

Masteroppgave i Helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie
HLS 3900

Faglig forsvarlighet

- En undersøkelse av sykepleieres erfaringer med faglig forsvarlighet ved norske sykehjem

Guro Grongstad

Vår 2019

Sammendrag

Formål – Hensikten med denne studien var å få kunnskap om sykepleiernes erfaring med faglig forsvarlighet ved norske sykehjemsinstitusjoner, både ved å få forståelse for hvordan enhetsledere arbeider for å ivareta faglig forsvarlighet og hvordan sykepleierne opplever at dette fungerer i praksis. Sykepleiernes opplevelser og erfaringer belyser dette temaet fra et faglig ståsted, og gir inngående kunnskap i hvordan helsetjenestene fungerer.

Teoretisk forankring – Studien er forankret i et fenomenologisk perspektiv. Donabedians konseptmodell for kvalitetsvurdering har vært av stor betydning. Denne gir et rammeverk for å undersøke helsetjenester og vurdere kvaliteten på helsetjenestene. Ifølge modellen kan informasjon om kvalitet på omsorg sorteres inn i tre kategorier: struktur, prosess og utfall.

Metode – Et kvalitativt design ble valgt. Det ble gjennomført semistrukturerte dybdeintervjuer med totalt 8 sykepleiere, hvorav 3 var enhetsledere, ved 3 ulike sykehjem i både by og distrikt i Trøndelag. Et fenomenologisk perspektiv ble brukt til å analysere det transkriberte datamaterialet, via meningsfortetting, koding, kategorisering og kondensering.

Resultat – Struktur, prosess, utfall og faglig forsvarlighet er hovedkategoriene for analysen og resultatet. Sykepleierne forteller om for lite fagutdannet personalet, og om hvordan dette påvirker mengden sykepleieoppgaver per sykepleier. Antall oppgaver per sykepleier påvirker kvaliteten på helsetjenestene som ytes. Tidspress og for lite personell påvirker kvaliteten på helsetjenestene som ytes, stort sett i negativ retning.

Konklusjon – Multimorbide og pleiekrevende pasienter tar stadige opp flere plasser ved norske sykehjem, og krever mer medisinsk kunnskap av personalet som jobber der, noe som medfører at behovet for flere sykepleiere øker. Sykepleierne som jobber ved sykehjemmene i denne studien har alle opplevd faglig uforsvarlige situasjoner, og noen forteller om hendelser med alvorlige konsekvenser for pasientene.

Abstract

Purpose – The purpose of this study is to gain knowledge about the nurses experience with professional accountability in Norwegian nursing institutions, both by gaining understanding on how the unit leaders work to maintain professional accountability and the nurse’s experience of this at work. The nurses experience will highlight this subject from a professional standpoint, and will share the depth of their experience in how municipal health services work.

Theory – The study is based on a phenomenological perspective. Donabedian's concept model for quality assessment has been of great importance. It provides a framework for examining health services and evaluating quality of health care. According to the model, information about quality of care can be sorted in to three categories: “structure,” “process,” and “outcomes”.

Method – A qualitative design was chosen. The study conducted semi-structured in depth interviews with a total of 9 nurses, of which 3 were unit leaders, by 3 different nursing institutions in both city and rural areas in Trøndelag. A phenomenological perspective was used to analyze the transcribed data, via meaning condensation, coding, categorization, and condensation.

Result – Structure, process, outcome and academic soundness are the main categories for the analysis and the result. The nurses talk about too few educated personnel, and how this affects the amount of nursing tasks per nurse. The number of tasks per nurse affects the quality of the health care provided. Time pressure and too little personnel affect the quality of the health services provided, largely in a negative direction.

Conclusion – Multimorbid and high maintenance patients are an increasing part of nursing homes, and these patients demand more medical knowledge of the personnel working there, which leads to the need for more qualified nurses. The nurses working at the nursing homes included in this study have all experienced professionally irresponsible situations, and some tell about events with serious consequences for the patients.

Forord

Faglig forsvarlighet har vært av stor interesse i mitt arbeidsliv siden jeg ble ferdig utdannet og begynte å jobbe som sykepleier ved et kommunalt sykehjem. Det har derfor vært veldig spennende, utfordrende og lærerikt å gjennomføre denne mastergradstudien. Denne oppgaven har gitt meg bedre en forståelse og ny innsikt.

Tusen takk til de flotte sykepleierne som har stilt opp som informanter i dybdeintervjuene, uten dere hadde det ikke denne studien blitt realisert.

En spesiell takk til min tålmodige veileder førsteamanuensis, Marit Solbjør, ved Norges tekniske- naturvitenskapelige universitet. Takk for gode innspill og svar, og nyttige tilbakemeldinger.

Guro Grongstad

Innhold

Sammendrag.....	- 2 -
Abstract.....	- 3 -
Forord	- 4 -
Innhold.....	- 5 -
Kapittel 1.....	- 9 -
1.1 Innledning.....	- 9 -
1.1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	- 11 -
1.2 Sykehjem og kommunal oppbygging.....	- 11 -
1.2.1 Sykehjemspasienten.....	- 13 -
1.2.2 Bemanning	- 14 -
1.3 Lovverk.....	- 15 -
1.3.1 Helse- og omsorgstjenesteloven.....	- 15 -
1.3.2 Helsepersonelloven § 4 (2016).....	- 16 -
1.3.3 Individuelt ansvar og systemansvar.....	- 17 -
1.4 Kvalitet i helsetjenestene	- 18 -
1.4.1 Forsvarlighetskravet.....	- 18 -
1.4.2 Kvalitetsforskriften	- 21 -
1.4.3 Kvalitet og forsvarlighet	- 22 -
1.4.4 Kvalitetsindikatorer	- 25 -
1.5 Faglig forsvarlighet i et teoretisk perspektiv	- 25 -
1.5.1 Faglig skjønn	- 25 -
1.5.2 Omsorg.....	- 26 -
1.6 Tidligere forskning.....	- 27 -
1.7 Problemstilling:.....	- 29 -
1.8 Oppgavens oppbygging.....	- 30 -

Kapittel 2.....	- 31 -
2.1 Den Donabedianske teori	- 31 -
2.1.1 Struktur.....	- 32 -
2.1.2 Proses.....	- 33 -
2.1.3 Utfall	- 33 -
2.2 Praktisk bruk av modellen	- 34 -
Kapittel 3.....	- 39 -
3.1. Kvalitativ metode.....	- 39 -
3.1.1 Fenomenologisk tilnærming.....	- 40 -
3.2 Design.....	- 41 -
3.2.1 Rekruttering.....	- 41 -
3.2.2 Utvalg.....	- 41 -
3.2.3 Intervjuguide	- 42 -
3.2.4 Gjennomføring av intervju	- 43 -
3.2.5 Transkripsjon.....	- 44 -
3.3 Analyse	- 44 -
3.4 Etske overveielser	- 46 -
Kapittel 4.....	- 49 -
4.1 Resultater.....	- 49 -
4.1 Struktur	- 50 -
4.1.1 Bemanning	- 50 -
4.1.2 Faglig kompetanse	- 51 -
4.1.3 Ressurser	- 53 -
4.2 Proses.....	- 54 -
4.2.1 Utførelse av sykepleieprosedyrer	- 54 -
4.2.2 Medikamenthåndtering	- 55 -
4.2.3 Elementære behov	- 57 -

4.3 Utfall.....	- 57 -
4.3.1 Helsetilstand	- 57 -
4.3.2 Avvik.....	- 59 -
4.3.3 Faglig Forsvarlighet	- 60 -
Kapittel 5.....	- 63 -
5.1 Diskusjon.....	- 63 -
5.2 Funn i henhold til den Donabedianske modell	- 68 -
5.3 Metodediskusjon	- 70 -
5.3.1 Validitet.....	- 74 -
5.3.2 Overførbarhet	- 75 -
5.3.3 Implikasjoner for praksis	- 75 -
5.3.4 Videre forskning.....	- 76 -
Kapittel 6.....	- 77 -
6.1 Konklusjon.....	- 77 -
Referanser	- 79 -
Vedlegg 1 – NSD kvittering	- 83 -
Vedlegg 2 – Rekruttering av informanter	- 88 -
Vedlegg 3 – Intervjuguide enhetsleder	- 90 -
Vedlegg 4 – Intervjuguide sykepleiere	- 92 -
Vedlegg 5 – Tabeller analyse.....	- 94 -

Kapittel 1

1.1 Innledning

Helsetjenester som ytes i Norge skal være faglig forsvarlige (helsepersonelloven § 4). I kravet til faglig forsvarlighet ligger det et minimumskrav til helsehjelpen, der helsetjenester som ikke ytes over dette minimumskravet anses som uforsvarlige, og med det, ulovlige. Selv om dette lovverket ligger til grunn for utøvelsen av helsetjenester i Norge rapporterer media likevel jevnlig om faglig uforsvarlige tjenester. Eksempelvis i en reportasje fra et bo- og omsorgssenter i Arendal gjort av NRK 13.09.18 der de ansatte forteller om hendelser med fatale konsekvenser og avvik som ikke blir tatt på alvor. De forteller videre at de har gitt klare beskjeder om tilstandene ved senteret, som de mener er faglige uforsvarlige, men får ikke gehør av ledelsen (Gelius, J. 2018).

Temaet i denne masteroppgaven er faglig forsvarlighet. Det ser ut til å være et behov for en mer omfattende beskrivelse og bevisstgjøring av begrepet faglig forsvarlighet innad i helsetjenestene i Norge. Dette gjelder hvordan forsvarlighetskravet forstås og anvendes på mest mulig hensiktsmessig måte, da spesielt med tanke på pasientsikkerhet og kvaliteten på helsetjenestene som ytes.

Forsvarlighetskravet kan forstås som en grenseverdi på en kvalitetsskala, hvor alt under denne grensen anses å være uforsvarlig (Molven, 2000). Fordi forsvarlighetskravet er ufullstendig beskrevet kan det være vanskelig å vite når man beveger seg over grensen til det uforsvarlige. Det er nødvendig for en helsearbeider å kjenne til hvor grensen går, og hva som oppfattes som en minstestandard (Molven, Holmboe, & Cordt-Hansen, 2006). Det finnes for få tydelige og praksisrettede definisjoner på forsvarlighetskravet, og det kan gjøre det vanskelig for helsepersonell å vurdere kvalitet, forsvarlighet og om omsorgen er god nok uten slike definisjoner. Om helsepersonell ikke har en klar grense for forsvarlighet er det vanskelig å vite hva man skal kreve, både som helsepersonell og som bruker av helsetjenestene. Det finnes definisjoner, både av begrepet faglig forsvarlighet og lovverk som beskriver hva som forventes av helsepersonell, og disse vil bli beskrevet senere i oppgaven. Det oppstår forhindringer og utfordringer i forbindelse med utøvelse av faglig forsvarlighet i praksis. Lovverket inneholder få detaljer eller beskrivelser som enkelt lar seg overføre til det praktiske, noe som vanskeliggjør anvendelsen.

Faglig forsvarlighet er et komplekst fagfelt med ulik forståelse av begrepet blant de ulike profesjonene (Molven, 2009a). På den ene siden har man den juridiske beskrivelsen av lovverket. Juridisk defineres faglig forsvarlighet som krav til kompetanse i ytelsen av helsehjelp og spesifikk kompetanse knyttet til utdanning og minstekrav til kvalitet av helsehjelpen (Molven, 2000).

En annen tilnærming er den profesjonsetiske, som er beskrevet i et hefte fra Norsk sykepleieforbund (NSF, 2011). Her defineres faglig forsvarlighet som at pasientene skal tilbys trygge og sikre tjenester hvor de ikke utsettes for unødvendige belastninger eller skader. Sykepleieforbundet beskriver sykepleierens rolle i å ivareta den faglige forsvarligheten, samt hvordan mangel på ressurser, rutiner og faglig kompetanse kan føre til uforsvarlige tjenester. Faglig forsvarlighet kan sees i sammenheng med kvalitetsindikatorer, som er et indirekte mål som sier noe om kvaliteten på det som måles. Kvalitetsindikatorer tar utgangspunkt i ett eller flere av dimensjonene av kvalitet og kan for eksempel måle helsetjenestenes tilgjengelige ressurser, pasientforløp og resultat av helsetjenestene for pasientene (Nakrem, 2011).

Innenfor den kommunale helsetjenesten har faglig forsvarlighet blitt diskutert de siste årene (Djindjic, 2016), da spesielt i forhold til bemanning og samhandlingsreformen som trådte i kraft i 2012. Samhandlingsreformen pålegger kommunen et ansvar for helse- og omsorgstjenester som ikke er å regne som spesialisthelsetjenester. Kommunen skal sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester i større grad enn før på sykehjemmene og i hjemmesykepleien (Kjellebold, 2012). Dette kan ha sammenheng med at kommunene i årene etter samhandlingsreformen har fått overført en rekke oppgaver fra spesialisthelsetjenesten uten at det er fulgt opp med tilstrekkelige økonomiske midler som er forenelige med de kostandene kommune har fått etter innføringen av samhandlingsreformen (Djindjic, 2016). Det er nettopp derfor kommunehelsetjenesten er et interessant felt for å undersøke faglig forsvarlighet.

Til tross for kjente utfordringer i forbindelse med utøvelse av faglig forsvarlighet i helsetjenestene, er det gjort lite forskning på hvordan sykepleiere og ledere som arbeider i eldreomsorgen i kommunehelsetjenesten arbeider for å oppnå faglig forsvarlighet, og hvordan de definerer begrepet i sin arbeidssituasjon. Målet med denne oppgaven er å undersøke hvordan sykepleiere i kommunehelsetjenesten opplever faglig forsvarlighet i praksis, og hvordan de arbeider for å oppnå det, både fra et organisatorisk ståsted og i praksis.

1.1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det ser ut til at det er for lite fagutdannet personal i grunnturnus, noe som gjør helsehjelpen som ytes, svært sårbar for sykdom hos sykepleiere. Dette forekommer imidlertid ofte som følge av høyt arbeidspress. Ifølge Holmeide og Eimot (2011) er antall sykepleiere på vakt 24 % lavere enn planlagt på hverdagene, og 38 % lavere under ferieavvikling. De syke sykepleierne blir ofte erstattet med ufaglærte assistenter, noe som senker kompetansen på vekten, og tidvis resulterer i faglig uforsvarlig drift (Tønnessen, 2013). Gjennom praktisk erfaring som sykepleier i eldreomsorgen har jeg sett konsekvenser av faglig uforsvarlighet. Som eneste sykepleier på 64 sykehjemspasienter skulle jeg ved flere anledninger ønske at jeg kunne ha vært på flere steder samtidig, da jeg ikke alltid klarte å følge opp alle pasientene, og flere ganger måtte bortprioritere viktige oppgaver. Jeg ønsker derfor å se på hva andre sykepleiere tenker om faglig forsvarlighet ved kommunale sykehjem, og hvilke sammenhenger de ser ut i fra det organisatoriske til pasientsikkerhet.

1.2 Sykehjem og kommunal oppbygging

Sykehjem er en institusjon for heldøgns pleie og omsorg drevet som en del av kommunehelsetjenesten. Sykehjem skal gi tilbud om døgnopphold til mennesker som trenger helsefaglig bistand utover det som forsvarlig kan ytes i eget hjem ved hjelp av hjemmesykepleie. Sykehjemmet skal ivareta mennesker som ikke klarer å ivareta egen helse, da gjennom: avlastning, permanent opphold, skjermet opphold for demente og terminalpleie. Alle sykehjem skal ha tilknyttet lege og en sykepleier skal være ansvarlig for det medisinske og sykepleiefaglige tilbudet (Tenden, 2011).

I de siste tiårene har oppgave- og ansvarfordelingen mellom kommuner, fylkeskommuner og staten forandret seg, og ført til at kommunene har fått et økt ansvar for helsetjenester. Det er flere faktorer som har bidratt til denne utviklingen. For det første fører økt levealder til en økende andel eldre med kroniske lidelser og aldersdemens (Kirkevold & Brodtkorb, 2008). Et forbedret medisinsk behandlingstilbud reduserer dødeligheten av sykdommer som hjerneslag, kreft og hjerte- og lungesykdommer, som resulterer i at flere lever med en funksjonssvikt. For det andre har deinstitutionaliseringen og endringene i spesialisthelsetjenestens funksjon og organisering ført til at kommunene har fått ansvar for stadig flere pasientgrupper som tidligere

tilhørte spesialisthelsetjenestens ansvarsområde. Sykehusenes organisering og behandlingsmetoder har endret seg og blir stadig mer spesialiserte. Den polikliniske behandlingen øker og liggetiden på sykehus går ned. Dette har økt kommunens ansvar for medisinsk behandling, habilitering/rehabilitering og omsorgstjenester (Hofseth & Norvoll, 2003).

På samme tid som kommunenes ansvar for helsetjenester øker, er det påpekt at tilbudet til pasienter med medisinske og sykepleiefaglige behov blir for dårlig ivaretatt i kommunenes pleie- og omsorgstjenester. Endringene i kommunenes oppgaver har viktige implikasjoner for kompetanse – og personellsammensetningen i sektoren. Kommunenes pleie- og omsorgstjenester er en sektor som lenge har hatt utfordringer med personelldekningen (Hofseth & Norvoll, 2003). Det finnes i dag om lag 41 300 sykehjemsplasser i Norge, spredt utover det ganske land (Tenden, 2011).

Kommunene har etter samhandlingsreformen opplevd et økt press, da mer av helsetjenestene skal forgå i regi av kommunen. Samhandlingsreformen er en reform av helse -og sosialtjenestene i Norge, som trådte i kraft 01.01.2012. Gjennom denne reformen blir det årlig overført milliarder av kroner fra sykehusene og andre helsetjenester som staten er ansvarlig for til kommunene. Med disse pengene skal kommunene sørge for faglig forsvarlige helsetjenester til innbyggerne (Omsorgsdepartementet, 2008). Reformen har som mål at mesteparten av nødvendig helsehjelp skal foregå i kommunene, gjennom mer avansert behandling på sykehjem. Sykepleien som ytes av hjemmetjenesten skal også utvides og avanseres, med mål om at dette skal minske antall liggedøgn på sykehus. Dette vil få konsekvenser for kommunene, dette fordi de vil ilegges bøter for hvert døgn pasientene som ikke får plass i kommunale institusjoner når de er erklært utskrivningsklare fra sykehuset. Dette fører igjen med seg mer medisinske krevende og avanserte pasienter til sykehjemmene, da de fortere kan skrives ut til kommunen, selv om de fortsatt har behov intravenøse medisiner, smertepumper eller respiratorer. Da sitter ofte kommunene igjen med høye regninger for pasienter de egentlig skal ta seg av selv, eller pasienter som utsettes for uforsvarlig pleie (Djindjic, 2016).

1.2.1 Sykehjemspasienten

Den norske befolkningens bruk av sykehus er ganske jevnt og ganske lavt i aldersgruppene under 60 år, men så stiger forbruket raskt. Blant personer mellom 70 og 80 år er antall sykehusopphold per 1000 innbygger mer enn tre ganger så høyt som blant personer under 60 år, og blant de mellom 80 og 90 år er det fem ganger så høyt (Kirkevold & Brodtkorb, 2008).

Menneskekroppen eldes gjennom voksenlivet og taper en del funksjoner som følge av alderen, noe som fører til et økt behov for hjelp. Behovet for omsorg, hjelp og medisinsk behandling kan i lange perioder variere sterkt. Mange kan med personlig planlegging, støtte og tilsyn klare seg lenge i sine hjem. For andre kan omsorgs- og serviceboliger gi forbedret trygghet og hjelp. For mange vil imidlertid behovet for pleie, omsorg og behandling kreve tilsyn døgnet rundt. Kriteriene for sykehjemsplass er blitt svært strenge - kun de aller svakeste får plass, dermed får et sykehjem nesten karakter av et sykehus. Det gjør pleietyngden meget stor og betyr at beboergruppen ikke selv har ressurser til å bidra til aktiviteter og et sosialt liv på sykehjemmet. Til tross for de strenge kriteriene for sykehjemsplass er det mange steder lange ventelister.

Sykehjemsbeboere på varig plass (i motsetning til korttidsopphold) er mennesker som har et *varig* behov for døgnskunterlig pleie- og omsorgstjenester. Dette er mennesker som ikke kan klare seg med bistand to, fire, seks eller åtte ganger i døgnet og ellers etter tilkalling, men som har et døgnskunterlig behov. Sykehjemsbeboerne som gruppe er for det første preget av betydelig funksjonsnedsettelse, dette ligger til grunn for deres pleie- og omsorgsbehov (Kirkevold & Brodtkorb, 2008). Funksjonsnedsettelsen kan være en følgetilstand etter tidligere sykdom eller skade, eller kan være forårsaket av aktiv sykdom. Som gruppe er sykehjemsbeboerne videre karakterisert av dårlig helse med høy forekomst av aktiv sykdom (Fryjordet, 2001).

I pasientgrupper som i stor grad består av eldre, hvorav gjennomsnittsalderen er 83,9 år, øker sjansen for at mange har et sammensatt sykdomsbilde. Komorbide lidelser (flere sykdommer samtidig) vil ofte forsterke hverandres symptomer og komplisere sykdomsbildet og behandlingen, noe som medfører et større behov for oppfølging fra helsepersonell med medisinsk kompetanse. Ifølge en undersøkelse gjort av SINTEF Helse i 2003 hadde hele 75 % av pasientene ved norske sykehjem tre eller flere aktive diagnoser, og 30 % hadde fem eller

flere. Med komorbide lidelser vil behovet for medikamenter øke. Tall fra SINTEF Helse viser at 97 % av pasientene bruker medikamenter daglig, og tre av fire pasienter trenger bistand til å ta sine medisiner (Hofseth & Norvoll, 2003).

SINTEF anslår at 89 % av pasienter i norske sykehjem har problemer knyttet til aktivitet, motoriske og sensoriske funksjoner. Dette indikerer et relativt stort pleiebehov i pasientgruppen, noe som medfører tidkrevende og tidvis tunge stell for de ansatte. Dette gir en videre indikasjon på helsetilstanden til beboerne, og deres omfang av sykdommer og plager, og dermed pleiebehov og behovet for medisinsk kompetanse (Hofseth & Norvoll, 2003).

Tall fra SINTEF viser at 97 % av alle pasientene bruker medikamenter daglig, noe som gir økt risiko for interaksjoner medikamentene seg i mellom, som kan føre til alvorlige reaksjoner og tilstander for pasientene (Hofseth & Norvoll, 2003). Med tanke på interaksjoner, bivirkninger og observasjoner av disse, er det spesielt viktig at personalet på sykehjemmet har kunnskap om hva de skal se etter og hvordan de skal ta tak i reaksjonene som oppstår. Det er ikke dermed sagt at alle skal vite alt om alle medikamentene, men at de setter seg inn medisinlistene og vet når nye medikamenter er oppstartet. Videre at de vet hvordan de slår opp i felleskatalogen for å undersøke hvilke symptomer som er tilknyttet en slik interaksjon, og hvilke tiltak som bør igangsettes (Knutstad, 2010). Dette er svært viktig for å kunne opprettholde faglig forsvarlig sykepleie for sykehjemspasienter.

1.2.2 Bemanning

Kommunehelsetjenesten fremtrer som en svært personellintensiv sektor, der personalet utgjør en av de viktigste ressursene for å ivareta kvaliteten på pleien som ytes (Holmeide & Eimot, 2011). En av de viktigste faktorene for å oppnå kvalitet er en tilfredsstillende grunnbemanning og tilstrekkelige kompetanse i personalgruppen (Hofseth & Norvoll, 2003).

Tall fra Analysesentret i 2011 viser et stort avvik mellom faktisk og planlagt antall sykepleiere på jobb. På enkelte tidsperioder i året kan så mye som 38 % av sykepleiervaktene erstattes med ufaglærte på grunn av sykdom. Tallene viser at de ufaglærte dekker 25 % av sykepleiervaktene på helg, 28 % på hverdager, 19 % i påskehelgen og 38 % i sommerferien.

