

Vitenskapelig artikkel

Kompetanse, faglig selvtillit og pasientsikkerhet:

**Erfart kompetansebehov hos intensivsykepleiere ved en intensivavdeling
nivå 1 på et lokalsykehus.**

**Kort versjon av tittel: intensivsykepleieres erfaringer av egen
kompetanse ved en intensivavdeling på et lokalsykehus**

Mona Lahm Høgbakk

Avansert klinisk intensivsykepleier • Universitetslektor UiT Norges arktiske universitet •

Mona.l.hogbakk@uit.no

Rita Jakobsen

Professor i avansert klinisk sykepleie • Lovisenberg diakonale høgskole •

Rita.Jakobsen@ldh.no

Antall ord: 4991

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Organisering av spesialisthelsetjenesten har i løpet av 20 år utviklet seg fra mange sykehus med brede funksjoner og kompetanse, til et hierarkisk system der spesialkompetansen er samlet i få sykehus. Omtalte organisering av tjenesten har medført nye utfordringer for intensivsykepleierne. Intensivsykepleiernes fagutøvelse er regulert av lov om faglig forsvarlig behandling og omsorgsfull hjelp. Utøvelse av faglig forsvarlig intensivsykepleie fordrer kompetanse i tråd med de utfordringer den enkelte intensivenhet står ovenfor. **Hensikten** med studien er å belyse faglige utfordringer og kompetansebehov gjennom å fortolke 5 intensivsykepleieres erfaringer fra sitt arbeid ved en intensivenhet med nivå 1 funksjon. **Design og metode:** Kvalitativt design med individuelle, semi- strukturerte intervju. Utvalg: Strategisk. Fem erfarne intensivsykepleiere fra en nivå 1-enhet. **Analyse:** Systematisk tekstkondensering. I funnene er tema: erfart kompetanse, sub-tema: å være erfaren, å ta ansvar, behov for videreutvikling. Tema: erfarte utfordringer av faglig og systemisk karakter, sub-tema: uklare forventninger, uforutsigbare situasjoner, individ og system. **Konklusjon:** Det erfares manglende kongruens mellom de utfordringer virkeligheten representerer og det beskrevne ansvaret. Den samlede kompetansen på avdelingen er ujevn, både blant sykepleiere og leger. Intensivsykepleierne ivaretar et betydelig ansvar for at enhetens praksis er forsvarlig. De erfarer nær sammenheng mellom kompetanse, trygghet, faglig selvtilit, kvalitet og pasientsikkerhet. Behovet for opplæring og kompetanseutvikling synes særlig stor med tanke på beredskap for å håndtere uforutsigbare situasjoner.

Nøkkelord: erfaring, faglig forsvarlighet, klinisk kompetanse, kompetanseutvikling, omorganisering, overvåkingsavdeling.

Competence, professional self-confidence and patient safety:

Experiences of competence needs among ICU nurses in a local hospital

ABSTRACT

Background: Over the past 20 years, the organisation of specialist health services in Norway has developed from a system with many hospitals with a broad range of functions and expertise into a hierarchy with specialist expertise concentrated in a small number of hospitals. This reorganisation of healthcare has meant new challenges for ICU nurses. The professional practice of ICU nurses is governed by legislation on responsible treatment, care and support. Responsible ICU nursing requires appropriate competencies for the challenges of the individual ICU. **The aim** of this study is to shed light on nursing challenges and competence requirements by interpreting the experiences of five intensive care nurses from their work in a level 1 ICU (the lowest level). **Design and method:** Qualitative design with individual semi-structured interviews. Sample: Strategic. Five experienced ICU nurses from a level 1 unit. **Analysis:** Systematic text condensation. The findings revealed themes and sub-themes. Theme: experienced competence, sub-themes: being experienced, taking responsibility, need for further development. Theme: experienced professional and systemic challenges, sub-themes: unclear expectations, unpredictable situations, individual and system. **Conclusion:** A lack of congruence was experienced between the challenges of reality and the responsibilities described. There was an uneven level of competence among both nurses and doctors in the ICU. ICU nurses had considerable responsibility for ensuring sound practices in their unit. They experienced a close relationship between competence, well-being, professional self-confidence, quality and patient safety. There was a particular need for training and competence development to help nurses prepare for and deal with unpredictable situations.

Keywords: clinical competence, competence development, experience, professionally sound care, reorganisation.

BAKGRUNN

I takt med samfunnets utvikling når det gjelder helseutfordringer og helsetjenester, endres også kravene til utøvernes profesjonelle kompetanse i de ulike tjenestene. Kompetanse handler om å være i stand til å løse eller håndtere problemer adekvat, (1), her forstått som utøvelse av faglig forsvarlig og kunnskapsbasert praksis. Den norske organisering av spesialisthelsetjenesten har i 20 år endret seg fra mange sykehus med generelle funksjoner og kompetanse, til et hierarkisk system der spesialkompetansen er samlet i få store universitetssykehus. Disse har naturlig nok den høyeste kompetansen mens lokalsykehusene den laveste (2). For intensivmedisin beskrives tjenesten i 3 nivåer, og følger den europeiske standard for intensivenheter (3) etter hvilke og hvor kompliserte tilstander pasienten har. Nivå 3, skal behandle pasienter som er akutt, kritisk syke med svikt i flere organer. Dette innbefatter også behandlingen av spesielle innleggelser slik som for eksempel traumepasienter. På nivå 2, som tidligere var sentralsykehus og lokalsykehus, behandles pasienter med begrenset organsvikt. På disse sykehusene finnes ofte også nivå 1. Her stabiliseres og behandles pasienter med kortvarig behandlingstid før de flyttes til et høyere nivå (2). Danmark og Sverige har tilsvarende 3-nivå inndeling (4,5), men definisjonene på nivåene kan variere noe.

Begrunnelsen for omorganiseringen er å kunne drive intensivmedisin på et akseptabelt nivå. Studier viser at det er sammenheng mellom volum av pasienter under respiratorbehandling og mortalitet, og at intensivheten bør være en viss størrelse for å oppnå god kvalitet på behandlingen (6).

Denne organisering har medført nye utfordringer for intensivsykepleierne. Dersom man skal innlede respiratorbehandling før videresending med ambulansely, hvilke utfordringer skaper en slik situasjon? Krever «Litt» respiratorbehandling bare «litt» kompetanse?

