

Sykepleiere får overvåkningskompetanse

Et kompetanseprogram ved Haukeland universitetssjukehus ga sykepleierne økt kunnskap i intensivsykepleie og inspirerte til videre utdanning.

Forfattere

Nina Fåln

Fag- og forskningssykepleiar, leiar og førstelektor
Hjertesviktpoliklinikken, Haukeland universitetssjukehus og Høgskolen i Bergen

Anita Lyssand

Anestesisykepleier og fagsjef
Haukeland universitetssjukehus

Michael Helnes Mortensen

Intensivsykepleier
Thoraxkirurgisk intensiv og oppvåkningsseksjon, Haukeland universitetssjukehus

Nøkkelord

Intensivsykepleie

Postoperativ avdeling

Overvåkningsavdeling

Intermediæravdeling

Kompetanseprogram

Sykepleien 2017 105(8)(56-61)

DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.63342>

HOVEDBUDSKAP

Høsten 2015 etablerte Haukeland universitetssjukehus et kompetanseprogram over sju uker for sykepleiere ved overvåkningsenheter, postoperative enheter og intermediærenheter. En evaluering av programmet viser at det har høy klinisk relevans og kan benyttes ved mange norske sykehus. Et hovedfunn er at et kortvarig kompetanseprogram inspirerer til å søke klinisk videreutdanning.

Overvåknings- og intermediærenheter ble etablert både internasjonalt og nasjonalt i midten av 1960-årene for å avlaste intensivenheter og postoperative enheter. Hensikten var primært å bygge opp et omsorgstilbud til pasienter med hjerteinfarkt som hadde behov for kontinuerlig hjerterytmeeovervåkning. Sykepleieres handlingskompetanse ved hjerrestans og bruk av defibrillator var et viktig element da disse enhetene skulle opprettes (1, 2).

Også i dag er intensivkapasiteten presset, og etterspørselen etter intensivsykepleiere er høyere enn tilbudet ved de fleste større sykehus i Norge. En rekke overvåkningsenheter, observasjonsenheter og postoperative enheter har derfor vokst fram særlig de siste to tiårene for å bygge bro mellom intensivenehetene og medisinske og kirurgiske sengeposter (3).

Norsk anesthesiologisk forening og Norsk Sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere anbefaler tre overvåkningsnivåer: intensivenehet, intermediærenhet og postoperativ enhet (4). Intermediærenhetene skal behandle pasienter med ettorgansvikt, og som har akutte, alvorlige sykdomsforløp, men som ikke har behov for respiratorbehandling.

Internasjonale studier benevner enheter som administrativt befinner seg mellom intensivenehet og sengepost for Progressive Care Units, Intermediate Care Units og Postinterventional Units (3). Ved disse enhetene skal sykepleiere ha kompetanse til å følge opp pasienter med blant annet maskeventilasjon, arteriell blodtrykksmåling, dren, vasoaktive medikamenter og delirium (5).

Kompetansebehov

Mangfoldet av enheter og ulike behandlings- og omsorgstilbud gir utfordringer når de ulike enhetene skal definere kompetansebehov. Antall sykepleiere med fagspesifikk videreutdanningskompetanse, slik som spesialsykepleiere i kardiologisk sykepleie, lungesykepleie, nevrologisk sykepleie og infeksjonssykepleie, er økende ved mange sengeposter. Det samme gjelder sykepleiere med mastergrad.

«Det er fortsatt er stort og udekket behov for kvalifiserte sykepleiere ved overvåknings- og intermediærenhetene.»

Det er imidlertid fortsatt er stort og udekket behov for kvalifiserte sykepleiere ved overvåknings- og intermediærenhetene. Det er derfor nødvendig å bygge en felles kompetanse med samordnet undervisning og opplæring i temaer som går på tvers av disse avdelingene. For å møte nåværende og framtidige helserelaterte utfordringer i Helse Bergen har sykehuset utarbeidet en kompetansestrategi og etablert nye læringsarenaer (6). Som en følge av denne satsingen etablerte Helse Bergen høsten 2015 et sentralisert kompetanseprogram for sykepleiere ved intermediær- og overvåkningsenheter.