Gjennomsnittlig ligger avviket på 27 % (Holmeide & Eimot, 2011). Tallene er noe lavere for helsefagarbeidere, men ikke mye.

Analysesentrets undersøkelse viser at sykdom er den hyppigste årsaken til avviket mellom faktisk og planlagt bemanning (Holmeide & Eimot, 2011). Den lave grunnbemanningen, som preger de fleste sykehjemmene, fører til et tidspress i avdelingene. Sykepleierne og det øvrige pleiepersonalet får derfor ikke tid til å ivareta pasientene på en tilfredsstillende måte. SINTEF helses (Hofseth & Norvoll, 2003) undersøkelse viser at den reelle grunnbemanningen og sykepleiebemanningen er mindre enn det som oppgis i antall stillinger, enten på grunn av permisjoner eller sykefravær. Det er den reelle bemanningen som sliter på sykepleierne og det øvrige personalet over tid. En krevende arbeidssituasjon kan senke terskelen for egenmelding og fravær (Holmeide & Eimot, 2011).

1.3 Lovverk

Det anses som et av de helserettslige hovedprinsippene at helsehjelpen som ytes i Norge skal være faglig forsvarlig, dette bygger på det etiske prinsippet om å gjøre det som gagnar pasienten, og ikke skader (Molven, 2009b).

Det overordnede målet med helsetjenesten er: best mulig helse og livskvalitet for befolkningen. For å realisere dette skal sykepleierens yrkesutøvelse bidra til å nå målet om å yte best mulig helsehjelp ved å gi behandling, pleie og omsorg. God kompetanse hos tjenesteutøverne og godt lederskap på alle nivåer i helsetjenesten er viktige forutsetninger for å oppnå faglig forsvarlige helsetjenester (Vatnaland, 2012).

1.3.1 Helse- og omsorgstjenesteloven

I helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 fremgår det at helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven skal være forsvarlige. Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at:

- a. den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud,
- b. den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud,
- c. helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å

- overholde sine lovpålagte plikter og
d. tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene.

Lovteksten i helse- og omsorgstjenesteloven lyder slik:

«Kravet om forsvarlighet er en rettslig standard. Det innebærer at innholdet bestemmes av normer utenfor loven. Forsvarlighetskravet for helse- og omsorgstjenesten er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Innholdet i forsvarlighetskravet endrer seg dermed også i takt med utviklingen av fagkunnskap og endringer i verdioppfatninger». (Prop. 91 L (2010 – 2011) om Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Lovens formål er særlig å:

1. forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne,
2. fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer,
3. sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre,
4. sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud,
5. sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov,
6. sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet og
7. bidra til at ressursene utnyttes best mulig.»

1.3.2 Helsepersonelloven § 4 (2016)

”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjon for øvrig. Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig

og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell..." (helsepersonelloven § 4).

1.3.2.1 Lovens formål:

"Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten" (helsepersonelloven § 1).

1.3.3 Individuelt ansvar og systemansvar

I lovgivningen er det uttrykt en forventning til at forsvarlighetskravet både er et individuelt ansvar og et systemansvar. Ifølge helsepersonelloven (hlspl) § 4 er sykepleiere forpliktet til å utøve faglig forsvarlig sykepleie. Hlspl. § 3 understreker at den enkelte helsearbeider har et selvstendig ansvar for å yte forsvarlig helsehjelp, den omfatter også ufaglærte, og studenter i praksis.

"Virksomhet som yter helsehjelp, skal organiseres slik at helsepersonell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter" (helsepersonelloven § 16).

Utførelsen av sykepleie skal holde en faglig standard som sikrer at pasienter mottar forsvarlig hjelp, og som tilfredsstillende kravet til en minstestandard (Kjønstad, 2007). På systemnivå kan kvalitetssystemet defineres som en nærmere beskrivelse av organisering, ansvarsforhold, sikre rutiner og prosesser, skriftlige prosedyrer, dokumentasjon, samt resurser i forhold til bemanning og kompetanse for å nå overordnede mål. Ledere skal planlegge, organisere og tilrettelegge virksomheten slik at helsepersonell med et selvstendig ansvar kan oppnå faglig forsvarlig yrkesutøvelse (Bjørø & Kirkevold, 2005).

Organisatoriske forhold har stor betydning for helsepersonellens adferd, og deres forutsetninger for å opptre forsvarlig i praksis. Organisasjonsmåten kan i verste fall svekke opplevelsen av omsorg. Som tidligere nevnt har Molven (2000) beskrevet at faglig forsvarlige tjenester er en rettslig standard som består av tre hovedelementer. Tjenesten må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og gis i tilstrekkelig omfang. God kompetanse hos tjenesteutøvere og et godt lederskap på alle nivå i helsetjenesten er viktige forutsetninger for å nå målet om god kvalitet. Å organisere oppgaver på en betryggende måte danner grunnlaget

for at helsepersonell kan opptre forsvarlig. Sykepleier har plikt til å holde seg faglig à jour, og har plikt til å kjenne til innholdet i regler og etterlyse ordninger som gjør det mulig å opptre forsvarlig. Sykepleieren er ofte den som har forbedringspotensialet, og utbedring av mangler er ledelsens ansvar. Det kreves derfor at sykepleier har organisatorisk innsikt, kunnskap, tydelighet, mot og handlekraft for å kunne oppnå faglig forsvarlighet (Molven, 2009a).

1.4 Kvalitet i helsetjenestene

1.4.1 Forsvarlighetskravet

Forsvarlighetskravet i helseretten er en rettslig standard (Molven, 2009a). Det innebærer at innholdet i forsvarlighetskravet endres med den faglige utviklingen og endrede verdioppfatninger.

Helsepersonelloven § 4 har som formål å regulere helsepersonellens yrkesutøvelse med særlig vekt på tre forhold. For det første stilles det krav til forsvarlighet, for det andre plikter det helsepersonell til å gi omsorgsfull hjelp, og for det tredje ilegges tannleger og leger særlig beslutningsansvar i samarbeidssituasjoner. Innholdet i reguleringen må ses i lys av pasientenes forventninger til helsepersonell. Helsepersonellens utdanning og profesjonstilhørighet kan skape forutsigbarhet om hva slags helsehjelp som kan ytes. Den helsehjelpen som kan gis av en psykolog kan eksempelvis ikke forventes av sykepleier (Molven, 2009a).

Tanken bak hlspl. § 4 er å beskytte samfunnet mot handlinger som kan utgjøre unødvendig skaderisiko på pasienter i møte med helsevesenet. Pasientene skal kunne føle seg trygge på at helsearbeiderne som gir behandlingen er dyktige i sitt fagfelt og er kvalifiserte til å utføre arbeidet. Det betyr imidlertid ikke at skaderisiko i forbindelse med adekvat helsehjelp er uforsvarlig. Adekvat helsehjelp gis med utgangspunkt i grundige avveininger med hensikt om å forbedre pasientens helse (Molven, 2009b).

Hlspl. § 4 har også en humanetisk dimensjon ved seg ved å inneholde et krav om å gi «omsorgsfull hjelp». Kravet inneholder to elementer som handler om hvordan helsepersonell opptrer ovenfor pasientene og om pasientene gis bestemte ytelser, som eksempelvis pleie og omsorg. Faglig forsvarlighet og det som anses som omsorgsfull hjelp kan i mange situasjoner

ha sammenfallende betydning. En handling kan være uforsvarlig dersom kravet til omsorgsfull helsehjelp ikke er oppfylt (Molven, 2009b).

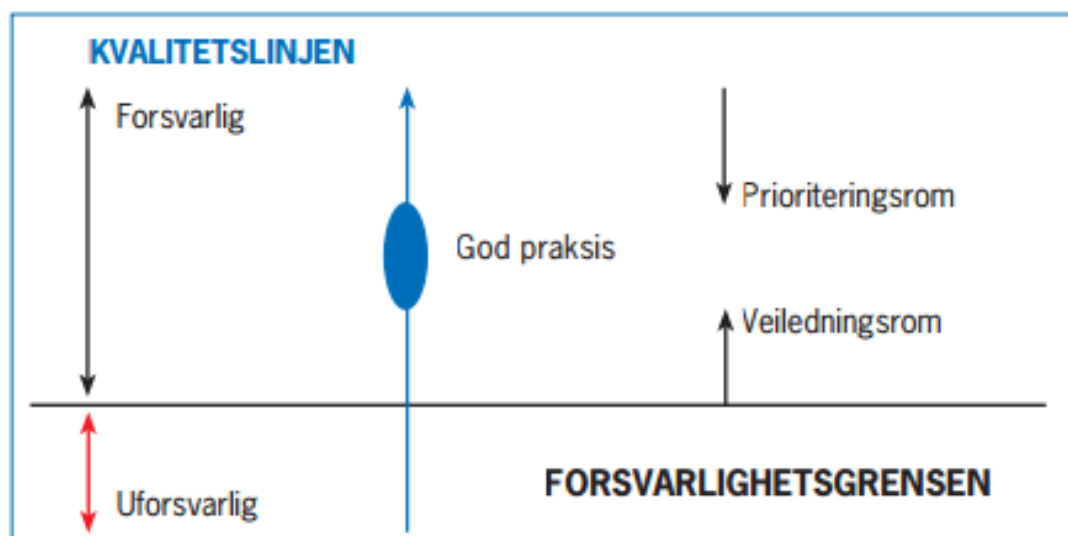
Forsvarlighetskravet i utøvelse av sykepleie dreier seg om å beskytte pasientene mot handlinger som ikke er i tråd med normer for faglig forsvarlig praksis (Molven, 2009a). Forsvarlighetsbegrepet i sykepleie må derfor bygge på faglige kunnskaper om pasientenes grunnleggende pleie- og omsorgsbehov og sentrale verdier i sykepleie. Den juridiske og medisinske forsvarlighetsnormen knyttes til hvor alvorlig de medisinske konsekvensene er, og overskrides først når det er fare for liv og helse (Molven, 2000). Forsvarlighetsbegrepet i sykepleie må imidlertid omfatte noe mer enn det medisinske og juridiske forsvarlighetsbegrepet hvis det skal være i tråd med sykepleiefaglige normer og verdier. Forsvarlighetsbegrepet i sykepleie må både knyttes til en faglig akseptabel minstestandard for grunnleggende pleie- og omsorgstjenester, og til menneskeverdet. Det vil si verdirasjonelle handlinger som gjør livet levelig for den syke her og nå (Martinsen, 2006). Uforsvarlighet vil være ikke å handle i tråd med forsvarlighetsnormen, for eksempel ved å unnlate å utføre handlinger pasientene har krav på. Det innebærer at forsvarlighetsnormen i sykepleie overskrides når basale fysiologiske, psykososiale og åndelige behov ikke ivaretas, eller når verdier som respekt og verdighet krenkes (Tønnessen, 2013). I praksis betyr det at en pasient som får hjelp til å få dekket sitt behov for mat og drikke, både må sikres tilstrekkelig næringsinntak, men også oppleve seg sett og ivaretatt i situasjonen. Det betyr at sykepleierne må ha tid til å spørre pasienten hva slags mat han kan tenke seg å spise og tilrettelegge måltidet slik at pasienten får lyst til å spise.

Det står ikke nedfelt i loven hva som er godt fag, hverken som begrep eller fenomen har faglig forsvarlighet et entydig innhold. Helsepersonell har et stort handlingsrom som ofte er uten entydige grenser. Sykepleiefaget bidrar derfor med sin kunnskap, kompetanse, holdninger og verdier for hva som regnes for å være faglig forsvarlig helsehjelp. Kravet til faglig forsvarlighet varierer med den faglige utviklingen og samfunnets verdioppfatninger, derfor varierer det faglige innholdet loven viser til (Vatnaland, 2012, Molven, 2000). For sykepleieren innebærer forsvarlighetskravet en plikt til å opptre i samsvar med faglige normer og lovbestemte krav for yrkesutøvelsen.

Standarden har en viss spennvidde, og det foreligger en forventning om å utføre mer enn minstestandarden. Forsvarlighet er ikke målbar, og dersom det oppstår tvil om hvordan en bestemmelse skal tolkes, bør man velge det alternativet som er i mest mulig samsvar med

forsvarlighetskravet. Minstestandarden setter en grense for hva som er forsvarlig og må ses i sammenheng med de reaksjoner som kommer når standarden ikke etterleves.

Sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer har et tydelig ansvar for å beskrive og tydeliggjøre faglig forsvarlig praksis (Molven, 2009b). De definerer ikke hva som er faglig forsvarlig, men øker bevisstheten hos de som praktiserer faget (NSF, 2011). Å gi faglig forsvarlig helsehjelp handler om å møte hvert enkelt menneske på en slik måte at det anses å være både faglig og etisk riktig. Faglig forsvarlig utøvelse forutsetter forståelse for helsetjenestens oppbygging og oppgaver, samt kjennskap til lover, regler og øvrige rammebetingelser som styrer virksomheten (Vatnaland, 2012). Statens helsetilsyn har understreket at forsvarlige helsetjenester innebærer å vise interesse for den enkelte utover det som konkret omhandler sykdom og helse. Videre sier Helsetilsynet at det er forsvarlig når det tas hensyn til menneskeverdet ved å verne om integritet, autonomi og menneskelivet (Molven, 2000). Forsvarlighetskravet bygger på hva som vanligvis kan forventes i den aktuelle situasjonen, ifølge NSF (2011) tar kravet utgangspunkt i hlspl. § 4, den enkeltes kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.



Figur 1. Kvalitetslinjen (Helsetilsynet)

Forsvarlighetskravet er tosidig, helsehjelpen skal være innenfor faglig aksepterte normer, og den skal ytes på en omsorgsfull måte. Helsetilsynet påpeker at tjenesten må organiseres slik at det er mulig å oppnå en god praksis, slik at tjenesten ikke befinner seg ned mot eller balanserer på forsvarlighetsgrensen, se figur 1 (NSF, 2008). Kvalitetsforskriften kan brukes

som et mål og er et viktig redskap for å vurdere om helsehjelpen som ytes er faglig forsvarlig (Molven, 2009a).

1.4.2 Kvalitetsforskriften

Et viktig element i faglig forsvarlighet er begrepet kvalitet. Kvalitet forstås ut fra hvilken grad aktiviteter og tiltak i helsetjenestens regi øker sannsynligheten for at individer og grupper i befolkningen oppnår ønsket helsegevinst, gitt dagens ressursrammer og kunnskaper. Kvalitet skapes i de daglige møtene mellom bruker av helsetjenesten og utøvere, og kvaliteten skal iverksettes gjennom omsorg, pleie, helsefremmende og forebyggende arbeid (NSF, 2011).

Forskriften skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel.

Formålet med forskriften er å supplere og utdype allerede eksisterende regelverk, med vekt på grunnleggende behov og kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene i kommunene (Kvalitetsforskriften, 2003).

Det er en sentral målsetting at brukerens behov for tjenester imøtekommes gjennom individuelle, fleksible og helhetlige løsninger uavhengig av bosted. Kvalitetsforskriften skal medvirke til at personer som tar imot pleie- og omsorgstjenester etter sosial- og helselovgivning får tilfredsstillt sine grunnleggende behov. Kommunene skal etablere et system av prosedyrer for å sikre at den enkelte bruker får de tjenestene vedkommende har behov for til rett tid. Et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud vektlegges (Bergh, 2004).

Kvalitet er blitt studert fra flere ulike vinkler og i 2011 skrev Nakrem en doktorgrad om kvalitetsmål for pleie og omsorg i sykehjem. Hun ønsket å undersøke hva som er av størst betydning i slike mål for å kunne gi god pasientsentrert sykepleie, og ønsket å få en dypere forståelse av sykehjemskvalitet. Det ble benyttet dybdeintervju av beboere ved fire ulike sykehjem, samt fokusgruppeintervju med pårørende ved to av sykehjemmene. Funnene i studien viser at kvalitet på pleie og omsorg ved sykehjem omfatter fire hovedområder: bokvalitet, personellkvalitet, helsetjenestekvalitet og sosial kvalitet (Nakrem, 2011).

1.4.3 Kvalitet og forsvarlighet

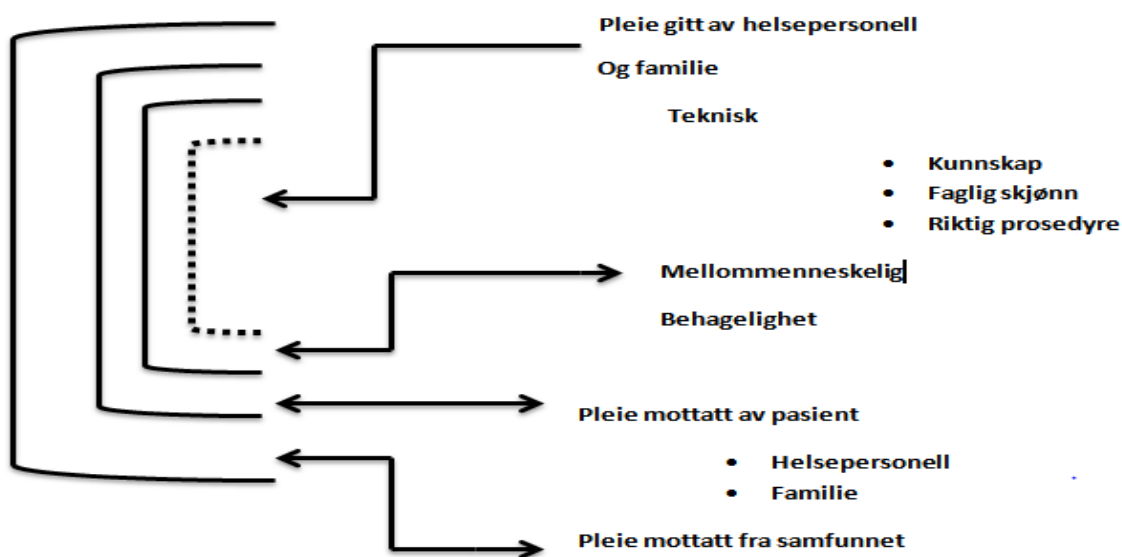
“The degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge”

The Institute of medicine in the United States, 1999

Ovenfor er det en definisjon på faglig forsvarlighet, men den er åpen for tolkning. Den gir ikke noe tydelig svar. Dette kan bidra til uklarhet og forvirring for de som skal utøve faglig forsvarlig helsehjelp. Definisjonene kan også tolkes som et kvalitetskrav, for hvordan man ønsker at helsetjenesten skal fungere. Kvalitet vidt er et begrep som stadig oftere anvendes i sammenheng med helsetjenester. Både uklarhet og et for omfattende innhold kan føre til at begrepet ikke har et substansielt innhold (Grepperud, 2009). Definisjonen på begrepet «kvalitet» varierer fra de mer enkle og nøytrale til de mer detaljerte og spesifikke (Bergh, 2004).

I Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten «..Og bedre skal det bli» (Helsedirektoratet, 2005) knyttes begrepet «kvalitet» til hvilken grad de tjenester helsevesenet leverer er virkningsfulle, trygge og sikre, samordnet og preget av kontinuitet, involverer brukere, og utnytter ressurser på en god måte. God kvalitet i helsetjenester forutsetter at sannsynligheten for at feil og uheldig utfall eller hendelser er redusert til et minimumsnivå.

Det er et høyt antall dimensjoner for hva som defineres som kvalitet i helsetjenestene, dette antallet dimensjoner betyr at helsetjenestekvalitet blir et begrep som omfatter mange forhold, og kan inkludere det som godt eller ønskelig. Virkningsfullhet (effekt), trygge og sikre tjenester, god utnyttelse av ressurser samt involvering av brukere er noen av dimensjonene som skal til for å oppnå kvalitet (Grepperud, 2009).



Figur 2 – Vurdering av kvalitet (Donabedian, 2002)

Kvalitet i helsetjenestene kan være vanskelig å vurdere, og det er her Donabedians paradigme har fått stor betydning. I figur 2 ser vi hvordan Donabedian visualiserer de ulike komponentene som påvirker kvaliteten på helsetjenesten. Den belyser hvordan leddene i helsetjenesten påvirker hverandre, og på denne måten vil det være lettere å identifisere problemområder. De ulike avgrensningene representerer hvor sentrale de ulike komponentene er og deres betydning for hvordan vi vurderer kvalitet (Donabedian, 1988). Innerst befinner interaksjonen mellom pasienten og helsepersonell seg. I den neste finner vi mellommenneskelige relasjoner, deretter pleien pasienten mottar. Mellommenneskelige relasjoner gir helsepersonell informasjon angående hvordan pleien best kan ytes, og i den siste finner vi pleien mottatt fra samfunnet som helhet (Donabedian, 2002). Når det gjelder pleie gitt av helsepersonell, blir fokuset ofte på effektiviteten og den tekniske kunnskapen, samt det mellommenneskelige forholdet. Den tekniske kunnskapen gjenspeiler kunnskapen og det faglige skjønnet til den som yter helsehjelpen. Behageligheten har ikke stor betydning for kvaliteten på helsehjelpen, annet enn for den som mottar den, men har ofte ingen betydning for forandringer i pasientens fysiske helsetilstand. Pasienten kan motta svært god pleie fra helsepersonellens side, men effekten kan variere ut i fra pasientens egen innsats (Donabedian, 1988). Når man retter fokuset mot samfunnet som helhet vil man finne nye komponenter for vurderingen av kvaliteten enn de som allerede er nevnt. Disse inkluderer tilgjengelighet av

pleie, effektivitet og fordeling av goder. Denne figuren er ikke en dyptgående illustrasjon for hvilke komponenter som har betydning for kvaliteten, men viser de viktigste momentene (Donabedian, 2002). Den Donabedianske modellen vil bli nøyere gjennomgått i kapittel 2.

Faglig forsvarlighet fremmes gjennom kunnskap og kompetanse, grunnbemanning og dokumentasjon (Molven, 2000). Det finnes ingen god definisjon på forsvarlighet i helsetjenestene, noe som kan være en fordel, på det grunnlag av at mennesket ikke er standardisert. Helsepersonell får dermed muligheten til å utøve faglig skjønn, med den forutsetning at de har den nødvendige og tilstrekkelige fagkunnskapen.

Forsvarlighetskravet er et uttrykk for en minstestandard for det nedre nivået som aksepteres. Det er ikke en standard for hvordan optimal helsehjelp skal gis (Tønnessen, 2013).

Forsvarlighetskravet kan ses på som en målestokk, som kan deles inn i grader av atferd etter forsvarlighet. Øverst på skalaen finner man «svært bra helsehjelp». Tilfredsstillende behandling og helsehjelp faller inn under gruppen «nokså bra helsehjelp». Den ligger noe under middels, men er over minstestandarden. Trinnet under er «dårlig helsehjelp» og ligger under minstestandarden. Forsvarlighetsbegrepet i sykepleie må bygge på hensyn som er relevante for den funksjonen sykepleierne har og den omsorgen sykepleieren skal yte. Det innebærer at begrepet må være i tråd med det som er sykepleierens ansvar og sykepleietjenestens hensikt.

Det kan være vanskelig å skille mellom hva som er kvalitet og hva som er forsvarlighet. Kvalitet i helsetjenestene viser til hvor god tjenesten er per i dag, og hvor god vi ønsker at den skal være. Kvaliteten skal være god, og alle brukere skal få sine behov dekket på best mulig måte (Helsedirektoratet, 2005). En forsvarlig tjeneste er noe annet, den utgjør minimumskravene for at en tjeneste ikke skal være ulovlig. Enhver som yter helsetjenester skal sikre at virksomheten er forsvarlig og følger lover og forskrifter. Dersom en tjeneste vurderes som uforsvarlig og i strid med lovverket, vil Helsetilsynet kunne komme med reaksjoner, pålegg og i verste fall anmeldelse (Molven, 2009b).