Norge er et land der avstanden mellom lokalsykehusene og universitetssykehusene byr på utfordringer (7). Værforhold, avstander og kapasitetsmangel kan føre til at intensivenheter med nivå 1 funksjon må behandle akutt kritisk syke pasienter over vesentlig lengere tid enn det som er beskrevet i oppdraget for nivå 1 enheter. Hvilke konsekvenser kan dette ha for intensivsykepleierne og deres opplevelse av beredskap for å håndtere akutte og komplekse situasjoner?

Intensivsykepleiernes fagutøvelse er regulert av lov om faglig forsvarlig behandling og omsorgsfull hjelp (8). Utøvelse av faglig forsvarlig intensivsykepleie fordrer kompetanse i tråd med de utfordringer den enkelte intensivenhet står ovenfor. Rett kompetanse på rett plass er en stor utfordring i helsetjenestene. Å ruste spesialisthelsetjenesten til å møte samfunnets behov for akutte tjenestetilbud i et langstrakt og spredt befolket land, handler i stor grad om å finne balansen mellom det som haster og det som kan planlegges, mellom det som må gjøres sentralt, og det som kan skapes lokalt (9).

LITTERATURGJENNOMGANG

Faglig forsvarlighet – samfunnets oppdrag

Intensivsykepleierens handlinger styres av et samfunnsoppdrag som er regulert i nasjonale lover og forskrifter (10,11). I lovene er faglig forsvarlighet et overordnet juridisk begrep der målet er en trygg, forsvarlig og omsorgsfull praksis. Helsepersonelloven (10) presiserer krav om forsvarlig og omsorgsfull hjelp, og Pasient- og brukerrettighetsloven (11) gir pasient og pårørende retten til dette.

Hovedhensikten bak forsvarlighet er å beskytte pasienten og samfunnet mot handlinger og unnlaterelser som innebærer unødvendig skaderisiko (12). For intensivsykepleierne er målet å tilby pasientene en kvalitativ god sykepleie ut fra pasientenes behov og med utgangspunkt i det som til enhver tid blir definert som god praksis og god sykepleie (8). En god og anerkjent sykepleiepraksis er kunnskapsbasert (13). God praksis er en standard som ofte ligger høyere enn kravet om faglig forsvarlighet. Faglig forsvarlighet er altså alltid en minstestandard (14).

Profesjonens ansvar for sikkerhet i helsetjenesten

Sykepleiere med utvidet klinisk kompetanse er ifølge Helsedirektoratet (15) nødvendig for å imøtekomme kravene til pasientbehandling i helsesektoren på en faglig forsvarlig måte.

Spesialisering i intensivsykepleie er å forstå som et svar på samfunnets behov for en utvidet klinisk kompetanse. I denne kompetansen ligger forventninger om utøvelse av, og tilrettelegging for, en kunnskapsbasert praksis der forskningskunnskap, erfaringskunnskap, pasientmedvirkning i en kontekst inngår (13,16).

Begrepet *Professional confidence* beskrives som en dynamisk, moden, personlig tro en profesjonell utøver innehar knyttet til sitt virke (17). Dette innebærer en forståelse og tro på forventninger til egen rolle, funksjon og utøvelse, og kapasitet til å fylle disse forventning. 54 sykepleiere fra en pediatrik avdeling ble spurt om erfaringer etter gjennomført spesialutdanning (18). Trygghet og selvtillit i utøvelse samt større autoritet, ble fremhevet som betydningsfullt. Andre studier viser at gjennomføring av postbachelor utdanningsprogram skaper større trygghet i beredskap og i møte med pasienter, pårørende og kollegaer (19-21). Lende (22) intervjuet intensivsykepleiere i forhold til rolle og behov. Betydningen av faglig påfyll og utvikling er funn i denne studien. Her understrekes viktigheten av å treffe andre miljøer for å lære og å være oppdatert, noe som igjen skaper

selvtillit i utøvelsen. Coffey, McCarthy (23) har gjort en cross-sectional studie i fem land og viser sammenheng mellom avansert kunnskap og selvtillit i utøvelse til pasienter med avanserte behov.

Sykepleieres bidrag til pasienters behandlingsresultat i helsetjenestene blir stadig underkommunisert (16,24,25). Den internasjonale studien RN4CAST: *Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study* viser at det var sammenheng mellom pasientdødeligheten og andelen av de ansatte som hadde sykepleiefagligutdannelse. Der andelen ansatte med sykepleiekompetanse var høyere var også pasientdødeligheten lavere. Studien viser-sammenheng mellom kompetanse og forsvarlig pasientbehandling (24).

Litteraturgjennomgangen viser betydning av kompetanse og faglig trygghet for å kunne yte faglig forsvarlig pasientbehandling, i et overordnet perspektiv. Foreliggende studie belyser dette mer konkret ved å fokusere på intensivsykepleieres erfaringer fra en intensivenhet nivå 1 der forventninger til kompetansenivå og utøvelse er lavt. Bakgrunnen for studien ligger i en strukturendring til nivå 1, der oppgaver er redefinert uten at erfarte konsekvenser er tatt rede på. Denne studien er relevant fordi den tar rede på erfarte konsekvenser av forventninger til lavt behandlingsnivå ved en intensivenhet. Det har ikke vært mulig å finne studier som belyser denne studiens hensikt.

Hensikt og forskningsspørsmål

Hensikten med studien er å belyse faglige utfordringer og kompetansebehov gjennom å fortolke 5 intensivsykepleieres erfaringer i arbeidet ved en intensivenhet med nivå 1 funksjon.

Forskningsspørsmålene er:

1) Hvilke faglige utfordringer erfarer intensivsykepleiere på en intensivenhet med nivå 1 funksjon der enheten har en definert akutfunksjon?

2) Hvilken kompetanse erfarer intensivsykepleiere at de trenger for å utføre god og forsvarlig intensivsykepleie på en slik intensivenhet?

METODE

Studien har et kvalitativt utforskende design som preges av en åpen tilnærming til fenomenene. Dette designet er egnet for å belyse studiens hensikt. Åpne, semistrukturelle, individuelle intervju ble valgt som datainnsamlingsmetode. Individuelle intervju er særlig egnet for å få frem erfaringer, og derfor egnet som metode for å belyse forskningsspørsmålene (26). Et semistrukturert intervju anvendes når temaer skal forstås ut fra den intervjuedes perspektiv, her erfaringer knyttet til utfordringer og kompetanse ved intensivenheter, nivå 1(26). Det ble utarbeidet en intervjuguide som hjelpemiddel med utgangspunkt i forskningsspørsmålene.

