

[Automatisk tekstet av Autotekst med NB Whisper. Kan inneholde feil.]

[SPEAKER_00]

Du hører nå en podkast fra Universitetet i Stavanger.

[SPEAKER_02]

Hei og velkommen til denne episoden av 'Steril sone'.

I dag har jeg med meg en gjest som skal snakke om det andre praksissemnet i masterutdanningen i operasjonssykepleie vi har på UiS, og det heter MOPP20.

I dette emnet går studentene fra å ha fått en første introduksjon til operasjonssykepleiers praksisfelt til å begynne å utvikle den inngående forståelsen av funksjons- og ansvarsområdet som profesjonen vår krever.

I MOPP20 skal studentene kunne utøve det vi kaller personsentrert operasjonssykepleie.

Og det skal være i tråd med lover, forskrifter og rammebetingelser vi har for denne profesjonen.

De skal òg utvikle ferdigheter innen klinisk vurdering, beslutningstaking og handlingskompetanse.

Og samtidig skal de jobbe med sin personlige faglige ledelse, koordinering og samhandling for å ivareta pasientsikkerheten.

Emnet det rommer altså mye.

Fra læring og forebygging av hypotermi til kommunikasjon, etikk, juridiske rammer, tverrfaglig samarbeid og forståelse av organisasjonen og miljøet som de jobber i.

I den første praksisepisoden, som handla om MOPPP10, hvor jeg hadde med meg to studenter, snakket vi om hva læringsutbytter er, og hvordan de er nasjonalt regulert gjennom RETHOS-forskriften.

Som praksisveileder opplever jeg at disse målene vi har i praksisemnene, kan være litt vanskelig å få grep på, og noen ganger òg litt vanskelig å skille fra hverandre.

I dag har jeg med meg min kollega og medveileder i praksis som heter Monica, og vi skal diskutere disse læringsutbyttene i MOPP20, og hva vi som praksislærere tenker at ligger i dem, og hvordan studentene kan jobbe målretta for å oppnå læringsmålene sine.

Før vi skal begynne med det, så kan gjerne du få lov til å presentere deg, Monica.

[SPEAKER_01]

Ja, altså heter Monica Fosmark.

Jobber som lærer i 50 % stilling på UiS.

Der har jeg jo mye oppfølging i praksis og undervisning og litt sånn oppfølging i forhold til masterstudenter.

Men jeg jobber også da på sykehuset, Nye Sus.

50 % stilling der.

Og har jobba som operasjonssykepleier i 25 år.

Og vært innom ganske mange forskjellige, både på generellkirurgi, ortopedien, dagkirurgi ... Ja, når øre-, nese-, hals. Altså litt forskjellig erfaring.

[SPEAKER_02]

Det som vi skal snakke om, er som sagt disse læringsutbyttene som

studentene våre har når de er i praksis.
Men skal vi snakke bitte lite grann om det verktøyet de har å jobbe med disse læringsutbyttene i først, dette vurderingsskjemaet.
Har du lyst til å si litt om hvordan det er bygd opp?

[SPEAKER_01]

Ja, altså du tenker i forhold til hvordan de skal ha vurdering.
Det er utilstrekkelig, god måloppnåelse, og meget god måloppnåelse.

[SPEAKER_02]

Ja.

[SPEAKER_01]

For det kan være litt vanskelig i utgangspunktet for studentene og veilederne.

Og det som vi prøver og ser på, det er jo litt det der at hvis det går på utilstrekkelig, så står det jo godt under på de punktene at hvis du ... Ja, hva du liksom må unnlate å gjøre for å ikke kunne gjøre dette målet, og læringsmålet, oppnå det.

Hvis vi vurderer som lærer, eller sammen med veileder, at du er på utilstrekkelig, så betyr ikke det at en har strøket praksis, eller at det betyr ... Da må en jobbe med de punktene.

[SPEAKER_02]

Ja, her er det forbedringspotensial, egentlig.

Det er sånn vi prøver å se på det.

I utgangspunktet at her har vi ikke oppnådd dette målet ennå, så her må vi gjerne sette inn litt ekstra ressurser, eller

Se på ting på en ny måte, og om det er andre måter vi kan jobbe for å oppnå disse målene.

Om det er enkelte prosedyrer de skal være med på for å oppnå det.

Jeg har iallfall erfaring med sånt som smittevernarbeid.

Hvis ikke de får være på en smittestue, så er det vanskelig å oppnå et læringsutbytte om smittevern som går på smittsomme sykdommer.

Så da er det å legge opp til at vi prøver å få studentene inn på sånne stuer.

Og sånne ting kan vi egentlig møte i alle praksisemnene.

Så det er å passe på at vi får de inn der de trenger å være for å oppnå sine læringsutbytter og få lærings... Hva heter det ...

Læringssituasjoner.

[SPEAKER_01]

Ja, og derfor er det jo viktig med disse samtalene, både forberedelsessamtalen, midtevalueringen, altså å gjøre oppklaringer på det før en kommer før sluttevaluering.

[SPEAKER_02]

Det som jeg òg pleier å nevne for studentene og veiledere i disse samtalene, det er det at veldig mange av målene er jo biter av en større helhet.

Og at det er viktig at studentene òg klarer å se at ...

Den koordinerende rollen.

Da skal du lære deg den koordinerende rollen.

Men det er så mange deler man kan dele den opp i og øve på separat,

at man kan ta én bit og fokusere på den, og så kan man legge alt det andre litt vekk i mellomtida.

Eller at du sier at du er i koordinerende rolle, og du skal ta imot pasienten.

Samtidig blir det òg åpna utstyr, og det er òg den koordinerende rollen sykepleieren har.

Men som studenter kan det føles litt overveldende at noen står og gjør to oppgaver som du egentlig skal være med på.

Men at de da klarer å se at OK, nå tar jeg imot pasienten, jeg jobber med pasienten, og det som skjer utenom det, det skjer.

Det skal jeg ikke forholde meg til akkurat nå.

Men når jeg er ferdig med min oppgave og har gjort den helt og fullt ut, så kan jeg gå og være med videre på neste ting.

Og at man etter hvert klarer å begynne å prioritere og planlegge arbeidet sitt sånn at man kan ta en større del av den arbeidsbolken, da.

[SPEAKER_01]

Og det tenker jeg ofte veiledere òg ser, med at de klarer å gjerne starte litt i det små, konsentrere deg f.eks.

om den brikken der, og så, når du begynner å få kontroll, så klarer veilederne å på en måte delegere, eller si at nå kan du gjøre det og det og det syns jeg fungerer ofte veldig fint, altså.

[SPEAKER_02]

Ja.

Jeg syns òg de er gode på det, og har mye fokus på det.

Men da tenker jeg at vi kan gå litt inn i de målene vi har i dette emnet.

Og som òg i P10, så er jo læringsutbyttene delt inn i kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse.

Så vi begynner med de målene som går inn under den delen som heter kunnskaper.

Det første målet vi møter, er å kunne vurdere operasjonspasientens risikofaktorer for komplikasjoner i forbindelse med kirurgisk behandling og- eller undersøkelse.