En tjeneste som er opptatt av god kvalitet og organisert slik lovverket tilsier, vil kunne oppleves som en god tjeneste av brukerne (Bergh, 2004). En tjeneste som «bare» er forsvarlig, vil ofte ikke oppleves som tilfredsstillende av brukerne. Dersom en tjeneste bare er forsvarlig, vil ofte uheldige enkelthendelser kunne få langt større konsekvenser enn dersom en tjeneste i utgangspunktet er av god faglig kvalitet.

1.4.4 Kvalitetsindikatorer

En kvalitetsindikator er et indirekte mål, som sier noe om kvaliteten på det området som måles. Kvalitetsindikatorer tar utgangspunkt i et eller flere av dimensjonene av kvalitet og kan for eksempel måle helsetjenestenes tilgjengelige ressurser, pasientforløp og resultat av helsetjenestene for pasientene (Nakrem, 2011). Kvalitetsindikatorer sier noe om hva som er det overordnede målet med den aktuelle tjenesten, og hvordan dette best oppnås, og bør ses i sammenheng for å gi et samlet bilde av kvaliteten i tjenesten.

Det er utarbeidet ulike kvalitetsindikatorer for kommunale helse- og omsorgstjenester, som kan ses her: <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-pleie-og-omsorg>. Disse indikatorene stiller ulike krav om hva som bør forventes, og viser til ulike mål for hva som oppnådd.

1.5 Faglig forsvarlighet i et teoretisk perspektiv

1.5.1 Faglig skjønn

Faglig forsvarlighet betinger kunnskap. Plikten til oppnåelse av forsvarlighet knytter seg til kvalifikasjoner. Dette innebærer at helsepersonell må holde seg oppdatert, og kjenne kravet om å innrette yrkesutøvelsen etter faglige begrensninger. Det må kunne forventes at helsepersonell er i stand til å avgjøre når man går over grensen for egen kompetanse, og at denne grensen ikke skal utfordres.

For å kunne handle faglig forsvarlig slik loven krever, må det utøves faglig skjønn. Helsepersonelloven § 4 sier at helsepersonell skal utøve helsehjelp ut i fra sine kvalifikasjoner og situasjonen for øvrig, dette krever faglig skjønn. En profesjonell sykepleier kan og skal utøve skjønn. Utøving av skjønn sikrer ikke alltid at resultatene blir som forventet, men et godt skjønn øker sannsynligheten for at faglig forsvarlighet oppnås.

Martinsen (2006) mener skjønn er en fornuftig handling, og at ut fra skjønn er en sykepleier i stand til å yte faglig forsvarlig omsorg og pleie uten å være totalt regelstyrt. For å kunne vurdere dette ut fra skjønnet må den faglærte ha med seg fagets regler, prosedyrer og

faktakunnskaper. Regler og prosedyrer skaper ikke et system, og det er kun ut fra erfaringer de kan anvendes riktig (Martinsen, 2006).

Faglig skjønn betyr faglig dømmekraft og kjennetegner høy klinisk kompetanse. Skjønn avhenger av hvordan fagkunnskap og naturlig synsing henger og arbeider sammen (Martinsen, 2006). Klinisk kompetanse og faglig skjønn gjør det mulig å mestre nye og uventede situasjoner i den faglige hverdagen. Verdier, teoretiske kunnskaper, menneskelige kunnskaper og kroppslig kunnskap inngår i det faglige skjønn. Skjønn er en resonering -og beslutningsform, selv om skjønn både er nødvendig og ønskelig betyr ikke det at det er uproblematisk å utøve skjønn. Muligheten for utøvelsen bidrar til fleksibilitet, og kunne gi adekvat hjelp til den enkelte. Faglig, moralsk dømmekraft, etisk bevissthet og utøvelse av skjønn står sentralt i sykepleien, det er også blitt kalt praktisk – moralsk – handlingsklokskap (Vatnaland, 2012).

Faglig forsvarlighet bidrar til at pasienter tilbys trygge og sikre tjenester, og ikke utsettes for unødvendige belastninger, og det er den enkelte som må ta stilling til om faget blir utøvd på en faglig forsvarlig måte (Molven et al., 2006).

1.5.2 Omsorg

Forsvarlighetskravet knytter seg både til den direkte pasientbehandlingen og til det å vise respekt og omtanke for pasienten. Sykepleiere og annet helsepersonell plikter å gi pasienten omsorgsfull hjelp. Et minimumskrav er at pasienten får dekt sine grunnleggende behov som ernæring, søvn og hygiene. Arbeidsgiver har et lovpålagt ansvar for å bidra til at ansatte kan oppdatere seg faglig. Hvis det ikke sørges for nødvendig opplæring internt, er det et lederansvar å legge til rette for permisjoner og økonomisk støtte til å delta i eksterne kurs, seminarer og konferanser. Arbeidsgiver må forplikte seg til å utarbeide kompetanseplaner for ulike deler av den enkelte virksomhet. I de fleste situasjoner vil det anses som uforsvarlig å unnlate å gi omsorg (NSF, 2011). Siden hverdagen innebærer en stor grad av prioriteringer, kan manglende omsorg arte seg på ulike måter. Kanskje i form av begrensninger i tilbud om drikke til pasienten eller redusert aktivisering av vedkommende (Kirkevold & Brodtkorb, 2008). I noen tilfeller aksepteres unødig tvang fordi det er mangel på personell. En studie fra 2015 viste en klar sammenheng mellom unødig bruk av tvang og antall sykepleiere på jobb (Castle, Dellefield, McGilton, & Spilsbury, 2015).

Omsorg er ifølge Martinsen (2006) et grunnleggende trekk ved det å være menneske.

Sykepleierens mål er omsorg, hvor man handler ut fra en forståelse for hva pasienten trenger der og da. Omsorgsbegrepet har en rasjonell, praktisk og moralsk side. Den moralske siden handler om hvordan vi er og hvordan vi er i relasjonen gjennom det praktiske arbeidet, moralen viser seg gjennom måten omsorgen utøves på (Martinsen, 2006).

Den sykepleiefaglige kompetansen kommer til uttrykk gjennom kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Kjønstad (2007) hevder faglig forsvarlighet har en skjønnsmessig side, en faglig, en etisk og en rettslig norm for hvordan arbeidet skal utføres. Ifølge NSF (2011) skal man ikke bare gi riktig behandling eller sykepleie, den skal utføres på den riktige måten med en holdning som respekterer det enkelte individ. En sykepleier forholder seg først og fremst til pleie og kontinuerlig omsorg for den syke (Tveiten, 2001).

Martinsen (2006) skiller omsorg i det tekniske og det funksjonelle. Det tekniske elementet «*hva man får*» innebærer den faglige kompetansen og den faglige utførelsen. Det funksjonelle elementet «*hvordan man får det*» omhandler helsepersonells holdning og adferd, trygghet og fleksibilitet og pålitelighet. «*Hva man får og hvordan man får det*» har en avgjørende betydning på kvaliteten på helsetjenesten.

1.6 Tidligere forskning

Med utgangspunkt i problemstillingen og forskningsspørsmål, var det viktig å finne tidligere forskning om studiens tema. I disse søkene etter relevant tidligere forskning har jeg benyttet meg av databasene Medline, Web of Science, Google Scholar, Idunn, Helsebiblioteket og Svemed. Jeg har bruk søkeord som *nursing home(s)*, *professional accountability*, *competence*, *patient security*, *quality of healthcare*, *healthcare*, *minimum standard of healthcare* og *work conditions* i kombinasjoner både på norsk og engelsk, samt *faglig forsvarlighet*. Søkene har gitt overraskende få resultater, og det er tydelig at det ikke finnes mye forskning på dette området, spesielt med fokus på sykepleiernes erfaringer. Det finnes ingen god oversettelse av faglig forsvarlighet, noe som har gjort det vanskelig å finne studier fra utlandet. I presentasjonen av forskningen har jeg tatt for meg studier og artikler som beskriver aspekter ved faglig forsvarlighet, både som rettslig standard og som fenomen i praksis.

Olav Molven (2000, 2006, 2009a og 2009b) har gitt ut flere artikler samt en lærebok i sykepleiefaget om faglig forsvarlighet i et juridisk perspektiv. Han gir en oversikt over hvordan lovverket er oppbygd og hvordan det i teorien skal fungere, både på individ- og systemnivå. Det er få føringer for praksis i Molvens litteratur, men han belyser viktigheten av at helsehjelpen som ytes må være godt organisert for å kunne være faglig forsvarlig.

Holmeide og Eimot (2011) publiserte en studie av forholdet mellom faktisk og planlagt bemanning i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Denne baserte seg på datamateriell fra 14 kommuner totalt, i 2009 og 2010. De konkluderte med at faktisk antall sykepleiere på vakt er 24 % lavere enn planlagt, og 38 % lavere under ferieavvikling. Tilsvarende underdekning for helsefagarbeidere er 18 % lavere enn planlagt og 34 % lavere under ferieavvikling.

Flesteparten av disse fraværene dekkes opp med ufaglærte assistenter (Holmeide & Eimot, 2011).

I 2003 kom SINTEF Helse med en rapport angående sykepleietjenesten på sykehjem og i hjemmesykepleien. Undersøkelsene ble gjort som tre delstudier ved sykehjem, det ble kartlagt 209 enkeltpasienters medisinske diagnoser og problemer, samt utført 41 intervjuer med ledere, sykepleiere og leger. Det ble også gjennomført en landsdekkende spørreundersøkelse med svar fra 1069 sykepleiere ansatt i kommunehelsetjenesten. Rapporten konkluderer med at den generelle helsehjelpen er god nok, men at smerte- og ernæringsproblematikk ikke ivaretas godt nok, samt at viktige observasjoner ikke ble foretatt. Det var store forskjeller mellom sykehjemmene, og tidspress og manglende bemanning med fagkompetanse ble vurdert som viktige årsaker til vanskeligheter med å ivareta pasientene på en faglig forsvarlig måte (Hofseth & Norvoll, 2003).

Sykepleiernes arbeidssituasjon ved sykehjem er studert av Hallin og Danielson (2007). De gjennomførte en randomisert studie ved sykehjem og spesialisthelsetjenesten i Sverige. Sykepleierne som deltok i studien hadde gjennomsnittlig seks års arbeidserfaring. De beskrev arbeidshverdagen sin som stressende på grunn av medisinsk krevende pasienter, og de opplevde at det var for få folk på jobb. De hadde lite kontakt med og oppfølging av pasienter på grunn av for mange arbeidsoppgaver. Sykepleierne i studien følte seg utilstrekkelige i jobben på grunn av for lite ressurser, men på den andre siden syntes de at de hadde en stimulerende og utfordrende arbeidsdag (Danielson & Hallin, 2007).

En amerikansk studie fra 2011 utført av Hyer et al. gikk inn for å undersøke hvorvidt antallet sykepleiere på jobb hadde påvirkning på kvaliteten på pleien som ble gitt. De samlet inn

datamaterialet fra staten Florida i USA angående arbeidsforhold og antall sykepleiere på vakt gjennom fire år. De sammenlignet disse tallene opp mot *deficiency citations*, som de bruker til å måle kvalitet på sykehjemmene i Florida. Resultatene i studiene konkluderer med at det er negativ sammenheng mellom antall sykepleiere på jobb og kvaliteten på helsetjenesten som ytes, altså desto mindre sykepleiere på jobb over lengre tid, desto lavere kvalitet på helsetjenesten (Branch et al., 2011). En litteraturstudie fra England med samme fokus klarte ikke å konkludere med noen spesifikke funn, men dette kom av at mye av litteraturen kom fra USA, og de kunne ikke overføre dette til Storbritannia og dets standarder (Bowman, Hewitt, Spilsbury, & Stirk, 2011).

I en oversiktsartikkel fra 2015 undersøkte Castle et al. (2015) om det fantes en forbindelse mellom sykepleierbemanning og omsorgskvalitet i sykehjem. De inkluderte 67 artikler skrevet i seks forskjellige land fra 2010 til 2014; USA, Canada, Storbritannia, Tyskland, Norge og Sverige. De så blant annet at sykehjemmene med flere antall sykepleiere på jobb betydde også mindre bruk av tvang, mindre tilfeller av feilbehandling, mer bruk av tid på hver enkelt pasient og bedre trivsel på jobb. Funnene i de fleste artiklene som har inngått i denne studien viser at høyere sykepleierbemanning er relatert til bedre kvalitet i sykehjem.

Det finnes lite forskning på hvordan sykepleiere opplever faglig forsvarlighet på sykehjem, og hvordan sykehjemsinstitusjonene arbeider for å ivareta den. Vi vet for lite om hvordan dette påvirker deres arbeidshverdag, og hvilken effekt sykepleierne ser at det har på pasientene. Det finnes noe forskning på at norske kommuner ser ut til å ha en kompetanseutfordring, ettersom norsk lov krever tilstrekkelig kompetanse for å utføre faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp ut ifra pasientens behov (Bing-Jonsson, Bjørk, Foss, Hofoss, & Kirkevold, 2016).

1.7 Problemstilling:

- Hvordan arbeider enhetsledere for å ivareta faglig forsvarlighet ved kommunale sykehjem, og hvordan opplever sykepleierne som jobber på sykehjem forsvarligheten i praksis?

1.8 Oppgavens oppbygging

Kapittel 1 – I Oppgavens innledende del vil tema bli presentert samt oppgavens problemstilling. Bakgrunn for valg av tema og tidligere forskning vil også bli presentert her.

Kapittel 2 – I dette kapitlet vil den Donabedianske teorien som er brukt som rammeverk i oppgaven blir framstilt.

Kapittel 3 – I oppgavens tredje del vil designet for metoden bli presentert, og gjennomføringen av studien vil bli beskrevet.

Kapittel 4 – Fjerde del av oppgaven inneholder resultatene av analysen, presentert i kategoriene fra analysen.

Kapittel 5 – Denne delen av oppgaven inneholder diskusjonen av funnene i studien, samt metodediskusjon

Kapittel 6 – Den siste delen av oppgaven belyser studien som en helhet og konkluderer studiens funn.

Kapittel 2

2.1 Den Donabedianske teori

“I have never been convinced that competition by itself will improve the efficiency or the effectiveness of care or even that it will reduce the cost of care ... Health care is a sacred mission. It is a moral enterprise and a scientific enterprise, but not fundamentally a commercial one... Doctors and nurses are stewards of something precious. Their work is a kind of vocation rather than simply a job; commercial values don't really capture what they do for patients and for society as a whole”

Avedis Donabedian

I 1966 utviklet den libanesiske legen Avedis Donabedian en modell for kvalitetsvurdering i helsetjenestene (Donabedian, 2005b). Som teoretisk rammeverk for studien kommer jeg til å benytte meg av Den Donabedianske modellen, som er en konseptmodell, som bidrar til å evaluere kvaliteten av helsetjenester. Modellen har ikke en definisjon på hva kvalitet i helsetjenester er, og kan derfor benyttes innen for et bredt eller smalt felt innenfor helse. Den kan for eksempel benyttes til å vurdere et diagnostisk laboratorium, så vel som de samlede helsetjenestene i Norge. Ifølge modellen kan informasjon om kvaliteten av helsetjenesten vurderes ut i fra tre kategorier: **struktur**, **prosess** og **utfall**.

Donabedian hevder at hver av kategoriene har sine fordeler og ulemper, som gjør det nødvendig for den som benytter seg av modellen å finne korrelasjoner mellom kategoriene for å kunne vurdere kvaliteten. Ved utviklingen av kvalitetsmål har Donabedians klassiske paradigme for å evaluere kvaliteten i helsetjenesten fått stor betydning. Hans modell er basert på trekomponentforholdet mellom struktur, prosess og resultat, hvor hver av komponentene har direkte innflytelse på den neste: strukturforhold påvirker prosesser, som igjen påvirker resultater/ utfall (Donabedian, 2002).



Figur 1. Den Donabedianske modell (Donabedian, 2005a)

Struktur, prosess og utfall er ikke nødvendigvis direkte knyttet til kvaliteten av helsetjenesten som ytes, men hver for seg gir de nyttig informasjon om hva som påvirker utøvelsen og der igjen kvaliteten, og hvor problemet begynner om man finner at kvaliteten ikke er tilfredsstillende. Slutninger angående kvaliteten kan trekkes når man finner sammenhenger mellom de tre kategoriene.

2.1.1 Struktur

Struktur inkluderer alle faktorene for helsehjelpen som ytes. Dette inkluderer institusjon, utstyr og bemanning, så vel som det organisatoriske. Disse faktorene kontrollerer hvordan ytere og mottakere av helsetjenestene fungerer og måler den gjennomsnittlige kvaliteten innenfor den gitte institusjon. Med **struktur** menes de relativt stabile karakteristikkene av de som yter helsehjelp, utstyret de benytter seg av og ressursene de har tilgjengelige, og det fysiske organisatoriske miljøet de praktiserer innenfor. Begrepet omfavner antallet og kvalifikasjonene til personalet, så vel som geografisk plassering og størrelsen på institusjonen. Men begrepet omfatter også faktorer som har betydning for økonomiske forhold og deres betydning for helsetjenestene som ytes, både formelt og uformelt (Donabedian, 1980). Hovedkarakteristikken til struktur er dens stabilitet, at de funksjoner den omfatter, evnen til å yte helsehjelp, og hvordan den påvirker kvaliteten av helsehjelpen som ytes.

Bruken av struktur som et mål av kvalitet i helsetjenester kommer an på hvordan strukturen påvirker kvaliteten. Når trekk som påvirker strukturen og kvaliteten på en positiv måte er til stede kan de aktuelle trekkene ses på som indirekte «bevis» på kvalitet. På den andre siden, trekk som er skadelige og ødeleggende for strukturen ses på som bevis for dårlig eller lav

kvalitet. Struktur er derfor svært relevant for kvaliteten av helsetjenester, i og med at den øker og/ eller minsker sjansen for god og faglig forsvarlig drift. Forholdet mellom struktur og kvalitet er selvfølgelig av størst betydning når det kommer til planlegging, utføring og implementering av systemer som har som mål å yte best mulig og faglig forsvarlig helsehjelp. Som et verktøy for å måle kvalitet er struktur nyttig for å indikere generelle tendenser. Ifølge Donabedian er struktur et av de viktigste verktøyene for faglig forsvarlighet, da god struktur legger grunnlaget for god kvalitet i helsetjenester (Donabedian, 1980).

2.1.2 Prosess

Prosess er summen av alle handlingene som utgjør helsehjelpen som ytes. Prosessen består av diagnoser, behandling av sykdommer og symptomer, forebygging og pasientopplæring. Prosess kan videre klassifiseres som teknisk prosess, altså hvordan helsehjelpen ytes eller mellommenneskelige prosesser som alle omhandler hvordan helsehjelpen ytes. Ifølge Donabedian er vurderingen av prosess nærmest en måling av kvalitet, da prosessen inneholder alle elementene av helsehjelp (Donabedian, 1980).

Prosess gir et detaljert bilde som kan gi fellende og valide «bevis» for kvaliteten av helsehjelpen som ytes. Kriteriene for prosess betegner kvalitet fordi de har stor betydning for om utfallet blir positivt eller negativt for pasienten. Man kan se at prosessen har en direkte betydning for pasientenes utfall, og har derfor muligheten til å identifisere små variasjoner i kvalitet.

Proessen har en fordel som måleverktøy i og med at de foregår her og nå, og gir derfor målinger som sier noe om kvaliteten akkurat nå, og er ofte lett tilgjengelig. Gjennom prosess kan man ikke bare observere eller måle i hvilken grad helsehjelpen ytes, men også kvaliteten av utførelsen (Donabedian, 2002).

2.1.3 Utfall

Utfall omfatter alle faktorene innen helsetjenester, pasienter eller populasjon, forandring av helsetilstand, oppførsel eller kunnskap så vel som pasienttilfredshet og helserelatert livskvalitet. Utfall ses ofte på som den viktigste kategorien ved vurdering av helsetjenester,

siden en bedring av pasientens helsetilstand er hovedmålet for helsetjenesten (Donabedian, 1980).

Utfall som verktøy måler ikke bare hvorvidt helsehjelpen som har funnet sted, men også hvor godt utført den er, i forhold til utfallet av den. Utfall er ofte favorisert, da det kan hevdes at det som betyr mest for kvaliteten på pleien er pasientenes helse og velvære. Men det må også nevnes at utfall også kan finne uheldige konsekvenser av dårlig pleie.

Ved vurdering av utfall må det først bestemmes hva som er hensikten med helsehjelpen, om man sikter mot total eliminering av sykdom, eller lindrende behandling ved livets slutt. Utfallet må være oppnåelig gjennom god pleie, altså, at metodene som benyttes er tilgjengelige og under kontroll av helsetjenesten for øvrig. Utfallet, negativt eller positivt, må kunne knyttes til systemet i første rekke og så til den enkelte sykepleier utførelse av pleie (Donabedian, 2002).

Utfall alene er ikke et godt mål for kvaliteten i helsetjenesten, med mindre man tar utgangspunkt i at man har ubegrensede resurser, noe som aldri er tilfellet. For å kunne vurdere kvaliteten og den faglige forsvarligheten må man ta utgangspunkt i hvordan struktur, prosess og utfall påvirker hverandre i henhold til pasientens beste, og hva som er resultatet av helsetjenesten som er gitt.

2.2 Praktisk bruk av modellen

I 2014 publiserte Anne og Glenn Gardner og Jane O`Connell en studie i *Journal of Clinical Nursing*, om hvorvidt den Donabedianske modellen fungerte som kvalitetsmål innenfor helsetjenesten, med svært positive resultater. De ønsket å undersøke kvaliteten og sikkerheten av sykepleie ut i fra den Donabedianske modellen. De benyttet seg av et trianguleringsdesign, bestående av spørreundersøkelse, dybdeintervju med pasienter og helsepersonell, og medisinske journaler. De benyttet den Donabedianske modellen i forberedelsene til studien og analysene av datamaterialet. Studien viste at struktur og prosess er essensielle for kvalitet i helsetjenesten, og at modellen egner seg svært godt til denne typen studier (Gardner, Gardner, & O'connell, 2014).