Hensikt med studien

Det foreligger få, om noen, tidligere studier relatert til sykehusinterne kompetanseprogrammer for intermediær- og overvåkningsenheter. Hensikten med studien vår er derfor å

- beskrive sykepleieres erfaringer med et kompetanseprogram, og
- evaluere sykepleieres opplevelse av programmets kliniske betydning sju måneder etter fullført program.

Metode og design

Studien er gjennomført som en evalueringsstudie. Vi benyttet kvalitativ metode med et deskriptivt og utforskende design. Ut fra studiens formål vurderte vi det som hensiktsmessig å benytte fokusgruppeintervju (7). Studien er godkjent av Personvernombudet ved sykehuset. Kompetanseprogrammet er forankret i Foretaksledelsen ved Helse Bergen, Forsknings- og utviklingsavdelinga ved Haukeland universitetssjukehus samt programmets styringsgruppe.

Kompetanseprogrammet

Programmet består av tre moduler og har en varighet på 13 dager, med ni undervisningsdager og fire veiledningsdager. Det er to ukers mellomrom mellom modulene. Hensikten er at deltakerne skal benytte ervervet kunnskap i klinikken under veiledning av en erfaren intensivsykepleier som har arbeidet lenge med veiledning. Undervisningen er knyttet til sirkulasjon, respirasjon og sykepleiefaglige emner.

Halvparten av undervisningen er ferdighetstrening med blant annet avansert simulering med teamtrening, klinisk eksaminasjon, bruk av medisinsk utstyr og tolkning av hjerterytmer (tabell 1). Underviserne har enten spesialsykepleierkompetanse og/eller mastergrad eller doktorgrad. Alle instruktørene som bidrar i simuleringstreningen, har fasilitatorkompetanse. Det er to årlige opptak til programmet.

Tabell 1: Kompetanseprogram for overvåkningsenheter, postoperative enheter og intermedieenheter

Varighet: 13 dager fordelt over 7 uker		
Teoretisk undervisning Fysiologi og patofysiologi ved sirkulasjons- og respirasjonssvikt, sepsis og nevrologiske tilstander, vasoaktive medikamenter, væske- og elektrolytt-behandling, Syrebasetolkning Screeningverktøy ved søvn, smerte, ernæring, delirium med mer	Ferdighetstrening Bruk av medisinsk utstyr, systematiske kliniske undersøkelser (auskultasjon), simulering og tolkning av hjerterytmeter Systematisk observasjon av kritisk syk pasient, prioritering av tiltak	Veiledning og hospitering Tre dager med klinisk veiledning av intensivsykepleier og én dag med hospitering hos meddeltaker
Pensumlitteratur		

Utvalg og rekruttering

Deltakere som var tilsluttet kompetanseprogrammet høsten 2015, ble invitert til å delta i fokusgruppeintervju. Alle deltakerne var ansatt ved ulike overvåknings- og intermedieenheter ved sykehuset.

Datainnsamling

Vi intervjuet sykepleierne sju måneder etter avsluttet program. Deltakerne ble delt inn i tre grupper, og intervjuene varte i 40–90 minutter. Vi sendte ut samtykkeskjema og skriftlig informasjon om studien til både deltakere og seksjonsledere på e-post i god tid før studien skulle begynne. Et registreringskjema ble utarbeidet for å kartlegge alder, kjønn, utdanningstidspunkt, antall år ved den aktuelle enheten samt planlagt videreutdanning. Vi benyttet en semistrukturert intervjuguide med fem åpne spørsmål:

- Har programmet klinisk relevans i ditt møte med pasientene ved din enhet?
- Kan du si noe om hvorvidt din deltakelse i programmet har tilført avdelingen noe nytt?
- Blir din kompetanse benyttet til rett pasientgruppe – i så fall på hvilken måte?
- Kan du si noe om din deltakelse i programmet har hatt betydning for dine kolleger?
- Opplever du at programmet har hatt betydning for din faglige utvikling?

Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert kort tid etter at intervjuet var gjennomført.

