleieren på egen hånd i 74,2% mot Rogaland, Hordaland Sogn og Fjordane hvor de innleder på egen hånd i 16,7%.

Krysstabell 2 c

Om type sykehus har betydning for om anestesisykepleieren innleder anestesi på egen hånd? (uten anestesilege i rommet) (Spm. 28 mot 11)

1. kolonne: type sykehus.
2. kolonne: % alltid + meget ofte.
3. kolonne: antall personer som har svart alltid/meget ofte (n=189)

Univ. syk.	Reg. syk	Fylk./Sent.s	Lok. syk	Komb. syk	Privat syk.	Annet
20.9%	28%	39.8%	47.3%	30.4%	57.1%	50%
19	7	92	52	14	4	1

Kommentar:

Anestesisykepleierne ved lokal- og privatsykehus arbeider mer selvstendig enn sine kollegaer ved andre sykehus.

Krysstabell 2 d

Om antall operasjonsstuer har betydning for om anestesisykepleieren innleder anestesi på egen hånd? (uten anestesilege i rommet) (Spm. 28 mot 15)

1. kolonne; antall operasjonsstuer
2. kolonne; om dagen, alltid + meget ofte
3. kolonne; antall personer som har svart alltid/meget ofte. (n=189)

1 - 5	6 - 10	11 - 20	21 - 30	flere enn 31
43,2%	39%	48,6%	13,2%	4,3%
51	57	70	10	1

Kommentarer:

Antall operasjonsstuer har stor betydning for om anestesisykepleieren innleder anestesi på egenhånd, grensen går ved 20 operasjonsstuer.

Krysstabell 2 e

Om antall anestesileger har betydning for om anestesisykepleieren innleder anestesi på egen hånd? (uten anestesilege i rommet) (Spm. 28 mot 18)

1. kolonne: antall anestesileger.
2. kolonne: om dagen, alltid + meget ofte.
3. kolonne: antall personer som har svart alltid/meget ofte. (n=187)

0	1	2 - 3	3 - 5	6 - 10	11 - 20	21 - 30	31 - 40	41 - 50	flere enn 50
66,7%	73,7%	37,7%	57,7%	30,4%	41,2%	36,7%	13,3%	6,5%	0
2	28	29	30	32	42	18	4	2	0

Kommentarer:

Antall anestesileger har en klar sammenheng med om anestesisykepleierne innleder anestesi på egenhånd. Det er et markert skille ved 21 - 30 leger.

Krysstabell 2 f

Om anestesilegen har tilstede vakt har betydning for om anestesisykepleieren innleder anestesi på egen hånd? (uten anestesilege i rommet) (Spm. 28 mot 19)

1. kolonne: om anestesilegen har tilstede vakt, Ja/nei.
2. kolonne: daglig + flere ganger i uken.
3. kolonne: antall personer som har svart daglig/flere ganger i uken. (n=188)

ja	nei
30.9%	51.9%
110	78

Kommentarer:

Anestesisykepleierne intuberer oftere der hvor anestesilegen ikke alltid har til tilstede vakt.

Krysstabell 3 a

Om år utdannet har betydning for om anestesisykepleieren velger anestesiform etter pasientens alder og allmenntilstand på egen hånd? (Spm. 40 mot 2)

1. kolonne: år utdannet.
2. kolonne: alltid + meget ofte.
3. kolonne: antall personer som har svart alltid meget ofte. (n=111)

før 1960	61 - 65	66 - 70	71 - 75	76 - 80	81 - 85	86 - 90	91 - 95	96 - 98
50%	25%	14,3%	26,6%	21,1%	20%	25%	20,7%	14%
3	1	3	16	15	15	27	23	8

Kommentarer:

År utdannet har ikke den betydning som en gjerne ville antatt. Men resultatet viser at de som er utdannet etter 1996 velger sjeldnere anestesiform.

Krysstabell 3 b

Om helseregion utdannet i har betydning for om anestesisykepleieren velger anestesiform etter pas. alder og allmenntilstand på egen hånd? (Spm. 40 mot 3)

1 kolonne: helseregion utdannet i.

2.kolonne: alltid + meget ofte.

3.kolonne: antall personer som har svart alltid/meget ofte (n=111)

reg. 1	reg. 2	reg. 3	reg.4	reg.5
22,1%	12.6%	27,4%	25,1%	31.8%
28	20	23	20	20

Kommentarer:

De som er utdannet i helseregion 2 velger sjeldnere anestesiform etter pas. alder og allmenntilstand på egen hånd.

Krysstabell 3 c

Om type sykehus ansatt ved har betydning for om anestesisykepleier velger anestesiform etter pas. alder og allmenntilstand på egen hånd? (Spm. 40 mot 11)

1. kolonne: type sykehus.

2. kolonne: alltid + meget ofte.

3. kolonne: antall personer som har svart alltid/meget ofte. (n=109)

Univ. syk.	Reg. syk	Fylk./Sent.s	Lok. syk	Komb. syk	Privat syk.	Annet
15.1	8	23,6	24,3	21,7	42,9	50
13	2	53	27	10	3	1

Kommentar:

Det er ved Fylkes-, Sentral- og lokalsykehusat anestesisykepleierne velger oftest anestesiform på egen hånd.

Ved privatsykehus er det en tendens til at anestesisykepleierne arbeider selvstendig. (obs. lite antall).

Det er stor forskjell på de nevnte sykehus og universitets- og regionsykehus. Men her må vi også se på kolonne for kombinasjon, hvor universitets- og regionsykehus er med.

Krysstabell 3 d

Om antall operasjonsstuer har betydning for om anestesisykepleieren velger anestesiform etter pasientens alder og allmenntilstand på egen hånd? (Spm. 40 mot 15)

1. kolonne: antall operasjonsstuer.
2. kolonne: alltid + meget ofte.
3. kolonne: antall personer som har svart alltid/meget ofte (n=220)

1 - 5	6 - 10	11 - 20	21 - 30	flere enn 31
36,4%	19,1%	20,8%	12,3%	4,5%
43	28	29	9	111

Kommentarer:

Ved sykehus som har flere enn 20 operasjonsstuer velger anestesisykepleier sjeldnere anestesiform.

Krysstabell 3 e

Om antall anestesileger har betydning for om anestesisykepleieren velger anestesiform etter pas. alder og allmenntilstand på egen hånd? (Spm. 40 mot 18)

1. kolonne: antall anestesileger.
2. kolonne: alltid + meget ofte.
3. kolonne: antall personer som har svart alltid/meget ofte (n=109)

0	1	2 - 3	3 - 5	6 - 10	11 - 20	21 - 30	31 - 40	41 - 50	flere enn 50
66,7%	50%	33,8%	17,6%	22,4%	17,2%	17%	3,4%	3,6	9,5%
2	19	26	9	24	17	8	1	1	2

Kommentarer:

Antall anestesileger har stor betydning for om anestesisykepleier velger anestesiform på egen hånd, alltid/meget ofte. Mest markert er det ved sykehus som har flere enn 30 anestesileger.

Krysstabell 3 f

Om anestesilegen alltid har tilstedevakt har betydning for om anestesisykepleieren velger anestesiform etter pas. alder og allmenntilstand på egenhånd?

(Spm. 40 mot 19)

1. kolonne: om anestesilegen alltid har tilstede vakt, ja/nei.
2. kolonne: alltid + meget ofte.
3. kolonne: antall personer som har svart alltid/meget ofte (n=106)

ja	nei
30,9%	51,9%
57	49

Kommentarer:

Anestesisykepleieren velger hyppigere anestesiform etter pasientens alder og allmenntilstand der hvor ikke anestesilegene alltid har tilstede vakt.

Krysstabell 4 a

Om år utdannet har betydning for om anestesisykepleieren intuberer pas. uten at anestesilegen er tilstede? (Spm. 41 mot 2)

1. kolonne: år utdannet.
2. kolonne: alltid + meget ofte.
3. kolonne: antall personer som har svart alltid/meget ofte. (n=175)

før 1960	61 - 65	66 - 70	71 - 75	76 - 80	81 - 85	86 - 90	91 - 95	96 - 98
33,3%	40%	30%	21,7%	45,9%	36%	32,4%	37,3%	25,5%
2	2	6	13	33	27	37	41	14

n

Kommentarer:

Her ser vi store variasjoner. Men de som intuberer minst på egen hånd er de som er utdannet mellom 1971-1975 og gruppen som er sist utdannet.

Krysstabell 4 b

Om helseregion utdannet har betydning for om anestesisykepleieren intuberer pas. uten at anestesilegen er tilstede? (Spm. 41 mot 3)

1. kolonne: helseregion utdannet i.
2. kolonne: alltid + meget ofte.
3. kolonne: antall personer som har svart alltid/meget ofte (n=175)

reg.1	reg.2	reg.3	reg.4	reg.5
38,3%	23,6%	14,3%	45,7%	61,9%
49	38	12	37	39

Kommentarer:

Markant forskjell mellom regionene. Anestesisykepleiere utdannet i helseregion 3 intuberer pasientene mye sjeldnere enn de fra andre regioner.

Krysstabell 4 c

Om hvilket type sykehus man er ansatt ved har betydning for om anestesisykepleieren intuberer pasienten uten at anestesilegen er tilstede? (Spm. 41 mot 11)

1. kolonne: type sykehus.
2. kolonne: alltid + meget ofte.
3. kolonne: antall personer som har svart alltid/meget ofte. (n=172)

Univ. syk.	Reg. syk	Fylk./Sent.s	Lok. syk	Komb. syk	Privat syk.	Annet
20,7	24	37,3	38,7	34,8	42,9	50
18	6	85	43	16	3	1

Kommentar:

Det er ved Privat-, Lokal-, Sentral- og Fylkessykehus at anestesisykepleier intuberer hyppigst uten at anestesilegen er til stede.

Krysstabell 4 d

Om antall operasjonsstuer har betydning for om anestesisykepleieren intuberer pas. uten at anestesilege er tilstede? (Spm. 41 mot 15)

1. kolonne; antall operasjonsstuer.
2. kolonne; alltid + meget ofte.
3. kolonne; antall besvarte (n.173)

1 - 5	6 - 10	11 - 20	21 - 30	flere enn 31
35,9%	39%	45,1%	9,5%	8,7%
42	57	65	7	2

Kommentarer:

Har et sykehus flere enn 20 operasjonsstuer intuberer anestesisykepleierne skjeldent, alltid/meget ofte, uten at anestesilegen er i rommet.

Krysstabell 4 e

Om antall anestesileger har betydning for om anestesisykepleieren intuberer pas. uten at anestesilegen er tilstede? (Spm. 41 mot 18)

1. kolonne: antall anesthesi leger.
2. kolonne: alltid + meget ofte.
3. kolonne: antall personer som har besvart alltid/meget ofte. (n=173)

0	1	2 - 3	3 - 5	6 - 10	11 - 20	21 - 30	31 - 40	41 - 50	flere enn 50
66,7%	65,8%	28,9%	48%	34,3%	38,6%	34%	16,7%	3,6%	4,5%
2	25	22	25	36	39	17	5	1	1

Kommentarer:

Antall anestesileger har sammenheng om anestesisykepleieren intuberer alene, markert skille ved 1 og ved over 30 anestesileger.