For å kunne benytte den Donabedianske modellen må det utarbeides tre ulike hovedspørsmål, et for hver av kategoriene: struktur, prosess og utfall, som til sammen gir svar på en

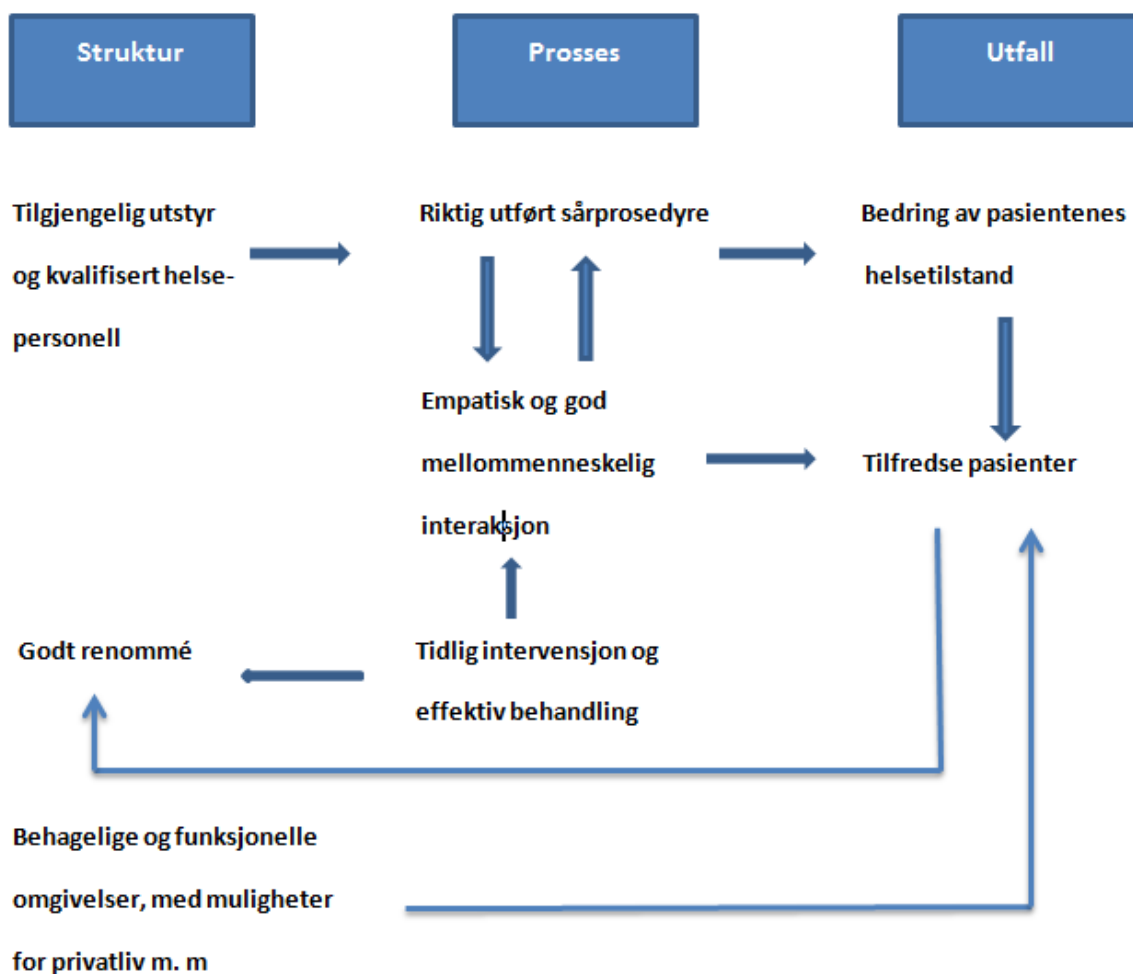
problemstilling om helsetjenesten som undersøkes er av god kvalitet (Donabedian, 2005b). Ved å benytte denne modellen må det først defineres for den aktuelle undersøkelsen hva som menes med struktur, prosess og utfall (S P U), slik at det kan utarbeides standarder å måle ut i fra. På denne måten får man et klarere bilde av kvaliteten, og forskningsspørsmålet blir klarere.

Ved å definere hvilke kriterier som skal inngå i S P U, bestemmes det hva man skal måle, for eksempel bemanning og bemanningens kvalifikasjoner, da vil man ha et godt utgangspunkt for å definere standarder for det som skal måles. Uten standardene vil man ha vanskeligheter med å vurdere datamaterialet, og da om hvorvidt helsetjenesten er faglig forsvarlig. Graden av spesifisering for kriteriene og standardene kan oppfattes som et kontinuum fra svært utydelig til så spesifikke som mulig. Kontinuumet kan deles inn i fire kategorier: implisitt, guidet, konkluderende og eksplisitt (Donabedian, 2002).

Implisitte kriterier og standarder er ikke spesifisert, de eksisterer i hodene på ekspertene. For eksempel, ved vurdering av journaler hvor ekspertene blir bedt om å gi sine synspunkter i saken, da vil vurderingen bli basert på ekspertens kunnskaper, og hva de tror. I noen tilfeller er vurderingsprosessen **guidet** til varierende grader, ved å spesifisere hva som skal vurderes. For eksempel: Var innleggelse på sykehus den riktige avgjørelsen? Var lengden på sykehusoppholdet forsvarlig? Man kan da stille de spørsmålene som sannsynligvis gir de svarene man ønsker, men den siste vurderingen av kvalitet ligger hos eksperten, som kan ha fått instruksjoner om hvordan kategoriene skal summeres. Om kriteriene og standardene har vært fullstendig «*implisitte*» eller «*implisitte men guidet*», kan ekspertene bli bedt, etter endt vurdering, om hvorfor de vurderer slik som de gjør, på bakgrunn av hva. Fra disse beskrivelsene eller rettferdiggjørelsene kan man **konkludere** hva de foregående kriteriene og standardene har vært, og dermed vurdere validiteten av dem. **Eksplisitte** kriterier og standarder er spesifiserte, og ofte svært detaljerte på forhånd av vurderingen begynner. Når man benytter seg av eksplisitte kriterier og standarder står det igjen lite rom for ekspertens egne meninger, det skal kun vurderes om kriteriene som er forhåndsbestemt blir møtt. Spesifisering og at noe er eksplisitt betyr ikke at det kliniske blikket er ekskludert i vurderingen. Utvalget av kriterier og standarder involverer vurdering av ulike faktorer og dermed ulike subjektive synspunkt. Det er foreløpig ikke utarbeidet en metode for vektlegging av de ulike kriteriene, vektlegging vil derfor være et produkt av subjektive kliniske vurderinger (Donabedian, 2002).

Målestandarder er ifølge Donabedian enten empiriske eller normative. **Empiriske** standarder tar utgangspunkt i hvor god eller dårlig helsetjenester er ved andre institusjoner, og bruker denne informasjonen til å sammenligne ulike institusjoner med hverandre. Empiriske standarder kan også uthentes fra ulike statistikker. Bruken av empiriske standarder kan by på utfordringer for validiteten av undersøkelsen, da det ikke nødvendigvis tas høyde for at den kvaliteten det tas utgangspunkt i ikke er god nok, da man ikke nødvendigvis baserer denne på dagens medisinske kunnskap. **Normative** standarder tar utgangspunkt i medisinsk kunnskap, nyere forskning og aktuelt lovverk. Normative standarder baserer seg på det beste innen helsetjenester, og kan derfor vise seg å være svært vanskelige å oppnå, selv om helsetjenesten kanskje er av god kvalitet, men ikke hypermoderne (Donabedian, 2005b).

Før man kan begynne å vurdere kvaliteten, må det fastslås en korrelasjon mellom struktur, prosess og utfall, som for eksempel: (*S*) få fagutdannede på jobb → (*P*) prosedyrer utføres feil eller ikke i det hele tatt → (*U*) forverring av pasientens helsetilstand og helse relatert livskvalitet.



Figur 2 - Hypotetisk framstilling av sammenhengen mellom karakteristikene struktur, prosess og utfall

Som vist i figur 4, sammenhengen mellom S P U, de ulike karakteristikene har en innvirkning på hverandre og derfor kvaliteten på helsetjenesten. Det kan være variasjoner i innholdet i figuren, men man vil alltid finne sammenhenger mellom de ulike faktorene, og derfor finne ut hva som kan påvirke kvaliteten i helsetjenestene (Donabedian, 1980).

Sammenhengene mellom faktorene kan være både positive eller negative. Denne framstillingen gjør det lettere å se hvordan de påvirker hverandre, og at det vil få konsekvenser for utfallet hvis komponenter fra struktur og prosess ikke gjennomføres godt eller i det hele tatt.

Denne modellen for å vurdere kvaliteten på helsetjenester egner seg godt til bruk i denne studien, da den kan benyttes på flere ledd i helsetjenesten. Sykepleiernes erfaringer vil være gunstige å undersøke på en slik måte, så framtid man har tatt modellen inn i planleggingen av

intervjuene (Donabedian, 2002). Det må foreligge et fokus på struktur, prosess og utfall for intervjueren, for å kunne hente inn relevant datamaterialet.

Kapittel 3

I denne delen av oppgaven vil jeg presentere den metodiske tilnærmingen som ligger bak oppgaven. Jeg vil vise de valgene jeg har gjort gjennom hele prosessen. Målet med studien er å få dybdekunnskap om hvordan enhetsledere arbeider med å oppnå eller opprettholde faglig forsvarlighet, hvordan sykepleiere ved sykehjemsinstitusjoner opplever faglig forsvarlighet og om de har opplevd situasjoner som kan karakteriseres som uforsvarlige. For å oppnå innsikt og forståelse for temaet har jeg valgt å benytte kvalitativ metode med en fenomenologisk tilnærming.

3.1. Kvalitativ metode

I denne oppgaven er det spesielt viktig å få tak i informantenes erfaring, opplevelser og meninger knyttet til faglig forsvarlighet. For å innhente denne kunnskapen ble det benyttet dybdeintervju.

Innen metode eller forskningsdesign skiller teorien mellom to hovedformer for metodisk tilnærming – kvalitativ eller kvantitativ metode. Forskningsdesignet forteller oss noe om fenomenet vi skal studere, og hvordan vi skal studere det (Malterud, 2013). Kvantitativ metode fokuserer på mange enheter, utbredelse, antall og mengde av fenomen (Ringdal, 2013). Kvalitativ metode fokuserer på de sosiale prosesser, og kan derfor gi en unik tilgang på informasjon fra utvalgte informanter (Creswell, 2012). Kvalitativ metode bruker de sosiale aktørenes synspunkter gjennom språk, fortolkning og meninger (Malterud, 2013). En kvalitativ studie bør ifølge Jacobsen (2005) gjennomføres når man har lite eller begrenset kunnskap om fenomenet.

Den semistrukturerte intervjuguiden bidrar til å sikre at alle informantene blir stilt de samme spørsmålene, så godt dette lar seg gjøre i samtaler med ulike mennesker. Med tanke på den fenomenologiske tilnærmingen må det stilles åpne spørsmål for å få informanten til å dele sine erfaringer om det fenomenet vi ønsker å undersøke. Intervjuet skal åpne for kunnskap som er forankret i informantens livsverden, altså levende kunnskap (Malterud 2013). Intervjueren skal skape en samtale der det er mulig for informanten å fortelle om hvilken betydning fenomenet har for henne. Altså benyttes det et semistrukturert intervju når man

ønsker å få beskrivelser av hvordan mennesker forstår sin livsverden (Malterud 2013). Det er ikke ulikt en dagligdags samtale, men vi skal ikke snakke uten mål og mening, vi ønsker å innhente data.

3.1.1 Fenomenologisk tilnærming

Fenomenologisk tilnærming har som mål å forklare og forstå en felles mening eller opplevelse av flere individer omkring et spesifikt fenomen. Fokuset ligger i å beskrive hva alle deltakerne har til felles gjennom opplevelsen eller erfaringen. *Hva har de opplevd og hvordan opplevde de det?* Man leter etter essenser eller de vesentlige kjennetegn ved det fenomenet man studerer, og forskeren skal etter beste evne sette egen forforståelse til side (Malterud, 2013). Deltakerne blir ofte stilt to eller tre brede hovedspørsmål angående hva de har opplevd omkring fenomenet og hvordan opplevelsen påvirker dem som person eller hvilken innvirkning den har i hverdagen (Creswell, 2012). Fenomenologi er forståelsesform der menneskers opplevelser regnes som gyldig kunnskap (Malterud, 2013).

Innen kvalitativ forskning er fenomenologien et begrep som peker på en interesse for å forstå sosiale fenomener ut fra informantens egne perspektiver, og beskrive det fenomenet slik det oppfattes for informantene. Fenomenologisk forskning er å forstå meningsfulle, spesifikke tilknytninger som er til stede i en erfaring man gjør i en konkret situasjon og i en bestemt kontekst (Creswell, 2012).

Målet blir ofte å forsøke å redusere de individuelle erfaringene ved fenomenet, da for å få en større forståelse, i en større skala (Creswell, 2012). I fenomenologisk forskning og analyse har man ofte en heterogen gruppe med felles erfaringer omkring det gitte fenomenet, og man vil da kunne få et bredt svar som gir muligheter for en bredere forståelse av hvordan dette fenomenet oppleves for folk flest med tilsvarende opplevelser og erfaringer (Malterud, 2013).

I denne oppgaven vil den homogene gruppen bestå av kvinnelig sykepleiere som jobber ved en sykehjemsinstitusjon i kommunal regi, og deres opplevelse av hvordan den institusjonen de arbeider ved håndterer faglig forsvarlighet og/eller uforsvarlighet.

3.2 Design

Denne oppgaven baserer seg på en deduktiv tilnærming. Det er en teoristyrte tilnærming, en såkalt top-down, hvor man tar utgangspunkt i teorier og går ned i datamaterialet for å finne svar. Det blir brukt modeller og begreper som allerede er utarbeidet, for å plassere de aktuelle fenomenene der vi er enige om at de befinner fra før (Malterud, 2013).

Med tanke på at den Donabedianske teorien for kvalitetsvurdering egner seg godt til problemstillingen i denne oppgaven, passer det å benytte seg av en deduktiv tilnærming når datamaterialet analyseres. Den Donabedianske modellen er også delvis blitt brukt som mal for hvordan intervjuguidene er utformet (*vedlegg 3 og 4*).

3.2.1 Rekruttering

Locke et al (2009) beskriver valg av informanter som et viktig tema innen kvalitativ forskning. Antallet informanter kan ikke være for stort da datainnsamling og dataanalysen er en tidkrevende prosess, samtidig som intervjumaterialet må gi tilstrekkelig grunnlag for analyse. Hvor mange informanter det er behov for avhenger av forskningens formål (Locke, Silverman, & Spirduso, 2009).

Jeg tok kontakt med enhetsledere ved fem ulike sykehjem, både i by og i distrikt, men fikk svar fra bare tre sykehjem. De fikk tilsendt et skriv med informasjon om mastergradsprosjektet, hva jeg ønsket å se på og hvordan jeg ønsket å gå fram for å få svar på problemstilling (*vedlegg 2*). Skrivet inneholdt informasjon om frivillighet og at prosjektet er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Sykehjemmene jeg fikk kontakt med var positivt innstilte til prosjektet, og enhetslederne videreformidlet informasjonen og forespørselen til sykepleierne, og avtalte tid. Deltakerne ble plukket ut av sykehjemsinstitusjonene selv.

3.2.2 Utvalg

I studien ønsket jeg å ha kun sykepleiere som informanter. Grunnen til dette er fordi det er sykepleieren på vekten som har hovedansvaret dersom det skulle skje noe og fordi jeg er utdannet sykepleier selv. Jeg ønsket kun sykepleiere som jobbet i minimum 80 % fast stilling. Enhetslederne på hver enkelt institusjon ble også intervjuet, men med en modifisert intervjuguide (*vedlegg 3*), for å belyse problemstillingen på best mulig måte.

Studien endte med 8 informanter totalt, 3 enhetsledere og 5 sykepleiere fordelt på 3 sykehjem. Det var planlagt at det skulle være 4 sykehjem totalt med enhetsleder og 2 sykepleiere fra hvert sykehjem, til sammen 12 informanter. På grunn av vansker med rekrutteringen ble det besluttet at det fikk holde med 8, da de svarte på problemstillingen. Det var 2 sykehjem i distriktet som deltok og 1 sykehjem fra en større by.

3.2.3 Intervjuguide

Ifølge Creswell (2012) er intervju godt egnet til å finne informasjon om personers opplevelser og synspunkter. Intervjuguidene (*Vedlegg 3 og 4*) ble strukturert inn i fem hoveddeler for å belyse problemstilling og den Donabedianske teorien for kvalitetsmåling, slik at alle temaene skulle bli berørt. Hoveddelen av intervjuet baserte seg på sykepleierens erfaringer, og hvilke opplevelser de hadde med faglig forsvarlighet. Jeg hadde som mål å møte informantene så åpent som mulig, med den hensikt at deres beskrivelser vektlegges som utgangspunkt for analyse, teoriforankring og drøfting.

Etter at aktuell teori var gjennomgått og valget på problemstilling og metode var tatt, ble det utarbeidet en semistrukturert intervjuguide som dannet utgangspunkt for intervjuene og som skulle sikre at relevante tema ble berørt og viktige spørsmål ble stilt. Ifølge Dalland (2007) er en intervjuguide bare en plan for hvordan man skal gå fram. Intervjuguiden har en åpen plan for intervjuet, det betyr ikke at spørsmålene blir stilt i en bestemt rekkefølge, det avhenger av svarene som blir gitt. Å utarbeide en intervjuguide er en måte å forberede seg faglig og mentalt på, og har stor betydning for etterarbeidet og analysene spesielt (Dalland, 2007).

Ved å benytte meg av en semistrukturert intervjuguide ønsket jeg å opprette en likeverdig relasjon gjennom at intervjuene skulle være mest mulig lik en normal samtale med informanten.

3.2.4 Gjennomføring av intervju

Før intervjuene kunne gjennomføres ble intervjuguiden testet ut på frivillige sykepleiere i min vennekrets, for å undersøke tidsbruk, flyt i intervjuguiden og formuleringer. De kom med tilbakemeldinger som førte til omformuleringer og dermed en bedre formulering av spørsmålene. Gjennom å stille gode og velformulerte spørsmål skapes refleksjon, og dermed vil informanten føle seg som en ressurs i det aktuelle forskningsprosjektet.

Idealet er en passiv og lyttende forskerrolle. Man streber etter å kunne eliminere årsaker som påvirker forskningen og objektiviteten (Malterud, 2013). Ifølge Malterud påvirker forskeren informantene og prosjektet bare ved å være tilstede, da med sin væremåte, holdninger og kunnskaper. Forskeren skal derfor strebe etter å innta en lyttende rolle, framfor en spørrende.

Dalland (2007) hevder at det er språket som skaper mening og at intervjuet er en form for sosial interaksjon mellom forsker og informant. Det er svært viktig å tenke gjennom hvordan man møter informantene, hvilke følelser og opplevelser vi bringer med oss inn i dette møtet (Dalland, 2007). Validiteten i kvalitativ forskning handler om å kvalitetssikre og å sikre troverdigheten. Gode intervjutekniker og at man sørger for at informanten er komfortabel i situasjonen gjør at man lettere oppnår tillit og en følelse av forståelse. Intervjuerens språkbruk er en viktig faktor i intervjusammenheng, ved bruk av fagtermer kan informanten bli utilpass. Gode intervjuer er kun mulig dersom intervjueren er en god lytter og ved å gi informanten tid til å snakke seg ferdig, tid til å tenke og behandle alle svar med respekt (Malterud, 2013).

Informantene fikk skriftlig og muntlig presentasjon om studien og når jeg møtte dem fortalte jeg også litt om meg selv. De ble informert om at datamaterialet anonymiseres, og at de når om helst kunne trekke seg fra studien om dette skulle bli ønskelig. Jeg forsøkte å skape trygghet i samtalen og begynte alltid med å fortelle litt om min egen bakgrunn som sykepleier og hvorfor jeg hadde valgt faglig forsvarlighet som tema for oppgaven min. Det er viktig at informanten føler at det de forteller er viktig, og det er derfor veldig viktig at intervjueren lytter aktivt og viser dette gjennom blick, nonverbal kommunikasjon og kommentarer, uten at det forstyrrer datainnsamlingen (Creswell 2012).

Alle intervjuene ble gjennomført på informantenes arbeidsplass i arbeidstiden. Tidspunkt for intervjuene var bestemt av enhetslederen på hver enkelt institusjon. Jeg spurte litt om

bakgrunnen til hver enkelt av informantene. De fleste var engasjerte i samtalen etter hvert og delte erfaringer, både gode og dårlige, noe som gjorde det lett å holde samtalen i gang.

Intervjuguiden fungerte godt som hjelp til å holde samtalen på rett spor og sørget for at alle temaene ble dekket.

Jeg tok noen notater under intervjuene, men fokuserte mest på å lytte til informantene.

Intervjuene var planlagt å ta omtrent 60 minutter. Det korteste intervjuet tok 35 minutter, og det lengste tok 70 minutter.

Alle intervjuene ble tatt opp med lydopptaker. Informantene viste ingen misnøye til at det ble gjort lydopptak, og alle sa at dette var greit når de ble forespurt før oppstart av intervjuet.

3.2.5 Transkripsjon

Transkripsjon betyr å skifte fra en form til en annen, i denne sammenhengen er det oversettelse fra talespråk til skriftspråk. Den kvalitative analysen forutsetter at materialet er sammenfattet til en tekst på en håndterlig måte (Malterud 2013).

Jeg kunne ikke transkribere etter hvert enkelt intervju, da jeg dro til de aktuelle sykehjemmene og gjennomførte alle intervjuene på ett besøk. Dette var praktisk, da jeg også dro ut i distriktet et godt stykke unna eget hjem. Men så godt det lot seg gjøre, transkriberte jeg intervjuene etter gjennomføring på hver enkelt institusjon. Jeg transkriberte intervjuene ordrett, da dette bidrar til å holde transkripsjonen så virkelighetsnær som mulig. Alle transkripsjonene er anonymisert.

3.3 Analyse

Analysen av datamaterialet baserer bygger på Malteruds systematiske tekstkondensering, hvor fire trinn utgjør hovedstrukturen for analysearbeidet (Malterud, 2013).

Analysearbeidets første trinn starter ved at man skaper seg et helhetsinntrykk av datamaterialet, det skal vurderes mulige temaer som representerer sykepleiernes erfaringer med faglig forsvarlighet. I det første trinnet er det spesielt viktig at forforståelsen settes til side for å få et godt og anvendelig inntrykk av informantenes erfaringer (Malterud, 2013). Jeg

begynte derfor med å lese de transkriberte intervjuene nøye flere ganger for å danne meg et helhetlig bilde av informantenes erfaringer. Ved å lese transkriberingene identifiserte jeg meningsenhetene og begynte å arbeide med å abstrahere innholdet og sammenfatte betydningen av meningsenhetene til noe større.

I prosedyrens andre trinn skal det identifiseres meningsdannede enheter, det betyr at datamaterialet skal organiseres. Relevant tekst og irrelevant tekst skal skilles, og man begynner med å sortere den delen av teksten som kan belyse problemstillingen. Tekst som inneholder kunnskap om ett eller flere av temaene fra første trinn i analysen og som sier noe om faglig forsvarlighet. Samtidig som vi finner de meningsdannede enhetene i tekstene begynner vi å systematisere dem, dette kalles koding. Kodearbeidet tar sikte på å identifisere alle de meningsbærende enhetene i teksten, noe som kan føre til at temaene revurderes, noen slås sammen og noen temaer må stå alene. Koding innebærer en systematisk dekontekstualisering, hvor teksten deles opp og flyttes til å passe inn sammen med beslektede temaer og aktuell teori (Malterud, 2013). I min analyse av de transkriberte intervjuene valgte jeg å benytte meg av fargekoding for å identifisere de meningsdannede enhetene, og valgte en farge for hver hovedkategori i intervjuguiden (*vedlegg 3 og 4*), og inkluderte temaene fra intervjuguiden som omhandlet struktur, prosess og utfall, i tillegg til faglig forsvarlighet. Jeg valgte disse temaene for å opprettholde en kontinuitet gjennom analysen og for at dette ville gjøre det lettere systematisere datamaterialet opp mot den Donabedianske teorien.

I analysens tredje trinn skal man abstrahere kunnskapen som blir funnet i andre trinn i analysen. På en systematisk måte skal man hente ut mening ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som er kodet sammen (Malterud, 2013). Jeg endte derfor opp med 3 ulike temaer, som jeg har valgt å sette inn i en tabell (*tabell 1*) resultatkapitlet. De 3 temaene er delt inn i 3 undertemaer for hver kategori, altså 9 til sammen. Før jeg kom fram til disse temaene ble utvalgte utsagn fra de transkriberte intervjuene og min tolkning av utsagnet satt inn i en tabell.

I analysemetodens fjerde og siste trinn skal bitene settes sammen igjen, man skal rekontekstualisere. De ulike bitene av datamaterialet skal sammenfattes til større deler, og legger grunnlaget for nye beskrivelser eller begreper som kan deles med andre. Sammenfatningen skal formidles på en måte som er lojal til informantenes stemmer (Malterud, 2013). For å sammenfatte datamaterialet brukte jeg som sagt tabeller, og i tabellene har jeg valgt utsagn jeg mener belyser den helhetlige erfaringen for alle

informantene, dette for å gi et tydeligere bilde av erfaringene sykepleierne har. Hver kategori har derfor sin egen tabell (*vedlegg 5*). Ut fra disse tabellene systematiserte jeg utsagnene og temaene.