Analyse av funnene

Vi analyserte tekstene fra fokusgruppeintervjuene ved hjelp av innholdsanalyse i henhold til trinnene som Graneheim og Lundman anbefaler (8). Tilnærmingen til analysen var induktiv og åpen og ble utført etter at vi hadde fullført intervjuene. Alle utsagn ble forkortet til meningsbærende enheter, sortert og kodet i underkategorier og kategorier (tabell 2 og 3).

Tabell 2: Deltakernes erfaringer med kompetanseprogrammet

Forkortet meningsinnhold	Underkategori	Kategori
Dere har lagt inn undervisning som er viktig for pasienter uansett hvilken overvåkningsavdeling man jobber på. Vi vil få bruk for litt av alt	Får bruk for litt av alt	Noe for alle
En del av teorien var tung. Men så silte du litt ut og så ga den deg noe å henge ting på seinere i programmet	Siler ut det som er nyttig	
Det er en fordel at vi er fra forskjellige poster. Når vi diskuterer etterpå, så kommer det så godt fram hva andre gjør, og hva de synes er viktig i det aktuelle scenarioet	Ulik kompetanse gir positive utfordringer ved simuleringstrening	Simulering gir faglig og personlig vekst
Vi skulle hatt én eller to dager til med simulering – til det ble en naturlig situasjon, og du kunne gå i simuleringsmodus med én gang	Ønsker mer praktisk trening	
Simulering trenger ikke å være så mye. Bare det å få se hvordan ting blir utført – som en opplæring. Vi kan gå gjennom prosedyrer, det kan være så enkelt som det. Gjør alle ting ulikt, blir pasienten utrygg	Simulering trenger ikke være så mye	
Nå har jeg lært at jeg kan, jeg er kanskje ikke helt sikker på det jeg gjør, men jeg kan prøve. Det jeg lærer av, er å gjøre feil	Å prøve og feile er nyttig læring	
Tilbakemeldingen var nyttig, vi gjorde faktisk rett – eller: Dette kan jeg gjøre annerledes neste gang hvis jeg møter en liknende situasjon	Å bli sett	
For meg ville det ha vært nyttig å få gå med intensivsykepleier på hennes enhet. Mine pasienter er også hjertesyke, de har arytmier, og de får Cordarone	Ønsker veiledning ved intensiv-enhet	Veiledning inspirerer til faglig endring
Intensivsykepleier ga meg et annet synspunkt både på arbeidet jeg gjør, og på min egen avdeling	Nytt perspektiv på eget arbeid	
Vi burde utnytte den fordelen at vi er få, og at vi blir godt kjent. Det hadde vært kjekt å gå med dem på deres egen avdeling. Alle jobber opp mot en pasient, alle har samme retning og samme mål	Bruke meddeltakere som en faglig ressurs	Utvidet fellesskap
Vi sender jo pasientene våre til alle andre avdelinger, det hadde vært kjekt å ha hospitert en dag – at de hadde sett meg og jeg dem	Samarbeid på tvers av enheter	

Tabell 3: Deltakernes opplevelse av programmets kliniske betydning

Forkortet meningsinnhold	Underkategori	Kategori
Jeg har blitt mye mer fokusert på å være i forkant når det gjelder hva som kan skje med pasienten og hvor utstyr ligger	Å være føre var Å være i forkant	Håndtering av kompleksitet
Jeg er litt tryggere i uavklarte situasjoner, når ting stopper opp. Da får jeg også tryggere pasienter	Tryggere i uavklarte pasient-situasjoner	
Jeg tenker på flere ting samtidig, vurderer sammenhengen i ting. Jeg vet mer om hva jeg skal observere, og når jeg skal reagere	Tenker på flere ting samtidig	Opplevelse av sammenheng i pasientomsorgen
Jeg er blitt mer bevisst på å følge med og bruke kompetansen på pasientene utenfor overvåkingen. Det er ikke alltid de får god nok oppfølging	På tvers av omsorgsnivå	
Kurset har pusha meg litt videre, jeg har tatt til meg nye ting litt lettere og fått litt mer å gå på – blant annet når det gjelder hjerterytmeknning og blodgassanalyse	Mer å gå på	Personlig og faglig endringsvilje
Etter at vi begynte å lytte på pasientene, ber legene om at alle sykepleierne skal gjøre dette fordi det er mer effektivt og gir bedre ressursbruk	Forbedring av praksis	
Kurset inspirerer oss til å holde oss faglig oppdatert; flere av oss har nå søkt videreutdanning	Nysgjerrig på ny kunnskap	Inspirasjon til videre læring
Jeg underviser ofte kolleger når vi står i en pasientsituasjon; dette har jeg lært eller lest	Videreformidling av kunnskap	

