



**KURSKODE**

SY180H000

**KURSNAVN**

Bacheloroppgave i sykepleie

**SEMESTER**

6

**TITTEL PÅ OPPGAVEN**

*"Hvordan kan sykepleieren gjennom faglig forsvarlig praksis forebygge komplikasjoner ved stell av sentralt venekateter?"*

**INNLEVERINGSDATO**

30.04.10

**KANDIDATNR**

56

52

[Bakke, Annika Alterskjær  
Kvandal, Martin Ted]

**ANTALL ORD I OPPGAVEN**

9270

## **INNHOLDSFORTEGNELSE**

<b>1.0 Innledning</b>	<b>2</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema	2
1.2 Problemstilling	2
1.2.1 Avgrensning og presisering av problemstilling	2
1.3 Hensikt med oppgaven	3
1.4 Oppgavens disposisjon	3
1.5 Litteratursøk	4
<b>2.0 Metode</b>	<b>5</b>
2.1 Valg av metode	5
2.1.1 Det kvalitative intervjuet	5
2.1.3 Gjennomføring av intervjuet og analyse	6
2.2 Forskningsetikk	7
2.3 Metodekritikk	8
2.4 Kildekritikk	8
<b>3.0 Teoretisk referanseramme</b>	<b>9</b>
3.1 Valg av sykepleieperspektiv	9
3.1.1 Hva er sykepleie?	10
3.2 Hva er SVK?	11
3.3 Faglig forsvarlig praksis	12
3.4 Betydningen av kunnskap	13
3.5 Etikk	14
3.6 Organisasjonskultur	15
3.7 Holdninger	15
<b>4.0 Presentasjon av funn</b>	<b>17</b>
<b>5.0 Drøftingsdel</b>	<b>19</b>
5.1 Faglig forsvarlig praksis	19
5.1.1 Er sykepleieren seg selv bevisst sine handlinger?	21
5.1.2 Faglig forsvarlig på omsorgsfull måte	22
5.1.3 Tidspress - En realitet eller en hvilepute?	23
5.2 Organisasjonskultur	24
5.2.1 "De fleste tilfeller går forbi i stillhet"	24
5.2.2 Mye motstand for å ta i bruk ny kunnskap og nytt utstyr	26
<b>6.0 Avslutning</b>	<b>28</b>
<b>Litteraturliste:</b>	<b>29</b>
<b>Vedlegg</b>	

## **1.0 Innledning**

### **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Gjennom praksis i sykehus har vi fått erfaring med håndtering og vedlikehold av sentralt venekateter. Som studenter opplevde vi forskjellige håndteringer av stell av sentralt venekateter. Der så vi forskjellige teknikker i forhold til hvordan sykepleierne gjennomførte ulike prosedyrer og håndtering av pasienten under stellet. Vi fikk også kjenne på pasientenes usikkerhet i tilknytning til dette, der vi opplevde at enkelte følte seg utrygge og lite komfortable med situasjonen.

Dette vakte frem tanker, følelser og et engasjement for oss som studenter og vi stilte oss undrende til måten prosedyrene ble utført på. Vi tror kunnskapen er der. Så hva er da årsaken til at prosedyrene utføres så forskjellig og kanskje uforsvarlig til tider? Hva er det som har bidratt til at pasientene føler seg utrygge? Er rutinene i avdelingen gode nok? Hvilke ringvirkninger kan dette få?

Disse konkrete opplevelsene fra praksis har bidratt til at vårt valg av tema ble sentralt venekateter.

### **1.2 Problemstilling**

*”Hvordan kan sykepleieren gjennom faglig forsvarlig praksis forebygge komplikasjoner ved stell av sentralt venekateter?”*

#### **1.2.1 Avgrensning og presisering av problemstilling**

Som arena har vi valgt pasienter i sykehus. Det er i sykehus vi finner de fleste pasientene med sentralt venekateter, og det er en arena der håndtering og vedlikehold av sentralt venekateter er en del av de dagligdagse gjøremålene i enkelte avdelinger. I tillegg er det fra sykehus vi har mest erfaring med tema. Når det gjelder komplikasjoner avgrensner vi det til intravaskulære infeksjoner ervervet i sykehus. Disse infeksjonene oppstår som oftest ved innstikksted eller de intravenøse tilkoblingene. De kan i verste fall føre til sepsis, organsvikt og død (Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten 2009). Det er infeksjonsforebygging i tilknytning til dette vi ønsker å gå nærmere inn på.

Stell av sentralt venekateter er avgrenset til stell før og i etterkant av når man skal koble opp/ ned en infusjon, samt stell av innstikkssted og skylling av kateteret.

I oppgaven vil vi ha fokus på sentralt venekateter med to lumen, altså med to innganger, da det er det vi har mest erfaring med.

Videre i oppgaven vil to-lumens kateter bli omtalt som SVK.

I oppgaven der sykepleier blir nevnt, vil sykepleier omtales som hun.

Informanten vår blir enten omtalt som sykepleier eller hun.

### **1.3 Hensikt med oppgaven**

Vi ønsker å belyse viktigheten med at sykepleieren overholder prosedyrer som omhandler stell av SVK, for å sikre pasientens sikkerhet og trygghet. Få en innsikt i faktorer som kan være årsak til at prosedyrer ikke overholdes og hva sykepleieren kan gjøre for å forebygge at komplikasjoner oppstår.

Ved å jobbe med denne oppgaven ønsker vi å tilegne oss kunnskaper som omhandler vårt tema som vi kan anvende når vi om ikke lenge kommer ut i arbeid som sykepleiere.

### **1.4 Oppgavens disposisjon**

Videre i oppgaven følger litteratursøk hvor vi går inn på hvordan vi har gått frem for å skaffe litteratur, hva vi fant og hva hvilke artikler vi brukte i oppgaven.

Så følger et metodekapittel hvor vi gjør rede for og begrunner vårt valg av metode, og hvor vi også har med en vitenskapsteoretisk redegjørelse. Vi vil i dette kapitlet også gå inn på forskningsetikk og hvordan vi gikk frem når vi søkte om intervju, hvordan vi samlet inn data og hvilke etiske overveielser vi har tatt samt metodekritikk og kildekritikk.

Dernest følger teorikapitlet. Her gjør vi rede for vår valgte sykepleieteoretiker. Vi har også i dette kapitlet med teori på hva SVK er og komplikasjoner, faglig forsvarlig praksis, holdninger, betydningen av kunnskap, etikk og organisasjonskultur.

I forkant av drøftingsdelen av vi valgt å ha med et eget punkt der vi presenterer funnene fra intervjuet vårt.

I drøftingsdelen har vi drøftet betydningen av å forebygge komplikasjoner ved stell av SVK og hvordan oppnå det gjennom faglig forsvarlighet. Videre har vi drøftet hvordan holdninger, refleksjon, kunnskap og organisasjonskultur har en sentral rolle i forhold til problemstillingen vår.

Til slutt følger en avslutning der vi presenterer de viktigste punktene fra drøftingen og konkluderer med svar på problemstilling.

### **1.5 Litteratursøk**

Vi begynte med å få tak i relevant litteratur. For å søke frem forskningsartikler har vi funnet det meste ved å benytte oss av databaser gjennom BIBSYS som ProQuest og PubMed. Søkemotoren Google scholar har også vært brukt. [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no) er brukt mye. Vi har brukt litteraturlister fra *Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten* for å finne relevante forskningsartikler.

Nøkkelord som vi har brukt i søk av litteratur er: CVK, CVC, infections, central venous catheter, SVK infeksjon, SVK, sentralt venekateter, forebygging, tidspress, psykologi, PVK, perifer venekanyle. Vi har brukt disse nøkkelordene alene eller i kombinasjoner med hverandre.

Før vi gikk i gang med drøftingen søkte vi på forskningsartikler som omhandlet sentralt venekateter og komplikasjoner. Vi fant lite litteratur som gikk direkte på problemstillingen vår, men etter litt leting fant vi et stort samarbeidsstudie (O'Grady m. flere 2002) som er gjort i USA med blant annet Centers of Disease Control and Prevention (CDC) og flere andre internasjonale aktører innen infeksjonsforebygging. Denne studien blir nevnt i de fleste sammenhenger i nyere forskning på forebygging av komplikasjoner relatert til SVK. Vi har brukt denne forskningsartikkelen for å få en forståelse av hvilket omfang komplikasjoner relatert til SVK kan få, og dermed også viktigheten med å forebygge.

Underveis i drøftingen søkte vi på forskningsartikler som kunne underbygge funn og egne refleksjoner. Vi fant to forskningsartikler (Aksnes og Reime 2002) som omhandlet stell og fjerning av Perifer venekanyle og hvorfor gjeldene retningslinjer ikke følges. Vi har bruk disse artikkelene opp mot våre funn i drøftingsdelen.

Gran (2002) har forsket på kollegial tilbakemelding. Betydningen av kollegial tilbakemelding, hva det ble gitt tilbakemelding på og hvordan tilbakemeldingen ble mottatt er eksempler på tema som løftes frem i artikkelen. Denne har vært med på å støtte våre funn og utsagn i drøftingen.