Målet med oppgaven var å belyse hvordan enhetsledere arbeider med faglig forsvarlighet, og hvordan sykepleierne opplever at dette fungerer i praksis. Gjennom intervjuene har jeg innhentet det empiriske materialet, og jeg har valgt å presentere funnene fra enhetslederne og sykepleierne som en gruppe. Dette med bakgrunn i at alle informantene har sykepleierutdanningen i bunn og skal av den grunn ha en lik forståelse av fenomenet faglig forsvarlighet.

3.4 Etiske overveielser

Etiske overveielser i studien dreide seg om å ivareta informert samtykke, risiko og anonymitet (Brinchmann, 2005). Alle informantene fikk informasjon, både skriftlig og muntlig, om studiens hensikt, gjennomføring og behandling av datamateriell.

Deltakelsen i denne studien er basert på at de involverte gir et frivillig samtykke til å delta, med mulighet til å trekke seg når som helst uten å måtte oppgi grunn i henhold til Helsinkideklarasjonen (Førde, 2014). Det ble ikke innhentet skriftlig samtykke. Siden det var enhetsleder som rekrutterte informanter fra hvert enkelt sykehjem, kan man spekulere i hvorvidt deltakelsen har vært fullstendig frivillig, men i og med at ingen har valgt å trekke seg fra studien, antas det at frivillighet er oppnådd.

Jeg meldte prosjektet til Personvernombudet for forskning, Norsk senter for forskningsdata (NSD) før jeg startet på datasamlingen. NSD godkjente datasamling uten vesentlige bemerkninger. Det innebærer at personvernet av alle involverte i studien er ivaretatt (*vedlegg 1*).

Når intervjuene var gjennomført ble lydfilene lagt over på en minnepenn, slik at jeg kunne spille av lydfilen på min PC, og da kunne spole frem og tilbake etter behov. Denne minnepinnen har jeg oppbevart hjemme hos meg selv. Disse filene vil bli slettet når prosjektet er fullført. Ingen av filene inneholder navn på informantene, eller hvor de jobber.

Transkripsjonene av intervjuene inneholder kun informasjon om alder og utdanning, alt annet er anonymisert.

Kapittel 4

4.1 Resultater

I denne delen av oppgaven presenteres resultatene som kom fram av analysen av datamaterialet. Resultatene presenteres gjennom de tre temaene som til sammen utgjør hovedtemaet faglig forsvarlighet. Tabellen nedenfor gir en oversikt over tema, kategorier og underkategorier. Videre presenteres resultatene som sammenhengende tekst med sitater.

Tema	Kategori	Underkategori	
Faglig forsvarlighet	Struktur	Bemanning	
		Faglig kompetanse	
		Ressurser	
	Prosess	Utførelse av sykepleieprosedyrer	
		Medikamenthåndtering	
		Elementære behov	
	Utfall	Helsetilstand	
		Avvik	
Faglig forsvarlighet			

Tabell 1 – Oversikt over tema, kategorier og underkategorier

4.1 Struktur

4.1.1 Bemanning

Antall pasienter på sykehjemmene i distriktet ligger på ca. 40 pasienter fordelt på 2 til 4 avdelinger. Sykehjemmet i byen har ca. 65 pasienter, fordelt på 4 avdelinger. Gjennomsnittet for denne studien er 56 pasienter per sykehjem. Bemanningen er lik i by og distrikt. Disse intervjuene viser at sykepleierne som jobber i distriktet har en mindre hektisk arbeidshverdag, men færre sykepleiere å ta av ved sykdom eller langtidsfravær. En sykepleier sa:

«Enhetsleder kunne tatt innleie mer på alvor, pluss at vi har lite søkere på ledige stillinger, og det må gjøres noe med så vi ikke får problemer om noen år.»

Det er ikke bare innleie og langtidsfravær som er problematisk, alle sykehjemmene som har deltatt i dette prosjektet har fortalt at de har problemer med å rekruttere sykepleiere til faste stillinger og vikariater, uavhengig av geografisk plassering.

Informantene opplever et økt arbeidspress på grunn av lav bemanning. De opplever også at økt arbeidsmengde og økt belastning fører til mer sykdom innad i arbeidsstokken. En av sykepleierne sa at:

«Grunnbemanningen er god, men om det blir sykdom eller sykemeldinger, da er det ofte vanskelig å få tak i folk. Minstestandarden er to sykepleiere på huset, men det er ikke alltid så lett.»

Dette oppleves tungt for flere av sykepleierne, og de føler på at de må ta mer ansvar på jobb, både pasientansvar og administrativt ansvar, som innleie. De forteller at de ofte går overtid for å dokumentere, eventuelt etterskriver de i journalen neste gang de kommer på jobb. En av sykepleierne fortalte at hun syntes at det var slitsomt og ikke kunne fullføre arbeidsoppgavene sine. Denne negative opplevelsen av at oppgavene ikke blir gjennomført påvirket alle sykepleierne, og de følte at det tynger en allerede tidvis tung arbeidshverdag.

Informantene opplever at grunnbemanningen er god, også med tanke på sykepleiedekningen, men forteller at sykefraværet er høyt og at det er vanskelig å få tak i folk med riktig kompetanse ved egenmelding og langtidsfravær. Alle sykepleierne opplever dette som en

belastning i arbeidshverdagen og da spesielt i forhold til sykepleieoppgaver, som medikamenthåndtering og sykepleieprosedyrer. En enhetsleder sa:

«Noen ganger så leier vi inn en sykepleier når det er sykepleier som er borte, og noen ganger leier vi inn en assistent når sykepleier er borte. På godt og vondt, men det er bedre å få inn kjente som sagt, enn ukjente.»

Flere av sykepleierne opplever at enhetsledere tidvis bortprioriterer kompetanse, og i noen tilfeller ser det ut til at det kan være antall hoder på jobb som er det viktigste, og at det blir viktigere enn å dekke opp og sørge for sykepleiefaglig kompetanse.

Innleie er et svært utfordrende område for enhetslederne, da de har et budsjett og forholde seg til, og dette er med på å sette begrensninger for innleie og spesielt bruk av overtid hos sykepleierne. En av enhetslederne fortalte at hun synes at budsjettet setter begrensninger for forsvarligheten og at hun skulle ønske at det var mer økonomisk handlingsrom, men at de ikke har flere midler. Sykepleierne opplever på grunn av dette ofte at de ikke blir tatt på alvor av enhetsleder når de forteller om den stadige økende arbeidsmengden og ytrer et ønske om økt bemanning og dette føles tungt for sykepleierne.

4.1.2 Faglig kompetanse

Disse intervjuene viser at det er vanskelig å få tak i nok sykepleiere og faglærte til å dekke vaktene på sykehjemmene. Dette resulterer i høy bruk av ufaglærte assistenter. Forekomsten av ufaglærte ser ut til å være høyere i byen enn i distriktet. Informantene forteller at utskiftningen av arbeidsstokken er stor, og at de har for få søkere på stillinger og vikariater som blir utlyst. Studien viser at rekrutteringen er problematisk for både by og distrikt, men at utskiftningen av arbeidstakere er større på sykehjem i byen, hvilket resulterer i høyere forekomst av ufaglærte assistenter på sykehjem i byen. Dette er igjen en belastning for sykepleierne som går i store stillinger på sykehjemmene. En av enhetslederne sa:

«Man kan ikke si at det skal være faglig forsvarlig hvis det bare er så og så mange sykepleiere, noen ganger er det kanskje mer forsvarlig å ha bare kjente assistenter og helsefagarbeidere.»

Sykepleierne er ikke like enige i dette, og opplever det som delvis utrygt med for mange ufaglærte assistenter på jobb, da de mener dette setter forsvarligheten på prøve. Alle sykepleierne som ble spurt i forbindelse med dette prosjektet mener at faglig kompetanse er viktig og en sentral faktor i ytelsen av faglig forsvarlig helsehjelp. Opplevelsen av å gå med for lite fagutdannet personell på jobb tynger sykepleiernes arbeidshverdag, og skaper uforutsigbarhet og utrygghet på jobb, i tillegg til at det fører til at sykepleierne kjenner på et økt ansvar på den aktuelle vekten.

Lite fagpersonell oppleves på sykepleierne som en belastning. Det kan i perioder føles utrygt å gå alene på jobb som eneste sykepleier, da man har hovedansvaret for pasientene på sykehjemmet. Spesielt i byen har en del av assistentene utenlandsk bakgrunn, som ofte byr på språklige utfordringer. En av sykepleierne sa:

«Vi har en del fremmedspråklige som har begynt å jobbe her, det kan være en utfordring, og i perioder har vi mange assistenter som gjør det veldig sårbart.»

Kommunikasjon med pasientene er en utrolig viktig del av helsehjelpen, og sykepleierne opplever å bli tilkalt for å tolke mellom den utenlandske pleieren og pasienten med jevne mellomrom. Både det å måtte avbryte arbeidsoppgaver for få klarhet i samtaler mellom en annen pleier og pasient, og spesielt at man ikke alltid kan stole på informasjon man får fra kollegaer, oppleves vanskelig for sykepleierne på sykehjem. Ved at man ikke alltid kan stole på informasjonen man får fra assistenter, uansett språk, får sykepleierne en tyngre ansvarsfølelse i jobben de gjør, og de kjenner spesielt på det medisinske ansvaret de har overfor pasientene på sykehjemmene.

Flere av sykepleierne opplever at innleie av fagpersonell ikke prioriteres i den grad de opplever at det er behov for, mange av sykepleierne sitter igjen med inntrykk av at så lenge det er en sykepleier på jobb, så holder det for ledelsen. Opplevelsen av at enheten i noen tilfeller setter økonomi foran forsvarlighet er vanskelig, og de føler ofte at de blir overarbeidet av det. En av enhetslederne sa:

«En vakt med lav fagkompetanse, den kan gå veldig fint når alt er fint og flott, men hvis det skjer fem uforutsette ting samtidig så kan det bli ganske tøft, forsvarlig eller ikke.»

4.1.3 Ressurser

Alle informantene i prosjektet er veldig fornøyde med lokaler og tilgjengelig utstyr, og flestparten av de inkluderte sykehjemmene i studien er nybygd de siste 10 årene. Alle sykehjemmene var utstyrt med velferdsteknologi i form av elektronisk, telefonbasert alarmsystem som også er koblet opp mot dører på nattestid.

«Vi har en stor fordel med velferdsteknologien vår, hvis en av pasientene går ut av rommet sitt på natta vil det gå en alarm på telefonen vår.»

Dette er teknologi som gjør det lettere å forebygge belastningsskader og letter arbeidshverdagen for personalet. Lettere pasientforflytning er også bedre, tryggere og mer behagelig for pasientene.

At hjelpemidlene og velferdsteknologien bidrar til å lette arbeidshverdagen er sykepleierne i denne studien svært enige om, og informantene opplever at de klarer å holde bedre oversikt over pasientene, spesielt på nattevaktene. Sykepleiernes erfaringer med velferdsteknologi er i all hovedsak positiv, så langt alt fungerer som det skal. En av informantene sa:

«Vi har veldig godt utstyr, bygget er nytt og utstyret er nytt. Det synes jeg hjelper på i arbeidshverdagen, vi har for eksempel takheis på alle rom og det er god plass slik at vi får brukt andre hjelpemidler også.»

Nok, godt og nytt utstyr er spesielt viktig for sykepleierne og jobben de gjør. Informantene opplever at de stort sett har det de trenger av utstyr til prosedyrene de skal utføre.

Ressursene er gode på den materielle siden, men tilsynelatende stadig skrantende på den økonomiske siden, dette opplever flere av sykepleierne. Med tanke på innleie av ekstra personell i spesielt krevende perioder, eller ved behov for fastvakt hos terminale pasienter, opplever sykepleierne at dette drøyes i det lengste, og ofte langt over grensen for det som er faglig forsvarlig, med å innhente ekstra personell. En enhetsleder sa:

«Men det er litt den økonomiske biten, bruker man opp for mye på en pasient, så får man beskjed om å knipe i den andre enden, og da kan man risikere at det blir uforsvarlig senere. Forsvarligheten skal være lik i desember og februar, så man må huske å vurdere, det kan få konsekvenser å være for raus tidlig på året.»

Flere av sykepleierne opplever dette som vanskelig, i form av økt arbeidsbelastning og økt pasientansvar. Noen av sykepleierne opplevde også at det fikk konsekvenser for den omsorgen som pasientene fikk, de følte at de leverte dårligere omsorg på grunn av økt tidspress.

Flere av sykepleierne opplever også å ikke bli tatt helt på alvor når de ytrer et behov om økt bemanning og de blir da av den oppfatning at deres faglige vurdering ikke er verdt nok. Enhetslederne på den andre siden ønsker at de hadde mer økonomiske midler og opplever å bli dratt litt mellom det å skulle holde budsjettet og sørge for faglig forsvarlig drift. Alle enhetslederne i denne studien følte på et press med tanke på økonomien. De følte også på at det er vanskelig å skulle ta de avgjørelsene gang på gang. Det å sette behov opp mot hverandre på den måten er utfordrende, og enhetslederne synes det er vanskelig å skulle skuffe en av partene når en beslutning blir tatt.

4.2 Prosess

4.2.1 Utførelse av sykepleieprosedyrer

Informantene forteller om tidspress, da ofte som en konsekvens av lav bemanning og lav fagdekning. Sykepleierne opplever at ting som skulle vært gjort på dagvakt blir forskjøvet til kvelden, hvor bemanningen er lavere, noe som oftest resulterer i at det må vente til dagen etterpå. En av sykepleierne sa:

«Jeg strekker nesten aldri til i løpet av en arbeidsdag, alt for mange arbeidsoppgaver.»

Hun forteller videre at det går sånn over lang tid, og man havner hele tiden på etterskudd. Sykepleieren forteller om en pasient hvor et sår hadde fått utvikle seg over tid uten at det ble iverksatt tiltak, som da førte til at det ble flere sykepleieprosedyrer som skulle utføres.

Sykepleierne forteller at de ikke rekker over arbeidsoppgavene sine, og at de må forskyve eller kutte ut enkelte ting helt. Enhetslederne prøver så godt de kan å legge til rette for at sykepleierne skal rekke å utføre alle prosedyrene sine, og en av enhetslederne fortalte at de prøvde å delegerer noen av oppgavene videre, og sa:

«Vi prøver å gi god opplæring til ansatte i kateterisering og sårstell, for å prøve å lette arbeidsmengden hos sykepleierne litt.»

Sykepleierne ved dette sykehjemmet var fornøyde med denne måten å organisere arbeidet på, og syntes at dette hjalp på arbeidsmengden. Det var ikke alle sykehjemmene som delegerte på denne måten. Ved noen av sykehjemmene hadde sykepleierne aleneansvar for å utføre disse prosedyrene, i tillegg til stell og pleie.

En av informantene påpekte at det er viktig at sykepleierne beholder noe hun kalte for “stellefunksjon”, da for å kunne gjøre riktige observasjoner og vurderinger. I tillegg til at det er viktig å ha flere sykepleiere på institusjonen, slik at man har tid til å utføre grunnleggende sykepleieoppgaver i form av stell og pleie og ha tid til spesifikke sykepleieprosedyrer.

Noen av sykehjemmene som delegerte sykepleieprosedyrer til helsefagarbeidere og assistenter mente at det var en forsvarlig måte å lette arbeidsmengden til sykepleierne på, en av enhetslederne sa:

«Faglig forsvarlighet er at de oppgavene man utfører må man være kompetent til, og gi beskjed og be om opplæring når man ikke vet. At det man gjør ikke går utover liv og helse.»

Hun sa videre at dette også gjelder for sykepleiere, og at det som kan delegeres bør delegeres når det er behov for det.

4.2.2 Medikamenthåndtering

Sykepleierne har hovedansvaret for at ordinerte medikamenter gis på riktig måte til riktig tid, men det er ikke alltid like lett. Flere av sykepleierne fortalte at medikamenthåndteringen på

sykehjemmet stort sett går fint og at rutineene som er iverksatt er gode, men en av informantene sa:

«Vi har en del avvik på medikamenter, mest på at de ikke blir gitt av ulike årsaker. Men vi har hatt noen som går på Marevan og Digitoksin, hvor pasientene har fått for stor dose, som fikk ganske stor konsekvenser for pasientene.»

Alle sykehjemmene benytter seg av Multidose på de medikamentene som tillater det. En av enhetslederne fortalte at dette er et tiltak for å hindre feilmedisinering og lette arbeidet for sykepleierne, da de slipper å bruke mye tid på å legge opp medisiner i dosetter.

Mye av sykepleieansvaret på sykehjem er knyttet opp mot medikamenter, og det er noe sykepleierne i dette prosjektet bruker mye tid på. De opplever at sykehjemmene legger til rette for at medikamenthåndteringen skal gå så bra som mulig. En av sykepleierne sa:

«Vi har greie rutiner for medikamenthåndtering og bruker heller ikke så mye eventueltmedisin. Hvis vi ser at det er noen medisiner som fungerer godt blir de satt opp som fast om det lar seg gjøre. Men vi prøver å finne ut hva som er årsaken til uro eller smerter før vi prøver medisiner.»

Denne sykepleieren opplevde at de samarbeider godt tverrfaglig med tanke på medisiner, det at de ikke nødvendigvis tyr til bruk av medisiner ved første tegn på plager opplevdes på henne som forsvarlig og god helsehjelp. Diskusjoner med tilsynslegen om andre tiltak enn medikamentelle opplevdes tryggende for sykepleieren, enten over telefon eller på visitten. Hun mente at dette samarbeidet hindret overmedisinering av pasientene og bidro til bedre trivsel.

En av enhetslederne fortalte at de lot assistenter dele ut medikamenter på avdelinger som de var kjent på etter at de hadde gjennomført et medisinkurs, på lik linje med helsefagarbeidere. Det var ikke alle assistentene som fikk muligheten til å gjennomføre slike kurs, da dette var noe de vurderte personlig egnethet på. Hun fortalte videre at de hadde hatt en del avvik på medikamenter og at hadde vært noen som var alvorlige.

4.2.3 Elementære behov

Sykepleierne opplever at pasientene for det meste får møtt sine elementære behov. Ernæring og hygiene var de områdene som sykepleierne trakk fram som problematiske, og sa:

«De fleste legger seg 20:00, og opp klokka 09:00, det er for lenge uten mat. Eldre og syke mennesker har et økt behov for næring.»

Måltidene er til faste tider hver dag, men det oppleves ofte som hektiske situasjoner sier informantene og man skulle gjerne hatt flere hender. Pasienter som trenger bistand i matsituasjonen får ikke alltid den hjelp de trenger på grunn av lav bemanning, noe som en av sykepleierne mener fører til at pasientene spiser mindre.

En annen sykepleier forteller at dusjingene er det første som blir bortprioritert ved sykdom eller travle dager. Hun forteller videre at pasienter med sår eller annen hudproblematikk kan få negative konsekvenser av det. Hun sa:

«Noen ganger føler jeg at jeg har for mange oppgaver, så jeg rekker ikke alt. Vi prioriterer det mest grunnleggende først, så får vi se hva vi får tid til.»

Som nevnt tidligere er dette tidspresset noe sykepleierne opplever som vanskelig, det og ikke kunne ta seg god nok tid til pasienter som trenger det kan være utfordrende. Det blir derfor svært viktig for sykepleierne å utøve godt faglig skjønn i slike situasjoner, for å prøve å begrense konsekvensene for pasientene. Informantene opplever det som spesielt vanskelig når de ikke har tid eller mulighet til å møte de helt elementære behovene til pasientene på en god måte. Flere av sykepleierne snakket om de elementære behovene og den negative opplevelsen det ikke å kunne gi helhetlig og forsvarlig helsehjelp og pleie frembringer

4.3 Utfall

4.3.1 Helsetilstand

De fleste informantene opplever at behandlingen pasientene får på sykehjemmet påvirker dem positivt, og en av dem sa:

«Jeg opplever at behandlingen de får påvirker pasientene positivt. Jeg har ikke opplevd noe som kan ha ført til forverring av helsetilstand eller død, utover det som man normalt må forvente, ikke som jeg kan huske hvert fall.»

De opplevde å ha god kommunikasjon med tilsynslege og legevakt og har derfor muligheten til å behandle mye mer på sykehjemmet. En enhetsleder sa:

«De fleste pasientene har store hjelpebehov og er multimorbide. I perioder har vi noen som er dårligere, og som krever mer medisinsk hjelp. Vi prøver å ta all den medisinske hjelpen på sykehjemmet og får legevakt eller tilsynslege hit ved behov.»

Sykepleierne opplevde det som en trygghet å kunne tilkalle tilsynslege eller legevakt når det var behov for det.

Flere av informantene svarte at de hadde opplevd situasjoner hvor mangel på behandling førte til en forverring av helsetilstand. En av sykepleierne fortalte om en hendelse hvor en assistent hadde gått inn til en pasient for å utføre morgenstell, assistenten kjente ikke pasienten fra før, og observerte derfor ikke at hun hadde fått et hjerneslag. Assistenten trodde at pasienten var slik fra før, det tok derfor lang tid før dette slaget ble oppdaget. På det tidspunktet var behandling i form av trombolyse ikke mulig å gi, da denne har en tidsfrist. Sykepleieren fortalte videre om en annen hendelse knyttet til liggesår og sa:

«Det er nok garantert noen som mener at konsekvensen av sårbehandlingen som er gitt/ikke gitt har ført til at pasienten har lidd unødvendig, fordi man har vært for dårlig på såret.»

Sykepleierne opplever tidvis at sykepleieprosedyrer og arbeidsoppgaver øker på grunn av at ting ikke blir oppdaget, på grunn av for lite fagpersonell.

I alle intervjuene som er blitt gjennomført i dette prosjektet har det blitt snakket om terminale pasienter. Her opplever de fleste sykepleierne ofte at det blir brukt for lite fastvakt, men at pleien ellers er god. Noen av sykepleierne synes imidlertid at terminale pasienter ofte blir overbehandlet, og sa:

«Flere ganger tenker jeg at vi drar det for langt, spesielt med tanke på væskebehandling. Mange pårørende ønsker det, men det er ikke alltid til pasientens beste, da dette kan medføre unødvendig lidelse i terminalfasen.»

De mente at dette ofte er ønsker fra pårørende og at de blir delvis satt foran pasientens beste, fordi man ikke orker å ta den diskusjonen om livets avslutning. Flere av sykepleierne opplever det som utfordrende å være uenige med pårørende om hva som er den beste pleien. En av sykepleierne snakket om at man bør ta en prat med de pårørende om døden, hva dette byr på av medisinske utfordringer, og hva man kan forvente seg i en terminalfase. Hun følte at dette kunne være med på å gjøre samarbeidet med pårørende lettere, og da hindre overbehandling og unødig lidelse for pasienten.

4.3.2 Avvik

De fleste avvikene på sykehjemmene gikk på alarmer, feilmedisinering og fall. En av sykepleierne sa:

«Vi har en del avvik som går på responstid på alarmene. De skal besvares innen fem minutter, men er vi opptatte må vi vurdere. Ikke alle får hjelp med en gang.»

Denne kontinuerlige vurderingen av situasjoner krever at sykepleierne utøver faglig skjønn, noe som krever kompetanse. Informantene opplever det derfor som vanskelig at slike vurderinger blir tatt av ufaglærte, selv om dette ikke har ført til uheldige hendelser ifølge informantene.

Sykepleierne opplever at det å skulle skrive avvik kan være vanskelig, og da spesielt med tanke på faglig forsvarlighet. Flere tenker at de enten kritiserer sine kollegaer eller enheten, og i noen tilfeller sin egen arbeidsinnsats. En av enhetslederne sa:

«Avvik vil jeg si at det hvert fall ikke er et mål å få ned antallet, men det er et mål å få riktig antall avvik eller riktig innhold. Og å jobbe med de avvikene vi har, slik at vi kan redusere hendelsene som resulterer i avvik.»