Krysstabell 5 a

Om erfaring har betydning for om anestesisykepleieren overvåker og vurderer pas. behov for anestesimidler på egen hånd? (Spm. 48 mot 2)

1. kolonne: år utdannet.
2. kolonne: alltid + meget ofte.
3. kolonne: antall personer som har svart alltid/meget ofte. (n=485)

før 1960	61 - 65	66 - 70	71 - 75	76 - 80	81 - 85	86 - 90	91 - 95	96 - 98
100%	80%	100%	96,6%	94%	97,3%	99%	96,3%	98,1%
6	4	21	57	63	70	102	105	57

Kommentarer:

Uansett erfaring så overvåker og vurderer anestesisykepleier pasientens behov for anestesimidler på egen hånd.

Krysstabell 5 b

Om helseregion utdannet har betydning for om anestesisykepleieren overvåker og vurderer pas. behov for anestesimidler på egen hånd? (Spm 48 mot 3)

1. kolonne: helseregion utdannet i.
2. kolonne: alltid + meget ofte.
3. kolonne: antall personer som har svart alltid/meget ofte (n=481)

reg.1	reg.2	reg.3	reg.4	reg.5
96%	96,7%	97,5%	100%	95,2%
120	149	79	74	59

Kommentarer:

Uansett fra hvilken region vi er utdannet i, overvåker vi og vurderer vi pasientens behov for anestesimidler på egen hånd.

Krysstabell 5 c

Om type sykehus ansatt ved har betydning for om anestesisykepleieren overvåker og vurderer pasientens behov for anestesimidler på egenhånd? (Spm. 48 mot 11)

1. kolonne: type sykehus.

2. kolonne: alltid+ meget ofte.

3. kolonne: antall personer som har svart alltid/meget ofte. (n=476)

Univ. syk.	Reg. syk	Fylk./Sent.s	Lok. syk	Komb. syk	Privat syk.	Annet
98,9	100	97,3	93,5	97,8	100	100
84	24	215	100	44	7	2

Kommentar.

Anestesisykepleier overvåker pasientens behov for anestesimidler uansett type sykehus.

Krysstabell 5 d

Om antall operasjonsstuer har betydning for om anestesisykepleieren overvåker og vurderer pas. behov for anestesimidler på egenhånd? (Spm. 48 mot 15)

1. kolonne: antall operasjonsstuer.

2. kolonne: alltid + meget ofte.

3. kolonne: antall personer som har svart alltid/meget ofte. (n=471)

1 - 5	6 - 10	11 - 20	21 - 30	flere enn 31
95,7%	97,1%	97,8%	100%	96,4%
111	135	134	70	21

Kommentarer:

Antall operasjonsstuer har ingen betydning for om anestesisykepleieren overvåker og vurderer pasientens behov for anestesimidler på egen hånd.

Krysstabell 5 e

Om antall anestesileger har betydning for om anestesisykepleieren overvåker og vurderer pas. behov for anestesimidler på egenhånd? (Spm. 48 mot 18)

1. kolonne: antall anestesileger.
2. kolonne: alltid + meget ofte.
3. kolonne: antall personer som har svart alltid/meget ofte (n=468)

0	1	2 - 3	3 - 5	6 - 10	11 - 20	21 - 30	31 - 40	41 - 50	flere enn 50
100%	92,1%	96%	100%	94%	99%	100%	100%	96,4%	100%
3	35	71	51	94	93	45	28	27	21

Kommentarer:

Alle anestesisykepleiere overvåker pasientens behov for anestesimidler.

Krysstabell 5 f

Om anestesilegen alltid har tilstedevakt har betydning for om anestesisykepleieren overvåker og vurderer pas. behov for anestesimidler på egen hånd? (Spm. 48 mot 19)

1. kolonne: om anestesilegen alltid har tilstede vakt, ja/nei.
2. kolonne: alltid/meget ofte
3. kolonne: antall personer som har svart/alltid meget ofte. (n=469)

ja	nei
97,7%	95,9%
332	137

Kommentarer:

Det har ingen betydning om anestesilegen alltid har tilstede vakt eller ikke-anestesisykepleieren overvåker og vurderer pasientens behov for anestesimidler på egen hånd.

Krysstabell 6 a

Om år utdannet har betydning for om anestesisykepleieren avslutter anestesia på egen hånd? (Spm. 49 mot 2)

1. kolonne: år utdannet.
2. kolonne: alltid + meget ofte.
3. kolonne: antall personer som har svart alltid/meget ofte. (n=355)

før 1960	61 - 65	66 - 70	71 - 75	76 - 80	81 - 85	86 - 90	91 - 95	96 - 98
83,3%	80%	81%	70%	69%	63,3%	78,5%	67,2%	49,1%
5	4	17	42	49	47	88	76	27

Kommentarer:

De som er utdannet sist - etter 1996 - avslutter sjeldnere anestesi alene.

Krysstabell 6 b

Om helseregion utdannet har betydning for om anestesisykepleieren avslutter anestesia på egen hånd? (Spm. 49 mot 3)

1. kolonne: helseregion utdannet i.
2. kolonne: alltid + meget ofte.
3. kolonne: antall (n=355)

1.reg	2.reg	3.reg	4.reg	5.reg.
67,2%	66,4%	80%	55,1%	77,8%
86	109	68	43	49

Kommentarer:

I motsetning til å intubere, hvor anestesisykepleierne utdannet i helseregion 3 skåret lavest, så ser vi her at helseregion 3 skårer høyest når det gjelder å avslutte anestesia på egen hånd. Anestesisykepleiere i helseregion 4 avslutter anestesi skjeldnere alene enn sine kollegaer fra andre regioner.

Krysstabell 6 c

Om type sykehus ansatt ved har betydning for om anestesisykepleieren avslutter anestesien på egen hånd? (Spm.49 mot 11)

1. kolonne:alltid + meget ofte.
2. kolonne: alltid/meget ofte
3. kolonne: antall personer som har svart alltid/meget ofte. (n=350)

Univ. syk.	Reg. syk	Fylk./Sent.s	Lok. syk	Komb. syk	Privat syk.	Annet
62,1	69,2	76,4	53,1	60,9	57,2	50
54	18	175	70	28	4	1

Kommentar:

Ansatte ved Fylkes/Sentral sykehus avslutter oftest anestesien på egenhånd.

Krysstabell 6 d

Om antall operasjonsstuer har betydning for om anestesisykepleieren avslutter anestesien på egen hånd? (Spm. 49 mot 15)

1. kolonne: antall operasjonsstuer.
2. kolonne: alltid + meget ofte.
3. kolonne: antall personer som har svart alltid/meget ofte. (n=347)

1 - 5	6 - 10	11 - 20	21 - 30	flere enn 31
65,%	77,5%	74,8%	52,8%	39,1%
76	114	110	38	9

Kommentarer:

Ved sykehuse som har flere enn 20 operasjonsstuer, avslutter anestesisykepleierne sjeldnere på egen hånd.

Krysstabell 6 e

Om antall anestesileger har betydning for om anestesisykepleieren avslutter anestesien på egen hånd? (Spm. 49 mot 18)

1. kolonne: antall anestesileger.
2. kolonne: alltid + meget ofte.
3. kolonne: antall personer som har svart alltid/meget ofte. (n=346)

0	1	2 - 3	3 - 5	6 - 10	11 - 20	21 - 30	31 - 40	41 - 50	flere enn 50
100%	70,3%	62,3%	78,4%	72,9%	75,5%	81,6%	53,3%	28,6%	47,4%
3	26	48	40	78	77	40	16	8	10

Kommentarer:

Når det er flere enn 30 anestesileger, så avslutter anestesisykepleieren ikke så hyppig anestesien alene. Ellers ser vi at dette er en sentral del av anestesisykepleiernes funksjon.

Krysstabell 6 f

Om anestesilegen alltid har tilstedevakt har betydning for om anestesisykepleieren avslutter anestesien på egen hånd ? (Spm. 49 mot 19)

1. kolonne: om anestesilegen alltid har tilstede vakt, ja/nei.
2. kolonne: alltid + meget ofte.
3. kolonne: antall personer som har svart alltid meget/ofte (n=346)

ja	nei
66,5%	72,6%
240	106

Kommentarer:

Ingen markant forskjell.

Krysstabell 7a

Om år utdannet har betydning for om anestesisykepleieren går preanestesi visitt?
(Spm. 52 mot 2)

1. kolonne: år utdannet.
2. kolonne: alltid + meget ofte.
3. kolonne: antall personer som har svart alltid/meget ofte (n=194)

før 1960	61 - 65	66 - 70	71 - 75	76 - 80	81 - 85	86 - 90	91 - 95	96 - 98
50%	20%	31,6%	45%	39,5%	37,3%	38,1%	35,1%	34,6%
3	1	6	27	28	28	43	39	19

Kommentarer:

Det er ikke noen tendens til forskjeller.

Krysstabell 7 b

Om helseregion utdannet har betydning for om anestesisykepleieren går preanestesi visitt?
(Spm. 52 mot 3)

1. kolonne: helseregion
2. kolonne: alltid/meget ofte
3. kolonne; antall personer som har svart alltid/meget ofte (n=194)

reg.1	reg.2	reg.3	reg.4	reg.5
32,3%	33,3%	30,6%	50,1%	53,3%
42	53	26	40	33

Kommentarer:

Anestesisykepleierne i region 4 og 5 går oftere pre anestesi visitt enn resten av landet.

Krysstabell 7 c

Om type sykehus ansatt ved har betydning for om anestesisykepleieren går preanestesi visitt? (Spm. 52 mot 11)

1. kolonne: type sykehus.
2. kolonne: alltid+ meget ofte.
3. kolonne: antall personer som har svart alltid/meget ofte. (n=192)

Univ. syk.	Reg. syk	Fylk./Sent.s	Lok. syk	Komb. syk	Privat syk.	Annet
19,7	15,4	47,9	49,1	34,8	33,4	0
17	4	110	43	16	2	0

Kommentar:

Her er det stor forskjell, det er tydelig at det er ved universitet og regional sykehusene anestesisykepleierne ikke går previsitt. Det gjør anestesilegene.

Krysstabell 7 d

Om antall operasjonsstuer har betydning for om anestesisykepleieren går preanestesi visitt? (Spm. 52 mot 15)

1. kolonne: antall operasjonsstuer.
2. kolonne: alltid + meget ofte.
3. kolonne: antall personer som har svart alltid/meget ofte (=188)

1 - 5	6 - 10	11 - 20	21 - 30	flere enn 31
46,2%	47,3%	37,2%	12,2%	13%
54	68	54	9	3

Kommentarer:

Det er ved de mindre sykehusene at anestesisykepleierne oftest går pre anestesi visitt.

Krysstabell 7 e

**Om antall anestesileger har betydning for om anestesisykepleieren går preanestesi
visitt?**

(Spm 52 mot 18)

1. kolonne: antall anestesileger.
2. kolonne: alltid + meget ofte.
3. kolonne: antall personer som har svart alltid/meget ofte. (n=192)

0	1	2 - 3	3 - 5	6 - 10	11 - 20	21 - 30	31 - 40	41 - 50	flere enn 50
100%	47,8%	43,4%	60%	40,6%	46%	16,3%	6,7%	10,7%	9,1%
3	22	33	30	43	46	8	2	3	2

Kommentarer:

Antall anestesileger har betydning for om anestesisykepleieren går pre anestesi visitt.