## **2.0 Metode**

### **2.1 Valg av metode**

For å få svar på vår problemstilling har vi valgt å bruke et kvalitativt forskningsintervju som metode. Vi ønsker å bruke denne metoden fordi et forskningsintervju kan hjelpe oss til å få innsikt i ikke bare den eller de sykepleierne som intervjues, men og en forståelse for "alle" sykepleieres tilnærming med stell av SVK . Dette er et uoppnåelig mål, men det vil allikevel gi oss en innsikt i tema (Dalland 2007).

#### **2.1.1 Det kvalitative intervjuet**

Vi har valgt denne metoden fordi vi så for oss at en sykepleier som har kompetanse og erfaring med vårt tema, ville kunne komme med gode innspill og perspektiver i lys av vår problemstilling. En kvalitativ metode kjennetegner nettopp dette, til forskjell fra en kvantitativ metode som tar sikte på å fremstille data i form av for eksempel tall eller statistikker. Ved at man anvender en metode kvalitativt tar man sikte på å søke etter det som ikke lar seg måle eller tallfeste (Dalland 2007). Vi har hatt som ønske å komme i nærkontakt med felten og en sykepleiers erfaringer, meninger, synspunkter og refleksjoner som i det daglige jobber med det vi ønsker å belyse i vår oppgave.

Fenomenologi og hermeneutikk er to vitenskapsteoretiske retninger som en kvalitativ metode bygger på. Det blir også derfor da naturlig å dra frem disse retningene i oppgaven vår.

Erfaringsbaserte retninger (empiri) er grunnlagt et fenomenologisk vitenskapssyn. Med fenomenologien forsøker en å oppnå en forståelse av den dypere mening i enkeltpersoners subjektive erfaring (Thagaard 2009). Aadland (2004) viser til fenomenologi ved at den tar sikte på at man ikke ser verden slik den egentlig er, men at vi med vår egen subjektive oppfatning og forforståelse møter og ser omgivelsene rundt oss. Mennesker ser verden og fenomener forskjellig, og vil også dermed ha ulikt syn og forståelse for fenomenene og omgivelsene som omfavner oss. Vi håper at vår informant vil gi oss et bilde av hvordan han/hun subjektivt opplever ulike aspekter rundt vårt tema SVK, og forebygging av komplikasjoner i tilknytning til dette.

Hermeneutikk handler om hvordan man fortolker menneskets handlinger ved å legge fokus på en dypere mening. Hvordan vi tolker og forstår ulike fenomener og bevisstgjøringsprosessen vi gjør oss (Aadland 2004). Fenomener kan tolkes på ulike nivåer, dermed finnes heller ikke én sannhet. Mening forstås kun i det lys av den sammenheng det som studeres er en del av (Thagaard 2009).

En sentral del av hermeneutikken er den hermeneutiske spiral, der man hele tiden svinger mellom å se på enkeltdelene og helheten i et fenomen (Aadland 2009). Gjennom at vi har studert litteratur, gjort intervju, brukt våre erfaringer og forforståelser, mener vi at vi har benyttet oss av denne tilnæringsmåten. Hele tiden har vi gjort tolkninger og sett fenomener fra ulike perspektiver, og derigjennom fått en ny forståelse for fenomenet.

### **2.1.3 Gjennomføring av intervjuet og analyse**

Vi utarbeidet en intervjuguide, som fungerte som vår plan for intervjuet (Dalland 2007). Vi startet opp med å planlegge intervjuet og hvilke spørsmål vi ønsket å ha med. Intervjuguiden vi la opp til tok sikte på å være halvstrukturert (Vedlegg 1). Det innebærer et intervju som er delvis planlagt (Dalland 2007). Et halvstrukturert intervju innebærer at vi gjennomfører intervjuet som en samtale, der vi skriver ned temaene vi ønsket å ta opp med åpne spørsmål, men er åpne for i hvilken rekkefølge de dukker opp i intervjuet. De fungerer mer som en huskeliste for oss enn et intervju som er fastlåst til spørsmål. Vi ønsker ikke et formelt intervju, der vi låser oss til en liste med spørsmål. Ved at vi er mer uformelle og tar sikte på å få til en fortrolig samtale kan det føre til at informanten deler sine tanker med oss så upåvirket og korrekt som mulig (Aadland 2004).

I god tid før intervjuet tok vi kontakt med felten angående sted for å gjennomføre intervjuet. Vi fikk tildelt informanten av en avdelingsleder. Informanten vår er en sykepleier med flere års klinisk erfaring ved en kirurgisk avdeling. Samtidig fikk vi booket et lite møterom, slik at intervjuet ble uten forstyrrelser og avbrytelser. Dalland (2007) viser til at gode rammer er med på å danne gode forhold for et intervju. Innledningsvis i intervjuet gjentok vi hvem vi var, hva vi har som tema og problemstilling, og hvordan vi ser for oss å gjennomføre intervjuet og konfidensialitet. Vi gjorde dette for å forsøke å skape en relasjon til informanten som er bygd på tillitt og fortrolighet. I tillegg er det en fin måte å starte et intervju på (Dalland 2007). Vi lot informanten snakke fritt, og der det følte naturlig, stilte vi noen oppfølgingsspørsmål og introduserte nye tema. Dette førte til at det oppsto en god dialog.

Vi benyttet oss av båndopptaker for å få frie hender og en bedre mulighet til å notere. Ved å bruke båndopptaker sikrer vi oss bedre, i forhold til å få med nyanser og detaljer som ville være viktige under analyseringen av intervjuet. Vi hadde en notatblokk i tillegg for å notere ned hvis det var noe vi mente var ekstra viktig, samt observasjoner angående kroppsspråket til informanten. Kroppsspråket er viktig å observere, fordi det kan være med på å svekke eller forsterke et utsagn (Dalland 2007).

I etterkant av intervjuet transkriberte vi ned alt som ble sagt på båndopptakeren. Vi leste så gjennom intervjuet mange ganger. Vi forsøkte å trekke ut det som *egentlig* ble sagt, for så å trekke det ut og dele det inn i tema. Videre skrev vi ned innholdet i hvert av temaene, og noterte ned sitater vi ønsket å ha med i drøftingen. Vi skaffet oss på denne måten en oversikt over hvilke tema som kunne være med av teori, samt hva som kunne være med å belyse problemstillingen vår i drøftingen.

## **2.2 Forskningsetikk**

Vi sendte først ut en søknad om tillatelse til innhenting av data, til avdelingslederen ved den avdelingen vår kommende informant jobbet (Vedlegg 2). Vi presenterte i søknad om tillatelsen av innhenting av data, problemstillingen vår, hensikten med oppgaven, og vi skrev at vi ønsket å intervju en sykepleier som jobbet ved avdelingen. Vi oppsøkte avdelingen for å levere søknaden, og ble møtt med et stort engasjement fra avdelingslederen. Vi fortalte om oppgaven vår og våre tanker rundt den, og vi fikk avdelingslederen til å skrive under på søknad samtidig som vi var der. I tillegg fikk vi stiftet bekjentskap med, og gitt informasjon til sykepleieren som ønsket å være informanten vår. Det ble bestemt dato og tidspunkt for intervju. Vi sendte med intervjuguiden, slik at hun hadde mulighet til å være forberedt og vite hva vi ville få svar på.

Vi fortalte informanten vår at vi var lovpålagt taushetsplikt, og at vi i den forbindelse kom til å anonymisere alt i oppgaven slik at ingenting kunne knyttes til arbeidsplassen informanten var ansatt eller hvem hun var. Vi forsikret henne om at vi kom til å ta vare på dataene konfidensielt, der det kun ville være vi som tok hånd om dem. Vi gav beskjed om at alle data som ble samlet inn ville bli slettet med en gang oppgaven var ferdigstilt. I tillegg opplyste vi informanten om at det var lov, på hvilket som helst grunnlag, å trekke seg fra prosjektet. Ved at man informerer informanten godt om etiske hensyn i tilknytning til forskningen, kan vi som forskere bidra til at informanten føler seg trygg på oss som forskere (Dalland 2007).



En annen ting vi spurte om tillatelse til, var bruk av båndopptaker og transkribering av det som ble tatt opp på den i etterkant. Vi la til at lydopptaket, transkriberingen og notatene ville bli slettet i etterkant.

### **2.3 Metodekritikk**

Det vi føler står sentralt i vår metodekritikk, er at fra tidligere har vi liten erfaring med intervju. Vi ser i etterkant av intervjuet at vi kunne ha vært flinkere til å stille oppfølgingsspørsmål. Dalland (2007) viser til at det ved kvalitative intervju er viktig å komme med gode oppfølgingsspørsmål for å få informanten til å gi en mest mulig dekkende beskrivelse. Hadde vi hatt litt mer erfaring og trygghet i intervjusituasjonen tenker vi at vi kunne fått frem flere beskrivelser og nyanser fra informanten vår, til tross for at vi hadde utarbeidet en intervjuguide med hjelpespørsmål.

### **2.4 Kildekritikk**

Det har vært utfordrene å finne litteratur som har vært relevant i forhold til vår problemstilling. Allikevel føler vi at vi har funnet god og relevant i forhold til problemstillingen vår. sett i lys av begrenset tid, kan det tenkes at vi ikke har fått med oss alt av litteratur og forskning.