Det kan se ut som om det er uenighet mellom hva enhetslederne ønsker ut av avviksskrivingen og hva sykepleierne mener den innebærer, selv om det ikke er alle

sykepleierne som synes det er utfordrende med denne typen avvik. Enhetslederne ønsket at sykepleierne skulle skrive avvik når det skjedde avvik og ønsket å få dokumentasjon på hendelser som var uheldige eller faglig uforsvarlige. Flere av sykepleierne så imidlertid ut til å være av den oppfatning av at enhetslederne ikke ønsket masse avvik, spesielt ikke på gjentakende hendelser.

Flere av sykepleierne sier at de prøver å bli flinkere til å skrive avvik, men at det dessverre er noe som ikke alltid blir prioritert på grunn av tidspress. En av sykepleierne sa:

«Jeg går ofte overtid for å dokumentere, men likevel går jeg ofte hjem med en følelse av at jeg ikke har gjort alt jeg skal gjøre. Man må prioritere, og ofte må dokumentasjonen gå.»

Hun sa videre at det noen ganger føltes feil og enten gå overtid for å skrive avvik eller skrive neste gang hun kommer på jobb, med mindre avvikene var veldig alvorlige. Flere av sykepleierne sa at de ofte måtte gå over normal arbeidstid for å dokumentere, men ingen av dem sa noe om avvik i den sammenheng.

4.3.3 Faglig Forsvarlighet

Informantene har litt ulike tanker om hva faglig forsvarlighet innebærer, og hvordan det fungerer i praksis. For noen handler det om hvor mange personer det er på jobb per vakt og for andre kompetanse det viktigste, selv om alle skulle ønske at det var nok fagutdannet personell på jobb til enhver tid. Alle informantene mente at helsehjelpen som ytes må være faglig forsvarlig, uansett hvilken dag eller tid på døgnet det er. Alle informantene hadde reflektert rundt begrepet faglig forsvarlighet, og en av sykepleierne sa:

«Tenker at faglig forsvarlighet er et vanskelig ord. Hva er forsvarlig og hva er godt nok?»

Informantene skiller mellom begrepene faglig forsvarlighet, minstekrav og kvalitet, men det ser ut til at flere har snudd om på betydningen av faglig forsvarlighet og minstekrav. Begrepet faglig forsvarlighet hadde en positiv assosiasjon og var for flere det samme som kvalitet, mens begrepet minstekravet hadde en negativ assosiasjon for informantene.

Informantene viser en enighet om at for å utøve faglig forsvarlig sykepleie må man ha en kontinuitet i opplæringen av alle ansatte. Enhetsledere er ansvarlige for at de som jobber på sykehjemmet vet hva de driver med, og en sa:

«Faglig forsvarlighet går jo på at pasientene får den beste behandlingen de kan få, ut fra behov. Det er faglig forsvarlig når det er nok personalet rundt som har kompetanse, at man kjenner pasientene og best kan ivareta dem.»

Sykepleierne opplever ikke at det alltid er dette som er realiteten, selv om dette står i lovverket og enhetsleder sier at det skal være sånn.

De fleste opplevde at sin arbeidsplass ga faglig forsvarlig helsehjelp, men alle hadde opplevd situasjoner hvor forsvarligheten ikke var på plass, en av informantene sa:

«Ofte er det vanskelig å leie inn sykepleier for sykepleier, og da spesielt på helg. Da kan man begynne å spekulere på den faglige forsvarligheten av driften.»

Flere av sykepleierne savnet muligheten til å kunne reflektere sammen med kollegaer rundt forsvarlighet, og noen mente at dette kunne bidra til at de står sterkere sammen, spesielt i forhold til å melde fra om uforsvarlige hendelser og avviksskriving.

Enhetslederne snakket også om kultur og holdninger på arbeidsplassen, hva som anses for å være god sykepleie på dette sykehjemmet i forhold den nasjonale standarden, og sa:

«Det handler om holdninger og kultur for å sikre at det vi gjør er rett, at vi ikke kan sitte på et personalrom og spise alle samtidig og si at det er forsvarlig, og tre timer senere sier vi at det er uforsvarlig fordi bemanningen er for lav, så vi har ikke mulighet til å følge med pasientene. Det harmonerer ikke.»

Enhetslederne opplever at alle de ansatte ønsker det beste for pasientene, men det er ikke alltid de har ressurser til å yte god nok helsehjelp eller kunnskapen til sørge for faglig forsvarlig behandling og observasjon av pasientene. Flere av sykepleierne sier at de ikke alltid opplever arbeidsplassen sin faglig forsvarlig, og at det er grunnet for lite fagutdannet personell på jobb.

Kapittel 5

5.1 Diskusjon

I dette kapittelet drøftes studiens funn innen temaet faglig forsvarlighet ved sykehjemsinstitusjoner. Videre diskuteres studiens metodiske kvalitet og implikasjoner for praksis. Funnene i studien viser at informantene var enige om at det ligger mye ansvar knyttet til faglig forsvarlighet, og at det kan være vanskelig definere hva det vil si i praksis. Deltakerne skiller, som nevnt i resultatet, mellom begrepene faglig forsvarlighet, minstekrav og kvalitet. Minstekravet var for mange langt under forsvarlighetskravet. Teorien og lovverket sier at minstekravet er det absolutte minimum av det man skal yte av helsehjelp, og når man ikke klarer å yte denne helsehjelpen, av ulike årsaker, blir helsehjelpen faglig uforsvarlig. Ut i fra funnene i denne studien kan det se ut som om flere av informantene hadde snudd om på disse to begrepene, og mente at faglig forsvarlighet kan sammenlignes bedre med kvalitet enn med minstekravet (Molven, 2000). Begrepet minstekravet hadde en negativ assosiasjon, mens faglig forsvarlighet hadde en positiv assosiasjon hos deltakerne. Disse funnene bekreftes av Tønnesen (2013), som mener at en bevisstgjøring av begrepet faglig forsvarlighet hos helsepersonell er viktig for at pasientene skal få forsvarlige tjenester og for å bidra til faglig refleksjon og bevisstgjøring er det derfor nødvendig å avklare det sykepleiefaglige grunnlaget for et forsvarlighetsbegrep i sykepleie.

Alle informantene hadde en klar forståelse av begrepet kvalitet, og hva det vil si å ha god kvalitet i de helsetjenestene man yter. Deltakerne var enige om at man ikke kan ha kvalitet uten at det er faglig forsvarlig, ut i fra hvordan de oppfattet begrepene. Teorien samsvarer med dette, og man kan se på *figur 1, kvalitetslinjen*, s. 20, som viser korrelasjonen mellom kvalitet og forsvarlighet (NSF, 2011).

I praksis ser det ikke ut til å være så enkelt, alle deltakerne streber etter å gjøre sitt beste og yte den beste helsehjelpen og omsorgen de kan, med så god kvalitet som mulig. Litteraturstudien *Stressa sykepleiere i kommunene* fra 2016, publisert i tidsskriftet *Sykepleien*, bekrefter funnene i denne studien, og forteller om at sykepleiere opplever tidspress og stadige krav om effektivisering, som medfører at sykepleierne må utsette arbeidsoppgaver og dermed går kvaliteten på helsehjelpen ned. Dette medfører at «idealsykepleien», der det holistiske

synet står sentralt, går tapt i en travel arbeidshverdag (Dybvik, Nydal, Torheim, & Åsmo, 2016).

Ifølge teorien skal god og faglig forsvarlig sykepleie og helsehjelp gis raskt, være begrunnet, lindre, være virksom og dempe bivirkninger (NSF, 2008). Faglig forsvarlig sykepleie skal hjelpe pasienten til å mestre situasjoner gjennom forebyggende, behandlende og rehabiliterende sykepleietiltak (NSF, 2011). Eldreomsorgen i mange norske kommuner har de siste årene vært igjennom en omorganisering. Disse endringene og reformene har som hensikt å få mer helse ut av hver krone (Ingstad & Kvande, 2011). Dybvik et al., (2016) mener at travelheten sykehjemsinstitusjonene pålegger sykepleierne fører til at sykepleierne må vektlegge ressursutnyttelse, kostnadskutt og opprettholdelse av økonomiske rammer, som i stor grad fører til at den lovpålagte forsvarligheten kommer i andre rekke. Dette opplever også flere av informantene i denne studien som vanskelig å gjennomføre på grunn av tidspresset og det tidvis tyngende ansvaret.

Mangel på riktig og tilstrekkelig kompetanse vil påvirke kvaliteten til omsorgstjenesten i negativ retning. Kompetansemangel på individuelt og kollektivt nivå kan ha mange alvorlige konsekvenser (Bowman et al., 2011). Det kommer tydelig frem under intervjuene at manglende sykepleierkompetanse påvirker omsorgstjenestens kvalitet. Fra informantenes utsagn om utilstrekkelig kompetanse og lav og «inadekvat» bemanning, er dagens praksis i grenseland for, og oppfyller ikke alltid, minstekravet.

Det finnes mange forskrifter og regler innad i kommunene for hvordan tekniske prosedyrer skal utføres, men det finnes ikke noe som regulerer faglig forsvarlighet i sin helhet. Deltakerne i denne studien opplever at dette gjør det vanskelig å skille mellom hva som er forsvarlig og hva som er uforsvarlig. Det å kunne vurdere om den jobben man har utført er forsvarlig ses på som viktig, men ofte utfordrende innenfor uspesifikke og uklare kommunale retningslinjer (Martinsen, 2006). Om man ikke klarer å vurdere dette vil det gjøre noe med arbeidsgleden og selvfølelsen sier informantene. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere bygger på lovverket og vektlegger sykepleiernes evne til å kjenne grensene for egen kompetanse og praktisere innenfor disse (NSF, 2011).

Informantene opplevde at lokalene og velferdsteknologien gjør hverdagen lettere, både for sykepleierne og pasientene. Mye av denne teknologien er utviklet for å sikre

pasientsikkerheten og redusere komplikasjoner av sengeleie, som dermed vil redusere antall sykepleieprosedyrer som må utføres. Helsedirektoratet sier at velferdsteknologien skal være med på å effektivisere ressursene i helsevesenet (2019).

Funnene i denne studien viser at sykepleiernes kompetanse ikke kan erstattes med annet ufaglært helsepersonell. Det kan forstås som at et høyt antall ansatte per vakt er ikke proporsjonalt med høy faglig kvalitet og faglig forsvarlighet. En FAFO rapport fra 2012 viser at det er en stor bruk av ufaglærte i helger, ferier og høytider. Informantene i denne studien opplevde at det settes inn en helsefagarbeider framfor en sykepleier når det oppstår fravær, men som oftest er det ufaglært personell som settes inn (Gautun, 2012). Avvik mellom planlagt og faktisk bemanning i kommunehelsetjenesten har vært kartlagt flere ganger de siste årene. På grunn av at kommunehelsetjenesten ble pålagt flere oppgaver etter innføringen av samhandlingsreformen, og økonomien ble ytterligere presset, kan det tolkes at bemanningsproblemene ble forsterket. Det kan tenkes at enhetslederne ikke har sørget for å ansette flere sykepleiere, men bruker helsefagarbeidere og assistenter istedenfor.

Sykepleierne beskrev en hverdag der de ofte er alene i avdelingen uten andre sykepleiere å konferere med. Slik de fortalte, så hadde ikke problemet vært løst ved å leie inn en pleier til, men å erstatte de med en sykepleier. Derimot mente sykepleierne at ved å leie inn annet faglært personell som kunne avlaste sykepleierne, kunne de ta seg av sykepleieroppgaver istedenfor å bli opptatt med oppgaver andre enn sykepleier kunne ha tatt seg av. Bemanningen ved alle sykehjemmene kan derfor anses som marginal og at sykepleiekompetanse ikke kan kompenseres med flere «hender». Disse funnene bekrefter det Castle et al. (2015) fant i sin litteraturstudie, hvor de fant ut at flere sykepleiere på jobb fører til bedre kvalitet på helsetjenesten og at færre feil oppstår. I NOVA rapport 6/16 hevder de at for lav og for lite kompetent bemanning kan føre til et stort tidspress, som igjen kan gå utover den faglige forvarligheten på tjenesten. En mangel på sykepleiere kan også føre til at sykepleiere (og andre) som er på jobb blir syke på grunn av overbelastning, som igjen fører til mer sykefravær (Bratt, Gautun, & Øien, 2016). For få på jobb kan altså bidra til en nedadgående spiral der stadig færre klarer å være på jobb.

I resultatdelen nevnes ordet “stillefunksjon”, og en av sykepleierne påpekte viktigheten av at sykepleierne ikke mister denne funksjonene, da dette fører til færre og dårligere observasjoner av pasientene. Observasjoner er en viktig del av sykepleiefaget, og systematiske kliniske

undersøkelser og vurderinger (SKUV) må være en del for å sikre beslutningsprosesser i sykepleien som ytes (Breivik & Tymi, 2013). Som tidligere nevnt velger sykepleierne å prioritere oppgaver og å kutte ut oppgaver som er mindre viktige. De kompenseres med å løpe fortere og bruke mindre tid hos hver enkelt pasient. Dette innebærer en intensivering av sykepleiernes innsats, som ofte fører til en opplevelse av utilstrekkelighet. Dette bekreftes av Nortvedt (2012), som mener at for mye tid går til papirarbeid og dokumentasjon og det som daglig blir nedprioritert er grunnleggende sykepleie.

Sykepleierne ved alle sykehjemmene i studien fortalte om at pasientenes bistand- og omsorgsbehov innebærer et behov for høyere medisinsk kompetanse i større grad enn tidligere. Behandlingen som gis ute i kommunene er mer komplisert og tidkrevende og krever et økt behov for sykepleiere. Dette har videre ført til travlere arbeid dager som styrker følelsen av utilstrekkelighet hos sykepleierne. Bakken et al., (2002) referer til dette som “ansvarsoversvømmelse” og sier at sykepleie som profesjonskompetanse i langt større grad merker organisasjonsendringer. De håndterer også de mange uforutsette konsekvensene av at sykehjemmene har fått ansvar for flere multimorbide og pleieintensive pasienter (Bakken, Brinchmann, Haukelien, Kroken, & Vike, 2002). Sykepleierne løste slike uheldige konsekvenser med at de jobber på en mer effektiv måte og dermed intensiverer sitt arbeid og sin arbeidshverdag.

I tråd med funnene i denne studien førte en travlere arbeidshverdag og flere kompliserte arbeidsoppgaver til at risikoen for å gjøre feil og ta feil vurderinger øker. Det er tydelig at sykepleierne får mindre tid til hver enkelt pasient, og at de føler at de ikke strekker til, noe som bekreftes av Dalland (2007).

Men det er ikke bare mangelen på sykepleiere som øker denne risikoen, mangel på kjent personal øker også risikoen for å gjøre feil og ta feil vurderinger. Som nevnt i resultatet fortalte en av sykepleierne om en hendelse hvor en assistent ikke hadde identifisert et hjerneslag. Ved nyoppståtte slag skal man ha behandling innen fire timer, hvis ikke kvalifiserer man ikke lenger til det som kalles Trombolysebehandling. På grunn av dette fikk denne pasienten en halvsidig lammelse og talevansker og ble en fulltids pleiepasient, i motsetning til at hun til vanlig klarte mye selv. Dette eksemplet vil ifølge Hjort (2000) være en blanding mellom menneskelig feil og systemfeil. Menneskelig feil skyldes i dette tilfellet manglende kunnskap. Systemfeil skyldes uheldig organisering, dårlige rutiner, stress, dårlige

eller manglende retningslinjer. Det har vært vanskelig å finne nyere tall på forekomsten av uheldige hendelser. En undersøkelse fra Harvard i 1991, som omfattet en utvalg av journaler fra et sykehus i New York i 1984, fant uheldige hendelser ved 3,7 % av sykehusinnleggelsene og 13,6 % av disse førte til døden (Brennan et al., 1991). I og med at heletjenestene har blitt mer presset og andelen eldre multimorbide pasienter har økt, kan det være at disse tallene ikke har blitt mindre, og kan være gjeldende også for Norge i dag.

Dette er et skrekkeeksempel på hva som kan bli utfallet for en pasient når struktur og prosess ikke er på plass på et sykehjem. Det er ikke ofte at slike alvorlige hendelser oppstår, men hadde det vært kjent personell på jobb, kunne dette blitt oppdaget og muligens kunne det ha vært behandlet. Selv om det heldigvis er flest avvik med moderat til lav alvorlighetsgrad, kan disse også ha konsekvenser for pasientene, for eksempel medikamenter som ikke blir gitt. I et tilfelle av en urinveisinfeksjon kan det å hoppe over tabletter føre til at bakteriene utvikler en resistens mot antibiotikaen, og en ny kur må til, ofte av sterkere kaliber. Stadige antibiotikakurer har konsekvenser og bivirkninger for pasientene.

Idealet er at alle mennesker som bor i Norge skal få en likeverdig og faglig forsvarlig, helhetlig helseomsorg, men per i dag er nok dessverre ikke dette tilfellet overalt. Eldre og kronisk syke som bor på sykehjem i dag blir ikke alltid prioritert på en forsvarlig måte, det tyder funnene i dette mastergradsprosjektet på. Myndighetenes løfte gjennom forskrift om en verdig eldreomsorg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008) om at sykehjemspasienter skal følges opp på en faglig forsvarlig måte oppfyller ikke minstekravet, i henhold til funnene i denne studien.

Kravet om omsorgsfull hjelp er for mange sidestilt med kravet om faglig forsvarlighet. Det fremkommer av studien at kravet om faglig forsvarlighet er vanskelig å tolke, og det viser seg at overgangen fra lovverket til praksis inneholder svært få detaljer og beskrivelser. Det finnes ikke forskrifter eller lignende som er med på å presisere innholdet i kravet, annet enn de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere. Molven (2000) hevder at nasjonale retningslinjer er et hjelpemiddel for å oppnå forsvarlighet og kvalitet, men de gir heller ikke et klart uttrykk for hva som er god praksis og hva som er minimumskravet.

Funnene i studien viser til et økende antall sykepleieoppgaver og prosedyrer, og for få sykepleiere til å utføre disse. Informantene forteller om et høyt antall assistenter på hver vakt,

og om at det oppleves belastende å gå som eneste sykepleier på disse vaktene. Det føles både utrygt og uforsvarlig. Sykepleierne har ofte hovedansvaret alene for veldig mange pasienter. Bakken et al. (2002) sier at forholdet mellom antall beboere og antall pleiere tyder på at arbeidsmengden kan være stor, spesielt på kveld og helg. Antall pasienter kan være større enn det som virker praktisk mulig å utøve sykepleie for på en faglig forsvarlig måte, og det sykepleierne opplever som etisk riktig. Gjennomsnittet pasienter sammenlagt på sykehjemmene som har deltatt i denne studien er 56, man kan jo da tenke seg hvordan dette kan oppleves når man er alene med sykepleieansvaret.

Sykepleierne i studien forteller at de kan skrive avviksmeldinger når de opplever at situasjoner er faglig uforsvarlige. Det er lovpålagt å skrive avviksmeldinger (Helsepersonelloven § 17), hensikten er å bidra til fagutvikling og kunne identifisere farlige situasjoner og problemområder (Molven, 2009b). Skriftlige avviksmeldinger skal i praksis føre til at ledelsen må inn å signere og utforme tiltak. Dette skal sikre at avviket blir behandlet. Avviket skal synliggjøre og dokumentere problemer. Dessverre viser funnene i denne studien at sykepleierne ikke skriver avvik i så stor grad som de selv føler at de burde. Sykepleierne forteller også at de opplever at enhetslederne ikke vil at de skal sende avvik på alt, og hvert fall ikke på gjentakende hendelser. Enhetslederne på sin side fortalte at de ønsket avvik og de trenger dokumentasjon om de skal klare å få flere midler dersom situasjoner er faglig uforsvarlige. Denne misforståelsen mellom sykepleiere og enhetsledere ser ut til å føre til et lavere antall rapporterte avvik og en underrapportering av faglig uforsvarlige, farlige og/eller uheldige situasjoner.

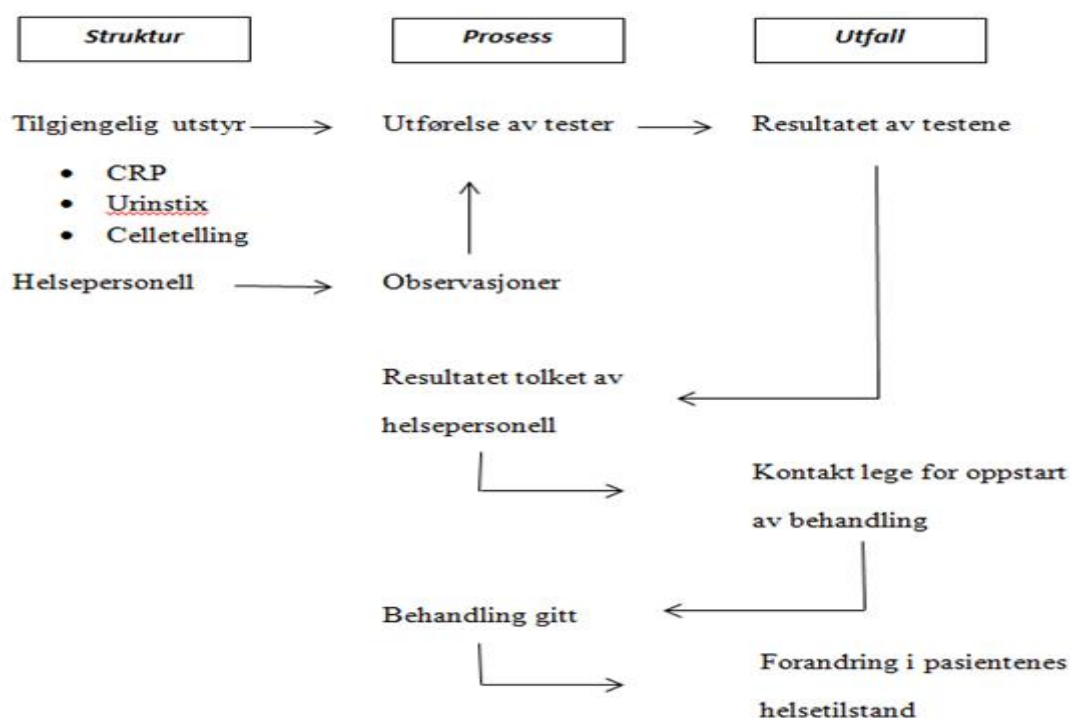
Studien har ikke i særlig stor grad innhentet datamaterialet som fokuserer eksklusivt på utfall av helsetjenestene som ytes. Ifølge Donabedian skal man ikke kun evaluere utfallet, men hele prosessen (Donabedian, 2002), altså er struktur og prosess gjeldene for kvaliteten. Hovedfokuset har ligget i hvordan sykepleierne opplever den faglige forsvarligheten, og hvordan oppbyggingen av arbeidshverdagen og ressursene som er tilgjengelige påvirker den.

5.2 Funn i henhold til den Donabedianske modell

Den Donabedianske modellen er, som belyst i kapittel 2, en konseptmodell som er utviklet for å bidra til evalueringen av kvaliteten og forsvarligheten av helsetjenester. Modellen skal

vrderes ut fra de tre kategoriene struktur, prosess og utfall, og innvirkningene disse har på hverandre.

