Sykepleien
F·O·R·S·K·N·I·N·G

FAGFELLEVURDERT ARTIKKEL

Overgangen fra å være intensivsykepleierstudent til kompetent intensivsykepleier – intensivsykepleieres erfaringer

Mireille Jacques
Intensivsykepleier
Universitetssykehuset Nord-Norge

Henriette Sandnes Willumsen
Intensivsykepleier
St. Olavs hospital

Kjersti Sunde Mæhre
Intensivsykepleier og førsteamanuensis
Institutt for helse og omsorgsfag, UiT Norges arktiske universitet, Tromsø

Nyutdannet intensivsykepleier
Intensivavdeling
Kompetanse
Intensivsykepleiermangel
Kvalitativ studie

Sykepleien Forskning 2024;19(95528):e-95528
DOI: 10.4220/Sykepleienf.2024.95528

Sammendrag

Bakgrunn: Mangelen på intensivsykepleiere i Norge har ført til at flere studieplasser har blitt opprettet. Intensivsykepleiere må kunne integrere avansert teoretisk kunnskap med praktiske og mellommenneskelige ferdigheter for å kunne ta hånd om akutt og kritisk syke pasienter og deres pårørende. Det er lite kunnskap om hvordan nyutdannede intensivsykepleiere erfarer overgangen fra å være intensivsykepleierstudent til ferdig utdannet intensivsykepleier.

Hensikt: Å få forståelsen av hvordan intensivsykepleiere erfarer overgangen fra å være intensivsykepleierstudenter til å bli kompetente intensivsykepleiere på norske intensivavdelinger.

Metode: Studien er kvalitativ med en hermeneutisk tilnærming. Vi gjennomførte tre fokusgruppeintervjuer med tolv intensivsykepleiere i februar 2022. To av fokusgruppene foregikk ved intensivavdelinger på lokalsykehus med intensivenhetsnivå 1 og ett på et sentralisert sykehus med intensivenhetsnivå 2B. Ni av deltakerne arbeidet på en intensivavdeling som sykepleiere før de begynte sin intensivsykepleierutdanning. Til å analysere datamaterialet brukte vi den hermeneutiske analysemodellen til Fleming og medarbeidere samt Kvale og Brinkmanns trinnvise analyseprosess, der meningskoding og meningsfortolkning er sentralt.

Resultat: Det fremkom tre hovedtemaer: 1) «Høye kompetansekrav», 2) «Ansvaret er stort» og 3) «Å bli en kompetent intensivsykepleier tar tid, krever faglig støtte og teamarbeid». Nyutdannede intensivsykepleiere opplever ansvaret og kompetansekravene som større enn forventet. Deltakerne erfarte ulike kompetansekrav på lokal- og sentralsykehus. Det å bli tildelt mer ansvar fra erfarne praksisveiledere i praksisperiodene bidro til en lettere overgang. Nyutdannede intensivsykepleiere behøver faglig støtte fra mer erfarne intensivsykepleiere.

Konklusjon: Erfaring fra intensivfeltet før intensivsykepleierutdanningen bidrar til en lettere overgangsprosess. Organisatoriske rammer som bemanningsutfordringer og manglende intensivressurser fører til en mer krevende overgang for nyutdannede intensivsykepleiere. Det tar tid å bli kompetente intensivsykepleiere, og de må gis tid.

Introduksjon

Intensivsykepleiere tar hånd om akutt og kritisk syke pasienter som har behov for kontinuerlig behandling, overvåkning og pleie. De ivaretar pasienter som har behov for å gjenopprette vitale funksjoner etter anestesi, kirurgi, traumer eller akutt forverring av kronisk sykdom (1).

Ifølge forskriften om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanningen (1), senere omtalt som «Forskriften», skal kandidatene etter endt utdanning ha handlingskompetanse og dermed være kompetente utøvere. Denne kompetansen innebærer å kunne foreta selvstendige kliniske vurderinger, prioriteringer og beslutninger, slik at en forverring av pasientens tilstand kan oppdages tidlig, og hensiktsmessige tiltak kan bli iverksatt (1).

Innen 17 år vil cirka 40 prosent av intensivsykepleierne i norske helseforetak ha nådd pensjonsalderen (2). I dag har tre av fire norske intensivenheter ledige intensivsykepleierstillinger (3). Helsepersonellkommisjonen (4) mener at utfordringen med å rekruttere intensivsykepleiere i norske sykehus gjør det vanskelig å opprettholde gode helsetjenester i det norske samfunnet. Mangelen på intensivsykepleiere har medført at det har blitt opprettet flere studieplasser i intensivsykepleie i Norge (5).

Intensivsykepleierstudenter i Norge kan i dag avslutte studiet etter å ha gjennomført 90 studiepoeng (1). Gjennomført utdanning på 120 studiepoeng gir mastergrad i intensivsykepleie (1). Det har vært et opptakskrav om toårig sykepleiererfaring etter bachelor i sykepleie før opptak på intensivsykepleierutdanningen (6). Fra studieåret 2023 er det flere utdanningsinstitusjoner som har gått bort fra dette kravet (4).

Bakgrunn

Norske intensivsykepleierstudenter er mest fornøyd med praksisperiodene i studieprogrammet til intensivsykepleierutdanningen, til tross for at mange erfarer at det er ulik kvalitet på praksisveilederne (7). Praksisveiledere synes at veiledningen er ressurskrevende og medfører et stort ansvar (8).

Internasjonale studier fokuserer på nyutdannede *sykepleieres* overgang til å arbeide som sykepleier på en intensivavdeling. Studier har vist at manglende satsing på relevante utdannings- og opplæringsprogrammer er negativt for sykepleiere som begynner å arbeide på en intensivavdeling, noe som kalles «overgangssjokk» (9–13). En konsekvens er blant annet økt turnover (9).