Krysstabell 7 f

**Om anestesilegen alltid har tilstedevakt har betydning for om anestesisykepleieren går
pre anestesi visitt?**

(Spm. 52 mot 19)

1. kolonne; om anestesilegen alltid har tilstede vakt, ja/nei
2. kolonne; alltid + meget ofte.
3. kolonne; antall personer som har svart alltid/meget ofte. (n=178)

ja	nei
30,3%	54,5%
99	79

Kommentarer:

Anestesisykepleierne går hyppigere previsitt der hvor ikke alltid anestesilegen har tilstede vakt.

6.0 SAMMENLIGNING AV RESULTAT 1979, 1989, 1989/99

I 1999 ble det sent ut ca. 1300 spørreskjema og det var 644.svar, ca. 50.%

I 1989 ble det sendt ut ca. 1100 spørreskjema og det var 574 svar, ca. 51%

I 1979 ble det sendt ut ca. 650 spørreskjema og det var 282 svart, ca. 43%

Spørreskjemaet er tilnærmet det samme, men det er kommet med noen tilleggsspørsmål

6.1 Sammenligning av arbeidsforhold

Spm. 13 Vi spurte om heltid og deltid, og fikk omtrent de samme svar som sist.

	1979	1989	1999
Heltid	70%	74%	75.5%
deltid	30%	26%	24.5%

	1999	
	Kvinner	Menn
Heltid	70.7% (n=287)	92.2% (n=104)
deltid	29.3% (n=119)	7.1% (n=8)

Kommentar: Undersøkelsene viser at menn i langt mindre utstrekning er ansatt i deltidsstillinger enn kvinner.

Spm. 14 Fordeling av forskjellige vakttyper.

	1979	1989	1999
Heldøgnsvakt	64%	78%	74.6%
Bare dagvakt	23%	21%	23.4%
Aften/natt	2%	2%	2.1%

	1999	
	Kvinner	Menn
Heldøgnsvakt	73.3% (n=291)	87.4% (n=97)
Bare dagvakt	24.9% (n=99)	11.7% (n=13)

Kommentar: Fordelingen av forskjellige vakttyper har forandret seg lite de siste 20 år.

Spm. 16 Størrelse på sykehus: (denne inndelingen ble brukt i 79 og 89)

	1979	1989	1999
<100 senger	22%	14%	17%
100-500 "	47%	45%	58%
>500 "	31%	27%	24%

Kommentar: Den største gruppen arbeider på sykehus som har mellom 100 og 500 senger. Det gjelder ved alle tre undersøkelsen.

Spm. 16 Størrelse på sykehus: (denne inndelingen ble brukt i 99)

	1999
10-50 senger	3,6%
51-100 senger	13,3%
101-200 "	14,7%
201-400 "	28,6%
401-600	15,5%
601-1000	15,3%
>1000	9,1%

Kommentar: Største gruppe arbeider ved sykehus som har 201 til 400 senger

Spm. 17 Antall anestesisykepleiere ved anesthesiavdelinger: (Spm. inndeling i 79 og 89)

	1979	1989	1999
<10	40%	27%	23,3%
10-20	30%	27%	22,6%
>20	24%	46%	54%

Kommentar: Her er skjedd en forandring. Det er færre steder hvor det er mindre enn 10 anestesisykepleiere, og absolutt flere med over 20 anestesisykepleiere.

Spm. 17 Antall anestesisykepleiere ved anesthesiavdelinger: (Spm. inndeling i 99)

	1999
1-2	1.1%
3-5	5.6%
6-10	16.6%
11-20	22.2%
21-40	31.3%
41-60	12.2%
>60	10.5%

Kommentar: I denne undersøkelsen er det flest respondenter fra anesthesiavdelinger som har ansatt 21-40 anestesisykepleiere.

Spm 18 Antall anestesileger:

	1979	1989	1999
<5	65%	45%	33%
5-10	11%	20%	21%
>10	24%	36%	46%

Kommentar: I 1979 og -89 var det flest sykehus med færre enn 5 anestesileger. Nå arbeider respondentene ved sykehus som har flere enn 10 anestesileger.

I **1999** så fordeler de 46% seg slik:

11-20	19.9%
21-30	9.6%
31-40	5.9%
41-50	6.3%
>50	4.4%

Kommentar: Absolutt øking på mellomstore og store sykehus. Steder hvor det er mindre enn 5 har gått tilbake. Muligens er det vanskelig å få søkere til steder hvor det er få og bare en anestesilege stilling. Dette tyder også på at anestesileger øker i antall, og at det opprettes flere anestesilegestillinger.

Spm 19 Om anestesilegen alltid har tilstede vakt?

	1979	1989	1999
ja	39%	56%	71%
nei	47%	44%	29%

Kommentar: Det er stadig flere steder hvor anestesilegen har tilstede vakt.

Spm. 20, 21, 22 Antall anestesisykepleiere på vakt, 1, 2, eller 3stk.

	aften			natt			helg		
	1979	1989	1999	1979	1989	1999	1979	1989	1999
1	39%	22%	21,3%	45%	36%	33%	44%	32%	32%
2	39%	40%	36,8%	37%	41%	43%	37%	38%	40%
>3	14%	38%	42%	13%	23%	24%	14%	30%	28%

I 1999 fordeler >3 på denne måten.

..3	18.3%
4	8.5%
5	15.1%

Kommentar: Det var forskjell fra 1979 - 1989 . Det siste tiår viser liten endring, men vi ser at det er en økning på aftenvakt.

Spm. 24 Hvilke operasjoner/ anestesistjenester foretas på ditt arbeidssted?

Vi har brukt rangeringen i % etter 1989

Operasjon / anestesi	1989	1999
Poliklinisk virksomhet	93% (n=437)	89% (n=477)
Ortopedi	89% (n=418)	92% (n=487)
Gastro	89% (n=417)	90% (n=478)
Øyeblikkelig hjelp	87% (n=409)	81% (n=431)
Urologi	85% (n=401)	83% (n=443)
Gynekologi	84% (n=394)	84% (n=444)
Kar	79% (n=379)	71% (n=376)
Smertebehandling	77% (n=363)	76% (n=403)
Øre-nese-hals	63% (n=294)	74% (n=395)
Thorax	61% (n=286)	64% (n=341)
Plastikkkir.	51% (n=204)	50% (n=364)
Øye	51% (n=238)	51% (n=238)
Endokrinologi	50% (n=234)	47% (n=251)
Brannskader	42% (n=196)	33% (n=174)
Neurokirurgi	30% (n=140)	24% (n=128)
Hjerte	21% (n=101)	16% (n=87)
Transplantasjoner	15% (n=72)	13% (n=69)
Annet uspesifert	22% (n=102)	29% (n=153)
Føde		78% (n=416)
Diagnostikk/ undersøkelser		75% (n=401)

6.2 Sammenligning av arbeidsfunksjon

I dette avsnittet vil vi se på endringer i vårt daglige arbeid fra 1979 til i dag
De spørsmålene som er sammenlignbare, er for eksempel spørsmål der skalaen er:

alltid	=100%	(dette gjøres i 100%)
meget ofte	=51-90%	
ofte	=25-50%	
av og til	=19-24%	
sjelden	=1-9%	
aldri	=0%	

Vi har delt inn svarene i tre grupper, slik:

A= alltid, meget ofte, ofte

B= av og til

C= sjelden, aldri

for å gjøre sammenligningen mer lesbar med skalaen i 1979 som var:

alltid

ofte

av og til

sjelden

aldri

inndelte vi også denne slik:

A= alltid, ofte

B= av og til

C= sjelden, aldri

Disse tre svarkategoriene, blir i følgende avsnitt bare nevnt med A - B - C

Dette har vi gjort fra spørsmål 25 til 71 som går på forskjellige funksjonsområder til anestesisykepleiere.

Der hvor det er hoppet over nr. i spørsmålrekken, er grunnen at dette spørsmålet ikke var stilt i 1979.

Innleder du anestesi på egen hånd (uten anestesilege i rommet):

Spm. 28 Om dagen?	1979	1989	1999
A	68%	61%	58%
B	19%	18%	23%
C	13%	21%	19%

Spm. 30 Om natten?

A	66%	51%	38%
B	12%	16%	20%
C	22%	33%	42%

Kommentar: Anestesilege dekkningen er blitt bedre. Anestesilegene deltar også i anestesivdelingen om natten.

Vurderer du om anestesilege skal tilkalles under anestesen?:

Spm. 33 Om natten:	1979	1989	1999
A	66%	78%	76%
B	7%	7%	15%
C	27%	15%	8%

Spm. 34 På kveldsvakt:

A	66%	78%	78%
B	7%	7%	15%
C	27%	15%	7%

Spm. 35 På helgevakt:

A	67%	79%	79%
B	7%	7%	15%
C	26%	14%	7%

Kommentar: Her er det ikke en økning fra forrige gang. Det kan bety at anestesilegen er tilstede.

Spm. 36 Vurderer du medisinske opplysninger for anestesi på egenhånd?

	1979	1989	1999
A	63%	67%	58%
B	20%	16%	24%
C	17%	16%	18%

Kommentar: Det er en tendens til at anestesilegene er mer tilstede.

Spm. 37 og 38 Kontrollerer og vurderer du laboratorieprøver på egenhånd?

Kontrollerer:	1979	1989	1999
A	77%	82%	75%
B	14%	10%	8%
C	9%	8%	6%

vurderer:	1979	1989	1999
A	67%	74%	70%
B	19%	16%	18%
C	14%	10%	11%

Kommentar: En svak tendens til at vi kontrollerer og vurderer mindre enn i 1989.

Spm. 39 Bestemmer du premedikasjon på egenhånd? (etter avd. retningslinjer)

	1979	1989	1999
A	65%	65%	50%
B	17%	19%	18%
C	17%	17%	32%

Kommentar: Tendensen er det samme – anestesilegene bestemmer premedikasjon.

Spm. 40 Velger du anestesiform etter pasientens alder og allmenntilstand på egen hånd?

	1979	1989	1999
A	65%	50%	41%
B	22%	19%	18%
C	13%	31%	51%

Kommentar: Vi har fått flere anestesileger, og derav en funksjons forskyvning.

Spm. 41 Intuberer du pasienten uten at anestesilege er tilstede?

	1979	1989	1999
A	84%	74%	53%
B	9%	13%	27%
C	7%	13%	20%

Kommentar: Både spm. 40 og 41 forteller om flere anestesileger på de fleste sykehus og at legen er mer tilstede enn før. Det er også anestesileger under utdanning.

Spm. 42 Fører du anestesijournal på egenhånd?

	1979	1989	1999
A	99%	99%	97%
B	1%	0%	0.5%
C	0%	0%	0.5%

Kommentar: Som før, en bekreftelse på at det er anestesisykepleieren som fører journal.

Spm. 45 Vurderer du anestesi dybde/- nivå på egen hånd?

	1979	1989	1999
A	98%	99%	98%
B	1%	0%	0.5%
C	1%	0%	1%

Kommentar: Dette viser at det fremdeles er anestesisykepleieren som på egenhånd vurderer anestesidybde.

Spm. 46 og 47 Vurderer vi tap og tilførsel av blod/væske under anestesen på egenhånd?