Vi har holdt oss kritisk til valg av litteratur, ved at vi har sett hvem som har skrevet litteraturen, hvordan den kan være med å belyse vår problemstilling, og hvem den retter seg mot.

Vi har forsøkt å benytte oss av litteratur som er av nyere dato, og vi har i stor grad forsøkt å benytte oss av primærlitteratur. Vi har ikke lykkes helt, dette på grunn av tiden til rådighet og tilgjengeligheten på litteraturen.

Når vi tok for oss forskningsartikler var vi nøye med å vurdere grad av seriøsitet; om de innholdt valg av metode med begrunnelse, presentasjon av funn og drøfting av hva de fortalte.

Vår valgte sykepleieteoretiker er amerikansk, slik at vi har vært nødt til å bruke litteratur som har oversatt hennes sykepleiemodell på grunn av hennes begreper som omhandler og setter ord på sykepleiepraksis. Det kan ha ført til at vi ikke har fått med oss alle nyanser ved hennes modell.

### 3.0 Teoretisk referanseramme

#### 3.1 Valg av sykepleieperspektiv

Vi har valgt å støtte oss til Dorothea E. Orem (1914-2007) sin teori om sykepleie. Orem ble utdannet sykepleier i 1939 og avla eksemen i sykepleievitenskap i 1945. I perioden 1949 - 1970 jobbet hun både ved sykepleierutdanning og sykepleietjenester.

Hun utviklet en sykepleieteori som har fått stor innflytelse på sykepleietenkingen her til lands, og også i verden for øvrig (Kristoffersen 1998). Hun har en modell som er handlingsrettet, konkret og som setter ord og begreper på sykepleiepraksis (Cavanagh 1999). *Nursing: Concepts of practice* er navn på boka hvor hun legger fram sin teori. Den ble utgitt første gang i 1959, men er senere videreutviklet flere ganger, senest i 1995 som er femte utgave. Vi ønsker å gi et bilde av hva hennes modell, eller teorier, innebærer samt hvordan hun definerer og beskriver hva sykepleie er.

I modellen har hun utviklet tre grunnleggende teorier:

Teori om egenomsorg, teori om egenomsorgskapasitet, og en teori om sykepleiesystemene (Kristoffersen 1998).

Kristoffersen (1998: 392) forsøkt oversatt Orems definisjon av egenomsorg:

*Egenomsorg er de handlinger som et menneske tar initiativ til og utfører på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære. Omsorg for andre er et voksent menneskes bidrag til helse og velvære for avhengige medlemmer av den voksne gruppe*

Sentralt i teorien inngår også *omsorg for andre*. I det ligger at det er en allmennmenneskelig plikt til å fremme funksjon, utvikling og velvære hos individet selv, men også for individets nærmeste. Dette som et resultat av det individet har lært gjennom det sosiale miljøet og den kulturen individet er en del av.

Egenomsorg kan sies å være et overordnet syn på menneskets natur, muligheter og begrensninger i livet. Denne teorien er uavhengig av teori om egenomsorgssvikt og sykepleiesystem (Kristoffersen 1998).

Gjennom teori om egenomsorgssvikt blir egenomsorg enda mer utdypet. Hensikter og mål som egenomsorgshandlinger må ha for å tilstrebe normal menneskelig funksjon, blir mer utdypet. Disse målene kaller Orem egenomsorgsbehov ("self-care requites"). I denne sammenheng brukes begrepet behov om objektive krav som må ivaretas for å fremme

menneskelig utvikling, helse og normalfunksjon. Teorien tar for seg hvordan individets egenomsorgsevne utvikles, samt hvilke forhold og faktorer som spiller inn på denne utviklingen. Videre tar teorien for seg en beskrivelse av de krav til egenomsorgshandlinger som virker inn på individet og individets evne til egenomsorg. *"Hvis det er et misforhold mellom kravene om handling og personens evne til å handle i samsvar med kravene, har personen et behov for sykepleie"* (Kristoffersen 1998: 391).

Gjennom teori om sykepleiesystemene viser Orem til at sykepleie skal kompensere for menneskets mangelfulle eller manglende egenomsorgsevne, og utvikle menneskets egenomsorgsevne der det er mulig (Kristoffersen 1998).

### **3.1.1 Hva er sykepleie?**

Orem sier følgende om hva hun definerer som sykepleie:

*Sykepleiens spesielle anliggende er enkeltindividets behov for egenomsorgshandlinger, og iverksettingen og håndteringen av dem på kontinuerlig basis for (hjelp individet til å ) opprettholde liv og helse, komme seg etter sykdom og skade, og (til å) forholde seg til virkningene av disse (Kristoffersen 1998: 394).*

Som overordnet mål har sykepleien å fremme utvikling, normalfunksjon, velvære og helse til et menneske, der et viktig delmål er egenomsorg.

Hun er opptatt av at sykepleieren skal være utdannet, og sykepleien en profesjon. Hun argumenterer for dette med at sykepleieren ikke bare kan tilegne seg kunnskap gjennom praktisk erfaring og trening, men også at sykepleie baseres i stor grad på et teoretisk grunnlag (Kristoffersen 1998).

Hun sier at oppgaver kan fremstå som enkle, men at sykepleieren må være bevisst på at det alltid vil ligge noe komplisert i å utføre noe for et annet menneske som ikke kan, vil eller ønsker å gjøre oppgaven(e) selv.

Orem påpeker viktigheten med at sykepleieren opparbeider et menneske-til-menneske-forhold til pasientene (Kristoffersen 1998).

### 3.2 Hva er SVK?

SVK står for sentralt venekateter, og blir lagt inn i en sentral vene ved et lite kirurgisk inngrep i halsen, brystet eller lysken. De mest brukte venene for innleggelse av SVK i er vena subclavia, vena jugularis interna, og vena femoralis. Ved innlegging av SVK brukes det som regel lokal anestesi, der pasienten er våken under inngrepet (Praktiske prosedyrer i Sykepleietjenesten 2009).

Kateteret har mellom ett og fem lumen, avhengig av hvilket bruksområde det har. For å holde det på plass brukes normalt en sutur eller agraff, og en okklusiv bandasje. For å forebygge infeksjoner, komplikasjoner og for å holde kateteret åpent, er det viktig og jevnlig gjennomskylle med fysiologisk saltvann og sette heparin inn i slangene og kateteret, en såkalt heparinlås. Heparin er hyppig brukt for å forhindre at kateteret blir tett under perioder der kateteret ikke er i bruk (Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten 2009).

Indikasjoner for innleggelse av SVK er blant annet:

- Pasienter med dårlige perifere vener
- Hemodialyse
- Langvarig parenteral ernæring
- Langvarig medikamentell behandling (intravenøs antibiotika / cytostatika)
- Væskebehandling
- Måling av sentrale trykk (ved sirkulasjonssvikt, intensiv overvåkning eller kirurgi på risikopasienter)
- Vevsirriterende væsker (enkelte antibiotikum / cytostatika)

I moderne medisin er man i dag helt avhengig av å ha intravaskulær tilgang, enten den er perifert eller sentralt. I de fleste tilfeller brukes perifere venekanyler (PVK), veneport (VAP) eller SVK. SVK ligger ofte inne over en lengre tidsperiode, spesielt dersom indikasjonene er langvarige. For eksempel ved langvarig parental ernæring eller cytostatika behandling. Det bør jevnlig tas opp til vurdering om det er indikasjon for om pasienten skal ha SVK (Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten 2009).

Ved innleggelse, stell og manipulering av SVK, utsetter helsepersonell pasienten for infeksjonsrisiko som kan være både lokal og systematisk. Det kan oppstå infeksjon rundt innstikkerstedet, kateterrelaterte infeksjoner i blodbanen som, sepsis, tromboflebitt (betennelse i vene) og endokarditt (infeksjon i årehinnen), samt andre alvorlige infeksjoner som for eksempel lungeabscess (byll i lungevev), hjerneabscess (byll i hjernevev), osteomyelitt (beininfeksjon) og endoftalmitt (infeksjon i øyets hulrom) (O'Grady m. flere 2002).

Det er viktig at sykepleieren kan observere pasienten nøye med tanke på utvikling av komplikasjoner. Sykepleieren bør fatte mistanke om komplikasjoner ved: Infeksjonstegn rundt kateterets innstikksted, uforklarlig feber, smerte /hevelse ved kjeveparti, på brystkassen eller overarm, fargeforandringer, manglende tilbakestrømming av blod fra kateteret, eller endring i vitale tegn for å nevne noe.

### **3.3 Faglig forsvarlig praksis**

Fagligforsvarlighet §4 i helsepersonelloven

#### Den enkeltes ansvar

Et av de grunnleggende kravene til helsepersonell er at de skal holde en viss faglig standard. Denne standarden kommer best til uttrykk gjennom Helsepersonelloven § 4. Den sier at helsehjelpen som ytes skal være basert på faglige anerkjente normer, prinsipper, og ikke minst at den skal gis på en omsorgsfull måte. Helsepersonelloven § 4 sier også at helsepersonell ikke skal påta seg et ansvar de ikke er kvalifisert for. Helsepersonell skal om mulig, innhente bistand fra personell med den faglig forsvarlige kunnskapen. Det settes også krav til at helsepersonell skal samarbeide når situasjonen tilsier det (jfr Helsepersonelloven).