Forskningsfelt og utvalg

Studien ble gjennomført i spesialisthelsetjenesten på en intensivavdeling med nivå 1 funksjon på et lokalsykehus. Enheten behandler pasienter med kortvarig behov for respiratorbehandling og mer avansert overvåking, pleie og behandling enn vanlig sengepost. Enheten ivaretar også akutt behandling av kritisk syke og skadde pasienter før de overflyttes til et høyere nivå (2). Avdelingen har seks patientsenger.

Utvalget er strategisk og deltagerne ble rekruttert i samarbeid med seksjonslederen ved intensivenheten. Intensivsykepleiere fikk utdelt informasjonsskriv med samtykkeerklæring. Utvalget ble tilslutt fem. Informantene har klinisk erfaring mellom 10 og 18 år etter endt videreutdanning i intensivsykepleie samt jobber i tredelt turnus.

Datasamling

Det ble gjennomført et pilotintervju for å prøve ut intervjuguiden. Førsteforfatter gjennomførte intervjuene. Intervjuene ble foretatt og utført rett etter avsluttet vakt. I følge Tjora (27) er det viktig å gjennomføre intervju på steder informanten kan føle seg trygg, gjerne på arbeidsplassen. En åpen og fri samtale ut i fra spørsmålene ga informantene mulighet til å fortelle om egne erfaringer og opplevelser. Spørsmål som eksempelvis ble stilt var: *Kan du fortelle hva du som intensivsykepleier erfarer er god klinisk kompetanse for arbeidet på egen arbeidsplass? Og Hvilke faglige utfordringer erfarer du på din arbeidsplass?* Utdypende spørsmål for eksempel: *Kan du fortelle litt mer om dette? Hva tenkte du da?* ga mulighet for dypere forståelse av informantenes erfaringer. Varigheten av intervjuene var mellom 30 til 50 minutter. Intervjuene ble tatt opp og lagret som digital lydfil og transkribert ord for ord av førsteforfatter.

Etiske hensyn

Studien ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) og gjennomført i samsvar med forskningsetiske retningslinjer (28). Samtykkeerklæring ble underskrevet og alle ble informert om at de kunne trekke seg fra studien uten nærmere begrunnelse. Det var ingen som valgte å trekke seg. Sykehus og avdeling er anonymisert i datamaterialet og deltakerne er aidentifisert i teksten. Lydfilene og det skrevne kodete datamaterialet har vært oppbevart forsvarlig og etter retningslinjer for informasjonssikkerhet godkjent fra NSD.

Metodiske betraktninger

Det er ikke uproblematisk å forske i eget felt. Empiriske studier i eget felt har fordeler da det ofte skaper umiddelbar forståelse av fenomener. På den andre siden er det fare for

feltblindhet, der implisitt kunnskap tas for gitt slik at viktig data blir oversett (29). Bevissthet rundt dette var vesentlig, og ble ivaretatt gjennom dialog mellom forfatterne der den ene ikke hadde tilknytning til feltet og derved kunne utfordre i analyseprosessen.

Malterud (30) anvender to begreper nå det gjelder validitet; *Intern validitet* som handler om troverdighet og *ekstern validitet* som handler om overførbarhet. Troverdigheten, intern validitet, handler om at forskningen er pålitelig, at man undersøker det man sier man skal og at metoden som er valgt er egnet til å ta rede på det man ønsker. Det handler også om nøyaktighet i gjennomføringen av forskningsprosessen (30). Ekstern validitet handler om overførbarhet av funn fra studiens kontekst til også å kunne gjelde andre kontekster (30). Studiens pålitelighet og gyldighet er ivaretatt gjennom nøyaktighet, transparens og sammenheng mellom forskningsspørsmål, intervju, analyse og diskusjon. Studiens relevans viser mulig overførbarhet til andre, lignende kontekster. Sandelowski (31) hevder at et strategisk godt utvalg med god informasjonsstyrke kan gi godt grunnlag for utvikling av kunnskap som kan gi innsikter ut over den konteksten studien ble gjennomført i. Utvalget var strategisk og knyttet til en (1) enhet berørt av ny organisering, og derfor aktuell som forskningsfelt. Spørsmålet rundt hvorvidt 5 informanter var tilstrekkelig til å svare på forskningsspørsmålene og til å fylle hensikten, ble drøftet underveis. Det ble vurdert at informasjonsstyrken i utvalget var god nok for å belyse tema i tråd med hensikten.

Analyse

Forfatterne samarbeidet om analysen. I følge Malterud (29) er det oftest en fordel å gjøre analysen sammen med en annen forsker. Teksten ble analysert ut fra Malteruds systematiske tekstkondensering som består av fire trinn: 1) å få et helhetsinntrykk, 2) å identifisere meningsbærende enheter gjennom en kodingsprosess, 3) dekontekstuelisering ved å

abstrahere innholdet i fortattede, meningsbærende enheter, 4) sammenfatte betydningen av dette i en rekontekstualisering (29). Datamaterialet ble lest flere ganger av begge forskerne for å få et helhetsinntrykk. Temaene vi fant ble gitt foreløpige benevnelser ut i fra hva som vekket vår oppmerksomhet. I andre fase ble teksten delt inn i meningsbærende enheter hvor setninger og avsnitt ble kodet (29). I trinn tre ble kodegruppene kondensert ved å skrive en kortfattet tekst hvor informantenes egen ord inngikk (Tabell 1). I den fjerde fasen ble teksten fra hver kodegruppe sammenfattet i sub-tema og tema (Tabell 2).