Trinnvis introduksjon til arbeidet på en intensivavdeling (14), god veiledning i nybegynnerfasen (9, 10, 12) og praktisk erfaring over tid bidrar til en mer håndterlig overgangsprosess og økt selvtillit i rollen som sykepleier på en intensivavdeling (11, 13). Vi har ikke funnet forskning som beskriver nyutdannede eller nylig utdannede intensivsykepleieres erfaring med overgangen fra intensivsykepleierutdanningen til intensivsykepleieryrket.

Hensikten med studien

Studiens hensikt var å få forståelse av hvordan intensivsykepleiere erfarer overgangen fra å være intensivsykepleierstudenter til å bli kompetente intensivsykepleiere på norske intensivavdelinger. Bakgrunnen for studien var nødvendigheten av å rekruttere og beholde intensivsykepleiefaglig kompetanse på en intensivavdeling.

Utdypende forskningsspørsmål:

- Hvordan erfarer intensivsykepleiere å være nyutdannede intensivsykepleiere?
- Hva fremmer eller hemmer en god overgangsprosess fra intensivsykepleierstudiet til å arbeide som intensivsykepleier?

Kunnskapsdepartementet (15) definerer «kompetanse» som evnen til å løse oppgaver og mestre utfordringer i konkrete situasjoner. Kompetansebegrepet er summen av kunnskap, ferdigheter og holdninger samt hvordan disse anvendes i samspill (15).

Begrepet «kompetent intensivsykepleier» er inspirert av Benners (16) fem utviklingstrinn: novise, avansert nybegynner, kompetent utøver, kyndig utøver og ekspert. Ifølge Benner (17) bør man minst arbeide to til tre år for å bli en kompetent utøver.

Metode

Studien har et kvalitativt og utforskende design, som er egnet for subjektive erfaringer og temaer det finnes lite forskning på (17, 18). Vi brukte fokusgruppeintervjuer som datasamlingsmetode, en metode som stimulerer til refleksjon og diskusjon blant deltakerne (17, 19).

Rekruttering og utvalg

Utvalget er strategisk, noe som innebærer en målrettet rekruttering av deltakere som kan belyse den valgte problemstillingen (19). Første- og andreforfatteren kontaktet først avdelingsledere fra ulike intensivavdelinger i Norge. Avdelingslederne foreslo aktuelle deltakere ut fra følgende inklusjonskriterier: arbeidserfaring mellom ett til tre år som intensivsykepleier på en intensivavdeling i Norge og med norsk intensivutdanning. Forfatterne kontaktet aktuelle deltakere. Deltakere fra vår egen arbeidsplass ble ikke inkludert. Samtlige henvendelser er gjort via e-post og telefon.

Vi rekrutterte tretten intensivsykepleiere fra to ulike regionale helseforetak i Norge til tre fokusgruppeintervjuer. Én deltaker meldte avbud av personlige grunner samme dag som fokusgruppeintervjuet skulle utføres. Fire menn og åtte kvinner deltok i studien. Det var tre til fem deltakere i hvert fokusgruppeintervju (tabell 1).

Tabell 1. Fokusgruppedeltakere

Fokusgruppe	Intensivenhetsnivå	Sykehus	Antall deltakere
1	1	Lokalsykehus	3
2	1	Lokalsykehus	4
3	2B, to ulike avdelinger	Sentralsykehus	5

Ni av deltakerne hadde arbeidet på en intensivavdeling fra noen måneder til ti år før intensivsykepleierutdanningen. Av hensyn til anonymisering oppgir vi ikke hver enkelt deltakers ansiennitet. I Norge inndeles intensivenheter i fire nivåer (20). Jo høyere nivå, desto mer komplekse behandlingsmetoder og krav til døgnbemanning av spesialutdannet personell innen intensivmedisin (tabell 2). Deltakerne i studien arbeidet på intensivenheter med nivå 1 og 2B.

Tabell 2. Beskrivelse av intensivenhetsnivå

Nivå 1	Gir kortvarig respiratorbehandling og overvåkning av stabile pasienter, mottak og stabilisering av akutt skadde og kritisk syke intensivpasienter før overflytting til høyere intensivenhetsnivå, bakvakt anestesiolog kan ha hjemmevakt.
Nivå 2A	Behandling av intensivpasienter med svikt i de fleste organsystemene. Intensivenheten har egne intensivleger på dagtid, bakvakt anestesiolog deltar i rotasjonsordning med dagtjeneste på intensivenheten.
Nivå 2B	Behandler intensivpasienter innlagt på spesialavdelinger. Intensivenhetene bruker kun anestesiologer som fagkyndige innenfor luftveis- og respiratorbehandling.
Nivå 3	Behandling av intensivpasienter med svikt i alle organsystemer. Alle medisinfaglige spesialiteter er tilgjengelig hele døgnet.

Kilde: Norsk Anestesiologisk Forening (NAF), Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere (NSFLIS) (20)

Datasamling

Før datasamlingen utarbeidet vi en semistrukturert intervjuguide inspirert av Krueger og Caseys (21) råd om gjennomføring av fokusgruppeintervju. Vi utviklet det faglige innholdet i intervjuguiden basert på tidligere forskning og kunnskapshull. Intervjuguiden ble testet i et pilotintervju med nyutdannede intensivsykepleiere fra samme kull som første- og andreforfatteren.

Etter pilotintervjuet drøftet første- og andre forfatteren innholdet i intervjuguiden med prosjektveilederen/sisteforfatteren. I etterkant ble intervjuspørsmålene mer spisset og med flere oppfølgingsspørsmål (tabell 3).