Funn

Elleve av tolv aktuelle deltakere (92 prosent) fra seks ulike enheter deltok i intervjuene. De fleste deltakerne var kvinner mellom 30 og 40 år i fulltidsstilling. Alle var sykepleiere uten fagspesifikk videreutdanning. Hele 73 prosent hadde over seks års erfaring som sykepleier. Så mange som 64 prosent hadde søkt eller kommet inn på videreutdanning etter fullført kompetanseprogram (tabell 4).

Tabell 4: Beskrivelse av deltakerne i studien

Variabel	N = 11 n (%)
Kjønn	
Kvinne	8 (72,7)
Alder	
<30 år	3 (27,3)
30–40 år	7 (63,6)
40–50 år	1 (9,1)
Utdanning	
Sykepleier	11 (100)
Spesialsykepleier	0 (0)
Antall år som sykepleier	
0–2 år	1 (9,1)
3–5 år	2 (18,2)
6–10 år	5 (45,4)
>10 år	3 (27,3)
Arbeidserfaring ved aktuell enhet	
0–2 år	3 (27,3)
3–5 år	2 (18,2)
5–10 år	3 (27,3)
>10 år	3 (27,3)
Stillingsprosent	
100	8 (72,7)
75–99	3 (27,3)
Plan om endring av arbeidssted i nær framtid	
Nei	10 (90,9)
Søkt spesialutdanning etter avsluttet program	8
Fagspesifikk videreutdanning (nevro, lunge)	3 (27,3)
Intensivutdanning	4 (36,3)
Ingen	4 (36,3)
Jobber daglig med overvåkingspasienter	
Ja	10 (90,9)

Deltakernes erfaringer

Gjennom analyseprosessen framkom det elleve underkategorier relatert til fire kategorier knyttet til delmål 1 i studien: å beskrive sykepleieres erfaringer med et kompetanseprogram. De fire kategoriene var følgende (tabell 2):

- Noe for alle
- Simulering gir faglig og personlig vekst
- Veiledning inspirerer til faglig endring
- Utvidet fellesskap

Noe for alle: Deltakerne vurderte kompetanseprogrammets sammensetning som relevant ved at teoretisk undervisning underbygde den praktiske treningen:

«Dere har lagt inn undervisning som er viktig for pasienter uansett hvilken overvåkingsavdeling man jobber ved. Vi vil få bruk for litt av alt.»

Noe av undervisningen ble underveis vurdert til å være litt for avansert:

«En del av teorien var tung. Men så silte du litt ut og så ga den deg noe å henge ting på seinere i programmet.»

Simulering gir faglig og personlig vekst: Deltakerne syntes det var en fordel at ulike avdelinger ved sykehuset deltok i programmet. Ulik kompetanse ga positive utfordringer, blant annet ved ferdighetstrening:

«Når vi diskuterte etterpå, kom det så godt fram hva de andre gjør, og hva de synes er viktig i det aktuelle scenarioet.»

Deltakerne syntes det var nyttig å få testet seg og få anledning til å lære av sine feil. Debrifing var viktig, de følte seg sett og fikk konstruktive tilbakemeldinger. Ferdighetstreningen burde utvides, gjerne med flere dager og enklere scenarioer:

«Simulering trenger ikke være så mye. Bare det å få se hvordan ting blir utført, vi kan gå gjennom prosedyrer, det kan være så enkelt som det. Gjør alle ting ulikt, blir pasienten utrygg.»

Flere enheter innførte enkel simuleringstrening etter avsluttet program.