Blod:	1979	1989	1999
A	84%	94%	91%
B	8%	3%	5%
C	10%	3%	4%

Væske:

A	87%	98%	97%
B	7%	1%	2%
C	6%	1%	1%

Kommentar: Det er liten endring, anestesisykepleieren bedømmer væske- /blodtap og tilførsel .

Spm. 49 Avslutter du anestesian på egen hånd?

	1979	1989	1999
A	95%	86%	80%
B	5%	5%	8%
C	0%	10%	11%

Kommentar: Tendensen er at vi avslutter på egenhånd, men ikke så hyppig som før.

Spm. 50 Ekstuberer du pasienten på egen hånd?

	1979	1989	1999
A	95%	86%	80%
B	4%	4%	7%
C	1%	10%	12%

Kommentar: Spørsmål 49 og 50 viser tydelig økningen av anestesileger ved at de i større grad er tilstede.

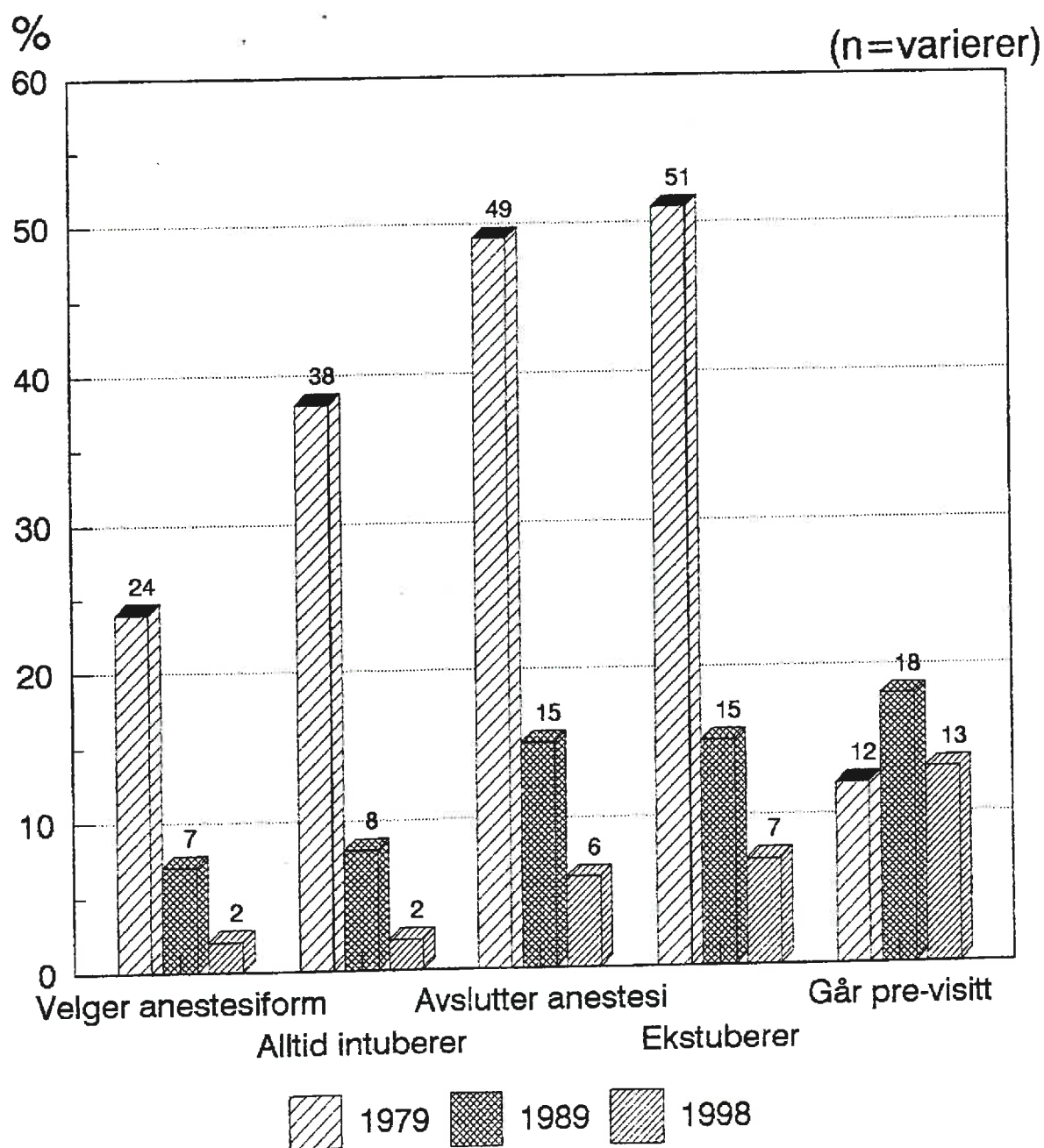
Spm. 51 Gir du skriftlig og muntlig rapport om forløp og videre behandling, på egenhånd?

	1979	1989	1999
A	92%	97%	97%
B	3%	2%	2%
C	5%	2%	1%

Kommentar: Det er anestesisykepleierne som gir rapport til oppvåkning-/intensivavd.

Sammenligning av resultater fra undersøkelsene i -79, -89 og 98.

Diagrammet viser i hvor stor grad anestesisykepleierne ALLTID utførte/utfører prosedyrer på egen hånd. (Figur 9)



Spm. 52 -60 Oppgaver og funksjoner (ikke spm. 59)

		1979	1989	1999
52 previsitt:				
	A	28%	48%	50%
	B	24%	17%	11%
	C	48%	36%	39%
53 gir premed:				
	A	28%	39%	26%
	B	24%	15%	13%
	C	48%	46%	60%
54 trekker opp medikamenter:				
	A	99%	99%	97%
	B	1%	0%	3%
	C	0%	0%	0%
55 setter opp infusjon:				
	A	99%	99%	99%
	B	1%	0%	0%
	C	0%	0%	0%
56 kontroll av med. teknisk utstyr.				
	A	99%	100%	100%
	B	1%	0%	0%
	C	0%	0%	0%
57 klargjør pasient:				
	A	95%	93%	92%
	B	3%	3%	2%
	C	2%	4%	5%

58 gir pasienten psyk omsorg:

(denne spm. formulering ble brukt i 79 og 89)

A	92%	98%
B	5%	2%
C	3%	0%

Spm.58 Er det behov for å gi pasienten psykisk omsorg?

(denne spm. formulering ble brukt nå i 1999)

A	94%
B	5%
C	0%

Spm. 60 Legger pasienten opp i opr. Leie:

A	95%	90%	88%
B	3%	6%	8%
C	2%	4%	4%

Kommentar: Det er en liten økning av de som svarer at de alltid/ meget ofte/ ofte går pre visitt. Anestesisykepleierne er ganske entydige om at det er behov for å gi pasientene psykisk omsorg.

Spm. 64 Kobler pasienten til ventilator på egen hånd.

	1979	1989	1999
A	42%	72%	93%
B	17%	9%	2%
C	41%	19%	4%

Kommentar: Denne fremgangen kan vel bero på bedre teknisk utrustning i norske sykehus.

Spm. 66 Vurderer avvik fra den normale hjerterytme på scop, på egen hånd.

	1979	1989	1999
A	56%	81%	81%
B	21%	11%	12%
C	23%	8%	7%

Kommentar: Bruken av scop hadde en markert fremgang fra 1979 til 1989. Tallene viser at dette gjør vi i stor grad.

Spm. 67 Behandler larynx spasme på egen hånd (etter skjema)

	1979	1989	1999
A	41%	54%	35%
B	23%	16%	28%
C	36%	31%	37%

Kommentar: Denne nedgangen skyldes mest sannsynlig at det er flere anestesileger tilstede under operasjonene.

Spm.68 Starter behandling av akutte, livstruende situasjoner på egenhånd?

	1979	1989	1999
A	48%	56%	48%
B	19%	17%	24%
C	33%	28%	28%

Kommentar: Det er flere anestesileger tilstede.

Spm. 69 Starter gjenopplivning på egenhånd?

	1979	1989	1999
A	57%	63%	50%
B	17%	14%	22%
C	26%	24%	28%

Kommentar: Det er flere anestesileger tilstede.

Spm. 70 Defibrillerer på egenhånd når det er behov.

	1979	1989	1999
A	9%	17%	25%
B	12%	10%	11%
C	79%	73%	64%

Kommentar: Det er en tendens til at anestesisykepleierne oftere defibrillerer på egen hånd.

Spm. 71 Starter medikament behandling etter skjema på egen hånd.

	1979	1989	1999
A	39%	57%	50%
B	19%	14%	18%
C	42%	29%	33%

Kommentar: Anestesisykepleier starter medikamentbehandling sjeldnere på egen hånd enn ved de to tidligere undersøkelsen. Som tidligere anslått er det mest sannsynlig fordi at anestesilegene er mer tilstede.

6 DISKUSJON/OPPSUMMERING - SVAR PÅ PROBLEMSTILLINGENE

PROBLEMSTILING 1.

«Krever arbeidssituasjonen at anestesisykepleierne, på egen hånd, må kunne innlede, vedlikeholde og avslutte generell anestesi?»

Resultatene av undersøkelsen viser at 81,8 % av respondentene administrerer/gir anestesi på egen hånd daglig/flere ganger pr. uke. «På egen hånd» defineres i denne undersøkelsen som «anestesilege ikke til stede i rommet». Ved de to tidligere undersøkelsene har «på egen hånd» vært definert som «anestesilege ikke til stede». Vi ser ikke bort fra at den nye definisjonen kan være en medirkende årsak til at prosentandelen som adm./gir anestesi på egen hånd har økt. Dette varierer ut fra antall ansatte anestesileger. Ved sykehus med fra 1 til 20 anestesileger svarer 77 % av anestesisykepleierne at de administrerer/gir anestesi på egen hånd daglig/flere gg.pr.uke. På sykehus som har fra 21 til over 50 anestesileger er det bare 23% av anestesisykepleierne som administrerer/gir anestesi på egen hånd. Dette viser at jo flere anestesileger jo mer overlapping blir det av funksjoner som anestesisykepleierne kan klare på egen hånd. I komplekse situasjoner er det derimot behov for begge. I 1999 uttalte en overlege i anesthesiologi at: «Kvalitetsanestesi er det samme som at anestesilegen sitter kontinuerlig bedside». Vi kjenner ikke til at det er dokumentert at anestesen har bedre kvalitet når legen sitter «bedside». Det er anestesisykepleierne som har erfaringen med å gi generell anestesi. Ofte er det også slik at disse underviser leger under utdanning. Dette bekreftes av respondentene hvor 50% svarer at de underviser/veileder leger.

Totalt sett innleder 37% av anestesisykepleierne anestesi på egen hånd alltid/meget ofte. Ved Sykehus som bare har 1-20 anestesileger innleder 87 % av anestesisykepleierne generell anestesi alltid/meget ofte, mens dette kun gjelder 13% av dem som arbeider på sykehus med over 20 anestesileger. Dette gjelder spesielt ved universitetssykehus. Faren er at anestesisykepleiere ved universitetssykehus blir uselvstendige og ikke får den samme kompetansen som ved andre sykehus.

I helseregion 3 innleder man anestesi alene i kun 17% av tilfellene. Anestesisykepleiere utdannet i helseregion 5 innleder anestesi hyppigst på egen hånd (74.2%).