Hva er det som gjør at risikovurdering er en kjerneoppgave for operasjonssykepleieren?

[SPEAKER_01]

Ja, dette handler jo mye om forebygging, da.

Altså.

Nå har vi nettopp, ikke lenge siden, hatt ganske mye undervisning om dette.

Men det handler jo litt om du skal gjøre risiko i forhold til alder, barn, læring, hypotermi.

Har de andre sykdommer, så du skal gjøre ganske mye risikovurderinger på pasienten før han blir lagt på operasjonsbordet.

[SPEAKER_02]

I dette emnet handler det litt om at studentene skal lære seg å finne og identifisere disse risikofaktorene, og gjerne òg se at dette er en pasient som har økt risiko.

Spesielt for hypotermi.

Det har vi jo litt ekstra fokus på.

Men òg blødning og leiringsskader er viktige ting som vi ser på. Og pasienter som gjerne skiller seg litt ut, der er jo gjerne overvektige, undervektige pasienter, eldre og barn som du var inne på.

Men òg ting som kan være litt usynlig.

F.eks.

en pasient med en frozen shoulder.

Hvordan løser man det?

[SPEAKER_01]

Og det er òg en del av de tingene.

Kan du snakke med pasienten, så gjør du det.

Så vi får ganske mange opplysninger med å ta imot hvor viktig det lille møtet er, da.

Snakke med pasienten og spørre om det, få de tilleggsopplysningene. For vi skal jo alltid lese i journal, dips, og få disse opplysningene.

Men akkurat den samtalen, se på pasienten, se på huden, altså få disse tilleggsopplysningene.

[SPEAKER_02]

Når du ser på huden, vil du òg gjerne se allerede ... Vi har jo ei liste som vi har i pensum, som dere kanskje vil kjenne igjen.

Men ei liste med sånne typiske risikopunkter.

Dette med alder og overvekt og undervekt som vi var inne på.

Her kommer det ei eldre dame, og så går du og snakker med henne, så ser du at hun har veldig skjør hud.

Hva sier det til deg, da, Monica, hvis du ser det?

[SPEAKER_01]

Ja, så tenker du jo litt hva medisiner står denne damen på.

Er det sånn type kortisonhud, eller er det bare en tørr, gammel hud, eller er litt sånn ... Altså, det vil være en stor risiko når du da skal begynne å dekke og lime, og du må ta litt sånn spesielle hensyn, rett og slett.

[SPEAKER_02]

Hva tenker du på hvis du skal leire denne pasienten, da?

[SPEAKER_01]

Ja, det òg.

Altså, er de over 60, så ...

Så er de utsatt for læringsskader.

Så da vil du sette inn litt sånn ekstra.

Det er jo alltid standard i forhold til puter og sånn, ta så du leier etter et standard ryggleie eller sideleie.

Men du vil kanskje føre litt ekstra, legge en ekstra pute, eller altså på en måte ... passe litt godt på.

[SPEAKER_02]

Være litt ekstra påpasselige på at du til vanlig vis også passer alltid på at det ikke ligger krøll i lakenene og under dem og sånn,

for hvis de skal bli liggende en liten stund, for deg og meg som ligger i senga og av og til ligger på en krøll, så går det fint. Noen ganger våkner du med litt sånn puddekrøll på fjeset, og det vil jo alle kunne kjenne seg igjen i, at du har fått merker fra lakenene og sånn, men hvis du skal ligge helt på i ro, du sover, du er slått ut i narkose, du vil ikke kjenne at du har vondt ... Og dermed heller ikke kunne flytte deg fordi du ikke kjenner det, men i tillegg så er du jo i narkose, så du kan fysisk ikke flytte deg. Så disse pasientene ... Du tar jo vekk deres evner til å fikse ting sjøl. Så vi må jo sørge for at disse risikoene ikke er til stede, og optimalisere det best mulig, iallfall, at de ikke skal få skader.

[SPEAKER_01]

Ja, og når du sier det, så en av de viktigste tingene er jo faktisk operasjonstid. Altså, det vil alltid ha en stor betydning. Det er forskjell på om de skal ligge én time eller fem timer. Men vi forebygger jo alltid. Ja.

[SPEAKER_02]

Absolutt. Så jeg tenker, hva blir da viktig for studentene å få ... Hvordan skal de jobbe med dette målet? Hva tenker du?

[SPEAKER_01]

Jeg tenker at de må ha en sånn liten plan når de går inn. For de skal alltid lese om pasienten. Se hva de møter. Se hva de ser på operasjon, eller Orbit. Og tenker at OK, om det er en ung mann eller en gammel dame, de er friske, eller for eksempel de er ASA3, sant, det er jo stor forskjell. Så det skal de kunne. Så når de da tenker OK, hva slags leiring skal vi gjøre her? Skal de ligge i strekkbord? Skal de ligge i beinholder? Har hun hofteproteser, denne dama fra før? Sånn. Mange sånne ... Men hvis en får avklart det, og på en måte da ... Ha den lille sjekklista i bakhodet. At en skal sjekke ... Altså, hva er tidligere sykdommer, og hva må vi ta hensyn til her med pasienten? Se litt sånn anatomisk, da. Kan vi legge pasienten sånn og sånn? Vi vil alltid prøve å leire optimalt, men kirurgen må jo ha tilgang. Så det er jo denne balansen der. Ja. Og hun har da kommet så langt, i samarbeid med anestesi, selvfølgelig. For de òg har sine tilganger.

Så det er noe med ... Og da har en plan etter hver.
Forklart at hvis du leirer en pasient på rygggleie, som egentlig skal ligge i strekkbord, så har du en dårlig plan, tenker jeg.
Så det er noe med du må forberede deg og lese litt på forhånd, rett og slett.

[SPEAKER_02]

Ja.

Absolutt.

Jeg og tenker jo her handler det jo aller mest om at du har forberedt deg litt, sånn som Monica sier.

At du har fått lest, har fått diskutert med din veileder.

Gjerne prøv å komme først med dine tanker.

Og så spør ... Er det noe jeg har ikke tenkt på nå?

Så vil dere egentlig lære veldig mye mer enn hvis du hele veien bare går til veileder.

... 'Når kommer Kari i 90 år?

Hva skal jeg tenke på?'

Prøv heller å tenke ... 'Her kommer Kari i 90 år.'

Ja, hun er eldre, da har hun kanskje litt skjør hud.

Hun skal ligge i rygggleie.

Det er lite invasivt sånn sett.

Jeg må gjerne tenke litt ekstra på sånn og sånn og sånn.

Si disse tingene til veilederen din, og luft disse tankene høyt, så vil veilederen og skjønne veldig godt hvor du er hen, og hva du tenker.

Ikke minst når du da skriver dette notatet til oss praksislærere, så er det og veldig greit å få litt sånn kjøtt på beinet.

At vi skjønner litt hva du har tenkt når du skriver hvordan du har oppnådd ditt mål.

For noen ganger så har vi studenter som skriver veldig kort, eller gjerne i kule punkter.