Veiledning inspirerer til faglig endring: Deltakerne ønsket veiledning også ved veilederens enhet, ikke bare ved egen enhet:

«Jeg fikk mye ut av veiledningen både ved egen enhet og ved intensivsykepleierens enhet. Veiledningen hjalp meg til å strukturere dagen, og den tydeliggjorde pasientfokus.»

Veiledningen ga deltakerne et nytt perspektiv på eget arbeid og arbeidssted:

«Det var veldig kjekt å få en intensivsykepleiers perspektiv på tingene, og jeg har laget meg nye rutiner.»

Utvidet fellesskap: Deltakerne framhevet at det var viktig med samarbeid på tvers av enheter etter avsluttet program. Det ble lettere å be om råd eller hjelp i ulike pasientsituasjoner, og deltakerne erfarte at de kunne bruke meddeltakere som en faglig ressurs:

«Det ga meg mye å samarbeide med de andre i programmet. De har gjerne en annen kompetanse enn jeg har sjøl.»



«Det ble lettere å be om råd eller hjelp i ulike pasientsituasjoner.»

Deltakerne foreslo å legge inn hospitering ved meddeltakernes enheter for framtidige programmer:

«Vi burde utnytte den fordelene at vi er få, og at vi blir godt kjent. Det hadde vært kjekt å gå med dem på deres egen avdeling. Alle jobber vi opp mot en pasient, vi har alle samme fokus og samme mål.»

Klinisk betydning

I analyseprosessen framkom det åtte underkategorier relatert til fire kategorier fra intervjuene knyttet til delmål 2 i studien: å evaluere sykepleieres opplevelse av programmets kliniske betydning sju måneder etter fullført program. De fire kategoriene var følgende (tabell 3):

- Håndterer kompleksitet
- Opplevelse av sammenheng i pasientomsorgen
- Personlig og faglig endringsvilje
- Inspirasjon til videre læring

Håndterer kompleksitet: Deltakerne mente at de ble både tryggere og bedre rustet til å være i forkant i ulike pasientsituasjoner:

«Jeg går mer uredde inn i nye og komplekse situasjoner, jeg har veldig lyst til å være der. Da kan jeg bruke alt vi gikk gjennom i programmet.»

De planla dagen og tenkte gjennom hva de skulle observere, og hva de skulle prioritere. De brukte de stasjonære overvåkningsskopene mer enn før og justerte mer individuelle alarmgrenser etter pasientens tilstand og grunn diagnose:

«Jeg evaluerer nå behandlingsmål kontinuerlig og opplever at jeg fikk alt satt på plass med denne undervisningen.»

Deltakerne hentet fram forelesningsnotater for å få oversikt over problemstillinger som oppstår i hverdagen.

Opplevelse av sammenheng i pasientomsorgen: Deltakerne formidlet at de hadde blitt bedre til å observere symptomer og iverksette tiltak:

«Jeg tenker på flere ting samtidig og vurderer sammenhengen i ting. Jeg vet mere om hva jeg skal observere, og hva jeg skal gjøre.»

De brukte ny kompetanse på de dårligste pasientene på avdelingen:

«Jeg opplever at jeg får brukt kompetansen min til de rette pasientene. Blodgass, væskebalanse, hjertesvikt, alt henger sammen.»

Deltakerne formidlet dessuten at de også var blitt mer oppmerksomme på pasienter som var utenfor overvåkningsrommene, da de opplevde at disse ikke alltid fikk god nok oppfølging.

Personlig og faglig endringsvilje: Deltakerne var blitt tryggere på blant annet hjerterytmefolkning, blodgassanalyser, ulike screeningverktøy og bruk av medisinsk utstyr:

«Jeg har kommet over min skrekk for trakeostomier. Den har jeg hatt i flere år. Vi hadde jo undervisning, så på utstyret, jeg leste og trente mentalt. Så da kom jeg over den bøygen.»



«Jeg har kommet over min skrekk for trakeostomier.»

Fokusgruppedeltaker

Programmet bidro også til forbedringer i praksis, nye sjekklister og nytt undervisningsprogram:

«Etter overvåkningskompetanseprogrammet har jeg blitt veldig skeptisk til at vi skal ha skop dersom vi ikke kan se forskjellen på en normal rytme og en som ikke er det.»