Dette gir sterke signaler om at ressurser innenfor anesthesiologi ikke er riktig fordelt hverken på landsbasis eller innenfor de respektive sykehus. Ved noen av våre universitetssykehus har det vært en formidabel økning av antall anesteileger.

Både etter «Standard for anestesi i Norge» og etter «Nasjonal rammeplan for anesthesisykepleier» kan anesthesisykepleiere innlede, vedlikeholde og avslutte anestesi på ellers funksjonsfriske pasienter (ASA I og II). Ved et sentralsykehus i Norge var det i 1998 90% av operasjonspasientene som var vurdert til ASA I og II. Ved et universitetssykehus (Helseregion 3) har det fra 01.01.99 til 30.09.99 vært over 6000 pasienter som var vurdert til ASA I og II. Her kunne anesthesisykepleierne gitt anestesi på egen hånd til den gruppen som skulle ha generell anestesi.

Å sette epidural- og spinal-bedøvelse er en legeoppgave i Norge. Likevel viser undersøkelsen at 8 anesthesisykepleier setter epidural og spinalanestesi og 11 anesthesisykepl. setter spinal. På noen sykehus har anestesileger undervist jordmødre i å sette epidural anestesi på fødepasienter. I flere år er også misjonærer blitt opplært å kunne sette denne bedøvelsen. I Amerika er det å sette epidural og spinalanestesi en del av anesthesisykepleiernes (CRNA) oppgaver. De må i løpet av utdanningen sette ca. 80 ryggbedøvelser for å bli godkjent.

Det er anesthesisykepleierne (98%) som fører anestesijournal. Det er også anesthesisykepleierne (97%) som overvåker og vurderer pasientens behov for anestesimidler.

Det er også anesthesisykepleierne som vurderer tap og tilførsel av blod og væske under operasjonen alltid/meget ofte.

Anesthesisykepleierne (68.5%) avslutter anestesi og ekstuberer pasienten alltid/meget ofte uten at anestesilegen er tilstede. Dette varierer avhengig av antall anestesileger. Anesthesisykepleierne skal ha kompetanse til ivareta denne funksjonen, på egen hånd, på ellers funksjonsfriske pasienter.

Undersøkelsen bekrefter at anesthesisykepleiere må kunne innlede, vedlikeholde og avslutte generell anestesi samt overvåke pasientens livsviktige funksjoner på egen hånd. Dette er i tråd med Nasjonal rammeplan for anesthesisykepleierutdanningen.

PROBLMSTILLING 2

Har arbeidsforholdene endret seg for anesthesisykepleierne fra 1989 til 1999?

De fleste respondentene arbeider ved Fylkes-/Sentralsykehus 44.7% (n=238).

Når vi sammenligner arbeidsforholdene ser vi at det er ubetydelig forandring når det gjelder anesthesisykepleiere som går heltid og deltid fra 1989 til 1998. Den største forandringen kom fra 1979 til 1989.

Når det gjelder deltid er det bare 24.5% som går i deltid i 1998 mot 26% i 1989. En så liten forskjell kan skyldes tilfeldigheter.

Det er også ubetydelig endringer (fra 1 til 3%) når det gjelder hvilken vakttyper anesthesisykepleierne går. Dette i motsetning til at det er en jevn og sikker økning av anestesileger som har tilstedevakt. I 1979 var det 39% som svarte at anestesilegen hadde tilstedevakt mot 71% i 1998.

I 1979 hadde de fleste sykehus en anesthesisykepleiere på helgevakt Nå har de fleste sykehus to anesthesisykepleiere på vakt.

Det er 48% (n=503) av anesthesisykepleierne som opplever sin arbeidssituasjon som forandret. Undersøkelsen gir ikke svar på om dette oppleves positivt eller negativt. En negativ delforklaring kan være det økete antall anestesileger som er ansatt i anesthesiavdelinger. Tidligere undersøkelser har vist at lav grad av egenkontroll både opplevd og reell er belastninger som kan gi miljømessige problemer (St.meld. 41. 87-88). Motsatt kan samarbeid og beslutningstaking i egen jobb øke trivselen (Grimelid, 1996). Hvis det er en positiv opplevelse at arbeidssituasjonen er forandret, kan en av grunnene være at det er ansatt flere anestesileger og at anesthesisykepleierne opplever et godt samarbeid hvor de er med på beslutningstaking.

Det er 42.9% (n= 48) av anesthesisykepleierne som arbeider ved andre avdelinger ved sykehuset. Dette er en sterk økning fra 1989 hvor bare 11% anesthesisykepleiere hadde annen stilling ved sykehuset. Årsaker til dette kan være at nå kan sykepleierne forhandle seg til høyere lønn ved andre avdelinger, ut fra utdanning og erfaring.

De fleste respondentene svarer at de arbeider ved sykehus som har mellom 21 og 40 anestesisykepleiere (n=166) Det er også mange som arbeider ved sykehus som har 11-20 anestesisykepleiere ansatt (n=120).

Fremdeles har vi sykehus (33%) som bare har en sykepleier på vakt om natten, Men den største gruppen svarer at det er tre sykepleiere på nattevakt (43.7%).

Når det gjelder nattevakt og helgevakt er det små endringer fra 1989. Det er en tendens til at gruppen med over tre anestesisykepleiere på aftenvakt er den som øker mest. Det kan tyde på at operasjonsprogrammet fortsetter ut over dagvakten.

Det er en stor gruppe utenlandske leger som arbeider eller tar sin spesialistutdanning ved Norske sykehus. Dette gjør noe med anestesisykepleiernes arbeidsforhold.

Av respondentene i denne undersøkelsen svarte 87.9% at det er utenlandske anestesileger ved anesthesiavdelingen. Dette fører til at anestesisykepleiere opplever språkproblemer i arbeidssituasjonen (meget ofte 7% av og til 36.2%).

Det er utenlandske leger ved alle typer sykehus. Størst antall finner vi ved Fylkes- og sentralsykehus.

Den gruppen som har størst språkproblemer i arbeidet er også ansatt ved Fylkes-og sentralsykehus. Størst antall utenlandske anestesileger finner vi i helseregionene 1 og 2.

Det er mange utenlandske statsborgere som har fått sin spesialistutdanning i anesthesiologi i Norge. Men til tross for det er det bare 18 av disse som fremdeles arbeider i landet. At anestesilegene har rekrutteringsproblemer stemmer ikke med det antall anesthesiologer som er utdannet de siste to årene. Tvert imot utdannes det langt flere enn man tidligere på -90 tallet hadde planer om. Er strategien til NAF at anestesisykepleiestillinger skal erstattes med legestillinger?

I USA prøvde en på 1980 tallet å erstatte anestesisykepleierne med anestesileger. Det gikk ikke bra. Det ble vanskelig å få leger som ville sitte «bedside» hos pasienter under operasjoner.

Den digitale tidsalder har gjort sitt inntog i anesthesiavdelingene.

Datautstyr brukes i arbeidet av 79.3% av anesthesisykepleierne. Elektronisk journal er tatt i bruk noen steder og anvendes av 8.8% av respondentene.

Via data- og telelinjer, kabel og satellitt, kan man få tilgang til ufattelige mengder informasjon fra hele verden, ref. internett og elektronisk post. Vi har aldri tidligere hatt tilgang til så mye informasjon så raskt. Dette stiller oss overfor enorme utfordringer og muligheter.

Maktbalanser forrykkes mellom dem som behersker teknologien, og de som av en eller annen grunn ikke gjør det.

Helseinformasjon samlet i store databaser gir potensiale for forskning, statistikk og styring.

PROBLEMSTILLING 3

Er det noen endringer i anesthesisykepleierens funksjon fra 1989 til 1998?

Funksjoner som anesthesisykepleierne utfører like ofte idag som for 10 år siden. (Det er funksjoner som anesthesisykepleierne utfører alltid/meget ofte uten at anestesilegen er til stede i rommet):

- vurderer og observerer sirkulasjon og respirasjon
- vurderer anestesydybde
- vurderer behovet for anestesimidler
- vurderer tap og tilførsel av væske
- vurderer tap og tilførsel av blod
- fører anestesijournal gir skriftlig og muntlig rapport
- klargjør pasienten til anestesi
- vurderer pasientens behov for psykisk omsorg
- klargjøring av medikamenter og infusjoner
- kontroll av medisinsk teknisk utstyr
- legger pasienten i operasjonsleie
- vurderer avvik fra normal hjerterytme
- går preoperativt visitt
- vurderer medisinske opplysninger
- vurderer laboratorieprøver

Funksjoner som anesthesisykepleierne utfører oftere i dag enn for 10 år siden:

- kobler pasienten til ventilator
- defibrillering

Hva anestesisykepleierne gjør mindre på egen hånd enn ved de to tidligere undersøkelsene er (alltid/meget ofte).

- velger anestesiform
- intuberer og innleder anestesi
- ekstuberer
- avslutter anestesi
- kontrollerer svar på laboratorieprøver
- starter behandling av livstruende situasjoner
- starter gjenoppliving
- innleder anestesi, på egen hånd, om natten

Hvis vi tar ut noen sentrale funksjonsområder og ser bare på hvor mange anestesisykepleiere som svarer at de alltid utfører visse funksjoner på egen hånd ser vi at det har vært en markant nedgang innenfor følgende områder (fig. 9):

- velger anestesiform (nedgang på 5%)
- intuberer (nedgang på 6%)
- avslutter anestesi (nedgang 9%)
- ekstuberer (nedgang på 8%)
- trekker opp medikamenter (nedgang på 12%)
- klargjør pasienten for anestesi (nedgang på 10%)
- legger pasienten i operasjonsleie (nedgang på 10%)
- vurderer avvik fra normal hjerterytme (nedgang på 8%)
- behandler larynxspasme /bronchospasme (nedgang 9%)

Dette viser at anestesilegen er tilstede i anesthesiavdelingen også når pasienten forberedes til anestesi.

Det er når vi ser på resultatet av hvor ofte anestesisykepleierne utfører funksjoner **alltid på egen hånd** at vi ser en klar tendens i negativ retning når det gjelder selvstendighet i funksjoner anestesisykepleierne alltid har ivaretatt.

Funksjoner som anestesisykepleierne gjør hyppigere enn tidligere hvis vi bare regner med alltid.

- kobler pasienten til ventilator
- starter gjenoppliving (oppgang 12%)
- defibrillerer (oppgang 9%)

I «Standard for anestesi i Norge» står det at anestesi er en delegert anesthesiologisk oppgave. Ut fra Helsepersonelloven kan ikke arbeidsoppgaver delegeres til grupper helsepersonell. Det må være individuell delegering med navngitt person innenfor et gitt tidsrom. I denne standard bør bestemmelsen forandres til at anesthesisykepleiere med videreutdanning i anestesi kan gi anestesi, ordinert av lege, til ASA gruppe I og II til. Ut fra nasjonal rammeplan har de også formell kompetanse til dette. (Lov om høyskoler og universitet).

PROBLEMSTILLING 4

Hvilke ønsker har anesthesisykepleierne med hensyn til etterutdanning.

Denne undersøkelsen viser at 98.1% ønsker etterutdanning mot 97% i 1989. Dette viser at anesthesisykepleiere er motivert for kompetanseheving.