Da er det vanskelig å kunne gjøre en vurdering på om du faktisk har oppnådd det målet eller ikke.

Men vi kan gå litt videre til neste punkt, som er punkt nummer to.

Og det handler om at studentene skal kunne vurdere og tilpasse kommunikasjonen til pasienter i alle aldre, og til deres pårørende.

Så hvordan tenker du at det er noe vi skal ... Hvordan skal studentene jobbe med det?

[SPEAKER_01]

Det aner jo litt om det samme, at de må innhente den informasjonen der og på forhånd.

Før de snakker med pasienten.

Men det er klart at når du leser i journal, så får du ikke alltid de der tilleggsopplysningene.

Så vi har jo noen av disse her sjekkpunktene som vi sier, altså, vi sjekker hud, og vi ...

Spør om de har metaller i hofta, spør om de kanskje har noen vondter eller har en vond skulder eller litt sårne ting.

Den kommunikasjonen er viktig.

Men det er jo ikke alltid du har pasienter du kan ta den kommunikasjonen med.

Så det er litt å observere nå.

Er de nervøse?
Er de redde?
Og det er de jo ofte når de skal operere.
Er det barn?

[SPEAKER_02]

De kommer jo i en veldig sårbar situasjon i utgangspunktet, og mange som ...
Om de ikke er redde, så er de gjerne bekymra og litt stressa.
Selv om for oss operasjonssykepleiere så er dette en hverdagsting.
Dette er jobben vår, vi ser og gjør dette hver eneste dag.
For de aller fleste så er dette kanskje en gang i livet at de kommer inn på vår operasjonsstue.
Så det er noe med å ha det òg litt i bakhodet, at her møter jeg et menneske som ...
Kanskje aldri har gjort dette før, aldri kommer til å gjøre det igjen.
De vet ikke hva de møter der inne, og så kommer de inn i vårt høyteknologiske miljø.
Det er masse, masse utstyr, kanskje masse, masse folk.
Folk de ikke kan se fjeset på skikkelig, for vi har jo dekt oss til med både munnbind og hetter, og det står kanskje noen med en steril frakk og holder på med ting.
Det skjer veldig mye rundt pasienten.
Mens de ligger der og kikker, og det kan skremme ganske mange.
Så jeg tenker det å ha evnen til å sette seg inn i pasientens situasjon og vise omsorg for han i den situasjonen de er i ...

[SPEAKER_01]

Og det syns jeg jo at ... Det er jo sykepleie, altså.
Vi går inn og snakker med pasienten og spør hvordan de har det.
Men det som studentene òg ofte opplever, er litt sånn kamp om pasienten, på en måte.
Fordi at det er så mange som ...

[SPEAKER_02]

Skal snakke med den, ja.

[SPEAKER_01]

Men jeg må ikke glemme det.
Det er viktig å ta den samtalen.
Om det bare er en kort samtale, så gjør det.
Presentere seg og få de opplysningene en trenger.
For barn kan det være annerledes, sant.
For da trekker en seg gjerne tilbake.
Men det er gjerne OK i den situasjonen.

[SPEAKER_02]

Men da blir jo vi som koordinerende sykepleiere litt viktigere i forhold til den pårørende som da følger dette barnet.
Hvor vi ... Det er vi som følger dem ut fra stua.
Dersom et barn kommer på operasjon, så har de jo gjerne med seg en forelder eller en foresatt.
Og da får de være der til barna har sovna.
Og idet barnet sovner, så blir forelderen sendt ut.

Og da er det vi operasjonssykepleiere som følger disse ut.
Det er mange som da rakner litt i sømmene.
Så de har holdt seg for barnet sin del.
Men som forelder så er det ganske tøft å se ungen sin sovne vekk og bli helt slapp.
De er kanskje redde for operasjonen i seg sjøl, de er redde for narkosen.
Og så kommer vi og sier – nå skal du gå ut.

[SPEAKER_01]

Ja, en ser det gang etter gang, men de trenger gjerne ikke mer enn en liten trøst om at vi skal passe veldig godt på av det hele tatt, og dette kommer ikke til å ta så lang tid.
Litt sånn litt generell, du kan ikke alltid si hvor lang tid, men litt den der trøsten, og så, ja.

[SPEAKER_02]

Og gjerne forberede dem på at selv om operasjonen ikke skal være så lenge, så kan det ta litt lengre tid.
At de ikke trenger å bekymre seg for det heller.
Vi skal ha innledningen på plass, alt utstyret skal komme på plass.
Så er det selve operasjonstiden, og så er det oppvåkning etterpå.
De blir ringt til når barna er kommet på postoperativ.
Da viser de gjerne hvor de skal dukke opp når de blir ringt til.

[SPEAKER_01]

Ja.
Så selv om operasjonen bare skal ta ti minutt, kan samlet tid være opp mot en time.

[SPEAKER_02]

Og så er det jo selvfølgelig òg ... Det hender jo at vi har pårørende i andre situasjoner òg.
Det kan jeg ha vært borti i alle fall.
Pasienter som har spesielle behov, med funksjonsnedsettelse eller sårne ting, som har hatt med seg følge inn da.
Og da kan jo pårørende være en god kilde til informasjon.
Mange ganger skulle jeg ønske at det var flere som hadde pårørende med seg, faktisk.
Med disse demente som kommer til oss og hverken skjønner opp eller ned, de skal helst bare få lov til å gå og ta den bussen, for de har jo ingenting her de skal gjøre.
Å da ha hatt et kjent fjes som kunne snakket med dem, det tror jeg hadde hjulpet dem.
Men det er en diskusjon for en annen dag.
Er det noe mer vi skal si rundt dette med pasienter og kommunikasjon med dem i forhold til studentene?

[SPEAKER_01]

Nei, men det er jo litt det der med ... Altså dette med god kommunikasjon, da.
Det er jo litt det der med å tilpasse informasjonen, da.
Du sa litt om det, men det er klart at det handler jo litt om ...
Alle er jo ikke like mottakelige for at 'nå skal vi gjøre det, og nå

skal vi gjøre det', og så får du den der.
De blir gjerne redd av det, så det er litt å prøve å tilpasse, da.
Er det ungdom, er det ... Sant?
Ja.

[SPEAKER_02]

Etter hvert som du får litt erfaring, så vil du jo òg fort ...
Det lukter litt lunta på hva slags pasient du har foran deg.
Noen pasienter takler gjerne alt med humor og er kjempejoviale og tøffe i trynet.
Men de trenger kanskje en litt annen tilnærming enn noen som er veldig redde.
Så du må tilpasse deg litt pasienten du har òg.
Den joviale trenger kanskje litt humor tilbake igjen.
At vi kan vitse litt.
Det gjør du ikke med den kjemperedde.

[SPEAKER_01]

Nei.

[SPEAKER_02]

Så det er jo òg en sånn læring med hvordan møter jeg disse pasientene.
Og blir litt trygg på at OK, det er faktisk greit at med denne pasienten kan jeg spøke litt, og vi kan ha det litt gøy, men at du holder deg innenfor det som er profesjonelt da, selvfølgelig.
Så det òg er jo selvfølgelig noe å ha med seg i bakhodet.