#### Virksomhetens ansvar

I utgangspunktet er det sykepleieren selv som står til ansvar for at den helsehjelpen den enkelte gir er faglig forsvarlig. Det forventes også at virksomheten gir rammevilkår for at faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp skal være mulig å gi (jfr helsepersonelloven § 16). Det kan blant annet innebære tilstrekkelig bemanning, mulighet for å delta på kurs og legge til rette for faglig oppdatering og utarbeide rutiner og retningslinjer mv. Dette kan man også si at kommune og spesialisthelsetjenesten loven indirekte bidrar med. (Molven 2006)

For virksomheten er det viktig at alle ansatte jobber faglig forsvarlig og opprettholder det over tid. Virksomheten er pålagt å ha internkontroll system som innebærer å ha system der blant

annet skriftlige prosedyrer er angitt, der det fortløpende blir fulgt opp fra ledelsen om prosedyrene overholdes og videre sørge for at eventuelle avvik ikke gjentar seg (Molven 2006).

#### Den enkeltes ansvar

Tross til det vi har nevnt ovenfor kan det hende en sykepleier ikke føler at faglig forsvarlighet blir gitt. Sykepleieren har plikt til å gi informasjon om forhold som kan true pasientens sikkerhet (jfr Helsepersonelloven § 17). Da er det mest naturlige å si i fra til egen leder(arbeidsgiver). Endrer ikke forholdene seg da skal man varsle tilsynsmyndigheten i kommunen eller annen kommunal instans. Dette kan være vanskelig og tøft å gjøre, men det viktigste i situasjoner er pasientens sikkerhet (Molven 2006). Når du har gitt beskjed, er det opp til tilsynsmyndighetene å se på om tilbudet som gis er forsvarlig eller ikke. Skulle det da vise seg at virksomheten du jobber for driver forsvarlig praksis har ikke du gjort noe klanderverdig. Det er ikke snakk om illojalitet opp mot egen virksomhet, i om med at den som har sakt i fra har gjort det med bakgrunn i en god faglig begrunnelse om at det er snakk om uforsvarlighet (Molven 2006).

#### **3.4 Betydningen av kunnskap**

For å kunne drive faglig forsvarlig sykepleie, er det viktig og vesentlig at den sykepleien som utøves er basert på kunnskap, faglige normer og prinsipper. Som sykepleier trenger en å kjenne til hvordan sykdom virker inn på mennesket, og hvordan sykdom spiller inn i forhold til velvære, håp, livsmot og mestring (Kunnskapsdepartementet 2008). Sykepleieren skal basere sin sykepleie på evidenskunnskap og erfaringskunnskap, der det også ligger inne et krav om å holde seg faglig oppdatert på blant annet nyere forskning (Norsk sykepleieforbund 2007). Knyttet til vår problemstilling er det viktig at sykepleieren vet, eller har evne til å finne ut av, hvordan forebygge komplikasjoner knyttet til SVK. Det er også viktig at sykepleieren har kunnskap om hvilke komplikasjoner som kan oppstå og hvordan de kan utarte seg. Da er det viktig at sykepleieren har evne til å observere. I hvilken grad sykepleieren har evne til å observere bygger i stor grad på teoretisk og klinisk kunnskap, samt sansing og erfaring (Kunnskapsdepartementet 2008). Å kjenne til prosedyrer som omhandler stell av SVK og bruke de aktivt i sin utførelse av dem er noe som er nødvendig for å forebygge komplikasjoner (Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten 2009).

### 3.5 Etikk

Begrepet etikk kommer av det greske ordet "ethos" og betyr skikk/Vane. Etikk sånn som vi ser det, har med handlinger å gjøre. Når vi står i en situasjon bestemmer vi oss for en eller flere mulige handlinger. I dag forstås etikk vanligvis som en systematisk refleksjon over moralsk adferd. Det vil si, etikk er teori om moral. Moral kan ses på som læren om rett og galt knyttet opp mot en konkret handling. Oppfatninger om moral i sykepleien er knyttet til fagets verdier. Å handle moralsk rett blir i denne sammenhengen da å handle i samsvar med de normer og verdier som er gjeldene, gjennom for eksempel yrkesetiske retningslinjer (Brinchmann 2005).

Sentralt i etikk er menneskesynet. Det pågår stadig en debatt om to hovedretninger innenfor menneskesynet. Holisme og reduksjonisme representerer disse to.

Ordet holisme kommer fra gresk og betyr hel/fullstendig. Det er et mangfoldig begrep, men hovedessensen er at "... *helheten er mer enn summen av delene...*" (Brinchmann 2005: 25). Fra en sykepleiers perspektiv innebærer dette å se helheten i pasientene vi behandler, og sammenhengen mellom hvordan ting kan påvirke hverandre. Det gjelder å se forbi problemet du har foran deg for å finne årsakene bak, og hva som påvirker de (Brinchmann 2005). Det er ulike aspekter ved holismebegrepet, og man kan ta utgangspunkt i fire forskjellige dimensjoner ved mennesket; den fysiske, psykiske, sosiale og åndelige. Disse dimensjonene påvirker hverandre gjensidig, og holismen påpeker at hvis det for eksempel ligger et problem i den psykiske dimensjonen, kan dette slå ut også i den fysiske (Brinchmann 2005).

I et reduksjonistisk menneskesyn betraktes mennesket som en maskin, på grunnlag av naturvitenskapelige lover og matematiske sannheter. Man kan si at dette er det motsatte av holisme. Fokuset innen reduksjonisme er å forstå og forklare komplekse situasjoner ved å bryte ting ned til den minste detalj for å finne problemet. I motsetning til holismen som ser alt i sammenheng, vil reduksjonismen se på den enkelte del for seg selv (Brinchmann 2005). Ut i fra dette begrepet vil det altså være mulig å behandle mennesket som et objekt, som skal måles, vurderes og analyseres. Dette uten fokus på hvordan de menneskelige sidene som følelser, tanker og behov spiller inn for pasienten. Den delen av pasienten som er *mennesket* settes til side for å rette fokuset på sykdommen og selve organet som er sykt. Dette kan medføre konsekvenser for behandlingen, da kommunikasjonen mellom pasienten og sykepleieren kan bli liten eller dårlig. Å fremstå som uberørt av situasjonen til pasienten kan

føre til at han føler seg uviktig og oversett, og kan fremkalle bekymringer hos pasienten som kanskje kunne vært unngått (Svensson 1998).

### **3.6 Organisasjonskultur**

Kultur er ikke noe man kan se eller føle på, det er noe abstrakt. De fleste av oss vil si at det er ett eller flere fenomener de fleste vil si det eksisterer, men som kan være vanskelig å si hva som ligger i dem (Bang 1995).

For å definere Organisasjonskultur velger vi å bruke Edgar Scheins definisjon:

*Organisasjonskulturer er et mønster av grunnleggende antakelser utviklet av en gitt gruppe etter hvert som den lærer å mestre sine problemer med ekstern tilpasning og intern integrasjon - som har fungert tilstrekkelig bra til at det blir betraktet som sant, og som derfor læres bort til nye medlemmer som den riktige måten å oppfatte på, tenke på og føle på i forhold til disse problemene (Jacobsen og Thorsvik 2002: 118).*

Denne definisjonen har flere viktige momenter som presiserer hva organisasjonskultur er. Schein viser til et sentralt poeng ved å knytte kulturbegrepet opp mot grupper som har lært seg å fungere sammen, ved at de er bygd videre ut fra felles grunnleggende antagelser og mål, og derfor dannet seg en felles kultur (Jacobsen og Thorsvik 2002).

Hvis gruppen er sykepleiere ved en kirurgisk avdeling, vil gruppen i følge Schein prøve å lære en nyutdannet sykepleier den rådende kulturen. Det vil si "riktig" måte å tenke, oppfatte, føle på i forhold til spesifikke problemer. Slik vil den nyansatte bli integrert inn i gruppens meningsverden og lærer hvordan ting skal forstås, oppfattes, hva som er riktig og galt, hva som er "kjørereglene" og hva som er passende adferd i gruppen (Jacobsen og Thorsvik 2002). Hvordan rådene kulturer innad i en avdeling kan gå utover den faglige forsvarligheten, ønsker vi å komme tilbake til i drøftingen.

### **3.7 Holdninger**

Holdninger er en av tre faktorer som har den mest direkte innvirkningen på vår atferd.

For å definere begrepet holdninger, støtter vi oss til Håkonsen (1998: 203): "En holdning er en spesiell tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måte når vi stilles overfor andre mennesker, ting eller hendelser".



En holdning er noe konkret som vi kan være oss selv bevisst, og det retter seg mot noe som kan registreres eller oppfattes. Våre holdninger kommer til syne gjennom atferd og innebærer også at vi har tatt stilling, i enten en positiv eller negativ retning. Videre består en holdning av tre komponenter: En kognitiv, en affektiv og atferdsmessig komponent.