Tabell 3. Intervjuguide

Tema	Tematiske spørsmål	Stikkord for mulige oppfølgingsspørsmål	Generelle oppfølgingsspørsmål
Overgang	Hvordan erfarte dere overgangen fra å være intensivstudent til å arbeide som intensivsykepleiere i en intensivavdeling? Hvordan var de første månedene som nyutdannet intensivsykepleier?	Hva gikk bra? Hva var mer strevsomt?	Er det flere som erfarer … Er det noen som har andre erfaringer om … Kan du/dere utdype?
Utdanning	På hvilken måte erfarte dere at intensivsykepleier-utdanningen hjalp dere med å arbeide som nyutdannede intensivsykepleiere?	Praksisstudiet: Veiledning i praksisperiodene? Tilrettelegging? Undervisning?	
Forventninger	Hvilke forventninger hadde dere til å skulle arbeide som ferdig utdannede intensivsykepleiere?	Samstemte forventningene?	
Opplæring	Hvordan la arbeidsplassen deres til rette for at dere var nyutdannede intensivsykepleiere?	Opplæring, veiledning, mentor, kurs, simulering, undervisning	
Kompetanse-utvikling	Hva legger dere i begrepet «kompetent intensivsykepleier»? Hvordan erfarer dere det å arbeide som intensivsykepleier i dag versus som nyutdannet intensivsykepleier? Hva har bidratt til at dere kunne videreutvikle dere som fagpersoner?	Klinisk kompetanse? Tilpassede oppgaver? Samarbeid? Kan dere fortelle om situasjoner som har vært gode versus krevende?	

Prosjektveilederen deltok som moderator i det første fokusgruppeintervjuet. I de to neste intervjuene byttet første- og andreforfatteren på rollen som moderator og sekretær. Fokusgruppeintervjuene varte mellom 60 og 70 minutter og ble avholdt på deltakernes sykehus. Vi brukte to lydbåndopptakere.

Hvert fokusgruppeintervju startet med at vi presenterte studiens hensikt og problemstilling og spurte om deltakerne hadde spørsmål til informasjonsskrivet og informert samtykke. Sekretæren tok feltnotater og oppsummerte intervjuet kort i etterkant. Første- og andreforfatteren transkriberte intervjuene straks de var gjennomført.

Analyse

I arbeid med analysen anvendte vi den hermeneutiske analysemodellen til Fleming og medarbeidere (22) samt Kvale og Brinkmanns (23) trinnvise analyseprosess, der meningskoding og meningsfortolkning er sentralt. Analysemodellen til Fleming og medarbeidere (22) er inspirert av Gadamers filosofiske hermeneutikk og hans hermeneutiske sirkel – der helheten må forstås i sammenheng med delene, og delene ut fra helheten.

I hermeneutikken kan arbeid med lesing og analysering av tekstmateriale stadig utfordre forskerens forståelse. Analysemodellen til Fleming og medarbeidere (22) består av fire trinn: trinn 1) finne tekstens helhet og identifisere sin egen forforståelse, trinn 2) identifisere temaer ved å se på delene av teksten, trinn 3) få merforståelse ved å se delene opp mot helheten, og trinn 4) identifisere temaer (tabell 4).

Tabell 4. Beskrivelse av analysetrinnene

Trinn 1	Vi prøvde å være bevisst på vår egen forforståelse, noe som innebar at vi før hvert fokusgruppeintervju skrev ned egne tanker om temaet, og hva vi trodde deltakerne kunne fortelle oss. Rett etter intervjuene skrev vi ned vår forståelse av intervjuene. Vi utarbeidet et sammendrag av hvert fokusgruppeintervju etter flere gjennomlesninger av det transkriberte materialet.
Trinn 2	Flere temaer ble avdekket ved at vi fortolket meningen i direkte utsagn fra deltakerne. Tolkningen ble gjort på grunnlag av teori, våre egne kunnskaper og forforståelse.
Trinn 3	Her kontrollerte vi delene som ble analysert frem i trinn to opp mot oppsummeringen som vi laget i første trinn. Slik utviklet vi en utvidet forståelse av temaet.
Trinn 4	Vi identifiserte hovedtemaene «Høye kompetansekrav», «Ansvaret er stort» og «Å bli en kompetent intensivsykepleier er tidkrevende, krever faglig støtte og teamarbeid» basert på det som var mest sentralt i samtlige fokusgruppeintervjuer.

Kilder: Fleming V, Gaidys U, Robb Y (22) og Kvale S, Brinkmann S (23)

Første- og andreforfatteren gjennomførte først en manuell analyse ved å bruke Excel. Analysen, hovedtemaer og undertemaer ble deretter drøftet med prosjektveilederen. Eksempler på utarbeiding av temaer er illustrert i tabell 5.

Deltakerne fikk tilsendt resultatene som kom frem fra fokusgruppeintervjuene. Etter fokusgruppeintervjuene oppfordret vi deltakerne om å gi tilbakemelding på resultatene, noe ingen gjorde.