[SPEAKER_01]

Og så er det litt det ... Skal du holde denne pasienten i hånda når han sovner, f.eks.?
Og det må han òg kjenne seg litt fram på.
Vi skal ikke være de som redde.
Vi skal være på tilbudssiden og tenke at kanskje ... Så får du jo fort en følelse av at ... 'Dette vil jeg ikke', eller 'Dette syns jeg var veldig godt'.

[SPEAKER_02]

Noen vil gjerne bare ha deg på sida uten at du holder i de, noen trenger kanskje en liten hånd på en skulder.
Så det er også absolutt noe man føler seg litt fram på, og får erfaring på mye.
Det meste her er jo sånn som du på en måte bare må prøve og feile og få erfaring på.
Men det er noe med å ha disse punktene ... Hva kan det være?
Hva kan jeg jobbe med?
Hvordan kan jeg tenke?
Men jeg går videre til neste punkt.
Og vi er fortsatt på kunnskaper.
Selv om dette er litt ferdigheter òg på mange måter.
Så neste mål er å kunne observere, analysere symptomer og kliniske tegn hos operasjonspasienten.
Og ta kliniske beslutninger for å tilpasse operasjonssykepleien til situasjonen.

Her kommer jo disse sjekklistene vi har inn.
Vi har ei sjekkliste som heter Trygg kirurgi.
Og så gir vi rapporter og ... Litt sånn.
Hva legger du i dette målet, Monica?

[SPEAKER_01]

Det er trygg kirurgi, som du sier, men òg dette med at de skal lære seg dette med å dokumentere i Orbit.
Dette med å gi rapporter til Postop, sant.
Og ja ... Hvis du skal gå direkte på det som skjer når de jobber, altså ikke dokumentasjonen, tenker jeg nå, eller sjekklistene, så er det jo litt det der med ...
Hvordan skal du observere f.eks. i feltet når du står der?
Hvordan kan du begynne å trene deg på å være i forkant med instrumentering eller med ting og tang?
Samme i forhold til kommunikasjon eller som koordinerende, dette med å lese litt situasjoner.
Nå ser jeg at nå trenger de kanskje noen kompresser ekstra, for det blør litt.
Altså du må liksom følge med og være på.

[SPEAKER_02]

Ja, jeg tenker jo òg det med å holde seg ... Ja, som du sier, følge med på det som skjer i feltet, holde seg oppdaterte på situasjonen, da.
At ikke vi begynner å ...
... fokuserer for mye på våre egne prioriteringer, som hvordan vi skal organisere bordet f.eks., men at vi følger med og observerer pasienten og situasjonen og handler ut ifra det ...
Nå er det rolig, så nå kan jeg ha ett øre i feltet og ett øre til meg sjøl.
At du kan stå og jobbe med bordet ditt.
Mens andre ganger så blir det litt hektisk, og du merker på kirurgene at de gjerne blir litt oppkavte, at det blir vanskelig.
Å ja, jo det er fordi det er en blødning.
Så nå må jeg skjerpe sansene, for vi trenger inn ekstra kompresser, som du sier.
Nå trenger vi ekstra suturer.
Jeg må stå klar med dem når jeg trenger dem.
Som egentlig er akkurat det som du var inne på, da.

[SPEAKER_01]

Nå er det jo kommet til andre praksis òg, så nå forventer vi jo litt mer òg der, da.
For første praksis hadde gjerne tid til å stå og lese gjennom brikken og gjøre litt sånne ting, mens nå skal du prøve å jobbe litt mer effektivt og være litt mer på, fylle litt med ting som skjer samtidig, som du kan ikke rydde i den brikken.
Så ja, litt større forventninger tenker jeg nå til denne praksisen med akkurat det.

[SPEAKER_02]

Hvordan kan da veilederne skape trygghet nok til at studentene våger å si at ... ".Men dette er jeg usikker på."

Sånn at de kan få den hjelpen de trenger til å egentlig stå i de forventningene.

[SPEAKER_01]

Jeg tenker jo at veileder og student må jo få en sjanse til å bli kjent litt først, da, for å se litt hvor en er hen, og ta det litt gradvis.

For det er jo ikke sånn fra første dag en forventer at en skal mestre noen brikker som en aldri har vært oppi.

En må jo få tid til å gjøre seg litt kjent, selvfølgelig.

Og finne den tryggheten med veilederne.

Men de ...

Så er det jo viktig òg, da, at de får slippe til.

At veilederne gir dem den der ... OK, nå ... For de ønsker jo det etter hvert, studentene òg, ser vi jo.

Det er jo kjekt og spennende å begynne å få litt den der kontrollen.

Så det er nok en balanse som de må finne ut i sammen med veileder.

[SPEAKER_02]

Jeg tenker det jeg var inne på i stad, dette med å fortelle tankene dine høyt hva du tenker at du skal gjøre.

Du har gått inn på denne stua, og dere er enige om at nå skal vi ha den og denne rollen.

OK, da blir mine oppgaver sånn og sånn.

Jeg tenker at jeg skal løse de, sånn og sånn og sånn.

Er det noe annet jeg burde ha tenkt på, eller noe jeg skal putte inn i det?

Så blir det òg mye lettere for veilederen å se litt både OK, hva tenker denne studenten, hvordan har han tenkt å prioritere?

Og så får de òg et bilde av nivået studenten ligger på, og hvor reflekterte studenten er rundt akkurat den rollen han skal ha da.

Så det blir like viktig der.

Jo bedre kjent dere blir,

Det vil si òg, jo mer åpen du er om deg sjøl og ditt behov i veiledningssituasjonen ...

[SPEAKER_01]

Altså tenk høyt, snakk høyt.

[SPEAKER_02]

Jo lettere blir det jo at du og veileder får et godt samarbeid, hvor de både kan slippe deg til, og at det er trygt for deg å si ...

Dette er jeg usikker på, for jeg har aldri sett det før.

Hvordan skal jeg forholde meg til det?

Så det er viktig.

Snakke høyt, ja.

Det er det.

Ja, jeg tror egentlig vi kan gå videre til neste punkt.

Da er vi kommet til punkt fire, er vi ikke det?

Ja, og da beveger vi oss inn i neste del av læringsutbyttet, bolkene som heter ferdigheter.

Og her skal studenten kunne analysere risiko og iverksette

tilpassede tiltak for å forebygge pasientrelaterte skader ... Nå surrer jeg.

... forebygge pasientskader relatert til kirurgisk leiring og
utilsikta hypotomi.
Det har vi allerede snakket litt om, så jeg skjønner at studentene
kan bli litt forvirra.
Hvorfor skiller dette seg fra det vi har snakket om allerede?