Den kognitive komponenten representerer vår kunnskap, kjennskap og vår erfaring til det saksforholdet, den personen eller gruppen holdninger gjelder.

Den affektive komponenten er knyttet til våre verdier og følelser. Hva vi føler ovenfor situasjoner eller personer og våre bevisste og ubevisste verdier. I tillegg kan den være basert på vaner.

Den atferdsmessige komponenten er knyttet til vår atferd, hvordan vi opptrer og handler overfor den, de eller det holdningen gjelder. Denne komponenten bygger på den kognitive og den affektive komponenten (Kristoffersen 1998).

#### **4.0 Presentasjon av funn**

Sykepleieren observerte, og opplevde å få pasienten opp i fra operasjonsstuen som hadde fått lagt inn SVK uten at alt var klart til bruk. Med det mente hun at SVK som pasientene hadde fått lagt inn av og til manglet sterile kompresser over innstikkerstedet og koblingene, det manglet treveiskran, og andre nødvendigheter som sykepleieren selv måtte koble til oppe på avdelingen.

Det andre funnet vi gjorde var at sykepleieren så slurv og avvik fra prosedyrene for stell av SVK, og hun innrømmet at hun hadde gjort det selv også. Hun presiserte, ved avvik fra prosedyrene ble det skrevet avviksmelding der de oppgav tidspress som en av årsakene til at stellet ikke ble gjort sterilt.

Hun mente det store tidspresset på arbeidsplassen var årsaken for at prosedyrene ikke ble fulgt og følte det ikke var nok fokus på dette aspektet fra ledelsen.

Sykepleieren delte med oss at hun gjennom hennes 8 år lange karriere som sykepleier aldri hadde opplevde komplikasjoner ved stell av SVK.

Hun følte det var tungvint å finne prosedyrene i prosedyrepermen eller på sykehusets intranett, blant annet fordi det var flere prosedyrer å velge mellom.

Hun mente alle sykepleiere ved avdelingen har grunnlaget, kunnskapen om at stell av SVK er en steril prosedyre.

Ett annet funn er at hun mener det ikke er noen kultur i avdelingen for å si i fra hvis man oppdager eller ser andre sykepleiere som ikke følger de gjeldene prosedyrene. Hun mener det er bedre å la det gå forbi i stillhet.

Det er ikke noe kultur for å anvende ny forskningsbasert kunnskap. Hun opplever at mange av de andre sykepleierne vil ha det som det bestandig hadde vært, og hun møter på mye motstand når hun prøver å få integrert nye metoder og medisinskteknisk utstyr.

Hun så at nyutdannede sykepleiere lærte seg uvaner av de mer rutinerte sykepleierne Hun mente dette bidro til en ond sirkel.

Ved spørsmål om det gjøres tiltak fra ledelsen for å holde arbeidsgruppen oppdatert svarte hun at det er lite tilrettelagt og at det var opp til vær enkelt sykepleier å holde seg oppdatert.

Hun mener at sykepleiestudentene som kom og hospiterte på avdelingen er til stor hjelp for å holde seg faglig oppdatert.

## 5.0 Drøftingsdel

I denne delen av oppgaven ønsker vi å presentere funnene fra intervjuet og drøfte dem opp mot teori og egne erfaringer. Vi vil også presentere de tema som kom fram under analysen av intervjuet. Det er to hovedtema som vi ønsker å diskutere i forhold til å forebygge komplikasjoner ved stell av SVK.

- Faglig forsvarlig praksis
- Organisasjonskultur

### 5.1 Faglig forsvarlig praksis

For å forebygge komplikasjoner ved stell av SVK er faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp viktig. Sykepleieren har en sentral rolle i forhold til å forebygge infeksjoner relatert til SVK. Det er sykepleieren som står for all stell og vedlikehold i etterkant av innleggelse, noe som medfører et stort faglig ansvar. Derfor har sykepleieren et faglig ansvar for at stell gjøres i henhold til de prosedyrer og retningslinjer som er gjeldene for den enkelte avdeling eller virksomhet sykepleieren arbeider i. Uavhengig av hvilken prosedyre som følges er det sentralt i enhver prosedyre at stell av SVK i Norge er at det gjøres med aseptisk teknikk (Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten 2009). I våre praksiser i sykehus har det vært skriftlige prosedyrer som har vært tilgjengelig i prosedyrepermer og på intranett. Sykepleieren vi intervjuet fortalte: ” ... Jeg ser at det blir slurvet med at man ikke gjør prosedyrene steril. Det skjer. Jeg kan ikke bare se det, jeg gjør det selv også”.

Gjennom våre praksiser i sykehus har vi observert at stell av SVK har blitt gjort både sterilt og utsterilt. Vi observert at de som gjorde stellet sterilt, hadde gode kliniske kunnskaper og erfaring med stell av SVK, og at de som var mer usikre innhentet kunnskap gjennom å gå til prosedyreperm eller intranett. Vi tenker oss at de som gjennomførte stell av SVK usterilt kanskje manglet den tilstrekkelige kunnskapen? Kanskje de ikke vet hvor de kan innhente kunnskapen? Kan det være at de ikke ønsker å vise ovenfor sine kolleger at de ikke kan? Kan det skyldes holdninger? Eller for dårlige rammebetingelser?

For å oppfylle kravet om faglig forsvarlighet er det en forutsetning at sykepleieren har gode kunnskaper om hvordan prosedyren gjøres og hvorfor, med tanke på å forebygge komplikasjoner som kan oppstå. De prosedyrene som er tilgjengelig for stell av SVK er utarbeidet på bakgrunn av mange års forskning på komplikasjoner ved stell av SVK (Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten 2009). Ved at en sykepleier velger å se bort fra prosedyrer, kan dette medføre å utsette pasienten for unødvendige risikoer. Om en sykepleier velger å ikke følge gjeldene prosedyrer med stell av SVK, kan det få et alvorlig utfall for pasienten, fordi komplikasjoner relatert til SVK ofte er alvorlige, krever mye ressurser fra helseforetak og helsepersonell, og ikke minst kan det bli en stor tilleggsbelastning for pasienten (Praktisk prosedyrer i Sykepleietjenesten 2009). Ved å unnvike fra prosedyrer brytes det med Helsepersonelloven § 4 som slår fast at:

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

Sykepleieren vi intervjuet fortalte at hun mener alle sykepleierne har grunnlaget og kunnskapen om at stell av SVK er en steril prosedyre, men at det ikke alltid blir etterlevd. Vi under oss derfor på hvorfor en sykepleier som har kunnskapen om noe velger å handle på en måte som bryter med den kunnskapen?

For å forsøke og forklare dette fenomenet, velger vi å benytte begrepet holdninger.

Våre funn viser til at sykepleieren har den kognitive komponenten ved at hun har kunnskap om hvordan forebygge komplikasjoner ved å gjøre stell av SVK sterilt. Det kommer også frem i intervjuet at sykepleieren visste at sepsis var den største fryktede infeksjonen og komplikasjonen, men hadde samtidig ingen erfaring med at det har oppstått komplikasjoner i form av en infeksjon. Vi stiller oss spørrende til om det kan ha medvirket til at sykepleieren kan opparbeid et litt "avslappet" forhold til å gjøre stellet sterilt, gjennom at det har ikke vært noen synlig konsekvens? Sykepleieren står kanskje igjen med en følelse av "det er ikke så nøye, jeg har gjort stellet usterilt før, og det har jo ikke ført til noen konsekvenser eller komplikasjoner" og dermed kanskje gjenta handlingen? Det blir spekulasjoner fra vår side, men heller helt ikke usannsynlig. Dette er en erfaring vi også sitter igjen med etter praksis i sykehus. Vi oppfatter at enkelte sykepleiere har et "avslappet" forhold til at stell av SVK skal

gjøres sterilt, og vi føler nesten at vi enkelte ganger blir oppfordret til å gjøre stell usterilt, med den begrunnelsen ”sånn som alle ganger før, det går nok bra”. Det er ikke representativt med det vi har lært, og det som burde være en del av deres kunnskap, og det gir uttrykk for en holdning vi ikke ønsker å stille oss bak.

Hva man føler og antar går på kryss av kunnskap og dermed står man igjen med en handling som ikke samsvarer med den kunnskapen en *egentlig* sitter inne med. Altså samsvarer ikke den atferdsmessige komponenten med den kognitive og affektive (Håkonsen 1998).

Ved å ha en ”avslappet” holdning til gjeldene prosedyrer kan ikke det gå ut over den faglige utøvelsen av dem, som videre kan lede til uforsvarlige handlinger?

### **5.1.1 Er sykepleieren seg selv bevisst sine handlinger?**

Er de som ikke stiller SVK etter gjeldene retningslinjer klar over at de gjør det? Er de bevisst på egne handlinger og mulige konsekvenser av dem? Vi har i teoridelen sakt noe om viktigheten av kunnskap for å utøve god sykepleie. Kan refleksjon bidra til å fremme faglig forsvarlighet?