Tabell 1: Eksempel på analyse

Trinn 2 Meningsbærende enheter	Trinn 3 Abstrahere	Trinn 4 Sammenfatte betydning
<i>God klinisk kompetanse...jeg vet ikke hvor sikker jeg er på hva ordet klinisk...altså...kompetanse er jo kunnskap eller kunnskapsnivå, men klinisk eller ordet klinikk blir jo egentlig brukt i mange sammenhenger så klinisk om det er noe som viser direkte til () jeg har litt problemer med å skjønne ordet klinisk</i>	Problemer med å forstå selve begrepet klinisk kompetanse	Å være erfaren
<i>...og selvfølgelig prøve å foreslå ting til legen hvis man synes det ikke går fort nok...man må jo tilkalle dem...så grubler de litt...de er ikke alltid så rask med å komme med ting...man må jo pushe litt () Jeg må jo foreslå særlig når det ikke er så veldig erfarne folk, altså leger () må jo tørre å si at du må ringe bakvakten din...for å ivareta pasienten () Må kunne mye for å stå i situasjonen</i>	Pushe legen på å ta avgjørelser tidsnok og riktig for pasienten. Tørre å be om at uerfarne leger konfererer med bakvakt når de er usikre.	Å ta ansvar

Fun

Tabell 2: Sub-tema og tema

Sub-tema	Tema
<ul style="list-style-type: none"> • Å være erfaren • Å ta ansvar • Behov for videreutvikling 	Erfart kompetanse
<ul style="list-style-type: none"> • Uklare forventninger • Uforutsigbare situasjoner • Individ og system 	Erfarte utfordringer av faglig og systemisk karakter

Erfart kompetanse

Å være erfaren

Intervjuene startet med spørsmålet *Hva erfarer du som intensivsykepleier er god klinisk kompetanse for arbeid på en intensiv-enhet nivå 1?* Deltakere hadde problemer med å gi innhold til begrepet klinisk kompetanse til tross for at intervjuer prøvde å omformulere spørsmålet. Informantene sier: *god klinisk kompetanse, jeg vet ikke hvor sikker jeg er på hva ordet klinisk betyr. God klinisk kompetanse vil jo være mitt håndlag og mine evner til å utføre praktiske prosedyrer hos de pasientene vi har her hos oss.* I forbindelse med god klinisk kompetanse er det viktig å ha en grunnleggende utdanning innenfor sykepleie, men at de også trenger erfaring. Erfaring er noe som gir en trygghet i hverdagen. Informantene poengterer viktigheten med å få ta en videreutdanning, men fremhever også viktigheten av erfaring man opparbeider over tid. De erfarer at de er kompetente *når en har utført hjerte-lunge redning tilfredsstillende, selv om pasienten ikke overlevde, men at teamet fungerte.* Videre beskriver de at kompetanse erfares når man kommer raskt i gang med behandlingen hos for eksempel en pasient med akutte brystmerter. Pasienten er stabilisert og er klar for å overflyttes til et høyere nivå. De erfarer kompetanse gjennom å ha spesielle arbeidsoppgaver i avdelingen der de har fått utdannet og fordypet seg i et fagfelt som har gitt dem en dypere forståelse. Dette gjør dem trygg i de situasjonene. Det samme gjelder mengdetrening som gir dem forsterket kompetanse: *Jeg blir stadig «drillet» og «driller» andre i det, og da får jeg mengdetrening. Jeg føler jeg har en «ballast» slik at jeg føler meg kompetent.*

Å være erfaren intensivsykepleier innebærer at kompetansen ofte blir brukt i mange situasjoner, både av sykepleiere og andre yrkesgrupper der de kan bruke den teoretiske «ballasten» de har fått gjennom sin videreutdanning. Det oppleves positivt å kunne være resursperson for kollegaer. Det gir selvtillit. Det erfares også positivt og skaper trygghet når man er en del av et team hvor man støtter hverandre og utveksler erfaringer. Informantene

opplever at det å være en erfaren intensivsykepleier også til tider kan bli «tyngende» hvis man er den med mest erfaring. ...*hvis man er på vakt og er den eneste erfarne ...føler man et visst press med at man blir rådspurt ...den siste instans på sykepleiersiden ...du må vite hvor langt du skal strekke deg før du tar kontakt med legen ...spesielt på nattestid...*

Å ta ansvar

Som intensivsykepleier kan man føle seg alene med ansvaret for pasientene. Anestesilegene og overlegene har hjemmevakt med utrykningstid på 20 – 30 minutter på kveld, natt, helger og høytider. Spesielt på nattestid tar man kun kontakt når det er strengt nødvendig, da de vet at legen skal tilbake neste dag. I den forbindelse erfarer intensivsykepleierne et større ansvar, spesielt når det er uerfarne leger i første ledd. Intensivsykepleierne sier: *...og selvfølgelig prøve å foreslå ting til legen hvis man synes det ikke går fort nok ...man må jo tilkalle dem ...så grubler de litt ...de er ikke alltid så rask med å komme med ting ...man må jo pushe litt () Jeg må jo foreslå særlig når det ikke er så veldig erfarne folk, altså leger () må jo tørre å si at du må ringe bakvakten din ...for å ivareta pasienten () Må kunne mye for å stå i situasjonen*

Behov for videreutvikling

Den viktigste arenaen for å utvikle den kliniske kompetansen er i praksis sammen med pasientene, men intensivsykepleierne ønsker mer internundervisning. De begrunner dette med situasjoner de erfarer å ikke strekke til. De foreslår at de må bli flinkere til å sette internundervisning på dagsorden. Det er viktig med faglig påfyll spesielt når det er en liten avdeling. Intensivsykepleierne synes det er bra at det er blitt mange med spesialkompetanse på avdelingen slik at de har noen å diskutere med, særlig når de møter situasjoner de sjeldent

erfarer på avdelingen. De ønsker å hospitere på større sykehus. Både for å se hvordan andre jobber, men også tilegne seg ny kunnskap, og slik utvikle trygghet på at det de gjør er bra nok. Informantene hevder at det å ha en kollega å kunne diskutere med er nødvendig. Det er i vanskelige situasjoner de støtter hverandre og utveksler erfaringer at kunnskapen holdes ved like. De kan ikke komme med en påstand, uten å argumentere for den og diskutere utfordringen som foreligger. Informantene mener at man kan være flinkere til å utnytte de rolige periodene i avdelingen til å videreutvikle den kliniske kompetansen. *...hvis man vet at det har vært en pasient med en spesiell ting ...hvis det er lenge siden man har vært borti det så spør man jo hva dem gjorde ...utveksling av erfaring ...vi er ganske flink å snakke om ting som er skjedd ...det føler jeg at jeg lærer mye av ...*

Det kommer fram at avdelingen ikke har rutiner eller retningslinjer for debriefing. Debriefing kan ha vært anvendt ved større katastrofelignende hendelser, men ved mindre hendelser som erfares traumatiske har avdelingen ingen rutiner. Det skjer ofte og regelmessig at de etter å ha stått i komplekse pasientsituasjoner *tar pasientsituasjonene med seg hjem.*

Erfarte utfordringer av faglig og systemisk karakter

Uklare forventninger

Mengdetrening er vanskelig å få til særlig i forhold til enkelte pasientgrupper, for eksempel respiratorpasienter. Informantene hevder mengdetrening er avgjørende for å utvikle og vedlikeholde klinisk kompetanse. Disse pasientene kommer sjelden til avdelingen hvilket gjør at sykepleieroppgavene ikke blir repetert ofte nok. De erfarer også at det er vanskelig ved at det etableres nye rutiner uten at de har fått undervisning eller opplæring. Eksempelvis erfarer de at behandlende lege henter prosedyrer fra helt andre sykehus og innfører disse. Dette skaper usikkerhet i sykepleieutøvelsen.