[SPEAKER_01]

For her tenker jeg at her ... Nå har de hatt denne undervisningen,
og det er jo litt det der med ... Som jeg i hvert fall har sagt
ganske tydelig, at de må øve.
De må øve for å bli gode på læring.
Altså, du kan lese prosedyrer, og det er veldig godt hjelpemiddel.
Teorien er godt hjelpemiddel, og altså ... EQS-prosedyrene er gode
på mange av disse læringene.
Men du skal gjøre det sjøl.
Du må kjenne litt hvordan de fingrene ligger.
Hvordan ligger det under pasienten?
Kan jeg sprike så og så mye med pasienten?
Hvor høyt kan jeg ta opp de beinholderne?
Dette må de kjenne på, tenker jeg, og da blir de gode.

[SPEAKER_02]

I forhold til det forrige punktet, som var kunnskaper, hvor de
skulle innhente informasjon og gjenkjenne risikofaktorer der, så
handler det jo her om å ta de risikofaktorene som du nå har
gjenkjent, og tilpasse din pleie da, rett og slett.
Hvordan du ivaretar pasienten.
Så nå har jeg funnet hun her.
Nå husker jeg ikke hva jeg kalte henne.
Da var det Kari.
Kari, 90.
Hun har kommet til meg.
Jeg har sett at hun har dårlig hud.
OK, da må jeg være litt ekstra påpasselig.
Kanskje jeg skal finne litt ekstra underlag eller vartere litt mer.
Legge litt bomull mellom anestesisisens slange og pasientens hud.
For å sørge for at de ikke får dette ekstra trykket.
Eller kanskje vi må ha noen andre puter.
F.eks.

[SPEAKER_01]

Og nå er det klart at det er mange avanserte læringer etter hvert.
Vi har jo robotkirurgi med da Vinci, og du har ganske mange
leiringer som ... Altså til nyre, eller til strekkbord, eller til
hofte.
Så de kan se litt sånn voldsomme ut til å begynne med.
Så tenker jeg da skal en gjøre dem sammen med veileder.
Men veileder skal slippe dem til, tenker jeg, for at de skal få
denne gode erfaringen.

[SPEAKER_02]

Absolutt.
Og dette med hypotermi, det er jo kjempeviktig at ikke pasientene
blir kalde.

Så nå prøver vi jo å få dem til at de kommer varme fra post eller fra ... Det er jo målet.
At de skal ligge godt og varmt oppe i senga si og være gode og varme før vi egentlig starter.
Så er det jo òg at vi passer på, da.
Igjen Kari 90, eller hva det var hun heter.
Da tar vi gjerne på henne litt ekstra.
Hun har ikke så mye underhudsfett, denne dama.
Så da vil jeg gjerne ha på litt ekstra varme på henne.
At jeg pakker inn beina hennes godt.
At vi finner det varmeteppe så fort vi kan.
Kanskje setter vi det på allerede før pasienten sover.
Fordi hun syns allerede det er kaldt.
Det var kaldt på denne stua, sier de ofte.
Så ligger de som sånne små fugleunger på det operasjonsbordet.

[SPEAKER_01]

Altså, nå har vi jo fått sammedagspasienter òg, så det er jo en del endringer der.
Sånn at de ... Alle kommer jo ikke i varm seng nå.
De kommer gjerne kjørende inn i en stol, sant?
Så det er jo desto viktigere at vi kanskje har varmt opp operasjonsbordet på forhånd med litt sånn varm luft, og ha varme tepper, eller ha ... Altså, vi vet at det iallfall er over en time eller to langvarige operasjoner, da, at en varmer pasienten opp.
Rett og slett.

[SPEAKER_02]

Er det noe man kan gjøre underveis, holdt jeg på å si?
Hvordan passer man på underveis at pasienten ikke er blitt hypoterm, da?

[SPEAKER_01]

Altså, nå legger de jo alltid sånn temperaturmål, pannemål, på dem.

[SPEAKER_02]

Hvem følger med på det?

[SPEAKER_01]

Anestesien, ja.
Og den varmluftbehandlingen eller cocoonen de bruker på langvarige operasjoner, der vil en jo kunne se og justere litt på hvor mye ...
Men klart, alle pasienter som blir lagt i narkose, blir kalde.
Så det er liksom å prøve å forebygge litt, som du sa noe om, men òg da ...
Kanskje ta det underveis.

[SPEAKER_02]

Tilføre litt òg, hvis vi klarer.
Men det er vanskeligere å tilføre varme enn å beholde varme.

[SPEAKER_01]

Ja, men vi har sett at de faller i temperatur.
Det handler jo om anestesimidler og alt dette.

De vil alltid naturlig holde litt, gjerne en grad.
Men at vi klarer med cocoon å få opp temperaturen.
Ja.

[SPEAKER_02]

Så der kommer jo teamarbeidet inn igjen, da.
At vi er gode på å snakke med anestesien igjen, da.
Og gjerne underveis stikke hodet bak gardinen til dem og si "hei,
hvordan går det med temperaturen til pasienten?"
Hvis ikke de har tatt initiativ til det først, da.
For å sjekke – er det noe mer vi skal gjøre?

[SPEAKER_01]

Å få på varmen tidlig.

[SPEAKER_02]

Ja, absolutt.
Var det noe mer vi skulle ha sagt rundt dette med leiring og
hypotermi da?
Da skal vi gå videre til neste.
Det var jo en glidende overgang.
For det neste punktet, det er å kunne samhandle med operasjonsteamet
og koordinere behandlingen av operasjonspasienten gjennom foreløpet.
Så der var vi jo allerede inne på noe, sant, dette med å faktisk
snakke med anestesien.
Det ser vi jo ofte i ferdighetstrening at kan være litt vanskelig,
spesielt som ny.

[SPEAKER_01]

Veldig fokusert på sitt.
Ja.

[SPEAKER_02]

Det er veldig lett at den gardinen blir en fysisk gardin, og da
snakker vi jo selvfølgelig om operasjonsdekningen.
Som skiller operasjonssykepleieren, kirurgen, fra anestesien.
Men det er faktisk bare litt papir, så det går veldig godt an å
snakke gjennom det.
Så det er viktig at vi deler viktig informasjon med hele teamet.
Ikke bare kviskrer det til sidemannen.
Og som jeg var inne på i stad, at vi kan gå rundt og si hvordan det
står til her.
Er det noe utenom det vanlige med målingene til pasienten?
Er det noe vi skal iverksette eller tenke på?
Er det noe du vil legge til?

[SPEAKER_01]

Jeg prøver iallfall alltid å si til disse herrene at øv på closed-
loop, da.
Om det bare er å begynne i det små.
Begynn med kirurgen, for eksempel.
Det er kniv, kniv, altså denne kvitteringen.
Sant.
Øv litt på det.

Øv på å snakke høyt i teamet.

Altså hvis du står steril og trenger kompresser høyt og tydelig, si ... 'Nå trenger jeg en pakke kompresser.'

Skal vi telle nå?'

Litt det med å ha denne tydelige, klare ... For det vil en jo se at det vil hjelpe en seinere òg, da, i disse akutte situasjonene.

[SPEAKER_02]

Så ville jo jeg da på mottakersida gjerne sagt 'Jeg finner en pakke kompresser'.