De benyttet stetoskopet aktivt og oppfattet endringer i pasientens tilstand tidligere enn før:

«Etter at vi begynte å lytte på pasientene ber legene om at alle sykepleierne skal gjøre dette fordi det er mer effektivt.»

Inspirasjon til videre læring: Etter at programmet var gjennomført, var deltakerne mer nysgjerrige på ny kunnskap enn tidligere. Flere hadde kommet inn på fagspesifikk videreutdanning:

«Jeg har lyst til å lære mer, jeg ønsker å få enda mer kunnskap som avdelingen min kan ha nytte av, og har derfor søkt videreutdanning.»

Deltakerne ble inspirert til å søke ny kunnskap:

«Fortsatt må jeg lese pensumlitteraturen, men jeg kan mye mer nå. Jeg bruker denne kunnskapen hver dag.»

Det var også blitt viktig å videreformidle ny kunnskap til egne kolleger:

«Jeg selger inn at programmet er utrolig kjekt. Du lærer nye ting, og du får repetert. Du får vekket interessen igjen for å få litt påfyll. Det tror jeg det er veldig mange som savner på post.»

Diskusjon

Ifølge deltakernes evaluering hadde programmet et innhold som var relevant, og simuleringstreningen ga både faglig og personlig vekst. Veiledningen inspirerte til faglig endring, og samhandling med meddeltakere førte til at de etablerte et utvidet fellesskap på tvers av enheter. Deltakerne opplevde at de ble bedre til å håndtere komplekse pasientsituasjoner. Den personlige og faglige endringsviljen var sterk, og de hadde fått inspirasjon til videre læring.

 **«Deltakerne opplevde at de ble bedre til å håndtere komplekse pasientsituasjoner.»**

Deltakernes erfaringer

Noe for alle: Deltakerne i kompetanseprogrammet kommer fra medisinske, kirurgiske og postoperative enheter. Pasientene de skal håndtere, overføres til intermediearenhet fra både akuttmottak, sengeposter, postoperative enheter og intensivavdelinger. Internasjonale studier viser at 25 prosent av pasientene ved ulike intermediearenheter, overvåkningsenheter og postoperative enheter overføres direkte fra intensivenheter («step-down»-pasienter).

Til sammen 50 prosent av pasientene overføres fra sengepost («step-up»-pasienter), mens 25 prosent overføres direkte fra akuttmottak (9, 10). Enhetenes ulike pasientgrupper, problemstillinger og kompetansebehov gir utfordringer når sykehuset skal utforme et kompetanseprogram på tvers. Selv om deltakernes evaluering av programmets sammensetning var svært positiv, kan innholdet skreddersys enda bedre dersom de ulike enhetene utarbeider en plan for både nåværende og framtidige kompetansebehov knyttet til egen pasientgruppe. Da kan programmet utvikles fra å være «noe for alle» til å bli «mye for alle».

Simulering gir faglig og personlig vekst: Sykepleieres målrettede kliniske eksaminasjon og vurdering av den akutt syke pasienten bidrar vesentlig til å ivareta pasientsikkerhet (11). Deltakernes ferdighetstrening omfatter derfor blant annet bruk av stasjonære skop, sprøytepumpe og non-invasiv respirasjonsstøtte. I tillegg får de trening i å lytte på pasientens hjerte, lunger og abdomen. Hensikten med sykepleiernes eksaminasjon er ikke nødvendigvis å diagnostisere, men å skille det normale fra det unormale (12).

Deltakerne opplever at de har stor nytte av kunnskapen i daglig praksis, da legene er langt mindre tilgjengelige ved intermediærenhetene enn på intensivavdelingene. Deltakerne trente også på samhandling, beslutningstaking og ledelse ved akutte pasienthendelser med simuleringstrening.