Tabell 5. Eksempler på meningsfortolkning og utvikling av undertema og hovedtema

Naturlig meningsbærende enhet	«Vi som intensivsykepleiere får plutselig et enormt ansvar. Selv om det ikke bestandig er vår oppgave å skulle ha all kunnskapen, blir vi rådført med og er gjerne de som står og kan veilede i rett behandlingsstrategi ...»	«Jeg husker at det jeg var mest redd for, og som jeg kanskje fortsatt er [...] Ved [det sentraliserte sykehuset jeg hadde praksis i] så har du tidlig definerte oppgaver på hva du skal gjøre når du begynner som ny intensivsykepleier. Du får ikke de skikkelig dårlige pasientene alene, heller ikke barnet. Men sånn er det ikke her. Her må du takle alt som kommer.»	«Det er stor forskjell på ulike typer intensivavdelinger. Noen har anestesilegen veldig tett. På min avdeling er vi mye alene, eller vi må tilkalle dem, og de kan være opptatt da. Du må på en måte jobbe ganske selvstendig da, ta egne avgjørelser [...] og jeg som har vært borte en periode. Jeg må lene meg på erfarne og trygge kolleger som jeg vet jeg kan spørre og stole på.»
Meningsfortetning	Som intensivsykepleiere får vi et enormt ansvar når andre rådfører seg med oss om behandlingsstrategi.	Redsel for hvilke pasienter som kommer. I kontrast til sentralsykehuset hvor det er krav om kurs eller mer erfaring for å ta seg av de dårlige pasientene, må vi som nye intensivsykepleiere her takle og ta ansvar for alt som kommer, alene.	I noen intensivavdelinger er anestesilegene tilgjengelig hele døgnet. På min avdeling må du jobbe mye selvstendig og ta egne avgjørelser. Jeg støtter meg til erfarne kollegaer, og enda mer siden jeg har vært borte en stund.
Meningsfortolkning	Intensivsykepleiere får med sin kompetanse et tillegg av ansvarsoppgaver som ikke formelt er tildelt deres profesjon, men legenes.	Ikke nok ressurser eller mengdetrening (erfaring) til dårlige intensivpasienter som innlegges på intensivavdelinger ved lokalsykehus. Forventning om at alle intensivsykepleiere skal kunne ivareta alle intensivpasienter. Uforutsigbart å være intensivsykepleier på lokalsykehus og alene om ansvaret for dårlige intensivpasienter.	Deltakeren behøver faglig støtte for å kunne utøve god intensivsykepleie, og enda mer når man har vært borte fra intensivavdelingen en stund. Det å måtte jobbe selvstendig er krevende.
Undertema	Ansvarsoversvømmelse, ansvarsfraskrivelse, Ansvarsforskyving, usynlig ansvar, ansvarsstress.	Høyt kompetansekrav, breddekompetanse, ikke tid til å bygge erfaring, forventning om kompetanse.	Tidkrevende å bli kompetent. Nødvendig med faglig støtte og teamarbeid. Å jobbe selvstendig er krevende.
Hovedtema	**Ansvaret er stort**	**Høye kompetansekrav**	**Å bli en kompetent intensivsykepleier tar tid, krever faglig støtte og teamarbeid**

Etiske overveielser

Studien er meldt til Norsk senter for forskningsdata, nå kalt Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør (referansenummer 747094). Det var frivillig å delta i henhold til Helsinkideklarasjonen (24). Deltakerne samtykket til å delta enten elektronisk eller skriftlig. De fikk informasjon om at de kunne trekke samtykket underveis i studien, noe ingen gjorde.

Samtlige intervjuer ble lagret i en kryptert fil og slettet fra minnekortene i lydbåndopptakerne. Datamaterialet ble lagret og bearbeidet i henhold til lovverk og forskrifter om håndtering av personidentifiserende opplysninger (25).

Resultater

I arbeidet med analysen kom det frem tre hovedtemaer med tilhørende undertemaer:

- Høye kompetansekrav
  - Å knytte teori til klinisk praksis bidrar til kunnskapsutvikling
  - Ulike kompetansekrav på lokal- og sentralsykehus
- Ansvaret er stort
  - Fra stykkevis og delt ansvar til å stå alene med hele ansvaret
  - Å håndtere uventede situasjoner – ansvarsstress
- Å bli en kompetent intensivsykepleier tar tid, krever faglig støtte og teamarbeid
  - Overgangen fra intensivsykepleierstudent til nyutdannet intensivsykepleier erfares som krevende

Høye kompetansekrav

Å knytte teori til klinisk praksis bidrar til kunnskapsutvikling

Medisinskfaglig kunnskap og kliniske praksisperioder gjorde det lettere å forstå uavklarte og utfordrende pasientsituasjoner:

«Du har noe å forholde deg til som gjør deg tryggere. Bare det at man har fått i ryggmargen den ABCDE-en. Man danner et raskt bilde på hvordan [intensivpasienten] har det» (fokusgruppe 1).

Det var høye krav til kompetanse, og mer teoretisk kunnskap bidro til økt bevissthet om tidligere kunnskapshull:

«Bare det å forstå V/Q-forholdene i lungene. [Før] var det et mystisk begrep. [Nå] skjønner man overtrykksventilasjon mye bedre» (fokusgruppe 1).

Samtlige savnet mer klinisk undervisning og intensivfaglig fordypning i studiet. Deltakerne syntes at praksiserfaringer var mest lærerikt og anvendbart for intensivsykepleieutøvelsen:

«Du skaper ikke erfaringer av å sitte i et klasserom og snakke om en case. Når du lever i det med kroppen din, så husker du det bedre» (fokusgruppe 2).

Flere påpekte at praksisveiledernes kompetanse og erfaring er avgjørende for et godt læringsutbytte i praksisperiodene:

«Veilederen min hadde ikke barnekompetanse. Det gjorde at jeg ikke fikk anledning til å se barneintensivpasienter i praksis. Hvordan puster et barn normalt eller unormalt? Man har kun lært seg referanseområder i boka» (fokusgruppe 2).

Å gjøre kliniske observasjoner og vurderinger var noe de ikke kunne lese seg til. I samtlige fokusgrupper problematiserte deltakerne utfordringer med å måtte ta hånd om barneintensivpasienter. De hadde fått lite kunnskap om og klinisk erfaring med denne pasientgruppen underveis i utdanningen.

Ulike kompetansekrav på lokal- og sentralsykehus

På lokalsykehusene med intensivenhetsnivå 1 var det krav om intensivsykepleiefaglig breddekompetanse. Her ble det innlagt intensivpasienter i alle aldre med ulik sykdomsårsak og alvorlighetsgrad – alt fra stabile intermediærpasienter til ustabile og dårlige intensivpasienter tilkoplet respirator, som ventet på å bli overført til et høyere behandlingsnivå:

«Her må du kunne takle alt som kommer. Og det som er [det] skumleste når du skal [være] både koordinator eller ha en ny pasient, du vet ikke hva som kommer» (fokusgruppe 2).