Så kan vi telle etterpå, at jeg bekrefter at jeg har hørt det Monica sa, og dermed vet hun at jeg går og gjør det, eller at noen gjør det, da.

Det er jo det dette handler om, dette med closed loop, at man får på en måte en tilbakemelding på at jeg har mottatt ... For hvis jeg roper ut 'Kan jeg få en pakke kompresser?'

og ingen svarer, så vet jeg jo ikke om meldingen har gått fram til noen.

Det aller beste er jo at jeg sier 'Monica, jeg trenger en pakkekompresor', og Monica svarer ...

[SPEAKER_01]

Ja, jeg skal finne en pakke, altså.

[SPEAKER_02]

Ikke sant.

Da har jeg fått bekreftelse.

Men hvis jeg slenger den ut i rommet, så er det jo fortsatt godt nok at Monica svarer 'jeg finner det', men det er jo òg en del av den kommunikasjonen at vi på en måte retter den en plass aller helst, og hvis ikke vi kan rette den en plass i alle situasjoner, så at det i hvert fall får en kvittering.

For hvis jeg ikke får det, så kan jeg jo gjenta.

Jeg trenger en pakke kompresser.

[SPEAKER_01]

Det blir mye tryggere for alle å jobbe på den måten, og det blir mye sann ... mer flyt i teamet, fordi at folk er tydelige i kommunikasjonen.

Så det tenker jeg det er viktig å øve på.

[SPEAKER_02]

Absolutt.

Og så gjør det jo også det at vi på en måte deler informasjonen høyt og tydelig.

Hvis jeg går og observerer blødning og sier ... Nå er det 500 milliliter blødning.

At jeg ikke kun går og kvisker det til min medkollega, men sier det høyt i hele teamet, så har alle den samme forståelsen.

OK, 500.

Vi er fortsatt innafor forventa, men vi kan begynne å følge litt mer med, f.eks.

Så det handler jo om at vi alle skal ha den samme

situasjonsforståelsen i teamet òg, som gjør at vi lettere klarer å

forutse endringer i operasjonsforløpet og kan ligge litt i forkant da.

Da tror jeg egentlig vi kan gå videre til neste punkt.

Punkt nummer seks.

Da kommer vi inn på dette med medisinsk-teknisk utstyr.

Som jeg nevnte i stad, så er Operasjonsstua en høyteknologisk miljø, som det kalles.

Så dette målet handler om at studentene kan anvende relevant teknologi, inkludert medisinsk-teknisk utstyr, eller MTU, som vi kaller det for kort.

Så hva betyr det, da?

[SPEAKER_01]

Ja, hva betyr det?

Å håndtere det hensiktsmessig?

Altså dette med at det er dyrt utstyr.

Men det er litt det der at ... Så skal vi ikke heller være redde for å bruke det, da.

Så det er liksom denne balansen med at en må jo få en opplæring.

Så det er ikke at en må bruke en oppskrift, eller at noen viser en, men liksom allikevel ...

Å trykke på skjermene, altså en må lære seg det fysiske, altså begge deler.

Sånn at det er jo kompetanse portalen, så en kan gå inn, f.eks.

Brøggen, lese litt på forhånd.

Og så har vi òg praktisk gjennomgang, der vi får trykke og ta i, og sånn.

Begge deler trengs.

[SPEAKER_02]

Ta initiativ til å være med og sette opp dette her.

Det er jo forskjellige ting på forskjellige seksjoner, så det er jo noe med at jeg opplever jo at enten ...

Aller, aller mest så opplever jeg at studenter enten syns at MTU er kult.

Eller så syns de det er litt mæ.

Det gidder jeg ikke å bry meg så mye om.

Det er litt kjedelig.

Så har du selvfølgelig noen som ikke har noe særlig i forhold til det.

Det er bare en del av hverdagen.

Men jeg opplever egentlig ganske ofte at det er litt enten-eller.

Og det ser jeg faktisk òg ofte henger litt på kjønn.

Guttene syns det er kjempekult.

De blir fort litt sånn eksperter i det, så da henger vi oss andre litt på disse mennene da som er hos oss.

[SPEAKER_01]

Samtidig så tenker jeg jo at når jeg ble operasjonssykepleier, så tenkte jeg aldri at jeg skulle bli flink i medisinsk-teknisk utstyr.

Men du blir ganske flink og ekspert etter hvert.

Kommer jo ikke på alt det vi har.

Nei, for vi har ganske mye.

Ja.

[SPEAKER_02]

Jeg tror ikke folk er klar over hvor mye vi faktisk har av medisinsk-teknisk utstyr.

I forrige episode da vi snakket om P10, så har de jo fått nye lamper på Nye Sus.

Og bare de er jo høyteknologiske.

Men utenom det så har vi jo røntgenmaskiner, forskjellige typer, som alle har forskjellige knapper og funksjoner.

Vi har diatermiapparat.

Vi har blodtrykksmansjetter.

Da tenkte jeg på ... Ikke blodtrykk, men ...

Blodtomhet, altså turnikeet.

Vi har ultralydapparat.

[SPEAKER_01]

Laproskopier, da Vinci, altså du har nevro, brainlab, det er ganske mye medisinsk-teknisk.

Og det er jo ikke forventet at de skal mestre alt dette her, så det er klart at ... Men vi har jo på en måte satt et mål her da om at de iallfall skal være innom røntgen og diatermi.

[SPEAKER_02]

Så handler det jo om at de skal bli vant med det som de får på den seksjonen de er på nå.

At hvis du er på generell operasjon, så skal du kunne håndtere i alle fall racken.

Koble opp kamera, sette på gass og begynne å tenke litt OK, hvilke ting ...

Hva kan gå galt her?

Hvis den ikke fungerer, hva skal jeg feilsøke?

Hva må jeg tenke?

[SPEAKER_01]

Skal jeg bruke den store knappen av og til?

Av og på.

[SPEAKER_02]

Av og på svensketesten?

Har regulert svenskeknappen, eller noen som kaller den det?

Har du skrudd den av og på?

Nei.

Og så er av og til det svaret.

Av og til er det strømmen som ikke står skikkelig i. Ofte er det vi som ikke har tredd ledningene riktig.

[SPEAKER_01]

Så det er noen sanne sjekkpunkter som vi lurte på å ta.

[SPEAKER_02]

Og det må vi jo bare gjøre oss kjent med.

Så er det dette syvende punktet.

Å kunne anvende kunnskaper om kirurgiske instrumenter og sterilforsyningskjeden i utøvelsen av operasjonssykepleie.

Det er så fint når dere har sånne fine ord.Hva handler det om, da?

[SPEAKER_01]

Ja.

For det har jo skjedd litt endringer på SOP der nå etter hvert.

Så jeg tenker at det er jo det som står her, at vi skal bli kjent i avdelingen, og vi skal kontrollere instrumenter.

Dette er å bruke altså prosedyre.

Men nå har vi prosedyrevogner.

Så har vi en ny måte å kjøre instrumentene inn på.