Gjennom sykepleiestudiet vårt har vi i praksis lært å bruke refleksjon aktivt. Vi har måttet reflektere over egne og andres handlinger, observasjoner og situasjoner hver dag i praksis i sykehus. Vi reflekterte for at vi skulle ha mulighet til å tenke tilbake på noe vi hadde gjort eller opplevd, komme med tanker på hva som var bra eller mindre bra, eventuelt hva som kunne gjøres annerledes neste gang i en lignende situasjon. Dette for å sette i gang tanke – og bevisstgjøringsprosesser slik at vi har mulighet til å sette oss inn i egen situasjon og ståsted for så å kunne utvikle oss videre. Vi har opplevd det å reflektere som noe veldig positivt, og det er noe vi kommer til å bruke aktivt når vi er ferdig sykepleiere. Lenburg (2000) mener at systematisk, bevisst og fokusert selvrefleksjon er et undervurdert hjelpemiddel som er med på å heve den faglige kompetansen hos sykepleiere. Hun mener som sykepleier bør man ta seg tid til kritisk og veiledende selv-refleksjon for å kunne gjøre tiltak for å bedre sin kompetanse. Videre kan dette føre til profesjonell utvikling og vedlikeholde kompetansen, samt heve den over tid.

### 5.1.2 Faglig forsvarlig på omsorgsfull måte

Gjennom våre praksiser har vi opplevd at pasienter har følt seg utrygge under stell av SVK.

Denne utryggheten kan være et uttrykk for at de opplever mange ulike måter for hvordan sykepleierne utfører stellet på, og at det i tilfeller gjennomføres usterilt. En sykepleier kan gjennomføre stellet sterilt og i henhold til prosedyrene, men *måten* stellet blir utført på kan også bidra til utrygghet. Sykepleieren kan være så fokusert på prosedyren og det tekniske ved det og på en slik måte kan pasienten føle seg som et objekt.

For å illustrere dette vil vi komme med et eksempel fra praksis:

En sykepleier skal inn til en pasient for stelle en SVK og forholder seg kun til prosedyren, virker lite interessert i det pasienten har å si og svarer på en måte som kan føles og tolkes som nedlatende. Det virker som om hun går inn gjør prosedyren raskt og effektiv for så og bare forsvinne når hun er ferdig. Pasienten kan få en følelse av å ikke bli sett. Hun ser ikke helheten i situasjonen. Hun er ikke oppmerksom på pasientens signaler, følelser og behov. Fokuset hviler kun ved det "syke" ved pasienten. Er dette en sykepleier med mye erfaring med SVK kan det tyde på at sykepleieren har et reduksjonistisk menneskesyn, gjennom at fokuset hviler kun ved prosedyren og ikke pasienten og ikke med gode normer og medmenneskelighet. Brinchmann (2005) viser til at reduksjonismen er viktig i blant annet den praktiske utøvelsen av faget, men ikke tilstrekkelig for å sikre god og omsorgsfull pleie. Vi mener Orem har en forståelse ut i fra et holistisk menneskesyn i og med at hun ser på mennesket som en helhet, der hun avviser at kroppen kan skilles mellom kropp og sjel. Videre sier hun:

*Lekfolk og enkelte helsearbeidere har en tendens til å se på det enkelte menneske som bestående av den del som kalles kropp og en annen del som kalles sjel, som gjensidig innvirker på hverandre. Et mer akseptabelt bilde er at et menneske er en enhet som fungerer biologisk, symbolsk og sosialt (Kristoffersen 1998: 393)*

En nyutdannet sykepleier kan være veldig fokusert på å gjennomføre prosedyren riktig og steril, og dermed ikke klare å ha like stort fokus på pasienten, som kanskje en mer erfaren sykepleier ville hatt, i frykt for å gjøre noe feil ved gjennomføringen. Det er jo veldig forståelig. Men det blir viktig i slike situasjoner at man er seg selv dette bevisst, og kanskje dermed informere pasienten om at dette er noe du som sykepleier bare har litt eller del erfaring med fra tidligere. På en slik måte viser en sykepleier at hun ser videre enn bare

prosedyren som skal gjennomføres, gjennom å se, informere og være var for forhold som fra pasientens side kan være opplevet som utrygge. Videre kan dette bidra til at pasienten får forståelse for sykepleierens handlinger, opplever trygghet og at det faglige blir forsvarlig gjennom at det blir gitt på en omsorgsfull måte. Dette kan også være like gjeldene for en mer erfaren sykepleier, blant annet fordi å gjennomføre en steril prosedyre innebærer ofte mye konsentrasjon og bevissthet fra sykepleierens side, som det kan bli viktig å informere pasienten om. Gjennom å gjøre dette viser sykepleieren at han/hun er oppmerksom på forhold som kan få pasienten til å føle seg som et objekt, og at det å være oppmerksom på dette kan få pasienten til å føle seg trygg, ved å bli sett og ivaretatt.

Vi har også erfaringer i fra praksis der vi følte at stellet ble gjort på en faglig forsvarlig og omsorgsfull måte. Disse erfaringene er fra når vi har assistert sykepleiere. Felles for disse erfaringene er at sykepleieren møtte pasienten med respekt, innlevelse, informerte pasienten om hva som skulle gjøres og hvordan, spurte om det var greit for pasienten at en student fikk være med å assistere, spurte pasienten om hvordan han/hun følte seg, og lyttet til det pasienten hadde å si under stellet. Gjennom kroppsspråket og det pasientene sa, la vi merke til at de følte seg komfortable, trygge og ivaretatt.

### **5.1.3 Tidspress - En realitet eller en hvilepute?**

Det er et økende krav til sykepleierne om å være effektive. Flere pasienter behandles nå enn tidligere, og antall liggedøgn er gått ned (Orvik 2004). Kan tidspresset få konsekvenser for den faglige forsvarligheten? Og blir det helt riktig å bare legge skyld på tidspress når for eksempel prosedyrer ikke overholdes? Sykepleieren vi intervjuet gjentok flere ganger i intervjuet at tidspress bidro i stor grad til at prosedyrer som angår SVK ikke ble fulgt.

*Det er ekstremt travelt på avdelingen og lite bemanning. Og spesielt om kveldene når det bare er en sykepleier på og du har tre – fire SVK å vedlikeholde, kan jeg se at det blir slurvet med å gjøre prosedyrene steril ... Vi skriver avvik i slike tilfeller der vi presiserer at vi ikke fikk tid til å stille SVK, og at det ble gjort feil på grunn av tidsnød.*

Dette kan være et uttrykk for at rammevilkårene for å utøve faglig forsvarlig praksis ikke er tilfredsstillende. Som tidligere nevnt er gode rammevilkår nødvendig for å sikre faglig forsvarlig praksis. I dette tilfellet fremstår det som om at sykepleierne gjør så godt de kan ut i fra de midler og ressurser de har, og de dokumenterer avvikene.



Vi tenker at det er viktig å være bevisst uansett årsak når sykepleieren ikke overholder gjeldene prosedyrer og retningslinjer, for å unngå at det blir en vane, også i perioder med mindre tids – og arbeidspress.

## **5.2 Organisasjonskultur**

I intervjuet kom det fram flere aspekter som gjenspeilet noe av kulturen i avdelingen hvor sykepleieren jobbet, der vi har gjort oss en del interessante funn.

### **5.2.1 ”De fleste tilfeller går forbi i stillhet”**

Sykepleieren fortalte at når hun og andre kolleger observerte kritikkverdige hendelser eller situasjoner som omhandlet stell av SVK, var det liten eller ingen kultur for å si i fra. I tillegg gav hun uttrykk for at det var enklere å la slike problemstillinger gå forbi i stillhet, for å unngå eventuelle konflikter. Hun anså heller ikke dette som sitt ansvar, men et lederansvar. Det kan tyde på at hun har prøvd tidligere og møtt motstand og ubehageligheter ved å ta opp slike problemstillinger. Hvordan kan det bli slikt? Kan dette gjenspeile noe av kulturen i en avdeling?

Vi tenker at det er må være positivt for en avdeling å ha en kultur for å si i fra om blant annet kritikkverdige forhold. Kan ikke dette bidra til å opprettholde den faglige forsvarligheten og dermed forebygge komplikasjoner ved stell av SVK?

Gran (2002) har i sin artikkel forsket på betydningen av kollegial tilbakemelding. Det kom fram at de fleste respondentene mente kollegial tilbakemelding bidro i stor grad til faglig og særlig personlig utvikling, samt økt trivsel og bedre arbeidsmiljø.

Positiv tilbakemelding i form av ros til sine kolleger trekkes frem som en viktig faktor, i tillegg til negativ tilbakemelding i situasjoner der det er utført dårlig arbeid, men på en konstruktiv måte. Er det ikke kjempe viktig å få frem det positive, så vel det mer negative som sine kolleger gjør? For eksempel vil det ikke være positivt å gi tilbakemelding i situasjoner der de viser faglig dyktighet? Ved å få frem positive så vel som de negative sider ved sine kollegers handlinger, vil ikke det kunne bidra til en kultur der det er akseptert og ønskelig med en åpenhet som kan bidra til faglig utvikling og vekst blant sine kolleger, og dermed sette fokus på det som er faglig forsvarlig?