Deltakerne var også med på utrykning ved hjertestans-, slag- og traumealarm:

«Du kan gå på hjertestans til hjertestans til du plutselig treffer en fire ukers baby […]. Mor springer inn med et blått barn og roper hysterisk at barnet er dødt» (fokusgruppe 1).

Intensivpasienter som er innlagt på intensivenhetsnivå 2B, er en voksen pasientgruppe som behøver avansert og spesialisert intensivbehandling over lengre tid:

«Som nyutdannet er det tilfredsstillende å arbeide med én pasientgruppe, for da kan man tidlig føle seg god» (fokusgruppe 3).

Når de hadde mengdeerfaring med en avgrenset pasientgruppe, bidro det til mer dybdekunnskap og erfaring med tidlig mestring som nyutdannet intensivsykepleier.

Ansvaret er stort

Fra stykkevis og delt ansvar til å stå alene med hele ansvaret

Noen deltakere opplevde at de kun fikk ansvaret for deler av behandlingen til intensivpasientene i siste praksisperiode:

«Den ansvarsfølelsen er ikke like mye til stede som student, for da er det sånn 'Ja, nå skal jeg skifte på denne arteriekranen' […], men det er mer komplekst enn det» (fokusgruppe 2).

Som nyutdannede intensivsykepleiere oppdaget flere at pasientsituasjonene var mer kompliserte og komplekse enn de hadde erfart som intensivsykepleierstudenter. Flere fikk tildelt et stort ansvar. I tillegg til å ivareta intensivpasienter, skulle de også veilede ansatte og intensivstudenter:

«Man blir satt som koordinator. Det er ikke alltid så greit uten å få opplæring, å stå ansvarlig for avdelingen, [men] når det er deg og 90 prosent vikarer, av og til blir det sånn» (fokusgruppe 3).

Som nyutdannet fikk flere tildelt ansvaret for dårlige intensivpasienter helt alene, og flere savnet støtte fra en veileder:

«Jeg kunne kjenne på det stresset at nå skal du alene ha ansvaret for en dårlig respiratorpasient. Før hadde man én med erfaring i bakhånd. Nå var det jeg som hadde mest erfaring, og som skulle ha en ferskere i lag med meg» (fokusgruppe 1).

Flere ønsket å få mer ansvar for intensivpasienter i siste praksisperiode, og at veilederen i større grad var mer tilbaketrukket. Flere mente at dette ville ha bidratt til en lettere overgangsprosess.

Å håndtere uventede situasjoner – ansvarsstress

Deltakerne fortalte om et stort ansvar for ustabile intensivpasienter, noe som var mest fremtredende på lokalsykehusene der anestesilegene kunne ha hjemmevakt. De var spesielt sårbare på vakter i helgene og på nettene:

«Kan stå alene på vakt og må gi en muskelblokk[ade] fordi pasienten får en bronkospasme, og du har ingen som kan hjelpe deg innenfor 20 minutters rekkevidde. Derfor har vi som intensivsykepleiere et mye større ansvar, det forventes at vi skal håndtere en hvilken som helst situasjon egentlig» (fokusgruppe 1).

Flere påpekte at intensivsykepleierutdanningen hadde gitt dem medisinskfaglig kunnskap, slik at det ble lettere å oppdage og håndtere komplikasjoner som kunne oppstå i forbindelse med intensivbehandlingen. Mer kunnskap bidro også til mer forståelse av ansvaret de hadde for å gi riktig behandling:

«Det er mer ansvar og kunnskap bak de avgjørelsene og vurderingene vi [nå] gjør, som gjør at arbeidshverdagen er lettere og forutsigbar […] Før var man kanskje mer lykkelig uviten[de]. Mens nå er man ulykkelig viten[de]» (fokusgruppe 1).

«For egen del så føltes det som å bli sidestilt med de som har vært intensivsykepleiere i tretti år i forhold til arbeidsoppgaver man ble tildelt» (fokusgruppe 1).

En deltaker fortalte om en situasjon der en mindre erfaren lege overflyttet en akutt og kritisk syk pasient til intensivavdelingen for en konkret behandling. Ved mottakelsen fikk den nyutdannede intensivsykepleieren en følelse av at ordinert behandling var feil. Intensivsykepleieren opplevde ikke at legen ville høre på vedkommendes vurderinger av situasjonen. Ytterligere observasjoner gjorde at intensivsykepleieren fikk bekreftet sin mistanke. Vedkommende kontaktet bakvakten, som var enig i at forordnet behandling ikke skulle igangsettes.

Slike erfaringer medførte stress, usikkerhet, uforutsigbarhet og utrygghet i nybegynnerfasen. Samtidig fortalte de at utfordrende pasientsituasjoner ga økt kompetanse og medførte at de våget å ta mer ansvar.

Å bli en kompetent intensivsykepleier tar tid, krever faglig støtte og teamarbeid

Overgangen fra intensivsykepleierstudent til nyutdannet intensivsykepleier erfares som krevende

Flere av deltakerne i studien ga uttrykk for at de hadde behov for tettere faglig oppfølging og veiledning, også som nyutdannede intensivsykepleiere. Det å være intensivsykepleierstudent én dag for så å være ferdig utdannet intensivsykepleier neste dag var krevende for flere. Ingen av deltakerne fikk tilbud om opplæringsprogram for nyansatte. Flere opplevde å måtte ta hånd om komplekse intensivpasienter alene. Deltakerne merket at det tar tid å bli en kompetent intensivsykepleier:

«Det er litt sånn som når du har tatt lappen. Du er ikke en god sjåfør. Det tar lang tid før du lærer deg å kjøre bil» (fokusgruppe 2).