En norsk studie viser at det øker oppmerksomheten på egen klinisk praksis å delta i scenariotrening, og at det er viktig å ha et strukturert teamsamarbeid (13). Disse funnene samsvarer med deltakernes erfaringer, der det å lære av egne feil og oppleve at andre i teamet hadde ulik tilnærming til en pasientsituasjon, bidro både til konstruktiv læring og refleksjon. Deltakerne uttrykte at tilsvarende ferdighetstrening knyttet til prosedyrer og medisinteknisk utstyr ville være både nyttig og gjennomførbart ved de enkelte enhetene.

Veiledning inspirerer til faglig endring: Deltakerne får til sammen tre veiledningsdager med en erfaren intensivsykepleier mellom samlingene. Veiledningen fokuserer i hovedsak på systematisk observasjon og vurdering av pasientens vitale funksjoner og grunnleggende behov. Sykepleierens evne til å prioritere og gjennomføre planlagte tiltak vurderes fortløpende. Deltakerne opplevde at veiledningen forente programmets teori og praksis. Den bidro også til faglig vekst ved at deltakerne tok i bruk systematisk observasjon og utarbeidet klare mål både for pasienten og for sin egen arbeidsdag.

Utvidet fellesskap: Fellesskapet med meddeltakerne reduserte barrierene mellom enhetene, og deltakerne ønsket å opprettholde kontakten etter endt program. En visjon for programmets framtid er derfor at en erfaren intensivsykepleier med veilederkompetanse kan tilby deltakerne en ekstra veiledningsdag ett år etter avsluttet program for å sikre at ervervet kunnskap fortsatt anvendes, eller for å avklare nyoppståtte problemstillinger.

Klinisk betydning

Håndterer kompleksitet: Selv om deltakerne kommer fra ulike avdelinger, er det mer som forener dem, enn som skiller dem. Enhetene er utformet til å kunne tilby pasientene et høyt omsorgsnivå, og sykepleierne har behov for tilnærmet lik kompetanse uavhengig av enhet. Pasientene har relativt høy risiko for en forverring av tilstanden (5).

Tidligere studier har vist at sykepleieres kunnskap og vurderingskompetanse er viktig for å kunne gi god omsorg til akutt syke pasienter (14). Pasientene har også behov for mer avanserte intervensjoner enn dem som normalt kan håndteres ved en sengepost, som for eksempel non-invasiv respirasjonsstøtte, arteriell blodtrykksmåling og bruk av ekstern hjertepumpe (LVAD – Left Ventricular Assist Device) (15).

Opplevelse av sammenheng i pasientomsorgen:

Kompetanseprogrammet er utformet slik at det inneholder elementer som er relevante på tvers av enhetene, og skal ikke erstatte fagspesifikk intern opplæring ved den enkelte avdelingen. Sykepleierne opplevde at de ble bedre rustet til å håndtere både mer avansert utstyr og mer komplekse pasientsituasjoner enn tidligere etter at de hadde deltatt i programmet. De var tryggere på hvilke tiltak som burde iverksettes, og hvilke komplikasjoner de skulle observere. Deltakere i programmet opparbeider dermed både en monitoreringskompetanse og en overvåkningskompetanse.



«Deltakere i programmet opparbeider både en monitoreringskompetanse og en overvåkningskompetanse.»

Monitorering innebærer at sykepleiere opparbeider kunnskap ved å vurdere pasientens vitale funksjoner ved hjelp av teknisk apparatur og laboratoriedata. Overvåkning inkluderer systematisk observasjon og analyse av data over tid for å være i forkant av en eventuell forverring av tilstanden (16).

Personlig og faglig endringsvilje: Deltakerne iverksatte forbedringstiltak ved egen enhet etter avsluttet program, der de utarbeidet sjekklister, undervisningsprogram og kollegaveiledning. Programmet inspirerte også til videre læring, da hele 64 prosent av deltakerne hadde søkt eller kommet inn på fagspesifikk videreutdanning eller intensivutdanning etter avsluttet program. Dette viser at et relativt kortvarig kompetanseprogram både kan styrke kompetansen ved egen intermediaærenhet og øke rekrutteringen til intensivavdelingene. Dermed kan vi anta at pasientutkommet styrkes ved begge enheter.