55.6% ønsker oppdatering av teoretiske kunnskaper, 10.3% av praktiske ferdigheter. Det er også mange som ønsker å hospitere på andre sykehus (34%).

Fagområdet som respondentene ønsker etterutdanning i er først og fremst **akuttmedisin** med 72.3%. En av grunnene til dette kan være at anesthesisykepleierne får for lite praksis i akuttmedisin ved flere av sykehusene i Norge. Anesthesisykepleierne blir skjøvet ut av ambulansetjenesten og får derved ikke den praksis som de fikk tidligere. Samtidig vet de at de er i førstelinjetjenesten når akutte pasienter innlegges i sykehus og ved større ulykker/katastrofer både i og utenfor sykehus.

Etterutdanning i anestesi til barn kom som nr 2 med 57.1%. En naturlig årsak til dette er at det er få barn i forhold til voksne som har behov for anestesi. Derfor får ikke anesthesisykepleierne praktisere det så ofte. Dette fører til at anesthesisykepleierne ønsker teoretisk utdanning, eller hospitere på steder med mye barneanestesi.

Andre fagområder som anesthesisykepleierne prioriterer høyt er **patofysiologi** 50.4%, **medisinsk teknisk oppdatering** 39.8%, **medikamentlære** 35.8% og **informasjonsteknologi** 30.7%. Alle disse fagområdene er naturlig del av anesthesisykepleierne sitt daglige arbeid.

I humanistiske fagområdene som etikk (12.2%) og sykepleieteori (4.4%) har ikke anesthesisykepleierne samme behov for etterutdanning.

Anestesisykepleierne har plikt til å holde seg faglig ajour for å innfri plikten om forsvarlighet. Arbeidsgiver har ansvar for at det systematisk og jevnlig gis mulighet til etterutdanning slik at personalet får vedlikeholde sin kompetanse. (Arbeidsmiljøloven § 12). (Standard for anestesi i Norge, 1998). (Lov om helsepersonell 1998-99).

At det gis mulighet/legges tilrette for etterutdanning av arbeidsgiver er god personalpolitikk. I en undersøkelse blant anestesisykepleiernes medlemmer (Grimelid, 1996) var ett av resultatene at frykten for å gjøre feil i arbeidet var særlig stressende. Det var anestesisykepleiere som arbeidet heltid og skift som ga uttrykk for mest stress.

Det er en tendens til at de eldste anestesisykepleierne ønsker teoretisk kunnskap. Blant de som er utdannet de senere årene er det størst ønske om hospitering.

ALNSF som gruppe har siden 1991 satt opp et etterutdanningsprogram for anestesisykepleiere. I dette inngår det at man må ha 40 godkjente etterutdanningstimer pr. 2 år. Ser vi på resultatene fra den verdensomspennende undersøkelsen, viser den at antall etterutdanningstimer ligger fra 0 til over 60 timer pr. år..

PROBLEMSTILLING 5

Om anestesisykepleierne får erfaring med pre-hospital akuttmedisin.

Anestesisykepleierne får ikke den øvelse de har behov for når det gjelder store ulykker/katastrofer. 48% av respondentene svarer at arbeidsstedet sjelden arrangerer katastrofeøvelser. (sjelden vil si at det går over tre år. I 1989 var det 41% for tilsvarende spørsmål. Anestesisykepleierne (97%) har ansvar for kontroll av katastrofeutstyret ved sykehusene

Anestesisykepleiere deltar fortsatt både i ambulansetransport og -utrykning. I 1989 deltok 41% med ambulansetransport. Dette har økt til 51% i 1998. Lavest ligger «Helseregion 3» med 20.5% Det samme gjelder ambulanseutrykning. I 1989 deltok 41% av anestesisykepleiere, ansatt i anestesivdelinger, i utrykning. I 1998 har dette økt til 51%. «Helseregion 3» desidert lavest hvor bare 13% av anestesisykepleierne er med på utrykninger. Den nest laveste var «Helseregion 1» hvor 49.6% deltok. Med så store forskjeller på landsbasis må en rette søkelyset mot «Helseregion 3.

Her er det nærliggende å tro at NAF har medlemmer med spesiell fokus på akutt medisin og at disse har som mål at anestesisykepleiere skal erstattes med ambulanspersonell. Ambulanspersonell har turnus i anesthesiavdelingen og blir undervist av både leger og anestesisykepleiere. 66% av respondentene svarte at de underviser ambulanspersonell.

Det er uforståelig at anestesisykepleierne som på landsbasis har vært en ressursperson innen akutt medisinsk tjeneste skal erstattes med personell med langt mindre kompetanse og erfaring. Anestesisykepleiernes kliniske vurderingsevne av akutt/kritisk syke pasienter må fortsatt komme pasientene til gode. Vi blir skremt når ambulanspersonell uttaler at de ikke lenger ønsker å ha med anestesisykepleiere på oppdrag. De hevder å ha like god kompetanse. (Fonn, M, 1999)

Anestesisykepleierne har både teoretisk og klinisk kompetanse. De utfører daglig kliniske vurderinger og anvender monitoreringsutstyr gir medikamenter, vurderer tap av væske/blod og gir erstatning for dette.

Helseradionettet gjør at ambulanspersonell kan kommunisere med lege, men det erstatter ikke klinisk vurdering utført av en kompetent person.

Forskning viser at pleie/behandling de nærmeste timene etter en ulykke eller akutt sykdom har stor betydning for pasientens mulighet til å bli frisk. I motsetning til norske forhold har den svenske Socialstyrelsen vedtatt og prioritert at pasientene skal få kvalifisert pleie og behandling i den akutte fasen, og at det senest innen år 2005 skal være en ambulansesykepleier i hver ambulanse. (K. Ribrant, 1999)

Av anestesisykepleiere ansatt i anesthesiavdelingen deltar 97% i akutthjelp og annen service ved kliniske avdelinger. Et eksempel på service er å legge inn intravenøse kanyler hvor det er spesielt dårlige pasienter og små barn.

Anestesisykepleierne som er i førstelinjetjenesten ved større ulykker og katastrofer og som tidligere var med på utrykninger ved ulykker/skader/akutt sykdom, er ikke nevnt som ressurs i utredninger eller standard om den akutt medisinske tjeneste i Norge.

Derfor når det gjelder anestesi til prehospitale pasienter er anestesisykepleiere og anesthesiologer de som kan bedømme situasjonen selvstendig, prioritere og handle raskt og forsvarlig i akutt/kritiske situasjoner. Når det i «Standard for prehospital

akuttmedisin» henvises til medisinsk assistent når det gjelder prehospital anesthesi, bør det forklares nærmere.

En kan undres på om den usynliggjøring/ignorering av anesthesisykepleiefunksjone har med kjønnsdiskriminering å gjøre. Men samtidig så er NAF «lei seg» for at antall kvinnelige anestesileger er på retur. Og mange ambulansetjenester prøver aktivt å rekruttere kvinner til yrket fordi det har vist seg å ha positiv effektpå arbeidsmiljøet.

I Norge har en startet utdanning av ambulanspersonell på nivå Videregående skole som skal ivareta den akuttmedisinske delen mens den svenske Socialstyrelsen vedtar krav om ambulansesykepleiere på nivå høyskole.

Ut fra Helsepersonelloven er det krav om forsvarlighet ut fra kompetanse og den hjelp en evner. Hva er årsaken til at krav om forsvarlighet settes lavere i Norge enn i Sverige når det gjelder ambulansetjenesten?

7 KONKLUSJON

Anesthesisykepleierne har en sentral funksjon i helsevesenet. Utdanningen har fått en Nasjonal Rammeplan (1999) som gir 30 vekttall i et universitet- og høyskolesystem. Når utdanningen er overført til høgskolen er det således en formell utdanning

Anesthesisykepleierne bør få autorisasjon da utdanningen er forskjellig fra grunnutdanning i sykepleie, og den er like selvstendig som mange av de helseprofesjonene som nå får/har autorisasjon.

Anesthesisykepleierne behøver ikke lenger se alle funksjoner knyttet til anesthesiologi som delegert legearbeid. Anestesi til pasient ordineres av lege, men en anesthesisykepleier kan utføre anestesen til ellers funksjonsfriske pasienter.

God økonomisk- og personalpolitikk er bl.a. når personalets kompetanse kommer til sin rett uten overlapping av personale, og at de kan medvirke/påvirke sitt arbeid. Helsevesenets ledere bør

organisere helsetjenesten slik at forsvarlighetskravene til ulike yrkesgrupper kan oppfylles.

Etter «Standard for anestesi i Norge», som er godkjent av NAF og ALNSF, har anesthesisykepleierne etter endt utdanning kompetanse til å innlede, vedlikeholde og avslutte generell anestesi på ellers funksjonsfriske pasienter.

Anesthesisykepleierne har lengst erfaring med å gi generell anestesi. Denne undersøkelsen bekrefter at dette er en funksjon som anesthesisykepleierne utfører ved alle norske sykehus. Gjennomgang av litteratur bekrefter at det samme gjelder i de fleste regioner innen WHO.

Anesthesisykepleierne må engasjere seg i framtidens organisering av akuttberedskap pre- og perhospitalt.

Etter gjennomgangen av statlige utredninger m.m. innenfor området er det helt klart at nå er tiden inne for en åpen og rederlig debatt om anesthesisykepleierens plass i framtidens akuttmedisin.

Man finner nesten aldri funksjonen «anesthesisykepleie» nevnt i statlige utredninger, medisinske tidsskrift/-bøker og media. Det kan synes som om et kvinnedominert yrke, som anesthesisykepleie er, ikke har den status som utdanningen og ansvaret skulle tilsi.

Anesthesisykepleiernes yrkesidentitet er opparbeidet gjennom generasjoner og bygger på faktiske yrkesutøvelse og utdanning. Dersom vi ikke vet å ivareta denne yrkesgruppens erfaringer og kunnskaper, kan det gå ut over den faglige utviklingen for gruppen og i neste omgang ivaretagelsen av pasienten behov.

Litteraturliste:

- ALNSF (1998) Etterutdanning for anesthesisykepleiere. Temahefte
- ALNSF (1998) Funksjonsbeskrivelse/Idegrunnlag. Temahefte
- ALNSF (1998) Standard for anestesi i Norge. Temahefte
- Fonn, M. (1999) Ambulansestrød i Vestfold. Sykepleien nr. 5
- Frydenlund Stig /Pedersen Bjørn (1995) Anestesi sykepleiernes akutt- og katastrofemedisinske kvalifikasjoner (1995). Spørreundersøkelse ALNSF
- Grimelid, Jørgen (1996). Arbeidsmiljøundersøkelse for ALNSF blant medlemmene. ALNSF (1998)
- Grønhaug, Kjell (1979) Arbeidsfunksjoner og arbeidsforhold. Undersøkelser foretatt blant ALNSF's medlemmer
- Kirke-, Utdannings- og forskningsdepartementet. RAPPORT (1998) Bedriftsinterne videreutdanninger i sykepleie. Utredning om overføring til høgskolesystemet.
- Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet (1999) Rammeplan og Forskrifter for Videreutdanning i anesthesisykepleie
- Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet. REFORM 94 Læreplan for videregående opplæring. Studieretning for helse- og sosialfag. Studieretningsfagene i videregående kurs I ambulansefag. Oslo, april 1997
- McUliffe. N. Henry, Beverley (1996) Countries where anesthesia is administered by nurses. AANA Vol/no. 5
- McUliffe. N. Henry, Beverley (1998) Survey of nurse anesthesia practice, education, and regulation in 96 countries. AANA Vol. 66/no.3
- Norsk Anestesiologisk Forening - Akuttutvalget NAF, Utkast til standard for prehospital akuttmedisin. NAFWEB, Internett nov.1999.