Bang (1995) viser til at i en sterk og tett kultur kan det oppstå noe han kaller for gruppetenking. Gruppetenking oppstår når realistiske vurderinger av alternative

handlingsmåter blir overkjørt av gruppens behov for å oppnå enighet, blir den dominerende faktor. Videre beskrives det at i det evnen til kritisk tenking går på bekostning av å fremme korpsånd, oppstår det gruppenormer. Da vil det også oppstå symptomer på gruppetenking ved at medlemmer innad i en gruppe motiveres av kolleger og ledere til å akseptere deres ideer, forslag og verdier.

Ved at det er større fokus på behovet for å oppnå enighet enn å være kritisk til for eksempel en kollegas håndtering av en prosedyre har kanskje det faglige gått på bekostning av å fremme korpsånden. Er det den enkeltes sykepleiers ansvar å ta opp slike problemstillinger? Norsk sykepleieforbunds *Yrkesetiske retningslinjer* seier at som sykepleier har du et personlig ansvar for at egen praksis er etisk og faglig forsvarlig gitt på en omsorgsfull måte, og at den sykepleien som utøves er evidens og erfaringsbasert. I tillegg slår de fast at sykepleieren har et ansvar ovenfor sine kolleger. I situasjoner der en sykepleier observerer uforsvarlige og/eller kritikkverdige forhold så skal sykepleieren melde fra. Hensynet og lojalitet til de ansatte og avdelingen skal ikke være til hinder for å si i fra, og den som varsler skal kunne forvente støtte, respekt og forståelse fra avdelingsleder og ansatte.

Ved å unnlate å gi tilbakemelding på kritikkverdige forhold på den sykepleien som gis, kan dette gå utover den faglige forsvarligheten som blir gitt til pasientene. Blir det gitt tilbakemelding på hendelser som i verste fall kan utgjøre en fare for pasienten, tenker vi at dette er et ledd for å forhindre komplikasjoner ved stell av SVK.

Vi kan tenke oss til at det kan være tøft og vanskelig i slike situasjoner. Vi ser også at det kan være vanskelig å opprettholde den standarden som yrkesetiske retningslinjer representerer til punkt og prikke til en hver tid i praksis, men vi mener at disse retningslinjene er noe man skal prøve å etterleve, fordi de er ment som en veiledning på situasjoner som kan være vanskelige i praksis.

Orem viser til noe hun kaller klokskap. Der er noe hun ser på som en ferdighet sykepleieren har i tillegg til kunnskap, verdier og andre ferdigheter. Klokskap er i følge henne nært forbundet med evnen til å handle moralsk. Klokskap kommer til uttrykk gjennom at sykepleieren handler riktig og godt i hverdagslige situasjoner, som er nødvendig for å ivareta pasienten på en best mulig og hensiktsmessig måte (Kristoffersen 1998). Vi tenker ved at sykepleieren ser forhold som er kritikkverdig, så kan sykepleierens evne til å si ifra om dem eller ikke si noe om en sykepleiers klokskap. Velger sykepleieren å si i fra mener vi at sykepleieren bruker sin klokskap gjennom at hun velger å handle på en faglig forsvarlig måte for å ivareta pasientens sikkerhet.

Vi tror et godt tiltak kan være å vurdere nytten av å utpeke eller ansette en fagutviklingssykepleier. Vi tenker at en fagutviklingssykepleier kan være en sykepleier som har mer ”faglig tyngde”, og som kan si i fra uten at det oppleves som angripende. For eksempel ser vi for oss at en fagutviklingssykepleier kan ha ansvaret for opplæring av ansatte i forhold til enkelte prosedyrer, som igjen kan bidra til en mer samlet tilnærming blant personalet. En fagutviklingssykepleier kan også bidra med å heve den faglige kompetansen og utviklingen i avdelingen gjennom å oppfordre eller dra i gang faglige diskusjoner, som kan bidra til økt faglig interesse blant personalet. Vi ser for oss at en effekt av dette også kan gi gode faglige holdninger og videre kulturendring.

### **5.2.2 Mye motstand for å ta i bruk ny kunnskap og nytt utstyr**

Sykepleieren vi intervjuet trakk frem at det gjentatte ganger hadde vært forsøkt å ta i bruk nytt utstyr som ville føre til mindre manipulering av SVK, og dermed også mindre fare for komplikasjoner. I tillegg ville det nye utstyret være tidsbesparende og kostnadseffektivt. Hun følte særlig de mer erfarne sykepleierne viste skepsis, med et ønske om ”hvorfors-ikke-bare-gjøre-slik-vi-alltid-har-gjort-holdning”. Dette kan gjenspeile holdninger og kulturer. Burde ikke kolleger roses for engasjement og initiativ? Er ikke sykepleie et fag i stadig utvikling? Med det økte fokuset på effektivitet som preger hverdagen til sykepleierne, bør da ikke nytt utstyr og ny kunnskap tas i mot med åpne armer, særlig hvis det kan bidra til å gjøre arbeidsoppgaver som prosedyrer bedre, enklere, og på kortere tid?

Vi tenker årsaken til at de erfarne sykepleieren kan være skeptisk til nye prosedyrer er at de kan føle et stort arbeidspress, med oppgaver som innehar mye ansvar, og der de føler det blir liten tid til å tilegne seg ny kunnskap når de er på jobb. Kultur innad i en avdeling er også et aspekt ved dette som kan ha noe å si for hvordan sykepleiere tar i mot ny kunnskap basert på evidens og erfaring. Det er forsket på årsaker til at ny evidensbasert kunnskap har vanskelig for å bli implementert i praksis. Her trekkes det frem at sykepleierne mangler autoritet til å endre retningslinjer og prosedyrer, tiden for å få innarbeid nye ideer er for knapp og administrasjonen og leger samarbeider ikke. Videre trekkes det frem at avdelingsledere har en viktig rolle i forhold til å få gjennomført nødvendige kvalitetsforbedringer da det er avdelingslederen som har myndighet og ansvar for normgivende atferd i en avdeling (Aksnes og Reime 2002). Vi mener avdelingslederne kan ytre sin mening om at alle burde tilegne seg den nye kunnskapen, samt å legge til rette for at den nye kunnskapen blir tatt i bruk i samarbeid med for eksempel fagutviklingssykepleier gjennom for eksempel å gjennomføre

internundervisning. Ved å bruke eksemplet om et ønske om å ta i bruk nytt utstyr som gir færre manipuleringer av SVK, kan internundervisning bidra til at utstyret blir tatt i bruk gjennom at de ansatte gis mulighet til for eksempel å hospitere i en avdeling der de har spisskompetanse på det utstyret som det er ønskelig å ta i bruk. Videre kan dette føre til en felles tilnærming av prosedyren i tillegg til en kompetanseheving blant de ansatte. Vi tenker en form for sertifisering i egen avdeling i etterkant av internundervisningen er noe som kan vurderes for å opprettholde den nye kunnskapen som er lært.

## 6.0 Avslutning

Gjennom arbeidet med oppgaven har vi sett at det stilles mange og høye krav til sykepleierne.

Vi har forsøkt å finne ut av hvordan stell av SVK kan forebygges gjennom faglig forsvarlig praksis. Vi har funnet ut at det er flere aspekter som medvirker til om komplikasjoner blir forebygget ved stell av SVK og om det blir gjort faglig forsvarlig gjennom at sykepleieren følger gjeldene prosedyrer og retningslinjer. Vi har funnet ut at kunnskap er en viktig forutsetning. Sykepleieren trenger å ha kunnskap om hvorfor det er nødvendig å følge prosedyrer, hvilke komplikasjoner som kan oppstå dersom de ikke blir fulgt, og nødvendigheten med å ha et klinisk blikk i forhold til dem.

Vi har funnet ut at refleksjon kan være et nyttig verktøy som kan gjøre sykepleieren i stand til å gjøre seg bevisst sine handlinger i forhold til prosedyrer og møter med pasienten.

Holdninger og kulturer innad i en avdeling kan også spille en avgjørende rolle i forhold til om sykepleieren følger gjeldene retningslinjer og prosedyrer med stell av SVK, og dermed opptre faglig forsvarlig. Vi har også forsøkt å komme med tiltak som vi mener kan være med på å skape gode holdninger, kulturer og kompetanseheving blant sykepleiere.

Ut i fra våre funn, egne erfaringer, relevant forskning og litteratur har vi kommet frem til at kunnskap, holdninger, organisasjonskultur og evne til refleksjon sammen spiller en avgjørende rolle i forhold til om sykepleieren gjennom faglig forsvarlig praksis kan forebygge komplikasjoner ved stell av SVK.

På grunn av tid til rådighet og oppgavens omfang, er det funn vi har gjort oss som vi føler er viktig å belyse, men som ikke har kommet tydelig frem i vår oppgave. Vi har gjennom arbeidet med oppgaven fått en forståelse av hvordan rammevilkår spiller inn på sykepleierens utøvelse av faget. Dersom vi har fått belyst dette aspektet tenker vi det ville ha styrket oppgavens gyldighet og pålitelighet. Rammevilkår som omfavner sykepleierens hverdag er et tema vi finner spennende, og vi tenker det kanskje kan være et tema å tenke på for kommende sykepleiestudenter som skal skrive bachelor oppgave?