Uforutsigbare situasjoner

Å få inn et dårlig barn på avdelingen beskrives som en stor utfordring. Barn er så marginale, og så syke at informantene føler seg på *gyngende grunn*. I disse situasjonene opplever intensivsykepleierne seg som sårbare. Svært dårlige barn, og barn på respirator har de liten kompetanse på. De sier; *barn er jo ikke små voksne*. Lokalsykehuset har ikke barnelege ansatt hvilket forsterker intensivsykepleiernes følelse av utilstrekkelighet. De erfarer at førstehåndslegene ikke har tilstrekkelig kompetanse på barn og burde derfor være raskere med å få inn anestesilegene. Når barn kommer til avdelingen er det oftest akutt, for eksempel at de har vært utsatt for en ulykke. Inntil at barnet blir videresendt til et høyere nivå i regionen må intensivsykepleierne ha kompetanse til å håndtere situasjonen. Informantene forteller: *Det var en multihandikapt unge med hjemmerespirator som kom inn veldig «tett» ...barnet hadde en personlig assistent med som kjente både barnet og respiratoren () jeg hadde det sykepleierfaglige ansvaret, men jeg kjente ikke til respiratoren ...så husker jeg barnet gikk veldig «tett» vi måtte koble i fra hjemmerespiratoren og «bagge» (Assistert ventilasjon) pasienten ...heldigvis tok assistenten ledelsen i situasjonen () og det gikk bra ...men jeg gikk ut av situasjonen og følte det veldig ubehagelig for på papiret hadde jeg ansvaret, men kunnskapene mine strakk ikke til.*

Informantene fremhever det å få inn store traumer eller ulykker er en utfordring de har liten klinisk kompetanse til å håndtere. Likefullt er dette en pasientgruppe avdelingen skal være beredt til å ta imot.

Individ og system

Intensivsykepleierne beskriver en arbeidshverdagen preget av stadig omorganisering. Antall ansatte er redusert, og det tas ikke inn vikarer som tidligere. Det er fortsatt mange som ikke

har tatt videreutdanning. Å ha fokus på utdanning og utvikling skaper interesse for faget. En av informantene har et ønske og motivasjon til å ta en master i sykepleie, men erfarer lite engasjement fra arbeidsgiver. Da blir det vanskelig å kombinere jobb og studier. Det kommer frem at ledelsen heller ikke er tydelig på hvilke forventninger de har til kvaliteten på sykepleiefaget. Informantene beskriver det er lite ressurser til å etablere en hospiteringsordning. De trekker frem kurs og hospitering som en kilde til utvikling ... *der jeg henter inspirasjon er når jeg har vært på kurs... gode kurs...og gode forelesere...* Men det er ikke rom for innleie av vikarer.

Diskusjon

Analyse og fortolkning av intervju resulterte i to tema: *Erfart kompetanse og erfarte utfordringer av faglig og systemisk karakter*. Informantene trekker frem det å være erfaren som en sentral kompetanse i sin sykepleieutøvelse. Informantenes forståelse av kompetanse synes å ikke bare være noe man innehar, men noe som viser seg i en praksis. Dette støttes av Benner (32) som hevder at kompetanse i sykepleie viser seg i handling og væremåte i konkrete situasjoner. I en slik forståelse av kompetanse, er formalkompetanse som intensivsykepleier nødvendig, men ikke nødvendigvis tilstrekkelig, for å være kompetent til å møte de komplekse situasjonene på intensivenheter. Mange av disse komplekse situasjonene er uforutsigbare, der sykepleierne utfordres på en helhetlig kompetanse der evne til å identifisere, forstå, analysere, beslutte og handle fordres for å yte god intensivsykepleie (33). Det handler om å omsette kunnskaper, ferdigheter og verdier i situasjoner, i dette tilfellet på intensivenheter nivå 1.

Informantene knytter erfaring til *trygghet og faglig selvtillit* og viser til sammenhengen mellom trygg praksis og pasientens sikkerhet. I følge Berland og Natvig (34) blir sikkerhet og

trygghet brukt synonymt i praksis. Da dreier det seg om trygghet både for sykepleierne selv som fagpersoner, og til det ansvaret de har for pasientenes trygghet. Flere studier vektlegger begrepet *selvtillit* som synonymt med trygghet i utøvelse av komplisert sykepleie (17,19,21-23). Andre studier (23,24,35,36) finner at kompetansehevende tiltak gir tryggere og handlingskompetente sykepleiere, bedre pasientbehandling og økt pasientsikkerhet i forbindelse med akuttsituasjoner. Informantene i denne studien erfarer bl.a. at det etableres nye rutiner og prosedyrer uten at de har fått undervisning og opplæring. Når intensivsykepleierne pålegges å utføre prosedyrer de ikke er fortrolige med, utfordres deres kompetanse og selvtillit i situasjonene. Å innføre nye prosedyrer uten å gi opplæring til utøverne av prosedyren setter også pasientsikkerheten på spill (35). Prosedyrer er særlig viktig på avdelinger for kritisk syke pasienter som er avhengig av at sykepleier kan handle raskt og riktig (34). Når informantene etterlyser protokoller og prosedyrer kan det forstås som et ledd i det å ta ansvar for pasientens sikkerhet og egen trygghet. Å *ta ansvar* er et av funnene i studien.