Deltakerne med tidligere arbeidserfaring fra en intensivavdeling erfarte at praksiserfaringene hjalp dem når ny teoretisk kunnskap skulle innlæres:

«Jeg kunne bruke energien på å lese meg opp på kunnskap rundt ulike pasientkasus og fordype meg i patofysiologien […]. For mine medstudenter som ikke hadde intensiverfaring, kunne jeg se at det var mye [nytt] å sette [seg] inn i» (fokusgruppe 1).

For deltakerne var det lærerikt og motiverende å samarbeide med kolleger som hadde intensivfaglig kompetanse:

«[…] at du har rom for å jobbe sammen to og to, eller at du har folk som er mer erfarne enn [deg] bak [deg] som [du] kan spørre. Det å ha dårlige pasienter og at det er rom for å spørre både leger og erfarne sykepleiere. Det er veldig lærerikt og fint. Det må også være nok kompetanse på jobb» (fokusgruppe 3).

Faglig støtte, samstemthet i teamet, kollegafellesskap, opplevelse av god pasientbehandling, tilstrekkelig bemanning og veiledning av erfarne intensivsykepleiere og leger var positivt for overgangsprosessen og muliggjorde kompetanseutvikling.

Diskusjon

Erfaring med å være nyutdannet

Vår studie viser at nyutdannede intensivsykepleiere opplever at overgangen fra å være intensivsykepleierstudent til å arbeide som intensivsykepleier er større enn forventet. Flere mente at det kunne lettet overgangen å få hjelp til å knytte teori til klinisk praksis samt mer ansvar i siste praksisperiode. De syntes kravene til handlingskompetanse som nyutdannede intensivsykepleiere var høye.

I henhold til Benners (26) teori krever det gjentatt erfaringslæring og refleksjon over sin egen handling for å utvikle handlingskompetanse. Ifølge Forskriften (1) skal utdanningsinstitusjonene forsikre seg om at de tilbyr relevante læresituasjoner, kunnskapsbaserte tjenester og kompetente veiledere.

Flere deltakere i studien vår hadde arbeidserfaring fra intensivavdeling før de startet på intensivsykepleierutdanningen. Etter Benners teori (16) kan de anses som avanserte nybegynnere, der erfarte situasjoner gir dem bedre mulighet til å forstå ulike situasjoner, men de vil fortsatt behøve veiledning og faglig støtte.

Ifølge Austenå og medarbeidere (8) trenger intensivsykepleiere på norske intensivavdelinger økt veiledningskompetanse. Praksisveiledere med veiledningskompetanse tør å gi mer ansvar til intensivsykepleierstudenter (8). Resultatene i studien viser at erfarne praksisveiledere underveis i studiet bidrar til en god overgang til arbeidslivet. Det at intensivsykepleierstudentene får og tar ansvar i praksisperiodene, bidrar til at de videreutvikler sin profesjonelle identitet som intensivsykepleier (8), noe deltakerne var opptatt av.

Deltakerne opplevde også ansvarsstress som nyutdannede intensivsykepleiere. Begrepet «ansvarsstress» beskrives av Olsvold (27) som en intens ansvarserfaring i pasientbehandlingen, hvor ansvar og kompetanse ikke formelt tilhører personen som har ansvaret. Et eksempel på erfaring med ansvarsstress er deltakeren i en av fokusgruppene, som reagerte på ordinert medisinsk behandling fra en mindre erfaren lege. Deltakeren tok ansvar og kontaktet bakvakten, slik at pasienten fikk riktig behandling.

Ifølge helsepersonelloven (28) har leger medisinsk beslutningsansvar i behandlingen av pasienter. Deltakerne i vår studie ønsket et tettere samarbeid med *erfarne* intensivsykepleiere og leger som nyansatt. Ansvarsstress over tid vil trolig hemme en god overgangsprosess og kanskje bidra til at flere intensivsykepleiere avslutter sitt arbeidsforhold på intensivavdelinger. Teamarbeid og nok intensivfaglig bemanning, noe deltakerne våre savnet, vil trolig bidra til redusert ansvarsstress.

Organisatoriske rammer på intensivavdelingene påvirker overgangen

Ifølge spesialisthelsetjenesteloven (29) plikter sykehusene å gi opplæring slik at den ansatte kan utføre arbeidet forsvarlig. Ingen av våre deltakere fikk formell opplæring som nyansatt intensivsykepleier på sitt arbeidssted. Flere av deltakerne erfarte et «realitetsgap» i overgangsprosessen: et manglende samsvar mellom opparbeidet utdanningsfaglig kunnskap og kompetansekravene på intensivfeltet. Våre resultater viser at kompetansekravene er ulike på intensivenhetsnivå 1 og 2B. Det var overraskende at behovet for breddekompetanse ser ut til å være stort på nivå 1-intensivenheter.

Høgbakk og Jakobsen (30) påpeker, i likhet med vår studie, at høye kompetansekrav på nivå 1-intensivenheter kan skyldes organisatoriske rammer. Eksempelvis er det færre intensivsykepleiere på avdelingen, og anestesileger kan ha hjemmevakt (20). De har også mindre mengdetrening og kompetanse i å behandle respiratorpasienter (30), noe deltakerne i vår studie også påpekte. Store avstander mellom lokalsykehus og sentraliserte sykehus i Norge kan medføre at lokalsykehus med nivå 1 må behandle akutt, kritisk syke pasienter lenger enn de har kompetanse til (30).

Deltakerne fra nivå 2B fortalte om en mer håndterlig overgang, men opplevde også høye krav til kompetanse. Resultatene våre viste at deltakerne fra disse avdelingene oftere hadde en mer avgrenset pasientgruppe, noe som ga mengdeerfaring og bidro til raskere handlingskompetanse. Nivå 2B-intensivenheter har også flere ressurser tilgjengelig. For eksempel er anestesileger fysisk tilgjengelig på avdelingen hele døgnet (20).