Studier der det er vurdert effekten av å opprette intermediærenheter på mortalitet og reinnleggelser, er ikke entydige (3, 10). Tidligere forskning har imidlertid vist at det å bruke intermediærenheter, gir bedre utnyttelse av intensivsengene og mer hensiktsmessig pasientallokering til intensivavdelingene (17).

Konklusjon

Kompetanseprogrammet er etablert som et fast tilbud med to kull årlig. Programmet er dynamisk og endres fortløpende etter deltakernes evalueringer. Deltakerne evaluerer programmets sammensetning som positivt, og de opplever at det har betydelig klinisk relevans for yrkesøvelsen ved egen enhet.

Programmet inspirerer til videre læring. Studien viser at det er mange deltakere som enten søker fagspesifikk videreutdanning eller intensivsykepleierutdanning. Programmet kan dermed sikre både sengepostene og intensivavdelingene kvalifisert avlastning samt bidra til å utdanne flere intensiv- og spesialsykepleiere. Programmet har overføringsverdi til andre norske sykehus.

Referanser

1. Day HW. History of coronary care units. *Am J Cardiol.* 1972;30(4):405–7.
2. Julian DG. The history of coronary care units. *Br Heart J.* 1987;57(6):497–502.
3. Prin M, Wunsch H. The role of stepdown beds in hospital care. *Am J Respir Crit Care Med.* 2014 1;190(11):1210–6.
4. Trønnes H. Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge. Tilgjengelig fra: <http://nafweb.no/standarder/retningslinjer-for-intensivvirksomhet-i-norge/> (nedlastet 14.09.2017).
5. Stacy KM. Progressive care units: different but the same. *Crit Care Nurse.* 2011;31(3):77–83.
6. Kompetansestrategi for Helse Bergen 2015–2030. Tilgjengelig fra: <https://helse-bergen.no/Documents/Planar%20og%20strategiar%20i%20Helse%20Bergen/Kompetansestrategi%202015-2030.pdf> (nedlastet 14.09.2017).
7. Polit DF, Beck CT. *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice.* 10. utgave. Philadelphia, USA: Wolters Kluwer; 2016.

8. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;24(2):105–12.
9. Lucena JF, Alegre F, Martinez-Urbistondo D, Landecho MF, Huerta A, García-Mouriz A, García N, Quiroga J. Performance of SAPS II and SAPS 3 in intermediate care. *PLoS One*. 2013;8(10):e77229. DOI: [10.1371/journal.pone.0077229](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0077229).
10. Vincent JL, Rubenfeld GD. Does intermediate care improve patient outcomes or reduce costs? *Crit Care*. 2015;19:89.
11. Zambas SI, Smythe EA, Koziol-McClain J. The consequences of using advanced physical assessment skills in medical and surgical nursing: A hermeneutic pragmatic study. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2016;11:32090.
12. Breivik S, Trymi A. Hva innebærer systematisk klinisk undersøkelse i sykepleie? *Sykepleien Forskning* 2013;8(4):324–32. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2013/10/hva-innebaerer-systematisk-klinisk-undersokelse-i-sykepleie> (nedlastet 14.09.2017).
13. Ballangrud R, Persenius M, Hedelin B, Hall-Lord ML.. Exploring intensive care nurses' team performance in a simulation-based emergency situation, – expert raters' assessments versus self-assessments: an explorative study. *BMC Nurs*. 2014;13(1):47:179–87.
14. Massey D, Chaboyer W, Anderson V. What factors influence ward nurses' recognition of and response to patient deterioration? An integrative review of the literature. *Nurs Open*. 2016;4(1):6–23.
15. Harding AD. What can an intermediate care unit do for you? *J Nurs Adm*. 2009;39(1):4–7.
16. Henneman EA, Gawlinski A, Giuliano KK. Surveillance: A strategy for improving patient safety in acute and critical care units. *Crit Care Nurse*. 2012;32(2):9–18.
17. Solberg BC, Dirksen CD, Nieman FH, van Merode G, Ramsay G, Roekaerts P, Poeze M. Introducing an integrated intermediate care unit improves ICU utilization: a prospective intervention study. *BMC Anesthesiol*. 2014;14:76.