De uformelle forventningene til intensivsykepleiernes kompetanse og praksis varierer også i tråd med den totale kompetansen som til enhver tid er på avdelingen. Informantene forteller eksempelvis at vakthavende leger kan ha mindre erfaring og mindre realkompetanse enn sykepleierne, hvilket innebærer at sykepleierne i større grad må ta medansvar i medisinske beslutninger, særlig i akutte og komplekse situasjoner. Dette støttes av Olsvold (25) som hevder at sykepleiere tar ansvar ut over egen rolle med tanke på å ivareta faglig forsvarlig behandling og omsorg. Olsvold (25) bruker begrepet *usynlig arbeid* i sin omtale av sykepleiernes profesjonsutøvelse. Motivert av ideen om helhetlig omsorg, tar sykepleierne et utvidet ansvar uten at dette snakkes om. Olsvold (25) bruker uttrykket *å gjøre -ansvar*, når hun beskriver hvordan sykepleiere tar ansvar ut over organisasjonens formelle anvisning av ansvar. Ansvar i denne sammenheng forstås som uspesifisert og handler om å identifisere,

vurdere og gjøre de tingene som må gjøres, men som ikke er spesifisert eller formelt definert. Det handler om forventninger som blir tatt for gitt i sykepleierens yrkesutøvelse. Dette støttes av flere studier som beskriver sykepleierne som grenseoverskridende i sin streben etter å sørge for en helhetlig og kvalitativ god tjeneste (37,38). Det er ikke urimelig å hevde, med Olsvold (25), at mens leger representerer ansvaret formelt, det vil si juridisk, representerer sykepleierne ansvaret ofte som en form for praktisk, skjønnsmessig og lite avgrenset beredskap. Det er nettopp dette informantene erfarer i foreliggende studie. Når forventninger til kompetanse reduseres, er det rimelig at det berøre hele enheten, også legene, hvilket utfordrer de erfarne intensivsykepleiernes formelle ansvar i arbeidet for faglig forsvarlig behandling.

Disse uformelle forventninger antas å forsterkes ved situasjoner som er uforutsigbare, der utfordringene erfares omfattende, hevder informantene. Uforutsigbare, komplekse og sjeldne situasjoner oppstår med ujevne mellomrom og fordrer en type improvisatorisk praksis der det forventes at sykepleierne tar ansvar og håndterer situasjonen. Informantene beskriver arbeidet sitt som delvis uforutsigbart. Å ha beredskap til å håndtere traumer eller andre komplekse pasientsituasjoner der overflytning til neste behandlingsnivå er planlagt, er en forventning informantene erfarer som ubehagelig. I slike situasjoner er de ikke trygg på egen kompetanse og er derfor ikke komfortable med situasjonen. Coffey et al. (23) viser at opplevelse av trygghet, selvtillit og kompetanse er av særlig stor betydning i profesjonsutøvelse der pasientene har spesielle og avanserte behov. Når pasientsituasjoner opptrer sjeldent forsterkes behovet for påfyll av kompetanse og hospitering. Lende (22) understreker behovet for å være oppdatert og å treffe andre miljøer, slik informantene uttrykker behov for hospitering på større intensivenheter. For at erfaringskompetanse skal kunne utvikles, er intensivsykepleierne avhengig av adgang til ulike pasientsituasjoner, særlig situasjoner som utfordrer eksisterende erfaring. Adgang til aktuelle situasjonen vil fremme læring, mens utestenging vil hemme

muligheten til læring, hevder Akre (39). Informantene uttrykker behov for videreutvikling for å kunne opparbeide beredskap og trygghet i de akutte pasientsituasjonene de må håndtere før pasienten flyttes til et høyere intensivnivå. Nivå 1 enheter skal kunne behandle pasienter med kortvarig behov for respiratorbehandling. Enheten skal kunne starte akutt behandling av kritisk syke eller skadde pasienter før de overflyttes til et høyere nivå (2). Disse enhetene vil derfor måtte kunne opprettholde kapasitet og kompetanse for å legge en pasient på respirator, og stabilisere i påvente av eventuell overflytting til et sykehus med en høyere kompetanse. «Litt» respiratorbehandling synes å kreve mer enn «litt» kompetanse.

Behovet for avansert klinisk kompetanse i intensivsykepleie er i denne studien bl.a. begrunnet i uforutsigbare, komplekse situasjoner som oppstår uregelmessig. Dette harmonerer med Lerdal (40) og Kirkevold (41) sine begrunnelser for sykepleiere med utvidet kompetanse. Informantene uttrykker behov for ekstra kompetanse med tanke på å være beredt når de uforutsigbare situasjonene oppstår. Det er en kjensgjerning at den akutt, kritiske syke pasientens situasjon kan endre seg raskt, og derfor er årvåkenhet og raskt fokusskifte nødvendig i en faglig forsvarlig helsetjeneste (42). Intensivsykepleierens kompetanse handler om den enkeltes evne til å vurdere og håndtere de faglige utfordringer vedkommende står overfor i den daglige praksis. Det handler om å ha kunnskaper, ferdigheter og profesjonell trygghet til å stå i kompleksiteten selv om situasjonen oppstår sjeldent. Men det handler også om arbeidskulturer der det er sammenheng mellom forventninger til intensivsykepleiernes kompetanse og de utfordringer vedkommende erfarer, med tanke på å være beredt til å håndtere komplekse situasjoner som oppstår sjeldent. Informantene erfarer praksisfelleskapet som en vesentlig arena for læring og kompetanseheving, både internt men også i intensivfelleskapet på tvers av sykehusene. Informantene viser til bruk av kollegaveiledning som refleksjonsarena der erfaringer og kunnskaper deles og utvikles. Det reflekteres gjerne både før, under og etter situasjonene. Bevisstgjøring er en prosess som gjennom kollektiv refleksjon ikke bare genererer

nye innsikter og utvider kompetansenivået, men også utvikler selvinnsikt (36). Gode tilbakemeldinger og refleksjon over egen innsats gjennom debriefing er også en sentral faktor. I foreliggende studie ønsker informantene å sette debriefing i system slik Moen og Rød (36) argumenterer for.