Ribrant, Katarina (1999) Hur skal antalet specialiserade
sjukskøterakor kunna bibehållas och utøkas?
Ventilen nr. 4

Strømskag, Kjell Erik (1999) Et fag på søyler - Anestesiens historie
i Norge. Tano . Aschehoug

Waagsbø, Berit/Jorunn Martinussen/Mai Midttun (1989)
Arbeidsfunksjoner og arbeidsforhold.
Undersøkelser foretatt blant ALNSF's medlemmer

NOU 1998:9, Hvis det haster..... Faglig krav til akuttmedisinsk
beredskap. Oslo. 1998

NOU 1976:2, Utdanning av helsepersonell» Oslo
Universitetsforlaget.

Ot prp nr. 10 (1998-99) Om lov om spesialisthelsetjenesten m m
Det kongelige sosial- og helsedepartement.

Ot prp nr. 13 (1998-99) Om lov om helsepersonell m v
(helsepersonelloven). Det kongelige Sosial-
og helsedepartement.

Svenske Sosialstyrelsen - SOSFS, 1997 : 18 (M)

Svenske Sosialstyrelsen SOSFS, 1995:5

Berit Waagsbø
Videreutdanning i sykepleie
HAUKELAND SYKEHUS
5021 BERGEN
Tlf. 55973481/fax 55973484

TIL MEDLEMMER AV ALNSF

1998

Vi gjentar undersøkelsen om anestesisykepleiernes arbeidsoppgaver og arbeidssituasjon - en undersøkelse som også ble gjennomført i 1979 og 1989

Årets undersøkelse er omtrent identisk med målingen sist, kun noen nødvendige endringer/tillegg er gjort. Det betyr at vi kan sammenligne resultatene i år mot målinger gjort tidligere, og dermed peke på viktige utviklingstrekk historisk sett. Samtidig får vi en fersk undersøkelse som oppgraderer oss på hva medlemmene til dagen har av oppgaver og ansvar. Resultatene er også viktig for å være forutseende for fremtiden, og for å planlegge nødvendig og ønsket etterutdanning.

Opplysninger ang. Spørreskjemaet.

I.

I spørreskjemaet vil vi i flere spørsmål bruke følgende skala som da må tolkes slik:

alltid	=	100%
meget ofte	=	51-90%
ofte	=	25-50%
av og til	=	10-24%
sjelden	=	1-9%
aldri	=	0%

Eks.: Bestemmer du premedikasjon på egen hånd (etter avd. retningslinjer)?

Krysser du her av på meget ofte vil det si at du bestemmer på egen hånd i 51-90% av de gangene du har pasienter som skal ha premedikasjon.

II

«På egen hånd» betyr at det ikke er anestesilege tilstede i rommet hele tiden, men at det godt kan være anestesisykepleiere og andre fagpersoner som går til hånde.

III

Hvordan skal du besvare undersøkelsen?

Utelukkende ved å sette kryss nøyaktig i ruten. Vennligst bruk kulepenn, slik at kryssene kommer klart og tydelig frem. (På grunn av databehandlingen er det ikke godt nok med blyant). Skulle du krysse feil, kan du bar fylle ut ruten/dekke den helt inn, og så sette nytt kryss. Men vi håper selvsagt at du tar deg såvidt god tid med skjemaet at du er helt sikker på hvor du skal sette krysset når det endelige svar skal gis.

Vi ønsker at spørreskjemaene skal retureres ferdig utfylt umiddelbart. Vennligst send inn din besvarelse i vedlagte svarkonvolutt slik at vi har den i hende innen 25. Juni d.år. Det blir ikke sendt uturring på skjemaet, det har vi verken tid eller råd til. Vi håper selvfølgelig at medlemmen støtter opp om denne undersøkelsen som er mulig p.g.a. stipend gitt av NSF. Resultatet vil foreligge i overgangen 1998/99. Med din deltakelse er du med på å sette preg på undersøkelsen og vi ser med spenning frem til den endelige rapporten foreligger.

Etter avtale med posten om «FRIPOST» skal det ikke settes frimerke på vedlagte svarkonvolutt. Det blir betalt av oss når vi har mottatt konvoluttene.

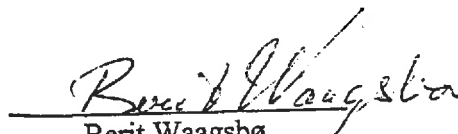
Undersøkelsen er selvfølgelig anonym.

Vennlig hilsen



Mai Midttun
Anestesisykepleier

Sidsel Ellingsen
Anestesisykepl./høyskolelærer
sign.



Berit Waagsbø
Anestesisykepl./lektor

Spørreskjema til alle medlemmer i faglig sammenslutning av anestesisykepleiere.

Sett kryss med kulepenn/blekkpenn i ruten for riktig svar, slik: Ikke slik:

Spm. 1

Kjønn

- Kvinne
 Mann

Spm. 2

I hvilket år ble du utdannet anestesisykepleier?

- Før 1960
 1961-1965
 1966-1970
 1971-1975
 1976-1980
 1981-1985
 1986-1990
 1991-1995
 1996-1998

Spm. 3

I hvilken helseregion tok du anestesisykepleierutdanningen?

- Helseregion 1
 Helseregion 2
 Helseregion 3
 Helseregion 4
 Helseregion 5

Helsereg. 1 Oslo, Oppland, Hedmark, Østfold

Helsereg. 2 Oslo (Rikshospitalet) Akershus, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust og Vest Agder

Helsereg. 3 Rogaland, Hordaland, Sogn og Fjordane

Helsereg. 4 Møre og Romsdal, Sør-Tr.lag Nord-Trøndelag.

Helsereg. 5 Nordland, Troms, Finnmark

I spm. 4-8 kan du svare på hvor mange år du arbeidet som anestesisykepleier ved: (Les alle alternativer før du svarer)

Spm. 4

Universitets-
sykehus

- <3 år
 4-6 år
 7-10 år
 11-15 år
 16>

Spm. 5

Regionsykehus

- <3 år
 4-6 år
 7-10 år
 11-15 år
 16>

Spm. 6

Fylkes-/
sentralsykehus

- <3 år
 4-6 år
 7-10 år
 11-15 år
 16>

Spm. 7

Lokalsykehus

- <3 år
 4-6 år
 7-10 år
 11-15 år
 16>

Spm. 8

Kombinasjonen
4) og 5)

- <3 år
 4-6 år
 7-10 år
 11-15 år
 16>

Spm. 9

Er du nå ansatt ved en anesthesiavd.?

- Ja
 Nei

Spm. 10

Er du ansatt ved:

- NLA o.l.
 Med.tek.firma
 Grunnskolen i sykepleie
 Videregående skole
 Offshore
 Annen avd.v/sykehuset
 Ambulansetransport (bil/båt)
 Pensjonist
 Annet

Dersom du ikke er ansatt ved ena nestesiavd.kan du returnere skjemaet etter å ha svart på spm.10.
 Takk for hjelpen!

Spm. 11

Er det ved et:

Hvis ansatt ved et sykehus nå:

- Universitetssykehus
 Regionssykehus
 Fylke-/sentralsykehus
 Lokalsykehus
 Kombinasjon av ovenf.nevnte
 Privat sykehus
 Annet

Spm. 12

Hvilken stilling har du i dag?

- Oversykepleier
 Avd.sykepleier
 Anestesisykepl.
 Praksisveileder
 Lærer
 Annet

Spm. 13

Er du helt-ell.deltids-ansatt?

- Heltid
 Deltid

Spm. 14

Hvilke vakter har du?

- Heldøgnavvakt
 Bare nattevakt
 Bare kveldsvakt
 Bare dagvakt

Nedenfor følger en rekke spørsmål vedrørende arbeidsstedet ditt:

Spm. 15

Hvor mange operasjonsstuer har sykehuset?

- 1-5
 6-10
 11-20
 21-30
 Flere enn 31

Spm. 16

Hvor mange senge-plasser har sykehuset?

- 10-50
 51-100
 101-200
 201-400
 401-600
 601-1000
 Flere enn 1000

Spm. 17

Hvor mange anesthesisykepleiere er ansatt ved anesthesiavdelingen? (ikke normerte stillinger)

- 1-2
 3-5
 6-10
 11-20
 21-40
 41-60
 Flere enn 60

Spm. 18.

Hvor mange anestesileger har sykehuset?

- 0
 1
 2-3
 3-5
 6-10
 11-20
 21-30
 31-40
 41-50
 Flere enn 50

Spm. 19

Har anestesilegen alltid tilstedevakt?

- Ja
 Nei

Hvor mange anestesipl. er på vakt:

Spm. 20.

Kveldsvakt?

- 1 anestesipl.
 2 anestesipl.
 3 anestesipl.
 4 anestesipl.
 5 anestesipl.

Spm. 21.

Nattevakt?

- 1 anestesipl.
 2 anestesipl.
 3 anestesipl.
 4 anestesipl.
 5 anestesipl.

Spm. 22

Helgevakt/dag?

- 1 anestesipl.
 2 anestesipl.
 3 anestesipl.
 4 anestesipl.
 5 anestesipl.

Spm. 23

Får du alltid den medisinske/faglige hjelpen du har behov for?

- Alltid
 Meget ofte
 Ofte
 Av og til
 Sjelden
 Aldri

Spm. 24

Hvilke operasjoner/anestesi-service foretas på ditt arbeidssted?

- Øre-Nese-Hals
 Øye
 Nevrokir.
 Endokrinologi
 Kar
 Thorax
 Hjerte
 Gastro
 Ortopedi
 Plastikk.kir.
 Brannskade
 Urologi
 Gynekologi
 Føde
 Transplantasjoner
 Poliklinisk virksomh
 Mottak av ØH-pasient
 Smertebehandling
 Diagnostikk/undersøk
 Annet

Nedenfor er satt opp noen arbeidsoppgaver. Hvilke av disse utfører du på egen hånd, dvs. uten anestesilege til stede i rommet hele tiden?

Spm. 25.

Adm./gir du generell anestesi på egen hånd?

- Daglig
 Flere ggr.pr.uke
 Flere ggr.pr.måned
 Sjelden
 Aldri

Spm. 26.

Overvåker du pasienter i regional anestesi på egen hånd?

- Daglig
 Flere ggr.pr.uke
 Flere ggr.pr.måned
 Sjelden
 Aldri

Spm. 27.

Overvåker du pasienter som får kombinert regional- og generell anestesi på egen hånd?

- Daglig
 Flere ggr.pr.uke
 Flere ggr.pr.måned
 Sjelden
 Aldri

Innleder du anestesi på egen hånd (uten anestesilege i rommet):

Spm. 28.