Vi føler likevel at vår oppgave kan være et godt bidrag til å belyse et tema som fra før er lite beskrevet i litteratur og forskning. Vi har gjennom arbeidet med oppgaven fått en utvidet kunnskap på vårt tema, en kunnskap vi vet blir med oss videre når vi om ikke lenge skal ut å praktisere sykepleie.

## Litteraturliste:

### Pensum litteratur:

Brinchman B., S. (2005) *Etikk i sykepleien*. Gyldendal Norsk Forlag , Oslo.

Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskiving for studenter*. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo. 4 utgave, 2 opplag.

Molven, O. (2006) *Sykepleie og jus*. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo. 2 utgave.

Orvik, A. (2004) *Organisatorisk kompetanse – I sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Cappelen Akademisk Forlag, Oslo.

Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten (2009) Versjon 7 av 15.06.09. Akribe AS.

Svensson, R (1998) *Samfunn, medisin og sykepleie – En introduksjon til medisinsk sosiologi*. Ad Notam Gyldendal, Oslo.

### Selvvalgt litteratur:

Aadland, E. (2004) *"Og eg ser på deg..." Vitenskapsteori i helse og sosialfag*. Universitetsforlaget, Oslo. (36 sider)

Bang, H. (1995) *Organisasjonskultur*. Engers Boktrykkeri AS, Otta. (37 sider)

Cavanagh, J., S. (1999). *Orems sykepleiemodell i praksis*. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo. 4 opplag. (43 sider)

Helse – og omsorgsdepartementet (1999) *Helsepersonelloven*.

[http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-064.html&emne=helsepersonellov\\*&&](http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-064.html&emne=helsepersonellov*&&)

Hentet 28.04.10 Kl 20:30.

Håkonsen, M., K. (1998) *Psykologi: En innføring*. Universitetsforlaget. Oslo. 2 utgave. (13 sider)

Jacobsen, I., D., Thorsvik, J. (2002) *Hvordan organisasjoner fungerer – innføring i organisasjon og ledelse*. Fagbokforlaget. Vigmostad og Bjørke AS. Bergen. (34 sider)

Kunnskapsdepartementet (2008) *Rammeplan for sykepleieutdanning fastsatt 28.01.08*  
[http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf)

Hentet 20.04.10 Kl 11:00 (13 sider)

Kristoffersen, J., N. (1998) *Generell sykepleie 1 – Fag, yrke, utvikling, verdier og kunnskap*. Universitetsforlaget AS, Oslo. 3 opplag. (26 sider)

Lenburg, B., C. (2000) *Promoting Competence through Critical Self-Reflection and Portfolio Development: The Inside Evaluator and the Outside Context*.

<http://www.tnaonline.org/Media/pdf/promoting-competence.pdf>

Hentet 13.04.10 Kl. 12:05. (6 sider)

Norsk sykepleieforbund (2007) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.

[https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/282884/Yrkesetiske\\_retningslinjer.PDF](https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/282884/Yrkesetiske_retningslinjer.PDF)

Hentet 27.04.10 Kl 20:41. (23 sider)

Thagaard, T. (2009) *Systematikk og innlevelse – en innføring i kvalitativ metode*.

Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS, Bergen. (48 sider)

#### Forskningsartikler:

Aksnes, J., Reime, H., M. (2002) *Innleggelse av perifer venekanyle Hvorfor følges ikke gjeldene retningslinjer?*

[http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/fagutvikling/fagartikler/vis?p\\_documento\\_id=120576](http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/fagutvikling/fagartikler/vis?p_documento_id=120576) Hentet 12.04.10 Kl 10:00 (7 sider)

Aksnes, J., Reime, H., M. (2002) *Stell og fjerning av perifer venekanyle.*

[http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/fagutvikling/fagartikler/vis?p\\_documento\\_id=120590](http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/fagutvikling/fagartikler/vis?p_documento_id=120590)

Hentet 12.04.10 Kl 10:15. (7 sider)

Gran, V., S. (2002) *Kollegial tilbakemelding.*

[http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/fagutvikling/fagartikler/vis?p\\_documento\\_id=121017](http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/fagutvikling/fagartikler/vis?p_documento_id=121017)

Hentet 19.04.10 Kl 13:05 (5 sider)

O'Grady N., P, Alexander M., Dellinger E., P., Gerberding J., L., Heard S., O., Maki D., G., Masur H., McCormick R., D., Mermel L., A., Pearson M., L., Raad I., I., Randolph A., Weinstein R., A. (2002) *Guidelines for the prevention of Intravascular Catheter – related Infections.*

<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/110/5/e51?maxtoshow=&hits=10&RESU LTFORMAT=&fulltext=Guideline+for+the+Prevention+of+Intravascular+Catheter-Related+Infections&searchid=1&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&resourcetype=HWCIT>

Hentet 12.04.10 Kl. 10:30. (18 sider)

Antall sider selvvalgt litteratur: 316



## INTERVJUGUIDE

- Vi ønsker at du forteller oss om dine erfaringer med SVK?
- Hva tenker du om faglig forsvarlig praksis?
- Opplever du det som hektisk og travelt i avdelingen i perioder?
- Er det noen form for opplæring/undervisning i avdelingen?
- Blir det lagt til rette for faglig oppdatering?
- Har du noe erfaring med komplikasjoner?
- Eventuelt hvilke?
- Hvis ja, vet du om disse komplikasjonene kunne spores tilbake til SVK?
- Er gjeldene retningslinjer tilgjengelige i avdelingen?
- Er det noe form for intern undervisning for nye ansatte?
- PPS blir snart tilgjengelige for alle sykehus i Helse Nord. Hva tenker du om det? Er dette et verktøy du ser for deg vil bli brukt i avdelingen?
- Er det noe de ville ha endret på. Med tanke på rutine ved avdelingen?

Vedlegg 2

**HØGSKOLEN I BODØ**  
**INSTITUTT FOR SYKEPLEIE OG HELSEFAG**  
TLF. 75 51 72 00 TELEFAKS 75 51 75 70



Jnr.

TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA

**SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA I  
FORBINDELSE MED SKRIFTLIGE STUDENTARBEIDER.**

Stiles til: \_\_\_\_\_  
Avdeling / institusjon

Ved: \_\_\_\_\_  
Navn avdelingsleder / faglig leder

Som ledd i arbeidet med

- 1.) Fordypningsoppgave X
- 2.) Deleksamen \_\_\_
- 3.) Semesteroppgave \_\_\_
- 4.) Prosjektarbeid \_\_\_

søker:

Student: \_\_\_\_\_

Bachelor i sykepleie: Kull: \_\_\_\_\_ Studiested: \_\_\_\_\_

Videreutdanning, linje: \_\_\_\_\_ Kull: \_\_\_\_\_

om tillatelse til å innhente data fra Deres praksisfelt/arbeidssted. Slik datasamling er vurdert av student og faglærer som nødvendig for gjennomføringen av nevnte eksamen/oppgave.

Undertegnede er kjent med lover og forskrifter som regulerer personvern og pasienters rettssikkerhet, forskningsetiske retningslinjer og interne retningslinjer for oppgaveskriving.

Det er ikke tillatt å gjennomføre undersøkelser der pasient eller pårørende er respondenter / intervjupersoner.

#### OPPLYSNINGER OM ARBEIDET:

Problemstilling og formål med undersøkelsen: Vi ønsker å få ta del i en sykepleiers erfaringer med stell av SVK. Problemstillingen vår er: *"Hvordan kan sykepleieren gjennom faglig forsvarlig praksis forebygge komplikasjoner ved stell av sentralt venekateter?"*  
Ved å få ta del i en sykepleiers erfaringer håper vi det vil gi oss nyttig og verdifull informasjon som vi kan bruke for å belyse problemstillingen vår.

Metode v/ datainnsamlingen: Vi ønsker å benytte oss av intervju.

Respondenter / intervjupersoner: Vi søker om tillatelse om å få intervju 1 sykepleier som har erfaring med sentralt venekateter.

Hjelpemidler til bruk v / datasamlingen: Båndopptaker, samt notering under intervjuet.

NB! Evt. spørreskjema til bruk i datasamlingen er vedlagt.

Tidspunkt / Tidsrom for datasamlingen: Etter avtale

Ved ønske om ytterligere informasjon bes saksbehandler om å ta kontakt med undertegnede student eller faglærer.

Med hilsen

---

Student

---

Faglærer

Svar på søknaden bes gitt på vedlagte svarskjema, som sendes til student med kopi til faglærer.

Jnr.:

Dato: \_\_\_\_\_

Til

Student: \_\_\_\_\_

Faglærer: \_\_\_\_\_

Høgskole: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Postnr. / poststed: \_\_\_\_\_

Vi har ikke hatt mulighet til å scanne inn svar på søknad om tillatelse til innhenting av data. Derfor vil ikke svar på søknad bli lagt ved som vedlegg. Vi fikk både muntlig og skriftlig tillatelse.