Ny måte ... Vi skal ikke åpne dem lenger.

De skal opp i en sånn bakke før de skal ned til stridsentralen.

Sånn at det er litt nye prosedyrer der som vi holder på med med SUS, som vi må veilede og ta en gjennomgang med.

[SPEAKER_02]

Her handler det jo om, hvis man på en måte skal se vekk ifra enkeltsykehus, så handler det jo om at de skal forstå hvordan instrumentene skal behandles, kontrolleres, organiseres og brukes. For å beholde steril, altså aseptisk, teknikk.

Så dette er jo bygger på forrige praksis, hvor de blei kjent med dette her.

Men nå skal de begynne å bruke det enda mer i sin egen praksis, da.

At de klarer å vurdere steriliteten.

At de gjør seg litt kjent med ... 'Hvordan er instrumentflyten her jeg er nå?'

Hvor kommer det fra?

Hvor kan jeg finne det?

Hvordan kan jeg søke ting opp?

[SPEAKER_01]

Bestilling og marking av dårlige instrumenter.

Sakser, altså, sant?

Ja.

[SPEAKER_02]

Så er det dette her ... Hvis de ...

Hvis vi skal ta et eksempel på hva som ville vært en utilstrekkelig måloppnåelse her, så er det f.eks.

at de unnlater å varsle hvis ting har blitt kontaminert, eller hvis man ser at denne brikka er ikke steril.

Ja, det er ingen som så at jeg kom borti der.

Men da begynner vi jo å snakke om at ting ikke er godt nok, for da har det jo en klar pasientsikkerhetsrisiko.

[SPEAKER_01]

Og der har vi jo faktisk ... Kan jeg gi et eksempel på, da?

For når vi har hatt en del av ... Sånn som ortopedene, så er det jo en del bein i disse her tunnelerte instrumentene.

Og vi har jo gjerne vann som vi kan spyle med, men vi skal på en måte sende det ned til ... Altså legger vi det ikke i vann på samme måten som det ble gjort tidligere med spyling og sånn.

De skal legge seg i disse bakkene som vi skal ned til stuerisentralen.

Og vi har fått opp flere.

Med bein.

Og hva gjør du da?

Da må du ha en ny brikke.

Og det er jo òg litt lengre tid enn hva som skjedde tidligere, fordi du må inn og webbestille, så får du den opp.

Du kan ikke bare gå på et lager og hente den.

Så det er noe med at en må gjøre den vurderingen, men en vil jo selvfølgelig ikke ha skitne instrumenter.

[SPEAKER_02]

Nei.

Så det er jo ... Og det har det alltid vært.

Sånn at vi skal sjekke instrumentene når vi åpner dem.

Vi tar en gjennomgang på dem.

Og det har alltid vært en del av den forberedelsen.

Hvis du da finner noe, så må du selvfølgelig tåre og si ifra.

Du skal ikke bare skuffe det stille, rolig vekk og tenke at ja, ja, det var ingen andre enn meg som så det.

For hvem går det utover, da?

Jo, det går utover pasienten.

Og vi er der jo.

Sett i store øyne så er jo nesten alt vi gjør, direkte retta mot pasienten og pasientens sikkerhet.

Og jeg har snakket om det før, både her i podkasten, men òg med mange av studentene mine, at nesten alt vi gjør, er det, eller så er det at vi skal passe på oss sjøl, at vi kan stå i jobben.

Og det er nesten alt vi gjør.

Men jeg tenker vi går litt videre på neste punkt.

Og da kommer vi inn i den siste bolken, som heter generell kompetanse.

Og det er jo litt mer sånn ... Det er litt mer helhetsmål.

Litt sånn overordna.

Så punkt nummer åtte, det heter å anvende operasjonssykepleierkunnskap i gjennomføringen av kliniske vurderinger, beslutninger og handlinger i samarbeid med operasjonsteamet.

Så det er jo litt mer sammensatt.

Da skal du bruke både kunnskapene og ferdighetene dine i en helhet inn i dette teamet.

Så hvordan skal studentene klare det, da?

[SPEAKER_01]

Jeg syns jo det er fint hvis studentene her kommer og klarer å reflektere litt over hvordan de har samarbeidet, og hvem de samarbeider med.

F.eks.

det med hvordan de sammen med veileder.

Jeg prøver alltid å si til dem, og dette med NOTSORN, ta den fram.

For det er noe med at ta den lille debriefen, eller den lille refleksjonen på slutten av dagen.

Gjør en avtale, på tidlig på dagen, i dag har vi fokus på kommunikasjon.

[SPEAKER_02]

Det er et læringsverktøy for ikke-tekniske ferdigheter.

Det handler om kommunikasjon, beslutningstaking, situasjonsforståelse.

At man har fysiske knagg.

Eller ikke fysiske.

Faktiske knagger å henge disse litt sånn ulne ferdighetene som du ikke kan ta i. Det er ikke at jeg klarer å telle hvor mange kompresser jeg har, det er at jeg skal vite når kan jeg telle hvor mange kompresser jeg har, når passer det.

Så det er det disse ikke-tekniske ferdighetene handler om, og det er det Notsorn hjelper oss med.

Du var inne på dette med at i dag skal vi jobbe med ... F.eks.

[SPEAKER_01]

ha fokus på kommunikasjon.

Hvordan kommuniserer jeg med kirurgen, med min samarbeidspartner, den som er koordinerende, eller med anestesilegen?

Hvordan flyter dette her?

Ta den lille debrifen i etterkant.

Hun har noen fine punkter der du kan si at i dag klarte du ...

Altså, du går gjennom de punktene.

Og så, for å heve en sjøl og de andre, da, at dette er god på, dette kan jeg jobbe litt med.

[SPEAKER_02]

Og gjerne reflektere litt rundt ... Vi har gjerne veldig fokus på hva gjorde jeg ikke bra, men og gjerne se ... OK, i dag fløy ting grøla bra.

Hva var det som gjorde at det fløyt så bra i dag?

Jo, jeg visste at jeg måtte gjøre dette for at du skulle få gjøre din jobb.

Dermed prioriterte jeg sånn og sånn.

Sånn at du slapp til.

Dermed ble vi ikke stående og vente på hverandre.

Vi snakket gjerne om det og.

Jeg sa at jeg tar meg av pasienten sånn at du kan gjøre det etterpå.

Så hadde vi en avtale.

Da visste du at du kunne gjøre noe annet imens.

Og så møttes vi til neste sjekkpunkt, på en måte.

Og dermed fløy pasientbehandlingen veldig godt, fordi vi hadde en god plan og hadde snakket om det.

Så igjen, dette må snakke høyt og fortelle tankene sine vil alltid være viktig, ikke bare som student.

Men at vi kommuniserer godt sammen, det er alfa omega, altså.

Jeg hopper inn i neste punkt.

Å kunne anvende kunnskap og ferdigheter for å ivareta pasientsikkerheten i risikofylte overganger i det perioperative forløpet.

Det har vi ikke snakket om i dag i det hele tatt.

Det kommer litt inn i noen av de andre og.