- Om dagen?
 Alltid
 Meget ofte
 Ofte
 Av og til
 Sjelden
 Aldri

Spm. 30

- Om natten?
 Alltid
 Meget ofte
 Ofte
 Av og til
 Sjelden
 Aldri

Spm. 29

- På senvakt?
 Alltid
 Meget ofte
 Ofte
 Av og til
 Sjelden
 Aldri

Spm. 31

- I helgene?
 Alltid
 Meget ofte
 Ofte
 Av og til
 Sjelden
 Aldri

Vurderer du om anestesilege skal tilkalles under anestesen?:

Spm. 32.
Om dagen?

- Alltid
 Meget ofte
 Ofte
 Av og til
 Sjelden
 Aldri

Spm. 33
Om natten?

- Alltid
 Meget ofte
 Ofte
 Av og til
 Sjelden
 Aldri

Vurderer du om anestesilege skal tilkalles:

Spm. 34

På kveldsvakt?

- Alltid
 Meget ofte
 Ofte
 Av og til
 Sjelden
 Aldri

Spm. 36

Vurderer du medisinske opplysninger for anestesi på egen hånd?

Spm. 37

Kontrollerer du laboratorieprøver på egen hånd?

Spm. 38

Vurderer du laboratorieprøver på egen hånd?

Spm. 35

På helgevakt?

- Alltid
 Meget ofte
 Ofte
 Av og til
 Sjelden
 Aldri

- Alltid
 Meget ofte
 Ofte
 Av og til
 Sjelden
 Aldri

- Alltid
 Meget ofte
 Ofte
 Av og til
 Sjelden
 Aldri

- Alltid
 Meget ofte
 Ofte
 Av og til
 Sjelden
 Aldri

Spm. 39.

Bestemmer du premedikasjon på egen hånd? (etter avd.retningslinjer)

- Alltid
 Meget ofte
 Ofte
 Av og til
 Sjelden
 Aldri

Spm. 40.

Velger du anestesiiform etter pas.alder og almentilstand på egen hånd?

- Alltid
 Meget ofte
 Ofte
 Av og til
 Sjelden
 Aldri

Tabell 41.

Intuberer du pasienten uten at anestesilege er til stede?

- Alltid
 Meget ofte
 Ofte
 Av og til
 Sjelden
 Aldri

Tabell 42.

Fører du anestesijournal på egen hånd?

- Alltid
 Meget ofte
 Ofte
 Av og til
 Sjelden
 Aldri

Spm. 43.

Vurderer du respirasjonen på egen hånd.? (under anestesen)

- Alltid
 Meget ofte
 Ofte
 Av og til
 Sjelden
 Aldri

Spm. 44.

Vurderer du
sirkulasjonen
på egen hånd?
(under anestesian)

- Alltid
 Meget ofte
 Ofte
 Av og til
 Sjelden
 Aldri

Spm. 45

Vurderer du anestesi-
dybde/-nivå på
egen hånd?

- Alltid
 Meget ofte
 Ofte
 Av og til
 Sjelden
 Aldri

Spm. 46.

Vurderer du tap og
tilførsel av blod
under anestesian
på egen hånd?

- Alltid
 Meget ofte
 Ofte
 Av og til
 Sjelden
 Aldri

Spm. 47.

Overvåker og vurderer
du tap og tilførsel
av væske under
aneste-
sien på
egen hånd?

- Alltid
 Meget ofte
 Ofte
 Av og til
 Sjelden
 Aldri

Spm. 48

Overvåker og
vurderer du
pasientens behov for
anestesimidler
på egen hånd?

- Alltid
 Meget ofte
 Ofte
 Av og til
 Sjelden
 Aldri

Spm. 49.

Avslutter du
anestesian
på egen hånd?

- Alltid
 Meget ofte
 Ofte
 Av og til
 Sjelden
 Aldri

Spm. 50.

Ekstuberer du
pasienten
på egen hånd?

- Alltid
 Meget ofte
 Ofte
 Av og til
 Sjelden
 Aldri

Spm. 51.

Gir du skriftlig
og muntlig
rapport om
forløp og videre
behandling,
på egen hånd?

- Alltid
 Meget ofte
 Ofte
 Av og til
 Sjelden
 Aldri

Nedenfor følger ytterligere en del oppgaver/funksjoner. Kryss ut for hver funksjon du utfører

Spm. 52.

Pre. anestesi
visitt

- Alltid
 Meget ofte
 Ofte
 Av og til
 Sjelden
 Aldri

Spm. 53.

Gir pre-
medikasjon.

- Alltid
 Meget ofte
 Ofte
 Av og til
 Sjelden
 Aldri

Spm. 54.

Trekker opp
medikamenter som
skal brukes ved
anestesi.

- Alltid
 Meget ofte
 Ofte
 Av og til
 Sjelden
 Aldri

Spm. 55.

Setter opp
infusjons-
vasker.

- Alltid
 Meget ofte
 Ofte
 Av og til
 Sjelden
 Aldri

Spm. 56.

Kontrollere
med.-teknisk
utstyr som skal
brukes.

- Alltid
 Meget ofte
 Ofte
 Av og til
 Sjelden
 Aldri

Spm. 57.

Klargjør
pasienten for
anestesi.

- Alltid
 Meget ofte
 Ofte
 Av og til
 Sjelden
 Aldri

Spm. 58.

Er det behov
for å gi
pasienten
psykisk omsorg?

- Alltid
 Meget ofte
 Ofte
 Av og til
 Sjelden
 Aldri

Spm. 59.

Når pårørende
er tilstede, er
det behov for å
gi omsorg til
dem?

- Alltid
 Meget ofte
 Ofte
 Av og til
 Sjelden
 Aldri

Nedenfor følger ytterligere oppgaver knyttet til det å administrere/gi anestesi. "På egen hånd" menes at det ikke er anestesilege tilstede rommet.

Spm. 60.

Legger pasienten i operasjonsleie.

- Alltid
 Meget ofte
 Ofte
 Av og til
 Sjelden
 Aldri

Spm. 61.

Setter du epidural anestesi?

- Alltid
 Meget ofte
 Ofte
 Av og til
 Sjelden
 Aldri

Spm. 62.

Setter du spinalanestesi?

- Alltid
 Meget ofte
 Ofte
 Av og til
 Sjelden
 Aldri

Spm. 63.

Assisterer du ved regional anestesi?

- Alltid
 Meget ofte
 Ofte
 Av og til
 Sjelden
 Aldri

Spm. 64.

Kobler pasienten til ventilator på egen hånd?

- Alltid
 Meget ofte
 Ofte
 Av og til
 Sjelden
 Aldri

Spm. 65.

Kobler pasienten til respirator på egen hånd?

- Alltid
 Meget ofte
 Ofte
 Av og til
 Sjelden
 Aldri

Spm. 66.

Vurderer avvik fra den normale hjerterytme på scop, på egen hånd?

- Alltid
 Meget ofte
 Ofte
 Av og til
 Sjelden
 Aldri

Spm. 67.

Behandler larynxspasme/bronchospasme på egen hånd? (etter skjema)

- Alltid
 Meget ofte
 Ofte
 Av og til
 Sjelden
 Aldri

Spm. 68.

Starter behandling av akutte, livstruende situasjoner, på egen hånd?

- Alltid
 Meget ofte
 Ofte
 Av og til
 Sjelden
 Aldri

Spm. 69.

Starter gjenopp-
 living på egen hånd?

- Alltid
 Meget ofte
 Ofte
 Av og til
 Sjelden
 Aldri

Spm. 70.

Defibrillerer på egen hånd når det er behov

- Alltid
 Meget ofte
 Ofte
 Av og til
 Sjelden
 Aldri

Spm. 71.

Starter medikament-
 behandling etter skjema på egen hånd?

- Alltid
 Meget ofte
 Ofte
 Av og til
 Sjelden
 Aldri

Spm. 72.

Hvilke anestesimidler/medikamenter her nevnte, kan du administrere på egen hånd?

- Halogenerte gasser
 Nevrolept
 Ketalor
 Muskelrelaxantia
 Analgetika
 Barbiturater
 Benzodiasepiner
 Påfyll epidural kateter
 Annet

Spm. 73.

Hvilke anestesystemer av de her nevnte, kan du bruke?

- Sirkel-system(vanl.)
 Bains-system
 Enveis-system
 Toronto
 Annet

Spm. 74.

Vennligst merk av hvilke monitorerings-utstyr/annet utstyr som benyttes på ditt arbeidssted.

- BT-mansjett
 Dinamap
 Intra-arteriell måling
 CVP
 Swan Ganz kateter
 Pulsoksymeter
 Oksymeter
 Kapnograf
 Elektronisk temp.
 Scop
 Nervestimulatur
 Blodvarmer
 Infusjonspumpe
 Laryngsmaske
 Annet utstyr

Spm. 75

Underviser/veileder
du noen av de her
nevnte gruppene?

- Sykepleiestud.
 Sykepleiere
 Spesialelever
 Leger
 Med.stud.
 Renholdsass.
 Ambulansepersonell
 Tannleger
 Andre

Spm. 81.

Har du som
anestesiopl.deltatt
i katastrofeøvelse?

- Ja
 Nei

Tabell 76

Deltar du i
ambulanse-
transport?

- Ja
 Nei

Spm. 82

Hvor mange ganger
har du deltatt i
katastrofeøvelser?

- Aldri
 1 gang
 2 ganger
 3 ganger
 4 ggr.ell.mer

Spm. 77.

Hvis deltar:
Hva deltar du i?

- Bil
 Fly
 Helikopter
 Båt

Spm. 83

Har anestesiopl. .
ansvar for å
kontrollere akutt-/
/katastrofeutstyr?

- Ja
 Nei

Spm. 84.

Deltar du med akutt
hjelp og evt. annen
service ved
sykehusets
avdelinger?

- Ja
 Nei

Tabell 78

Deltar du i
ambulanse-
utrykning?

- Ja
 Nei

Spm. 79.

Hvis deltar:
Hva deltar du i?

- Bil
 Fly
 Helikopter
 Båt

Spm. 85.

Opplever du at
rollen som
anestesisykepl.
er endret?

- Ja
 Nei

Spm. 86

Gjør du bruk av
datautstyr i ditt
arbeid?

- Ja
 Nei

Spm. 80.

Arrangerer
sykehuset
katastrofeøvelser?

- Nei
 Ja, 1 ell.fl.ggr.pr.år
 Ja, hvert 2.år
 Ja, hvert 3.år
 Sjelden

Spm. 87

Bruker dere
elektronisk journal?

- Ja
 Nei



7131

Spm. 88.

Er det utenlandske
anestesileger ved
din avdeling?

- Ja
 Nei

Spm. 89.

Hvis ja:
Opplever du
språkproblemer
i
arbeidssituasjonen?

- Meget ofte
 Av og til
 Sjelden
 Aldri

Spm. 90.

Ønsker du etter-
utdanning i ditt
arbeid?

- Ja
 Nei

Spm. 91. - Hvis Ja -

Hvilke former for etterutdanning
ønsker du?

Kryss av for ett av de
tre alt.

- Oppdat.av teoretisk kunnskap
 Oppdat.av praktiske ferdigheter
 Hospitering på andre sykehus

Spm. 92.

Hvis du ønsker etterutdanning kryss av
for de tre fagområder du prioriterer:

- Akutt medisin
 Barneanestesi
 Medikamentlære
 Patofysiologi
 Sykepleieteori
 Forskning
 Etikk
 Med.teknisk oppdatering
 Informasjonsteknologi
 Annet

TAKK FOR HJELPEN!

