



Kommentar

Debattinnlegg på inntil 800 ord sendes inn via
www.manusnett.no

Egne observasjonssenger i en kirurgisk sengepost

Kirurgisk avdeling ved Bærum sykehus innførte i 2003 et prosjekt med egne intermediære senger i en gastrokirurgisk sengepost. Målet var å samle de mest ressurskrevende pasientene på én stue, hvor de fikk bedre tilpasset medisinsk oppfølging, økt overvåking, lett tilgjengelighet av spesielt utdannet sykepleiepersonale og nødvendig medisinsk-teknisk utstyr.

Oppgitte interessekonflikter:

Se til slutt i artikkelen

I takt med utviklingen innen kirurgi, intensivmedisin og sykepleie behandles stadig sykere og eldre pasienter. Dette resulterer i langtrukne postoperative forløp, behov for ressurskrevende behandling og pleieiltak, noe som øker presset på intensivavdelingen (1, 2). I tillegg er det også en stadig større utfordring for sengepostene som må ta imot pasienter som ikke krever intensivbehandling, men likevel har behov for tett overvåking og medisinsk oppfølging.

I oktober 2003 startet vi et prosjekt med intermediærsenger ved gastroenterologisk kirurgisk sengepost. Slike sengeplasser avlastet sengeposten for de tyngste pasientene og intensivavdelingen for de letteste (3). Målet med intermediærsenger er å gi denne gruppen pasienter en bedre tilpasset medisinsk oppfølging ved å samle dem på en stue med kontinuerlig overvåking og lett tilgang på kvalifisert sykepleiepersonale og nødvendig medisinsk-teknisk utstyr (1).

Aktuelle pasienter for slike intermediærsenger har diagnoser som akutt pankreatitt, hematemese, melena, sterke smerter og ofte alvorlige kompliserende sykdommer. Pasienter som overføres fra postoperativ avdeling etter større gastrokirurgiske inngrep, eller overføres til sengepost fra intensivavdelingen, vil også dra nytte av den økte overvåkingen en slik intermediærstue kan tilby.

Organisering

Kirurgisk avdeling har etablert ett rom med fire senger med medisinsk overvåkingsutstyr som muliggjør kontinuerlig observasjon av EKG, oksygenmetning, respirasjonsfrekvens og invasiv eller ikke-invasiv blodtrykksmåling.

Intermediærstuen er bemannet med to sykepleiere på dagtid, en på kvelden og en på natt. Avdelingen er ikke blitt tilført nye stillinger, bemanning er resultatet av omplassering av eksisterende ressurser (lettere pasienter til øvrig personale). I avdelingen er det tett samarbeid mellom personalet i observasjonsstuen og avdelingen for øvrig.

Alt personale knyttet til intermediærstuen har gjennomgått intern opplæring. Målet var å gi sykepleierne kunnskap slik at de føler seg trygge på prosedyrer, generelle rutiner og medisinsk-teknisk utstyr.

Evaluering

Prosjektet er evaluert ved gjennomgang av journaler med henblikk på diagnoser, lengde av opphold i intermediærsenger, utskrivningssted og ved en anonym spørreundersøkelse til leger og sykepleiere med hovedvekt på organisering, arbeidssituasjon og trivsel.

Vi gjennomgikk pasientjournalene for perioden mai–juni 2004. 15 pasienter i alderen 34–84 år (median 74 år) var innlagt. Mer enn halvparten av pasientene var overflyttet fra intensivavdelingen 0–3 dager postoperativt, de fleste var operert elektivt (80 % av disse hadde gastrointestinal kreft). 40 % var lagt direkte inn i intermediære senger, av disse var to tredeler innlagt pga. gastrointestinal blødning. De fleste pasienter (80 %) hadde én eller flere tilleggsdiagnoser. Gjennomsnittlig liggetid på intermediærstuen var 2,3 dager.

Spørreundersøkelsen viste at personalet som arbeidet på intermediærstuen, hadde delte meninger. En del sykepleiere gav uttrykk for at deres kunnskap var bedre utnyttet, at de følte trygghet på egen kompetanse og trivdes med den nye arbeidsfordelingen, mens andre savnet bedre samarbeid med legene og følte seg utrygge. Legene trivdes bra med den nye arbeidsfordelingen og syntes behandlingen og sikkerheten for pasientene var blitt bedre.

Avslutning

I perioden mai–juni 2004 var kapasitetsutnyttelsen under 30 %. Dette kan delvis forklares ved at vi har vært i en startfase, men det viser også at vi trenger bedre rutiner for at egnede pasienter blir lagt inn på intermediærstuen, for eksempel av vakthavende kirurg. Det er også behov for å utpeke en lege som ansvarlig for driften. Det er et forbedringspotensial når det gjelder samarbeid mellom leger og sykepleiere.

Ordningen har vist seg å være sårbar på grunn av tidvis mangel på spesialopplært personale, og dersom driften skal være kontinuerlig også i helgene, må staben av kompetent pleiepersonale utvides. For å sikre dette, har vi startet et studiepoenggivende opplæringsprogram i klinisk sykepleie for «akutt kritisk syke» fra høsten 2004 som et samarbeidsprosjekt mellom Kirurgisk divisjon ved sykehuset og Menighetsøsterhjemmets høyskole.

Samlet er vi fornøyd med resultatene av prosjektet. Etter organisatorisk styrking og mer formalisert utdanning av sykepleiere, regner vi med å ha overvåkingssengene i vår gastrokirurgiske sengepost som en permanent ordning.

Ewa Pomianowska

ewutek@online.no

Jan Cyril Wexels

Eli Sogn Iversen

Anne Karin Lindahl

Tom Erik Ruidahl

Kirurgisk avdeling

Per Erik Ernø

Anestesiavdelingen

Sykehuset Asker og Bærum

Postboks 83

1304 Rud

Manuskriptet ble godkjent 7.11. 2005.

Oppgitte interessekonflikter: Anne Karin

Lindahl har mottatt honorar for foredrag

fra Sanofi-Aventis, Bristol-Meyers Squibb og

Pfizer. De andre forfatterne har ingen oppgitte

interessekonflikter.

Litteratur

1. Vincent JL, Burchardi H. Do we need intermediate units? *Intensive Care Med* 1999; 25: 1345–9.
2. Fox AJ, Owen-Smith O, Spiers P. The immediate impact of opening an adult high dependency unit on intensive care unit occupancy. *Anaesthesia* 1999; 54: 280–3.
3. Ridley SA. Intermediate care: possibilities, requirements, and solutions. *Anaesthesia* 1998; 53: 654–64.