Behovet for faglig utvikling er gjennomgående adressert fra informantene uten at de erfarer å bli forstått på dette. De erfarer asymmetri mellom den reelle kompetanse som trengs for å være beredt til akutte situasjoner, og de tilbud de får om kompetanseutviklende tiltak fra arbeidsgiver. Informantenes erfaringer tyder på at forståelse av hvilken realkompetanse intensivsykepleiere på nivå 1 må ha ikke er den samme hos sykepleierne som hos lederne, hvilket fører at forventninger til forsvarlig sykepleie fremstår uklare. De beskriver de systemiske utfordringer både som formelle- og uformelle. De formelle forventninger kan forstås som det faglige oppdraget som ligger i den valgte organiseringsmodell der enheten er definert som nivå 1 enhet. I tillegg ligger det en formell forventning knyttet til formalkompetansen som intensivsykepleier. Når informantene erfarer forventningene som uklare, kan dette handle om at ” virkeligheten ” byr på flere utfordringer enn det formelle oppdraget beskriver. Dette påvirker også formelle- og uformelle *ansvaret* intensivsykepleiere har. Moen og Rød (36) beskriver *realisme, kvalitet og trygghet* som begreper som er gjensidig avhengig av hverandre. Det å trene på pasientsituasjoner har betydning for *kvaliteten* på tiltak i akutsituasjoner, og dermed pasientens sikkerhet (36). Forfatterne hevder videre at *realisme* erfares når treningen foregår i egen avdeling, i kjente omgivelser og med kjent personell. Dette gir spesialsykepleierne en opplevelse av økt handlingskompetanse, spesielt med hensyn til faglig vurdering, prosedyrer og utstyr. Omtalte studie viser at trening med fokus på rollefordeling, kommunikasjon og teamarbeid gir en opplevelse av *trygghet og faglig selvtillit*, slik at en er forberedt på egen funksjon og rolle i akutsituasjoner.

Utfordringer for informantene i denne foreliggende studie ligger ikke i de daglige gjøremål

der de erfarer realismen som nokså forutsigbar. Det er utfordringene til å bibeholde beredskap til å håndtere komplekse situasjoner som oppstår uforutsigbart og sjeldent. Begrunnelsene i Moen og Rød's funn er likevel relevante for å belyse informantenes poeng om videreutvikling og kompetanse til å være beredt.

Informantene beskriver at det er begrensede ressurser til oppdatering og videreutvikling av klinisk kompetanse. De erfarer at kompetanse sjelden etterspørres av ledelsen, hvilket igjen kan være grunnen til at det ikke legges til rette for kompetanseheving i arbeidskulturen.

Ledelse i helsetjenesten handler bl.a. om tilrettelegging for utøvelse av forsvarlig sykepleie. Sykepleieleidelsen har ansvar for å skape de nødvendige betingelser for utøvelse av intensivsykepleie. Dette gjøres gjennom hensiktsmessige organisatoriske rammer og ved å forvalte og skaffe ressurser og kompetanse. De skal også lede arbeidet og kontrollere at krav og forventninger imøtekommes (10,41). Flere studier viser hvor viktig det er med organisering av sykepleie. Faktorer som bemanning, utdanning og samarbeid med leger har vist å påvirke utfallet av pasientsikkerheten i sykehus (24,35,42,43).

Intensivsykepleierne argumenterer for at organisasjonen i større grad må tilrettelegge for systematisk kompetanseutvikling, for eksempel knyttet til regelmessig hospiteringsordninger, debriefing og videreutdanning for å legge forholdene til rette, slik oppgaver kan utføres og ansvaret kan forvaltes på en faglig forsvarlig måte.

Konklusjon

Hensikten med studien er å belyse faglige utfordringer og kompetansebehov gjennom å fortolke 5 intensivsykepleieres erfaringer i arbeidet ved en intensivenhet med nivå 1 funksjon. De erfarne intensivsykepleierne erfarer og ivaretar et betydelig ansvar for at sykepleie og behandling på en nivå 1 enhet skal være forsvarlig. De erfarer en nær sammenheng mellom

erfaring, kompetanse, trygghet, faglig selvtillit, og pasientsikkerhet, og behov for repetisjon, opplæring og kompetanseutvikling, særlig med tanke på beredskap for å håndtere uforutsigbare situasjoner.

For å trygge og øke mestringsfølelsen hos intensivsykepleierne på en nivå 1 enhet, må den faglige standarden settes på dagsorden for å sikre den faglige kompetansen, og derved også øke pasientsikkerheten. Dette er faktorer som også kan være viktige for å rekruttere og beholde intensivsykepleiere på en nivå 1 enhet. Videre forskning er nødvendig for å kartlegge kompetansen på nivå 1 enheter. Gjerne en evalueringsstudie, eksempelvis tverrsnittstudie der alle nivå 1 enheter involveres, og der kompetanse knyttet til trygghet og pasientsikkerhet er i fokus.

Referanse

1. Nygren P. Handlingskompetanse : om profesjonelle personer. Oslo: Gyldendal akademisk; 2004.
2. Norsk anesthesiologisk forening, NSF landsgruppe av intensivsykepleiere. Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge 2014. Tilgjengelig på: <http://nafweb.no/download/retningslinjer-for-intensivvirksomhet-2014/?wpdmdl=1019>.
3. Valentin A, Ferdinande P, Medicine EWGoQIJIC. Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. 2011;37(10):1575. <https://doi.org/10.1007/s00134-011-23007>
4. Dansk Selskab For Intensiv Terapi og Dansk Anæstesiologisk Selskab. Generelle rekommandationer for intensiv terapi i Danmark 2013. Tilgjengelig på: http://www.dasaim.dk/wpcontent/uploads/2014/02/Rekommandationer_Intensiv_terapi_Final.pdf.
5. Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård och Svenska Intensivvårdssällskapet. Riktlinjer för svensk intensivvård 2015. Tilgjengelig på: https://sfai.se/wp-content/uploads/2015/02/Riktlinjer-Svensk-Intensivv%C3%A5rd_-rev-2015.pdf.
6. Hughes-Davies T, Arah O, Kahn J, Rubenfeld G. Hospital Volume and Outcomes of Mechanical Ventilation. N Engl J Med. 2006;355(15):1617-9. <https://doi.org/10.1056/NEJMc062080>
7. Bækken MS, Moldestad O. Geografi, demografi og høyteknologisk medisin – hvordan kan det leveres et likeverdig helsetilbud i Norge? En helsemodell basert på reisetid, befolkningsgrunnlag og medisinsk kvalitet. Masteroppgave. Universitetet i Oslo;2017.
8. Utdannings- og forskningsdepartementet. Rammeplan for vidreutdanning i intensivsykepleie 2005. Tilgjengelig på: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269388-rammeplan_for_intensivsykepleie_05.pdf.
9. Meld. St. 11 (2015–2016). Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019),. Tilgjengelig på: <https://www.regjeringen.no/contentassets/7b6ad7e0ef1a403d97958bcb34478609/no/pdfs/stm201520160011000dddpdfs.pdf>.
10. Helsepersonelloven. Lov om helsepersonell LOV-1999-07-02-64 1999. Tilgjengelig på: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>.
11. Pasient- og brukerrettighetsloven. Lov om pasient- og brukerrettigheter LOV-1999-07-02-63 1999. Tilgjengelig på: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>.