Tid til å oppnå kompetansekravene

En nyutdannet intensivsykepleier skal ifølge Forskriften (1) være handlingskompetent. Resultatene i vår studie viser at deltakerne med arbeidserfaring fra en intensivavdeling før intensivsykepleierutdanningen syntes overgangsprosessen var enklere. Tidligere erfaringer bidro til at de raskere kunne gripe inn og snu et forløp som avvek fra det normale (16, 26), eksempelvis deltakeren i fokusgruppeintervju 1 som måtte gi en muskelblokade fordi pasienten fikk en bronkospasme før legen kom.

Fra 1. juli 2025 oppheves rammeplanen (31). Det innebærer at lokale opptakskrav og krav om to års arbeidserfaring som sykepleier kan frafalles. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) gjennomfører nå følgeforskning der de ser på konsekvensene av en slik endring (4). En av konsekvensene kan være at flere vil oppleve et «overgangssjokk» i sitt første møte med klinisk praksis (9, 10, 12).

Ytterste konsekvens kan bli at nyutdannede intensivsykepleiere vil forlate yrket (12, 32). Det finnes ikke statistikk på hvor mange intensivsykepleiere som slutter i yrket de første årene i Norge. Vår studie viser at det tar tid å bli trygg og kompetent, noe som samsvarer med Benners (16, 26) fem utviklingstrinn.

Tidligere forskning viser at det kan ta to år før sykepleiere på intensivavdelinger opplever økt selvtillit og tilhørighet i teamet (9, 10, 12). Det å ikke kreve erfaring fra klinisk praksis etter bachelorutdanningen vil kunne medføre at det kan ta lengre tid før intensivsykepleiere blir handlingskompetente.

Studiens styrker og begrensninger

Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført i forbindelse med at første- og andreforfatteren skrev en masteroppgave. Artikkelen er skrevet to år etter at første- og andreforfatteren var ferdig utdannet intensivsykepleiere. Vi har forsøkt å utfordre vår forforståelse. Økt bevissthet om vår forforståelse har bidratt til at resultatet som fremkom fra fokusgruppene på intensivenheter på nivå 1, har fått mer plass i resultatdelen og diskusjonen. Prosjektveilederen/sisteforfatteren har arbeidet mer enn 15 år på intensivfeltet. Dette kan være en styrke, men også en svakhet fordi overgangen fra intensivsykepleierstudent til ferdig utdannet intensivsykepleier da kan fremstå som mer fremmed enn kjent.

Første- og andreforfatteren kjente ikke deltakerne. Prosjektveilederen kjente noen av deltakerne i fokusgruppeintervjuet hun var moderator for i og med at hun er ansatt på masterstudiet i sykepleie med studieretning intensiv. Til tross for dette kjennskapet samtykket deltakerne til prosjektveilederens deltakelse. Hennes tilstedeværelse syntes ikke å ha hindret dialogen i fokusgruppeintervjuet.

Individuelle intervjuer kunne ha fått frem andre resultater og kanskje mer personlige erfaringer om ikke å oppleve seg kompetent. Det er nødvendig med videre forskning på overgangsprosessen fra intensivsykepleierstudent til ferdig intensivsykepleier.

Konklusjon

Deltakerne erfarte at kompetansekravene var høyere og ansvaret større enn forventet i overgangen fra intensivsykepleierutdanningen til ferdig utdannet intensivsykepleier. Erfarne praksisveiledere som gir intensivsykepleierstudenten mer ansvar i praksis, fremmer en god overgangsprosess. Det å fjerne opptakskrav på intensivsykepleierutdanningen om to års praksiserfaring etter bachelorutdanningen vil kunne bidra til at det tar lengre tid å oppnå handlingskompetanse.

For at overgangsprosessen skal bli mer håndterlig, bør det vies mer tid til veiledning og kollegastøtte. Det trengs dessuten mer forståelse for at det tar tid å bygge kompetanse. Også nyutdannede intensivsykepleiere erfarer ansvarsstress. Mangelen på intensivsykepleiere synes å hemme kunnskapsutviklingen og en god overgangsprosess.

Takksigelse

Takk til forskning og utvikling (FOU) på Operasjon- og intensivklinikken (OPIN-klinikken) ved Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø, Det helsevitenskapelige fakultet ved UiT Norges arktiske universitet i Tromsø og St. Olavs hospital i Trondheim.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.

Åpen tilgang CC BY 4.0

TØFF OVERGANG: Nyutdannede intensivsykepleiere som har erfaring fra intensivfeltet, har en lettere overgangsprosess. *Archive photo: Erik M. Sundt*

1. Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning. FOR-2021-10-26-3094 [hentet 15. oktober 2023]. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2021-10-26-3094

2. Seierstad TØ, Eimot M. Rapport Abio Ressurs [internett]. Oslo: Analysesenteret; 2021 [hentet 20. juni 2023]. Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/wjMY7E31M0RPe3XqbG9pNT2YhpBvQxYksoFKwkjyiPI5tyMNcr.pdf?fbclid=IwAR3jo0F5fAX3W0IwWTsMGHXZVb3T9M3sVT0nXaq8WPvy4YyBLqniWybW7q0

3. Riksrevisjonen. Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene. Del av Dokument 3:2 (2019–2020) [internett]. Oslo: Riksrevisjonen; u.å. [hentet 20. juni 2023]. Tilgjengelig fra: https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2019-2020/bemanningsutfordringerhelseforetakene.pdf

4. NOU 2023: 4. Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste [internett]. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Teknisk redaksjon; 2023 [hentet 20. juni 2023]. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf

5. Helse- og omsorgsdepartementet. Oppfølging av Stortingets behandling av Prop. 51 S (2021–2022) [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2022 [hentet 20. juni 2023]. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppfolging-av-stortingets-behandling-av-prop.-51-s-202120222082152.pdf

6. Utdannings- og forskningsdepartementet. Rammeplan for videreutdanning i intensivsykepleie [internett]. Oslo: Utdannings- og forskningsdepartementet; u.å. [hentet 20. juni 2023]. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269388-rammeplan_for_intensivsykepleie_05.pdf

7. Mortensen M, Karlsen M-MW, Hovde H, Lykke P, Mathisen L. Norske intensivsykepleiestudenters tilfredshet med og opplevelse av intensivsykepleiestudiet. En tverrsnittstudie. Inspira. 2020;15(2):5–15. DOI: 10.23865/inspira.v15.2778

8. Austenå M, Høybakk J, Nyhagen R, Sjöberg M, Sørensen AL, Heggdal K. Styrking av veileders kompetanse i utdanning av intensivsykepleiere: et aksjonsforskningsprosjekt. Nordisk sygeplejeforskning. 2019;9(4):299–312. DOI: 10.18261/issn.1892-2686-2019-04-07

9. DeGrande H, Liu F, Greene P, Stankus J-A. The experiences of new graduate nurses hired and retained in adult intensive care units. Intensive Crit Care Nurs. 2018;49:72–8. DOI: 10.1016/j.iccn.2018.08.005

10. Innes T, Calleja P. Transition support for new graduate and novice nurses in critical care settings: an integrative review of the literature. Nurse Educ Pract. 2018;30:62–72. DOI: 10.1016/j.nepr.2018.03.001

11. Lalonde M, Smith CA, Wong S, Bentz JA, Vanderspank-Wright B. Part 2: New graduate nurse transition into the Intensive Care Unit: summative insights from a longitudinal mixed-methods study. Res Theory Nurs Pract. 2021;35(4). DOI: 10.1891/rtnp-d-21-00014

12. Powers K, Herron EK, Pagel J. Nurse preceptor role in new graduate nurses' transition to practice. Dimens Crit Care Nurs. 2019;38(3):131–6. DOI: 10.1097/DCC.0000000000000354

13. Vanderspank-Wright B, Lalonde M, Smith CA, Wong S, Bentz JA. New graduate nurse transition into the Intensive Care Unit: qualitative insights from a longitudinal study – part 1. Res Theory Nurs Pract. 2019;33(4):428–44. DOI: 10.1891/1541-6577.33.4.428

14. Chamberlain D, Hegney D, Harvey C, Knight B, Garrahy A, Tsai LP-S. The factors influencing the effective early career and rapid transition to a nursing specialty in differing contexts of practice: a modified Delphi consensus study. BMJ Open. 2019;9(8):e028541-e. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-028541

15. Meld. St. 16 (2016–2017). Kultur for kvalitet i høyere utdanning [internett]. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2017 [hentet 25. oktober 2023]. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-16-20162017/id2536007/?ch=1

16. Benner P. Fra novice til ekspert: mesterlighed og styrke i klinisk sygeplejepraksis. København: Munksgaard; 1995/1984.

17. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.

18. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 11. utg. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2020.

19. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.

20. Norsk Anestesiologisk Forening (NAF), NSFs Landsgruppe av intensivsykepleiere (NSFLIS). Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge [internett]. Oslo: NAF, NSFLIS; 2014 [hentet 20. juni 2023]. Tilgjengelig fra: https://www.legeforeningen.no/contentassets/7f641fe83f6f467f90686919e3b2ef37/retningslinjer_for_intensivvirksomhet_151014.pdf

21. Krueger RA, Casey MA. Focus groups: a practical guide for applied research. 5 utg. Los Angeles (CA): Sage; 2015.

22. Fleming V, Gaidys U, Robb Y. Hermeneutic research in nursing: developing a Gadamerian-based research method. Nurs Inq. 2003;10(2):113–20. DOI: 10.1046/j.1440-1800.2003.00163.x

23. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.

24. World Medical Association (WMA). WMA Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects [internett]. Ferney-Voltaire: WMA; 6. september 2022 [hentet 20. juni 2023]. Tilgjengelig fra: https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/

25. Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven). LOV-2018-06-15-38 [hentet 20. juni 2023]. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38

26. Benner P, Hooper-Kyriakidis P, Stannard D. Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: a thinking-in-action approach. 2. utg. New York: Springer; 2011.

27. Olsvold N. Ansvar og yrkesrolle: om den sosiale organiseringen av ansvar i sykehus [doktoravhandling]. Oslo: Universitetet i Oslo; 2010 [hentet 27. mars 2022]. Tilgjengelig fra: https://www.nb.no/search?q=oaiid:%22oai:nb.bibsys.no:991024904904702202%22&mediatype=b%C3%B8ker

28. Lov om helsepersonell (helsepersonelloven). LOV-1999-07-02-64 [hentet 20. juni 2023]. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64

29. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). LOV-1999-07-02-61 [hentet 20. juni 2023]. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61

30. Høgbakk ML, Jakobsen R. Kompetanse, faglig selvtillit og pasientsikkerhet: erfart kompetansebehov hos intensivsykepleiere ved en intensivavdeling nivå 1 på et lokalsykehus. 2019;9:285–98. DOI: 10.18261/issn.1892-2686-2019-04-06

31. Forskrift til rammeplan for videreutdanning i intensivsykepleie. FOR-2005-12-01-1389 [hentet 15. oktober 2023]. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-12-01-1389

32. Khan N, Jackson D, Stayt L, Walthall H. Factors influencing nurses' intentions to leave adult critical care settings: What factors influence nurses' intentions to leave the adult critical care areas? Nurs Criti Care. 2019;24(1):24–32. DOI: 10.1111/nicc.12348