I figur 5, som er vist nedenfor, ser man en hypotetisk framstilling av hvordan en sykepleier skal håndtere en pasient som er forvirret, har redusert allmenntilstand og grumsete urin. Modellen er laget for denne studien. Eldre pasienter kan ofte bli svært forvirret hvis de har fått en urinveisinfeksjon, så derfor vil det første steget være å få tatt en urinstix for å sjekke urinen. Om symptomene blir oppdaget tidlig, og behandlingen med antibiotika satt i gang, vil urinveisinfeksjonen gå fort over og pasientens allmenntilstand vil bedres og forvirringen vil avta. Om det ikke blir oppdaget, fordi de som er på jobb ikke kjenner pasienten fra før, ikke vet hvordan de skal utføre testene eller hopper over noen av stegene i figuren nedenfor, vil dette kunne utvikle seg til en nyrebekkenbetennelse eller en urosepsis som i verste fall kan få fatale konsekvenser for pasienten.



Figur 5 – Hypotetisk framstilling av struktur, prosess og utfall med et konkret eksempel.

En Donabediansk modell, ut fra dataene som er samlet inn i denne masteroppgaven vil kunne framstilles som vist i figur 5. Gjennom å analysere dataene på denne måten vil man få svar på om helsetjenesten er faglig forsvarlig. Man ser hvordan struktur påvirker prosessen, og dermed hvordan prosessen påvirker utfallet. Utfallet sier mye om forsvarligheten og

kvaliteten på helsetjenestene som ytes. Denne modellen viser at hvis man hopper over et eller flere ledd i utførelsen av helsehjelpen, eller noen av elementene ikke er med i utgangspunktet vil dette medføre konsekvenser for pasientens helsetilstand. Om man for eksempel ikke har tilstrekkelig kompetanse til å tolke prøveresultatene vil man ikke kunne iverksette de riktige tiltakene for å få forordnet og startet opp med antibiotikabehandling.

Funnene i denne studien tyder på at problemområdene for kommunale sykehjem ligger i den strukturelle kategorien, og spesielt i bemanningen. Det er for lite folk på jobb og for få av disse har fagutdanning. For å kunne yte god helsehjelp for pasientene må strukturen ligge til rette for dette, dårlig struktur og prosess fører til negative utfall for pasientene. Det kan se ut til at det første og viktigste tiltaket er bedre bemanning og flere sykepleierstillinger ved kommunale sykehjem.

I likhet med Gardner et al. (2014) mener Carayon et al. (2006) at Donabedians modell har vist seg å være nyttig når man ønsker og utforske de kliniske prosessene og utfallet av disse. Men Carayon et al. mener at modellen i begrenset grad anerkjenner de strukturelle elementene, deres interaksjoner og avhengighet av hverandre. Donabedian selv hevder at måling av kvalitet i helsetjenester ikke er en presis eller komplett vitenskap (Donabedian, 2002). Det kan diskuteres om det ved et større antall informanter kunne ha kommet fram tilleggsinformasjon om kvaliteten og den faglige forsvarligheten.

Om denne oppgavens teoretiske rammeverk ikke hadde vært basert på den Donabedianske modellen ville man sannsynligvis ikke hatt like stort fokus på de strukturelle elementene i helsetjenesten. Dette ville ført til at man ikke ville ha sett like klare sammenhenger mellom faglig uforsvarlighet og bemanning. Denne studien viser at en direkte konsekvens av for lav bemanning og for lav kompetanse er faglig uforsvarlighet og lavere kvalitet på helsetjenestene som ytes. Uten det teoretiske rammeverket ville funnene i denne studie mest sannsynlig vært mer fokusert rundt sykepleiernes oppfattelse, forståelse og erfaringer med faglig forsvarlighet.

5.3 Metodediskusjon

I denne delen vil jeg trekke fram noen av de metodiske utfordringene som kan ha påvirket resultatet i studien. I starten av prosjektet ble det hentet inn relevant informasjon,

forskningsartikler og rapporter. Det viste seg at det å finne gode artikler angående faglig forsvarlighet var vanskelig, og det finnes heller ingen god oversettelse av begrepet til engelsk. Dette gjorde det utfordrende å finne noe internasjonal forskning på området. Det nærmeste har vært kvalitet, men som man ser nevnt tidligere i oppgaven er ikke det det samme som faglig forsvarlighet. Dette kan ha ført til at det finnes kunnskapshull i denne studien, men jeg mener at jeg har fått belyst teorien på området tilstrekkelig med de forskningsartiklene som er inkludert i denne studien.

Det ble laget kriterier for deltakelse i studien, som er belyst i kapittel 4. Malterud (2013) påpeker at et strategisk utvalg er med på å styrke påliteligheten i resultatet når funnene ikke er entydige og opplagte. Informantene i denne studien har belyst problemstillingen på en tilfredsstillende måte, men det kan likevel i ettertid vurderes om hvorvidt et større utvalg kunne vært representert med informanter fra flere sykehjem, både i by og distrikt, eventuelt flere sykepleiere ved de som ble besøkt. Et større mangfold av informanter med ulike erfaringer kunne muligens ha belyst problemstillingen med flere synspunkter. Dette kunne ha påvirket resultatet i en annen retning eller gitt flere perspektiver. Selv om det var tilstrekkelig med antall informanter i en så homogen gruppe i denne studien, hadde det vært interessant å se på resultater av en lignende studie i større skala med flere yrkesgrupper.

Det var i utgangspunktet planlagt 12 informanter, fordelt på 4 ulike sykehjem, studien endte med 8 informanter fordelt på 3 ulike sykehjem. Dette skyldes at det var tidkrevende å få tak i informanter, det tok lengre tid enn antatt å få svar. Det ble etterhvert som tiden gikk besluttet at datamaterialet som allerede var innsamlet var tilstrekkelig for å besvare problemstillingen. Her kunne nok jeg ha vært mer pågående på sykehjemmene, det hadde kanskje ført til flere informanter i studien, som kunne ha ført til et større datamateriale og mer utdypende funn. På grunn av rekrutteringsproblemer har jeg i hovedsak presentert sykepleierne og enhetslederne som en gruppe, med noen unntak, men har valgt å ikke fokusere på så mye på forskjellene mellom de.

I kvalitative studier er det en viss fare for at informantene sier det de tror forskeren vil høre, spesielt når de vet hensikten med studien. Når det er flere informanter på et sted, vil det også være en sjanse for at de har diskutert tema og påvirket hverandre på forhånd. Det var flere av sykepleierne i denne studien som arbeidet ved samme sykehjem samt at enhetsleder kunne ha snakket med de i forkant og lagt føringer for intervjuet. Siden jeg selv har arbeidet som

sykepleier ved sykehjem prøvde jeg og ikke la mine egne erfaringer med faglig forsvarlighet påvirke intervjuet. Jeg informerte om egen bakgrunn og jeg opplevde som om at det førte til en mer kollegial samtale, men siden jeg ikke har snakket med sykepleierne hverken før eller siden, kan ikke dette sies for sikkert. Jeg opplevde at sykepleierne under intervjuet støttet seg til den kollegiale tonen og åpnet seg mer når de fikk bekreftet at vi hadde de hatt de samme opplevelsene i en del arbeidssituasjoner.

Siden det var erfaringer det ble spurt etter, måtte sykepleierne vurdere hva de skulle formidle, og på hvilken måte. Det ble ikke spurt etter en evaluering av sykehjemmet eller sykepleietjenesten på huset, likevel kan noen av informantene kan ha oppfattet intervjuet som en kunnskapstest, og de kan ha vært opptatte av å formidle informasjon som førte til en oppfattelse av de var "gode" sykepleiere. Det kan oppfattes slik da de fleste informantene, i starten på intervjuet var opptatte av å formidle hva de syntes var positivt og hva som fungerte godt. Etter hvert som intervjuet gikk åpnet sykepleierne seg og fortalte også om sine negative erfaringer med faglig forsvarlighet. Sykepleiere som forsker i eget felt kan oppleve "feltblindhet", det vil si at forskeren reflekterer mindre i prosessen, og tar en del ting for gitt i situasjoner der det burde vært analysert og reflektert mer om (Malterud, 2013). Derimot, kan egen faglig bakgrunn anses som forutsetning for innsikt i sykepleiernes beskrivelser av sin arbeidssituasjon.

Lengden på intervjuene ble bestemt av informantene, og de fikk snakke så lenge de ønsket. Det ble fulgt en semistrukturert intervjuguide (*vedlegg 3 og 4*), og informantene fikk tid under intervjuene til å reflektere og tenke på spørsmålene som ble stilt. Malterud (2013) snakker om at det er viktig å skape et miljø som fremmer trygghet og fortrolighet. Hvis informantene ikke får tid til å reflektere rundt egne tanker og ytringer vil ikke dette miljøet skapes, og informantene kan føle at de ikke snakker fort nok eller ikke forteller om det intervjueren leter etter. Hvis dette skjer kan man gå glipp av viktig informasjon og erfaringer som informanter kanskje hadde delt om de hadde fått tid til å tenke seg om.

Brinchmann sier at sykepleie preges av intuitiv handling hvor mye kunnskapen ikke kan begrepsfestes og uttales (Brinchmann, 2005). Det er derfor mulig å tenke seg at enkelte av sykepleiernes erfaringer kan ha blitt underkommunisert, erfaringen lot seg ikke uttale. Det er dermed usikkerhet knyttet til om alle relevante sider ved sykepleiernes faktiske erfaringer reflekteres i dataene som er innhentet. I en slik studie, hvor mye av kunnskapen ikke kan

uttales kan det være vanskelig å beskrive funnene. Jeg tror at min sykepleieutdanning imidlertid har vært med på å gi meg en bedre forståelse av det informantene formidler og gjort meg godt rustet til å tolke utsagnene. Datamaterialet i studien har et stort spenn og variasjon, som har gjort det delvis utfordrende å identifisere alle funnene, og kanskje har jeg heller ikke klart det.

Jeg gjennomførte forskningsintervjuer for første gang under denne datainnsamlingen, hvis man ser bort fra øvingsintervjuene som ble testet på sykepleiervenner i forkant. Min uerfarenhet har høyst sannsynlig påvirket datamaterialet. Jeg klarte ikke alltid å få temaer utdypet, og det var ikke alltid at spørsmålene ble stilt med nok klarhet. Men selv med uklare spørsmål førte intervjuene til mye informasjon, og som tidligere nevnt, ble problemstillingen og forskningsspørsmålet besvart under intervjuene.

Denne studien baserer seg på en fenomenologisk analyse av datamaterialet. Bruk av denne analysemetoden er svært gunstig i denne typen kvalitative studier. Den er med på å forme hvordan vi analyserer, og dermed muligens også hvilke data vi får (Creswell, 2012). Det sentrale fenomenet som er studert i denne studien er faglig forsvarlighet og hvordan sykepleiere opplever faglig forsvarlighet i praksis. Den valgte metoden kan medføre at vi bare får brukerens perspektiv, og kan dermed miste noe de velger og ikke fortelle eller har glemt (Kleiman, 2004).

Da denne studien har vært deduktiv, teoristyrte og såkalt top-down, Malterud (2013) beskriver dette som at forskeren har god kjennskap til teorien og går dermed ned i teorien for å finne svar. Modeller, begreper og kategorier blir brukt for å finne svar. En slik deduktiv tilnærming fører til en teoristyrte analyse, og dette kan ha ført til at jeg som veldig uerfaren forsker har oversett enkelte ting i datamaterialet, da jeg har vært opptatt av å klare å knytte teorien opp mot funnene i studien. Det deduktive designet kan muligens ha ført til at induktive funn i datamaterialet har gått tapt, men studien har ført til en bedre forståelse av sykepleierens erfaringer og en belyst sykepleiernes begrepsforståelse.

Deduktiv og fenomenologisk tilnærming har i denne oppgaven, etter min oppfatning, bidratt til at man har kunnet bekrefte at den Donabedianske modellen er gunstig i denne typen studier, samt at man har oppnådd en bedre forståelse av kunnskapen som allerede finnes innen

dette feltet. Ved å bekrefte kunnskapen og belyse sykepleiernes erfaringer med faglig forsvarlighet vil det kunne synliggjøre et behov for mer forskning.

Ulempene med en slik studie er videre at den kan være resurskrevende. Datamaterialet som samles inn kan være komplekst, samtidig som det kan være vanskelig å avgrense. Representativitet kan også være en ulempe med metoden, da datamaterialet ikke er etterprøvbart slik som ved kvantitativ forskning, og det kan derfor oppstå et generaliseringsproblem (Malterud, 2013).

5.3.1 Validitet

Troverdighet i kvalitativ forskning omfatter hele studien og sier noe om i hvilken grad forskeren har presentert resultater som er pålitelige og gyldige (Malterud, 2013). Å validere betyr i hvilken grad en studie reflekterer problemstillingen som ble undersøkt, med hensyn til utvalg, metode og datainnsamling og analysearbeid (Creswell, 2012).

Studiens formål var å undersøke hvordan enhetsledere arbeider for å ivareta faglig forsvarlighet og forstå hvordan sykepleierne opplevde at dette fungerte i praksis. Studien har en kvalitativ tilnærming og målet har vært å få innsikt i sykepleiernes erfaringer, beskrivelser og utfordringer knyttet til faglig forsvarlighet. Mitt utgangspunkt var at individintervjuer var godt egnet for denne studien, da dette skaper konsentrerte data om et fenomen og synliggjør den enkelte informantens erfaringer.

Gjennom en deduktiv datainnsamling og analyse vil det være lettere og replikere studien, gjennom at man vil være nødt til å gjennomføre studien svært likt ved å benytte seg av samme teoretiske rammeverk (Drageset & Ellingsen, 2010). Dette vil føre til at man må benytte seg av samme framgangsmåte for analysene av datamaterialet.

Studiens validitet handler også om hvorvidt studien kan forankres i eksisterende teorier og forskning (Locke et al., 2009). Det ble først redegjort for fenomener som ønskes belyst, som faglig forsvarlighet og kvalitet. Videre innebærer validitet en oversiktlig redegjørelse for hva som allerede finnes av kunnskap på feltet. Forskning jeg mener belyser problemstillingen ble presentert under kapitlet tidligere forskning. I arbeidet med gjennomgang av tidligere

forskning har det vist seg at det finnes overaskende få artikler tilgjengelig som omhandler sykepleiers erfaringer med faglig forsvarlighet på sykehjem. Mitt valg av søkeord kan ha begrenset treff på relevante studier. Dybdeintervjuene var basert på en semistrukturert intervjuguide hvor teoretiske rammeverket, gjennomgang av forskningslitteraturen og mine egne erfaringer lå til grunn for utformingen av spørsmålene. Ved en teoristyrte intervjuguide styres spørsmålene av en eller flere teorier (Drageset & Ellingsen, 2010), i dette tilfelle er teorien den Donabedianske modellen. Det var tilstrebet å presentere analysen på en strukturert måte. Jeg har redegjort for alle steg i analyseprosessen og illustrert dette gjennom tabeller hvor kategorier og valgte sitater er presentert (*vedlegg 5*). Det ble gitt en oversikt over analysens forskjellige trinn og de valg som ble foretatt underveis som har ført til resultater og konklusjoner.

5.3.2 Overførbarhet

En studies overførbarhet styrkes gjennom en detaljert beskrivelse av studiens kontekst, utvalg, datainnsamling og analyseprosess. Funn som er gjort ved individintervju kan ikke generaliseres, men kan ha en overføringsverdi til lignende situasjoner (Malterud, 2013). Denne studien viser at sykepleiernes erfaringer er tett knyttet opp mot sykehjemmets struktur og bemanning. Selv om informantene jobber ved ulike sykehjem i ulike deler av landet/Trøndelag, er det nærliggende å tenke at det ikke er så store forskjeller mellom de sykehjemmene som deltok i studien og andre. Siden denne studien viser at sykepleierne i distrikt og by har like erfaringer angående faglig forsvarlighet, og noenlunde lik bemanning og bruk av ufaglærte assistenter, er det naturlig å tenke at dette også gjelder flere sykehjem. Funnene som omhandler tidspres og faglig uforsvarlighet vil sannsynligvis også være gjeldende ved andre sykehjemsinstitusjoner.

5.3.3 Implikasjoner for praksis

Gjennom studien tydeliggjøres det at stadig flere sykehjemspasienter blir mer og mer medisinsk krevende, og at det finnes et omfattende, vedvarende og intensivt pleiebehov. Dette medfører et større krav om mer komplisert sykepleie og større sjanser for at det oppstår uforsvarlige hendelser når det ikke er nok kompetent personell på jobb. Sykehjemmene må få

midler til å drive på en mer faglig forsvarlig måte, og personalet må få mer tid til refleksjon og dermed kunne identifisere disse situasjonene og hva som fører til dem.

Omsorg er målet med sykepleie (Martinsen, 2006). God omsorg krever refleksjon i de ulike situasjonene. Sykepleiere må derfor ha tid til å reflektere over situasjonen for å kunne ta de beste beslutningene og gi god omsorg. Som tidligere nevnt handler ikke faglig forsvarlighet om god omsorg, men om at man som sykepleier har kunnskapen til å yte pleie på en måte som gagnar pasienten. For å kunne yte faglig forsvarlig sykepleie må man ha nok sykepleiere på avdelingen, og det må være nok folk til at arbeidsbelastningen ikke blir for stor på den enkelte.

5.3.4 Videre forskning

I denne studien har jeg empiri fra sykepleierne og enhetslederne. Et forslag til videre studier vil være å gjennomføre en lignende studie, men i større skala, med dybdeintervjuer og fokusgruppeintervjuer, og eventuelt observasjon og journalnotater. Det kunne gitt en mer helhetlig forståelse av problemstillingen. Det kunne også vært interessant og se på bemanningsplaner, faktisk bemanning og budsjetter i denne sammenhengen. Det bør studeres på en nasjonal skala for å identifisere eventuelle forskjeller, spesielt siden denne studien viser at det er forskjeller mellom sykehjem i byen og sykehjem i distriktet. Dette er et stort felt, hvor det finnes for lite forskning per dags dato.

Ved å få en bedre forståelse og bevisstgjøring av begrepet faglig forsvarlighet og en tydeliggjøring av viktigheten av sykepleiekompetanse ville de sannsynligvis kunne ha hevet kvaliteten på helsetjenestene som ytes i Norge i dag.

Kapittel 6

6.1 Konklusjon

Studiens formål har vært å belyse hvordan enhetsledere arbeider med å ivareta faglig forsvarlighet ved kommunale sykehjemsinstitusjoner og hvordan sykepleierne som arbeider på de aktuelle sykehjemmene opplever forsvarligheten i praksis. Helsetjenestene i Norge omfattes av et rettslig krav om at tjenestene skal være faglig forsvarlige. Dette spesifiseres også i de yrkesetiske retningslinjene. Ut i fra denne studien er det tydelig at kravet om faglig forsvarlig utøvelse av sykepleie ikke er så lett å ivareta hverken for enhetsledere eller sykepleiere.

Funnene i denne studien viser at sykepleierne opplever et kraftig tidspress og følte på en utilstrekkelighet i jobben de gjorde. Sykepleierne opplevde lav kompetanse på vaktene, da i stor grad på grunn av at mange vakter ble dekket opp av ufaglærte assistenter.

Multimorbide og pleiekrevende pasienter tar stadig opp flere plasser ved norske sykehjem, og krever mer av personellet som jobber der. Intravenøs behandling og behovet sterile prosedyrer blir større, og dette stiller krav om at en større andel av personalet er utdannede sykepleiere. Dessverre så opplever informantene at de ikke får flere sykepleiere, selv om det i planlagt turnus kan se godt bemannet ut. Dette fører til at de føler seg overarbeidet og ser seg nødt til å prioritere bort viktige oppgaver.

Med utgangspunkt i Donabedians konseptmodell for vurdering av helsetjenester ser man at kvaliteten og forsvarligheten av helsetjenestene som ytes er svært avhengige av god organisering og nok fagutdannet personell. Studien viser at dette ikke alltid er oppnåelig, og at man ved norske sykehjem for ofte yter uforsvarlige tjenester.

Studien viser at et likeverdig helsetilbud, som er grunntanken i Norge, ikke er nådd. Det ser ut til at de økonomiske midlene ikke er forenelig med de kostander kommunene har, da særlig med tanke på at de har ansvaret for stadig flere og sykere pasienter.

Referanser

- Alvarado, C., Brennan, P. F., Carayon, P., Gurses, A. P., Hundt, A. S., Karsh, B., & Smith, M. (2006). *Work system design for patient safety: the SEIPS model*. *BMJ Quality & Safety*, 15(suppl 1), i50-i58.
- Bakken, R., Brinchmann, A., Haukelien, H., Kroken, R., & Vike, H. (2002). *Maktens samvittighet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bergh, S. (2004). *Kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten*. Sosial- og Helsedirektoratet.
- Bing-Jonsson, P. C., Bjørk, I. T., Foss, C., Hofoss, D., & Kirkevold, M. (2016). *Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff*. *BMC nursing*, 15(1), 5.
- Bjørø, K., & Kirkevold, M. (2005). *Kvalitet og kvalitetsutvikling i sykepleie*. I: Kristoffersen, NJ, Nortvedt, F. & Skaug, EA.(red.) Grunnleggende sykepleie Bind 4. Oslo: Gyldendal akademisk. Kap, 25, 34.
- Bowman, C., Hewitt, C., Spilsbury, K., & Stirk, L. (2011). *The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: a systematic review*. *International journal of nursing studies*, 48(6), 732-750.
- Branch, L. G., Harman, J. S., Hyer, K., Johnson, C. E., Thomas, K. S., & Weech-Maldonado, R. (2011). *The influence of nurse staffing levels on quality of care in nursing homes*. *The Gerontologist*, 51(5), 610-616.
- Bratt, C., Gautun, H., & Øien, H. (2016). *Underbemanning er selvforsterkende* (NOVA Rapport nr. 6/2016). Hentet fra: <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferdsogarbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2016/Underbemanning-erselvforsterkende>.
- Breivik, S., & Tymi, A. (2013). *Hva innebærer systematisk klinisk undersøkelse i sykepleie? Sykepleien forskning*, 8.
- Brennan, T. A., Hebert, L., Hiatt, H. H., Leape, L. L., Laird, N. M., Localio, A. R., . . . Weiler, P. C. (1991). *Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study*. *New England journal of medicine*, 324(6), 370-376.
- Brinchmann, B. S. (2005). *Etikk i sykepleien*: Gyldendal akademisk.

- Castle, N. G., Dellefield, M. E., McGilton, K. S., & Spilsbury, K. (2015). The relationship between registered nurses and nursing home quality: An integrative review (2008-2014). *Nursing economic\$, 33(2)*, 95-108.
- Creswell, J. W. (2012). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*: Sage publications.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*: Gyldendal akademisk.
- Danielson, E., & Hallin, K. (2007). *Registered nurses' experiences of daily work, a balance between strain and stimulation: A qualitative study. International journal of nursing studies, 44(7)*, 1221-1230.
- Djindjic, J. (2016). *Samhandlingsreformen-konsekvenser for kompetanse, samarbeid og pasientomsorg i sykehjem*. Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Donabedian, A. (1980). The definition of quality and approaches to its assessment. Explorations in quality assessment and monitoring, vol. 1. *Ann Arbor, MI: Health Administration Press*.
- Donabedian, A. (1988). *The quality of care: how can it be assessed? Jama, 260(12)*, 1743-1748.
- Donabedian, A. (2002). *An introduction to quality assurance in health care*: Oxford University Press.
- Donabedian, A. (2005a). *Evaluating the quality of medical care. The Milbank Quarterly, 83(4)*, 691-729.
- Donabedian, A. (2005b). *Evaluating the quality of medical care. Milbank Quarterly, 83(4)*, 691-729.
- Drageset, S., & Ellingsen, S. (2010). *Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. Sykepleien forskning, 5(4)*, 332-335.
- Dybvik, T. K., Nydal, I., Torheim, H., & Åsmo, K. (2016). *Stressa sykepleiere i kommunene. Sykepleien, 104(3)*, 68-70.
- Fryjordet, J. (2001). *Når du blir gammel og ingen vil ha deg: en statusrapport om situasjonen i helsetjenesten. Oslo: Den Norske lægeforening*.
- Førde, R. (2014). *Helsinkideklarasjonen*. Hentet, 12.02.2019, fra: <https://www.etikkom.no/fbib/praktisk/lover-og-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Gardner, A., Gardner, G., & O'connell, J. (2014). *Using the Donabedian framework to examine the quality and safety of nursing service innovation. Journal of clinical nursing, 23(1-2)*, 145-155.