12. Jakobsen R. Klar for fremtiden?: om kvalitet, endring og samarbeid i sykepleieledelse. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2005.
13. Hamric A, Hanson C, Tracy M, O'Grady E. Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach. 5 ed: Elsevier Health Sciences; 2014.
14. Molven O. Helse og jus. 7. utg. Oslo: Gyldendal juridisk; 2012.
15. Helsedirektoratet. Videreutdanning for sykepleiere – Hvordan sikre at behovet for avansert breddekompetanse blir ivaretatt i fremtiden? 2017. Tilgjengelig på:
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1415/IS2674%20Videreutdanning%20for%20sykepleiere%20rapport.pdf>.
16. Fagerström L. Avancerad klinisk sjuksköterska: avancerad klinisk omvårdnad i teori och praxis. Lund: Studentlitteratur; 2011.
17. Holland K, Middleton L, Uys L, Holland K. Professional confidence: A concept analysis. Scand J Occup Ther. 2012;19(2):214-24. <https://doi.org/10.3109/11038128.2011.583939>
18. Pergert P, Af Sandeberg M, Andersson N, Márky I, Enskär K. Confidence and authority through new knowledge: An evaluation of the national educational programme in paediatric oncology nursing in Sweden. Nurse Educ Today. 2016;38:68-73. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.12.014>
19. Steginga SK, Dunn J, Dewar AM, McCarthy A, Yates P, Beadle G. Impact of an intensive nursing education course on nurses' knowledge, confidence, attitudes, and perceived skills in the care of patients with cancer. Oncol Nurs Forum. 2005;32(2):375-81. <http://doi.org/10.1188/05.onf.375-381>
20. Stevanin S, Bressan V, Bulfone G, Zanini A, Dante A, Palese A. Knowledge and competence with patient safety as perceived by nursing students: The findings of a cross-sectional study. Nurse Educ Today. 2015;35(8):926-34. <http://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.04.002>
21. Boscart VM, Heckman G, Davey M, Heyer M, Hirdes JP. Impact of the applied simulated and integrated learning approach on nursing assistants' knowledge and confidence caring for frail seniors in nursing homes. Pilot and feasibility studies. 2018;4:77. <https://doi.org/10.1186/s40814-018-0272-x>
22. Lende K. Intensivsykepleier – bli ved din lest? Masteroppgave. Universitetet i Oslo Institutt for helse og samfunn Det medisinske fakultet; 2017.

23. Coffey A, McCarthy G, Weathers E, Friedman MI, Gallo K, Ehrenfeld M, et al. Nurses' knowledge of advance directives and perceived confidence in end-of-life care: a cross-sectional study in five countries. *Int J Nurs Pract*. 2016;22(3):247-57. <https://doi.org/10.1111/ijn.12417>
24. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van Den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*. 2014;383(9931). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
25. Olsvold N. Ansvar og yrkesrolle. *Sykepleien Forskning*. 2010;5(4):329. <http://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0041>
26. Kvale S, Brinkmann S, Anderssen TM, Rygge J. *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2009.
27. Tjora AH. *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012.
28. De nasjonale forskningsetiske komiteer. *De Nasjonale forskningsetiske komiteer. Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. 2010.
29. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring*. 3. utg. Oslo: Universitetsforl.; 2011.
30. Malterud K. *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforl.; 2017.
31. Sandelowski M. Sample size in qualitative research. [New York, N.Y.] :1995. p. 179-83.
32. Benner P. *Fra novice til ekspert : mesterlighet og styrke i klinisk sygeplejepraksis*. København: Munksgaard; 1995.
33. Jakobsen R. *Nærvær når identitet er truet – En studie av god omsorg til personer i særlig sårbare situasjoner*. Doktorgradsavhandling. Universitetet i Nordland; 2012.
34. Berland A, Natvig GK. Stress og pasientsikkerhet: En studie av jobbrelatert forandring, stress og pasientsikkerhet ved hjelp av Antonovskys begrep: Opplevelse av sammenheng. *Sykepleien Forskning*. 2006;3:30-40. Tilgjengelig på: <https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopen-xmlui/handle/11250/150716>
35. Smeulers M, Onderwater AT, van Zwieten MCB, Vermeulen H. Nurses' experiences and perspectives on medication safety practices: an explorative qualitative study. *J Nurs Manag*. 2014;22:276-85. <https://doi.org/10.1111/jonm.12225>

36. Moen EIW, Rød I. Realistic training provides quality and experienced hands: how do clinical nurse specialists in children ward experience their clinical competence in acute situations after attending a simulation course? Masteroppgave. Gjøvik University College. Department of Health, Care and Nursing Section Nursing; 2013.
37. Orvik A. Organisatorisk kompetanse :i sykepleie og helsefaglig samarbeid. Oslo: Cappelen akademisk forl.; 2004.
38. Vike H, Brinchmann A, Haukelien H, Kroken R, Bakken R. Maktens samvittighet: om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten. Oslo: Gyldendal akademisk; 2002.
39. Akre V, Ludvigsen, S.R, . Hvordan læres medisinsk praksis? In: Kvale S, Nielsen, K., red. Mesterlære læring som social praksis. Oslo: Ad Notam Gyldendal; 1999.
40. Lerdal A. Lær av England. Tidsskr Sykepl. 2012;100(10):104-5. Tilgjengelig på:
<https://sykepleien.no/2012/09/laer-av-england>
41. Kirkevold M. Trenger sterke foregangskvinner. Tidsskr Sykepl. 2012;100(10):72-5.
<http://doi.org/10.4220/sykepleiens.2012.0121>
42. Simone S, Carmel A. McComiskey, Brooke Andersen. Integrating Nurse Practitioners Into Intensive Care Units. Crit Care Nurse. 2016;36(6):59-69. <http://doi.org/10.4037/ccn2016360>
43. Clarke SP, Rockett JL, Sloane DM, Aiken LH. Organizational climate, staffing, and safety equipment as predictors of needlestick injuries and near-misses in hospital nurses. Am J Infect Control. 2002;30(4):207-16.
<https://doi.org/10.1067/mic.2002.123392>