Men vi har glemt det litt ut.

Men dette handler jo om ikke bare inne på stua, men det litt større forløpet igjen.

For vi får jo pasienten fra en plass, og vi leverer ham en plass.
Kan du snakke litt om det, Monica?

[SPEAKER_01]

Tenker du på planlegging du nå, eller tenkte du overgang til pre og overlevering?

[SPEAKER_02]

Ja, jeg tenkte disse her overgangene mellom pre og postoperativ, holdt jeg på å si.

[SPEAKER_01]

Ja, det snakket vi litt om tidligere.

Men hvis du tenker i forhold til den overleveringen når vi flytter pasienten, hva er viktig?

Hva vi skal gjøre?

Dette med å være med og trille pasienten inn og gi rapport til Postop.

Og i den overgangen der ... Nå er det ganske mye lengre avstand, faktisk.

Så det er litt viktig at anestesian må gjerne ha med seg 02.

Altså vi blir på en måte den som også er med og bistår anestesian inn i denne overgangen der, hvis du tenker sånn.

[SPEAKER_02]

Det skjer noe med pasienten på veien.

Ja.

Det er det jeg tenker litt når jeg leser dette, så tenker jeg ikke bare ...

For det første innlysende er jo at vi gir den riktige informasjonen til nestemann som tar over.

For da trekker vi oss helt ut og er helt vekke fra pasienten igjen.

Så hvis ikke jeg har gitt en god rapport til intensiv som skal ta imot pasienten, så vil kanskje noe informasjon forsvinne på veien.

Så det er jo viktig at jeg gir en god rapport.

Men så er det jo det som du er inne på, da.

Vi er ganske sårbare i forflytningen fra operasjonsstua til vi kommer inn på Postop.

Og som du sa nå, enda mer nå når det har blitt så lang vei før, var det ganske kort fra operasjon til Postop.

Så du har jo den biten òg, at du klarer å planlegge ditt eget arbeid godt og har den gode kommunikasjonen med anesthesi når du skal gjøre dette.

har snakket med veileder om, hva skjer, hva kan skje?

Hvordan kan jeg forberede meg?

At du har litt de tankene.

Hvis, hvis at om at, hva gjør jeg da?

[SPEAKER_01]

Ja, for det er noe med som student òg, at du plutselig så blir du bare sendt.

Altså, nå kan du trille og være med og trille den, så er det litt, og så tenk kanskje litt gjennom det på forhånd òg, at det er greit for deg, faktisk.

For det er jo, ja, ulike typer pasienter, det er det.
Jeg tenkte bare litt på den søke avklaring dersom det er avvik fra prosedyren.
Det er mye det der med at studentene må avklare med veileder.
Og avklare med de de går med dette med.
I dag vil jeg gjøre det.
Nå går jeg på do.
Altså nesten litt sånn, sånn.
Det blir litt sånn.
Ja, gjør de der gode avklaringene.
For da er det mye lettere å jobbe med dem.

[SPEAKER_02]

Absolutt.
Vi må runde av, men vi har et lite punkt igjen som jeg bare ville ta før vi gir oss.
Og det er punkt nummer ti. Kunne vurder pasientens fysiske, psykososiale og kulturelle behov i planleggingen, gjennomføringen og evalueringen av personsentrert operasjonssykepleie.

[SPEAKER_01]

Hva betyr det?
Ja, hva betyr det?
Å se hele mennesket.
Ja.
Det er så ... så vakkert som det.
Men dette tror jeg vi kan, og dette tror jeg at de er.
De er sykepleiere.
Det er dette vi altså ser.
Se pasienten.
Men det som er tatt inn her òg, det er jo litt dette med kultur.
At en òg skal se den biten med at en må kunne gjøre tilpasninger, enten det er tolk eller noe en ønsker å ha på seg.
Hibia, hijab, er ikke det det heter?
Ja.
Litt sånne ting, altså.

[SPEAKER_02]

Ja, så har vi jo òg pasienter som kommer fra spesielle trossamfunn, hvor de har religiøse overbevisninger, f.eks. om å ikke motta blod.
Da må vi respektere det, og finne løsninger på det.
Og det er gjerne òg noe vi må snakke i teamet om, da.
Hva gjør vi ...
Hvis det blir sånn at det blir kritisk, og pasienten burde hatt blod.
Selvfølgelig, vi kan ikke gå utover pasientens ønsker.
Men at vi da har avklart disse tingene på forhånd.
For det kan noen synes kan være ganske vanskelig, og det har vært mange diskusjoner rundt dette, men handler ikke dette om Ø-hjelp, da?

[SPEAKER_01]

Jo, du tenker på disse Jehovas vitner som ikke vil ha blod, sånn.

For det er jo alltid en vurdering.
Hvis det er barn ... Og det er ikke alltid det skjer sånn som vi har tenkt alltid, likevel.
Men klart, det er respekt det handler om for pasienten, som du sier.
Og vi tilstreber jo det mest mulig.

[SPEAKER_02]

Og at vi òg opptrer som pasientens advokat når pasienten sjøl ikke kan ivareta sine ønsker og behov.
Kommer jo litt inn her, sant.
Og det handler jo om at igjen, pasienten er slått ut av narkose.
De har verken evne til å flytte seg eller høre eller ut ... Komme med sine ønsker lenger fordi de sover.
Og da skal vi kunne ...
Ut ifra våre forventninger eller tanker, da, hver deres advokater si at nei, dette er faktisk ikke greit at du gjør.

Man må rett og slett skjerme dem mange ganger.
Det er ikke alle som ... De fleste husker ikke at de våkner på operasjonsstuen engang.
Så det handler litt om å ivareta de der, den sårbare.

[SPEAKER_02]

Ja, absolutt.
Behandle dem med respekt, både når de er våkne, og når de sover.
Vi skal snakke like respektfullt om dem sjøl om de sover.
Så det er òg viktig at studentene har med seg i tankene når de står der.
At det ikke er sånn at bare fordi de sover og ikke høres lenger, så kan vi si hva vi vil.
Det er vanlig folkeskikk der òg.
Er det noe du vil legge til, Monica, før vi runder helt av?

Egentlig ikke, jeg tror vi har snakket ganske mye.
Og jeg håper de får en fin praksis.

[SPEAKER_02]

Ja, så håper jeg at de kan bruke denne episoden til litt knagger, når dere nå skal ut og være i praksis og skrive disse skjemaene deres.
Kanskje kan dette hjelpe dere litt til å få noen ideer?
Hva vi tenker rundt disse målene?
Og så snakkes vi jo uansett i evalueringssamtalene.
Bruk hverandre, bruk veilederen deres.
Bruk dagbok eller loggbok, for all del.
Det er dagens tips.
Ellers så tror jeg vi skal runde av.
Tusen takk for at du ville være med meg, Monica.

[SPEAKER_01]

Jo, bare hyggelig.

[SPEAKER_02]

Vi snakkes nok igjen.

Takk for i dag.

Vi høres.

[SPEAKER_00]

Du har hørt en podkast fra Universitetet i Stavanger.