- Gautun, H. (2012). *Planlagt og faktisk bemanning i sykehjem og hjemmesykepleien: Fafo-rapport.*
- Gelius, J. (2018). *Slår alarm etter at beboer ble funnet i blodpøl*, NRK nettavis. Hentet, 02.02.2019, fra: <https://www.nrk.no/sorlandet/slar-alarm-om-omsorgssvikt-1.14206346>
- Grepperud, S. (2009). *Kvalitet i helsetjenesten-hva menes egentlig? Tidsskrift for Den norske legeforening*, 129(11), 1112.
- Helsedirektoratet. (2005). *... Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial-og helsetjenesten.* Oslo. Sosial-og helsedirektoratet.
- Helsepersonelloven. (2016). *Lov om helsepersonell.* Hentet, 22.01.2016, fra: <https://www.nrk.no/sorlandet/slar-alarm-om-omsorgssvikt-1.14206346>
- Hjort, P. F. (2000). *Uheldige hendelser i helsetjenesten-forebygging og handtering.* *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 120(26), 3184-3189.
- Hofseth, C., & Norvoll, R. (2003). *Kommunehelsetjenesten-gamle og nye utfordringer: en studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien:* SINTEF Unimed.
- Holmeide, A. M., & Eimot, M. (2011). *Bemanning i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Analysesentret.*
- Ingstad, K., & Kvande, E. (2011). *Arbeid i sykehjem—for belastende for alltid? Søkelys på arbeidslivet*, 28(01-02), 42-55.
- Jacobsen, D.I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser - innføring i samfunnsvitenskaplig metode.* Høyskoleforlaget.
- Kirkevold, M., & Brodtkorb, K. (2008). *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten:* Gyldendal akademisk.
- Kjellevold, A. (2012). *Ny lov om kommunale helse-og omsorgstjenester: verdivalg og rettslig regulering.*
- Kjønstad, A. (2007). *Helserett* (2 ed.). Oslo: Gyldendal.
- Kleiman, S. (2004). *Phenomenology: To wonder and search for meanings. Nurse researcher*, 11(4).
- Knutstad, U. (2010). *Sykepleieboken 2: Sentrale begreper i klinisk sykepleie* (3 ed.): Oslo: Akribe.
- Kvalitetsforskriften. (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene.* Hentet, 27.01.2016, fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>.

- Locke, L. F., Silverman, S. J., & Spirduso, W. W. (2009). *Reading and understanding research*: Sage Publications.
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2006). *Samtalen, skønnet og evidensen*: Gyldendals Bogklubber.
- Molven, O. (2000). *Kravet om faglig forsvarlighet*. *Tidsskriftet Sykepleien*, 88(14), 48-49.
- Molven, O. (2009a). *Kravet til helsepersonell og virksomheter i helsetjenesten om forsvarlighet*. *Lov og rett*, 48, 3-26.
- Molven, O. (2009b). *Sykepleie og jus*: Gyldendal akademisk.
- Molven, O., Holmboe, J., & Cordt-Hansen, K. (2006). Rett og urett- Forsvarlighetskravet i helsepersonelloven. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 126(5), 643-644.
- Nakrem, S. (2011). *Measuring quality of care in nursing home-what matters?*
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk*: Gyldendal akademisk.
- NSF. (2008). *Det du bør vite om faglig forsvarlighet*. *Tidsskriftet Sykepleien*.
- NSF. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. *Database for statistikk om høgre utdanning*.
- Omsorgsdepartementet, H.-o. (2008). *St. meld. nr. 47 Samhandlingsreformen Rett behandling-på rett sted-til rett tid*: Oslo: Helse-og Omsorgsdepartementet.
- Prop. 91 L. (2010 - 2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Hentet, 15.03.2017, fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-91-l-20102011/id638731/>
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*: Fagbokforlaget.
- Tenden, L. (2011). *Omsorgstjenester - Bransjestatistikk*. NHO Service.
- Tveiten, S. (2001). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*: Fagbokforlaget.
- Tønnessen, A. S. (2013). *Faglige forutsetninger for forsvarlighetsbegrepet*: Tidsskriftet Sykepleien.
- Vatnaland, M. L. R. (2012). *Hvilken forståelse har helsepersonell av faglig forsvarlighet, og hvilke forutsetninger har de for å oppnå faglig forsvarlighet: et bidrag for å oppnå en bedre begrepsforståelse*.

Vedlegg 1 – NSD kvittering



Marit Solbjør
Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap ISH NTNU

7491 TRONDHEIM

Vår dato: 19.05.2016

Vår ref: 48424 / 3 / AGH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 20.04.2016.

Meldingen gjelder prosjektet:

<i>48424</i>	<i>Faglig forsvarlighet i kommunehelsetjenesten</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>NTNU, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Marit Solbjør</i>
<i>Student</i>	<i>Guro Grongstd</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Agnete Hessevik

Kontaktperson: Agnete Hessevik tlf: 55 58 27 97

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS
NSD – Norwegian Centre for Research Data

Harald Hårfagres gate 29
NO-5007 Bergen, NORWAY

Tel: +47-55 58 21 17
Faks: +47-55 58 96 50

nsd@nsd.no
www.nsd.no

Org.nr. 985 321 884

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 48424

Personvernombudet legger til grunn at sykehjemmene godkjenner datainnsamling om institusjonens interne forhold.

REKRUTTERING

Rekrutteringen skjer gjennom enhetsledere ved sykehjem. Ved rekruttering via ledere er det viktig at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltagelse ivaretas.

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er hovedsakelig godt utformet. Vi ber imidlertid om at følgende endres/tilføyes:

- Oppgi behandlingsansvarlig institusjon (NTNU)

TAUSHETSPLIKT

Informantene har taushetsplikt, og kan ikke oppgi opplysninger som kan identifisere en enkeltpasient direkte eller indirekte. Vær oppmerksom på at noen av spørsmålene i intervjuguidene kan lede informantene til å gi eksempler som kan være identifiserende. Det er svært viktig at intervjuet gjennomføres på en slik måte at taushetsplikten overholdes. Intervjuer og informant har sammen ansvar for dette, og bør drøfte innledningsvis i intervjuet hvordan dette skal håndteres. Studenten bør stille spørsmål til informantene på en måte som hjelper dem til å uttale seg på generelt grunnlag og overholde sin taushetsplikt.

TREDJEPERSONSOPPLYSNINGER

Intervjuguiden legger opp til at informantene kan oppgi noen tredjepersonsopplysninger om kolleger og enhetsleder. Personvernombudet anbefaler at du ber informantene om å unngå å omtale andre personer (kolleger/ansatte) som ikke deltar i prosjektet på en måte som identifiserer enkeltpersoner.

Dersom det er nødvendig for formålet å stille ansatte spørsmål om identifiserbare ledere, legger vi til grunn at lederen får informasjon om prosjektet og hvilke opplysninger som registreres.

DATASIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger NTNU sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal sendes elektronisk eller lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig (f.eks. bør adgang til innhold på minnepinne beskyttes med passord).

PROSJEKTSLUTT

Forventet prosjektslutt er 31.12.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak

Vedlegg 2 – Rekruttering av informanter

Faglig forsvarlighet i sykehjem

Dette er en forespørsel om å delta i et mastergradsprosjekt om faglig forsvarlighet i kommunehelsetjenesten. Formålet med prosjektet er å innhente mer kunnskap om faglig forsvarlighet, og spesielt hvor stort fokus kommunehelsetjenesten har på nettopp dette. I denne studien vil sykepleiere og ledere ved kommunale sykehjem intervjues om sine arbeidserfaringer, og hvordan de opplever sin arbeidshverdag i forhold til faglig forsvarlighet. Prosjektet kan bidra til at faglig forsvarlighet får et større fokus enn det har i dag og kan være til hjelp for å vurdere en institusjons faglige forsvarlighet.

Studien vil undersøke hvordan sykepleiere opplever faglig forsvarlighet i sykehjem, men er ikke ute etter å vurdere den enkelte arbeidstaker eller arbeidsplass.

Forespørsel om deltakelse

Du mottar informasjon om denne studien fordi du er sykepleier og arbeider i minimum 80 % stilling ved et kommunalt sykehjem. Jeg ønsker å høre om dine opplevelser i forhold til faglig forsvarlighet, og hvordan sykehjemmet du arbeider på arbeider med problemstillinger knyttet til temaet. Prosjektet er en kvalitativ studie i form av intervju. Intervjuet vil ta om lag 60 minutter og vil bli tatt opp på lydfil. Lydopptaket vil bli oppbevart på en minnepinne i et innelåst skap fram til prosjektslutt og deretter slettet. Alle opplysninger som fremkommer i prosjektet vil bli anonymisert i den endelige presentasjonen av prosjektet. Prosjektslutt vil være 31.12.16.

Det er frivillig å delta på dette intervjuet, og dersom du takker ja kan du når som helst trekke deg fra intervjuet. Dersom du ønsker å trekke deg fra prosjektet vil all informasjon om deg og lydfilen fra ditt intervju bli slettet. Prosjektet er innmeldt til og godkjent av Personvernombudet for forskning, NSD.

Dersom du ønsker å delta eller har noen spørsmål i forbindelse med masteroppgaven, kan du kontakte meg på e-post: gurogro@stud.ntnu.no eller telefon: 970 19 539

Min veileder for denne masteroppgaven Marit Solbjør, kan kontaktes på e-post: marit.solbjor@svt.ntnu.no dersom du har ytterligere spørsmål om studien.

Vennlig hilsen Guro Grongstad

Vedlegg 3 – Intervjuguide enhetsleder

Intervjuguide – Enhetsledere

Generelt

- Kan du si litt om deg selv?
 - Hvor gammel er du?
 - Trives du i jobben din?
- Kan du fortelle om jobben din?
 - Hvilken utdanning har du?
 - Hvor lenge har du jobbet som enhetsleder?
 - Hvor lenge har du jobbet i denne institusjonen?
 - Hvor mange pasienter har dere her?
 - Hvor mange ansatte?
 - Fagutdannede og ufaglærte
- Hvordan vil du karakterisere pasientene i institusjonen?
 - Helsetilstand
- Hva innebærer begrepet faglig forsvarlighet for deg?

Struktur

- Kan du fortelle litt om hvordan bemanningen er?
 - Kan du gi noen eksempler?
- Hvordan synes du fagdekkingen er?
 - Kan du gi noen eksempler?
- Hvordan foregår innleie ved sykdom eller vakante stillinger?
- Synes du at det er nok og godt nok utstyr tilgjengelig?

Prosess

- Føler du at du strekker til i ditt daglige arbeid?
 - Hvis nei, kan du gi noen eksempler?
- Opplever du at de elementære behovene til pasientene blir møtt? (mat, hygiene, søvn og aktivitet)
- Hvile rutiner har dere for medikamenthåndteringen?
 - Hvem deler ut?
 - Har dere mange avvik?

Utfall

- Hvordan opplever du at behandlingen pasientene får påvirker deres helsetilstand?
 - Eksempler
- Har du opplevd situasjoner hvor behandlingen som ble gitt eller ikke gitt har ført til forverring eller dødsfall utover det som er å forvente på et sykehjem?
 - Eksempler?
- Har dere mange avvik her?
 - Hvilke og hvorfor?
 - Hvordan behandler du avvikene?

Faglig forsvarlighet

- Opplever du at arbeidsplassen din er faglig forsvarlig?
 - Hvorfor eller hvorfor ikke?
- Hvordan arbeider du for å opprettholde faglig forsvarlighet?
 - Eksempler
 - Fungerer det?
- Kan du fortelle litt om hvordan du opplever at kvaliteten på denne institusjonen er?
 - Hvorfor?
- Hvor god oversikt føler du at du har over det som foregår på avdelingene og pasientenes pleiebehov?
- Leies det inn ekstra personalet ved terminalpleie?
- Leies det inn ekstra personalet hvis dere har krevende pasienter?

Tusen takk for at du stilte til intervju!

Vedlegg 4 – Intervjuguide sykepleiere

Intervjuguide – sykepleiere

Generelt

- Kan du si litt om deg selv?
 - Hvor lenge har du jobbet som sykepleier?
 - Hvor lenge har du jobbet i denne institusjonen?
 - Hvor stor stilling har du?
 - Hvor gammel er du?
- Trives du i jobben din?
 - Hvorfor/hvorfor ikke?
 - Er du primærkontakt, og i så fall for hvor mange?
- Hvordan vil du karakterisere pasientene i institusjonen?
 - Helsetilstand
- Har du noen spesielle ansvarsområder som sykepleier?
- Hva innebærer begrepet faglig forsvarlighet for deg?

Struktur

- Kan du fortelle litt om bemanningen her?
 - Kan du gi noen eksempler?
- Hvordan synes du fagdekkingen er?
 - Kan du gi noen eksempler?
- Hvordan foregår innleie ved sykdom eller vakante stillinger?
- Synes du at det er nok og godt nok utstyr tilgjengelig?

Prosess

- Føler du at du strekker til i ditt daglige arbeid?
 - Hvis nei, kan du gi noen eksempler?
- Hvordan opplever du at pasientenes elementære behov blir møtt? (mat, hygiene, søvn og aktivitet)
- Hvilke rutiner har dere for medikamenthåndteringen?
 - Hvem deler ut?
 - Mye avvik?
- Utfører du mange sykepleieprosedyrer?
 - Eksempel
 - Rekker du over alle?

Utfall

- Hvordan opplever du at behandlingen pasientene får påvirker deres helsetilstand?
 - Eksempler
- Har du opplevd situasjoner der behandlingen som ble gitt eller ikke gitt fører til forverring eller dødsfall utover det som er å forvente på et sykehjem?
 - Eksempler?
- Synes du det er mange avvik?
 - Hvilke og hvorfor?

Faglig forsvarlighet

- Opplever du at arbeidsplassen din er faglig forsvarlig?
 - Hvorfor eller hvorfor ikke?
- Hvordan føler du at din enhetsleder legger til rette for faglig forsvarlighet?
 - Eksempler
- Kan du fortelle litt om hvordan du opplever at kvaliteten er på dette sykehjemmet
 - Hva er grunnen?
- Får du veiledning fra dine overordnede når det er behov for det?
 - Kurses dere?

Tusen takk for at du stilte til intervju!

Vedlegg 5 – Tabeller analyse

<i>Struktur</i>	
Utsagn	Tolkning
<i>Grunnbemanningen er god, men om det blir sykdom eller sykemeldinger, da er det ofte vanskelig å få tak i folk. Minstestandarden er to sykepleiere på huset, men det er ikke alltid like lett.</i>	Innleie er ofte en stor utfordring, både på grunn av at man utlyser overtid, som blir dyrt for enheten, men også fordi personalet ikke orker belastningen av å jobbe mer enn 100 %.
<i>Vi har en del fremmedspråklige som har begynt å jobbe her, som kan være en stor utfordring, og i perioder har vi mange assistenter som gjør det veldig sårbart.</i>	Kommunikasjon med pasientene er svært viktig. Om man ikke forstår hverandre skikkelig kan det bli utfordrende å yte forsvarlig helsehjelp. Ufaglærte assistenter kan forstå hva som ønskes fra pasienten, men ikke være i stand til å yte den helsehjelpen.
<i>Vi får dra på kurs, men vi må stort sett ta initiativet selv, men må ofte dra på fridagene våre da vi ikke får fra i turnus for å dra på kurs.</i>	Ofte er grunnbemanningen så lav at man ikke kan la personalet dra på kurs i arbeidstiden, da det kan medføre lav fagdekning og/eller dyre innleier.
<i>Jeg strekker nesten aldri til i løpet av en arbeidsdag, alt for mange arbeidsoppgaver.</i>	Sykepleierne har for mye å gjøre. Sykepleieoppgaver kommer ofte i tillegg til stell og pleie.
<i>Vi prøver å gi god opplæring til ansatte i kateterisering og sårstell, for å prøve å lette arbeidsmengden hos sykepleierne.</i>	Ved å delegerer noen av arbeidsoppgavene til helsefagarbeidere, vil sykepleieren få mer tid til andre oppgaver. Dette vil nok oppfattes som positivt hos alle parter.
<i>Vi har en stor fordel med velferdsteknologien vår, hvis en av pasientene går ut av rommet sitt på natta vil det gå en alarm på telefonen vår.</i>	Velferdsteknologien gjør at man kan følge med på flere steder uten å fysisk være til stedet, så framtidig fungerer som det skal. Noen ganger kan dette skape en falsk trygghet.

<i>En vakt med lav fagkompetanse, den kan gå veldig fint når alt er fint og flott, men hvis det skjer fem uforutsette ting samtidig så kan det bli ganske tøft, faglig forsvarlig eller ikke.</i>	Man kan ikke forutse alt, og man kan ikke planlegge alt. Men man bør prøve å tilstrebe nok personalet med fagutdanning til å takle noen uforutsette hendelser.
<i>Men det er litt den økonomiske biten, bruker man opp for mye på en pasient, så får man beskjed om å knipe igjen i den andre enden, og da kan risikere man at det blir uforsvarlig senere. Forsvarligheten skal være lik i desember og januar. Så man må huske å vurdere, det kan få konsekvenser å være for raus tidlig på året.</i>	Økonomi spiller en viktig rolle for hvordan sykehjemmene kan bruke ressursene sine. Ofte er det økonomi som avgjør bruken av fastvakter og ekstra innleie.

Prosess	
Utsagn	Tolkning
<i>Avvik vil jeg si at det hvert fall ikke er et mål å få ned antallet, men det er et mål å få riktig antall avvik, eller riktig innhold. Og å jobbe med avvikene vi har, slik at vi kan redusere hendelsene som resulterer med avvik.</i>	Avvik er et viktig redskap for å identifisere hva som gikk galt i en situasjon, og hva man kan gjøre for å unngå at det skjer igjen. Min opplevelse er dessverre at de bare blir lukket uten at det blir tatt tak i.
<i>Det er nok garantert noen som mener at konsekvensen av sårbehandling som er gitt/ikke gitt har ført til pasienten har lidd unødvendig, fordi man har vært for dårlig på såret.</i>	For å kunne behandle sår godt, må man ha kunnskap. Hos sykehjemspasienter er ofte sårene vanskelig å få til å gro, da de ofte er utsatt for trykk og dårlig sirkulasjon, da er det kunnskap og kontinuitet som skal til.
<i>De fleste legger seg 20:00, og opp klokka 09:00, dette er for lenge uten mat. Eldre og syke mennesker har et økt behov for ernæring.</i>	Dette er det ikke alltid så lett å gjøre noe med, skal man få lagt alle må man begynne tidlig. Det blir desto viktigere å tilby mat før de legger seg og hvis de har våkne perioder på natta.

<i>Vi har en del avvik som går på responstid på alarmene. Det skal svares innen fem minutter, men om vi er opptatte må vi vurdere. Ikke alle får hjelp med en gang.</i>	Ofte kan man være opptatt med andre pasienter, da kan man ikke bare slippe alt å gå, men man må prioritere riktig, og det er ikke alltid så lett.
<i>Jeg går ofte overtid for å dokumentere, men likevel går jeg ofte hjem med en følelse av at jeg ikke har gjort alt jeg skal gjøre. Man må prioritere, og ofte må dokumentasjonen gå.</i>	Helsepersonell har dokumentasjonsplikt, men det er ikke alltid at arbeidsdagen har nok timer til at man får utført alle sine plikter, som viser at sykepleiere ofte har for mange oppgaver i løpet av en vakt.

<i>Utfall</i>	
Utsagn	Tolkning
<i>Vi har en del avvik på medikamenter, mest på at de ikke blir gitt av ulike årsaker. Men har hatt noen som går på Marevan og Digitoxin, hvor pasientene har fått for stor dose, som fikk ganske store konsekvenser for pasienten.</i>	Noen avvik med tanke medikamenter vil det jo bli, om pasienten ikke er i stand til å ta dem i en periode eller ikke ønsket å ta dem. Avvik med overdosering er derimot alvorlig, Marevan og Digitoxin kan ha fatale konsekvenser om man får i seg for mye av virkestoffet, og det skal ikke skje.
<i>Ofte er det vanskelig å leie inn sykepleier for sykepleier, og spesielt på helg. Da kan man begynne å spekulere på den faglige forsvarligheten av driften.</i>	Fagdekningen kan være en vanskelig kabal, og ofte går den ikke opp. Dette fører ofte til at sykehjemmene kommer under forsvarlighetsgrensen.
<i>Noen ganger føler jeg at jeg har for mange oppgaver, så jeg rekker ikke alt. Vi prioriterer det mest grunnleggende først, så får vi se hva vi får tid til.</i>	Ved at man må prioritere hva man skal gjøre, fordi man ikke har tid til alt, vil det ofte få noen konsekvenser. Det sårskiftet som må vente til i morgen, blir da utsatt for en infeksjon gjennom skitne bandasjer.
<i>Flere ganger tenker jeg at vi drar det for langt, spesielt med tanke på</i>	Væskebehandling hos terminale pasienter gir dem ofte noen dager ekstra, men det er ikke

<i>væskebehandling. Mange pårørende ønsker det, men det er ikke alltid til pasientens beste, da det kan medføre unødvendig lidelse i terminalfasen.</i>	alltid positivt. Hos terminale er sirkulasjonen nedsatt, noe som ofte fører til at væsken de får intravenøst legger seg på lungene og gir pasienten en drukningsfølelse.
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Faglig forsvarlighet	
Utsagn	Tolkning
<i>Faglig forsvarlighet går jo på at pasientene får den beste behandlingen de kan få, ut fra behov. Det er faglig forsvarlig når det er nok personalet rundt som har kompetanse, at man kjenner pasienten og best kan ivareta dem.</i>	Det er svært viktig å kjenne pasientene man ivaretar på et sykehjem, det er ikke alltid like lett å kommunisere med dem. Kunnskap og kompetanse er derfor utrolig viktig i utøvelsen av faglig forsvarlig sykepleie.
<i>Faglig forsvarlighet er at de oppgavene man utfører må man være kompetent til, og gi beskjed og be om opplæring når man ikke vet. At det man gjør ikke går utover liv og helse.</i>	Ved å be om opplæring når man ikke føler seg kompetent til en oppgave opptrer man faglig forsvarlig.
<i>Man kan ikke si det skal være faglig forsvarlig hvis vi bare har så og så mange sykepleiere, noen ganger er det kanskje mer forsvarlig å ha bare kjente assistenter og helsefagarbeidere.</i>	Det er ikke alltid utdanningen som avgjør forsvarligheten, om man ikke kjenner pasienten kan det være vanskelig å ta en vurdering. Da kan det være mer forsvarlig å ha kjente helsefagarbeidere.
<i>Det handler om holdninger og kultur for å sikre at det vi gjør er rett, at vi ikke kan sitte på et personalrom og spise alle samtidig og si at det er forsvarlig, og tre timer senere sier vi at det er uforsvarlig fordi bemanningen er for lav, så vi har ikke mulighet til å følge med pasientene. Det harmoniserer ikke.</i>	Holdninger til den jobben man gjør er utrolig viktig, og som helsepersonell skal man sammen sørge for at helsehjelpen er faglig forsvarlig hele døgnet, også i avvikling av matpauser.

Tenker at faglig forsvarlighet er et vanskelig ord. Hva er forsvarlig og hva er godt nok?

Faglig forsvarlighet er et vanskelig begrep som omfatter mye, men helsepersonell må ha en forståelse for å kunne utøve helsehjelp som er innenfor minstekravet og som ikke går på helsa løs.