

Ida Slåttsveen og Lucy Nyokabi Stenbek

## Pasientsikkerhet i Sykehjem

Pasientsikkerhet knyttet til sykepleiekompetanse

Bacheloroppgave i Sykepleie

Veileder: Else Berit Steinseth

Mai 2020



Ida Slåttsveen og Lucy Nyokabi Stenbek

# Pasientsikkerhet i Sykehjem

Pasientsikkerhet knyttet til sykepleiekompetanse

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Veileder: Else Berit Steinseth  
Mai 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



## SAMMENDRAG

<b>Tittel:</b>	Pasientsikkerhet i sykehjem.		<b>Dato:</b>	25.05.2020
<b>Forfattere:</b>	Ida Slåttsveen og Lucy Nyokabi Stenbek			
<b>Veileder(e):</b>	Else Berit Steinseth			
<b>Stikkord/ nøkkelord (3-5 stk)</b>	Pasientsikkerhet, sykehjem, sykepleie, sykepleiekompetanse og pasientskade.			
<b>Antall sider/ord:</b>	44/10714	<b>Antall vedlegg:</b>	4	
<b>Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:</b>				
<p><b>Bakgrunn:</b> Pasientskader i helse- og omsorgstjenesten er en omfattende samfunnsproblematikk. Pasientene skal vernes mot unødig skade forårsaket av helsetjenesten. Sykepleier har et ansvar for å bidra til å holde pasientskader til et minimum, og sikre at de som mottar helsehjelpen føler seg trygge på tjenesten som ytes. Det er mangel på sykepleiekompetanse på sykehjem og dette påvirker pasientsikkerheten negativt. Tilstrekkelig kompetanse er utgangspunktet for en faglig forsvarlig helsetjeneste.</p>				
<p><b>Hensikt:</b> Hensikten med oppgaven er å øke bevissthet og kunnskap om hvordan mangel på sykepleiekompetanse bidrar til å true pasientsikkerheten på sykehjem.</p>				
<p><b>Metode:</b> Oppgaven er en litteraturstudie. Det er benyttet tre kvantitative og to kvalitative forskningsartikler, som er funnet gjennom søk i databasene Pubmed og Cinahl.</p>				
<p><b>Resultater:</b> Etter innføringen av samhandlingsreformen har pasientene på sykehjem blitt mer komplekse, og det er vist et økende behov for sykepleierkompetanse på sykehjem de siste årene. Resultatene viser at det er mangel på sykepleiere på sykehjem, og dette var den vanligste faktoren til uønskede hendelser. De uønskede hendelsene er ofte knyttet til medisinalfeil, fall, forsinket intervensjon og manglende sykepleieomsorg. Mangelen på sykepleiere fører til at dokumentasjon, avviksmeldinger og psykososial kontakt ble prioritert bort. I tillegg blir sykepleieoppgaver knyttet til medikamentadministrasjon og kliniske vurderinger, delegert til helsepersonell med lavere formell kompetanse. Dette får store konsekvenser for pasientsikkerheten.</p>				
<p><b>Konklusjon:</b> Pasientsikkerheten i sykehjem er avhengig av sykepleiekompetanse og riktig sammensetning av bemanning.</p>				

## ABSTRACT

<b>Title:</b>	<u>Patient safety in nursing homes.</u>	<b>Date:</b> 25.05.2020
<b>Authors:</b>	<u>Ida Slåttsveen and Lucy Nyokabi Stenbek</u>	
<b>Supervisor(s)</b>	<u>Else Berit Steinseth</u>	
<b>Keywords</b> (3-5)	<u>Patient safety, nursing homes, nursing, nurse competence and patient injury.</u>	
<b>Number of pages/words:</b> 44/10714	<b>Number of appendix:</b> 4	
<b>Short description of the bachelor thesis:</b>		
<p><b>Background:</b> Patient injuries in health- and care services are an extensive society problem. Patients should be protected from unnecessary harm related to health services. Nurses have a responsibility to maintain patient injuries to a minimum and ensure that the patients feel safe with the healthcare provided. There is lack of nursing competence in nursing homes, and this affects the patient safety negatively. Sufficient competence is important for professional accountability in the health- and care services.</p> <p><b>Purpose:</b> The purpose with this literature study is to increase awareness and knowledge about how lack of nursing competence can contribute to threaten the patient safety in nursing homes.</p> <p><b>Method:</b> The study is a literature study where three quantitative and two qualitative research articles have been used. The search has been conducted in databases PubMed and Cinahl.</p> <p><b>Results:</b> After the introduction of the coordination reform the patients in nursing homes have become more complex, and this has increased need of nursing competence. There is lack of nurses in nursing homes and this is the most usual factor to adverse events. The events are often related to medication errors, falls, delayed intervention, and lack of nursing care. Documentation, deviation messages and psychosocial care was not prioritized, because of lack of nurses. In addition, the nursing tasks related to medication administration, and clinical assessments were delegated to healthcare providers with lower formal competence. This had big consequences for patients' safety.</p> <p><b>Conclusion:</b> The patient safety in nursing homes depended on nurse competence, and right composition of staffing.</p>		

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning .....</b>	<b>5</b>
<b>2.0 Teoretisk bakgrunn.....</b>	<b>6</b>
2.1 Kvalitet og pasientsikkerhet .....	6
2.2 Faglig forsvarlighet .....	6
2.3 Kompetanse .....	7
2.4 Sykepleierens funksjons- og ansvarsområder.....	7
2.5 Pasientene på sykehjem .....	8
2.6 Pasientsikkerhetsprogrammet - I trygge hender 24/7.....	8
2.6.1 Tiltakspakke for riktig legemiddelbruk i sykehjem.....	9
2.6.2 Tiltakspakke for forebygging av fall .....	9
2.6.3 Tiltakspakke for forebygging og behandling av underernæring .....	9
2.6.4 Tiltakspakke for forebygging av trykksår .....	10
2.6.5 Tiltakspakke for tidlig oppdagelse av forverret tilstand.....	10
2.7 Tilsynsmyndighetene.....	10
2.8 Meldeplikt .....	10
2.9 Stortingsmelding nr. 47- Samhandlingsreformen .....	11
2.10 Stortingsmelding nr. 9- Kvalitet og pasientsikkerhet .....	11
2.11 Tidligere forskning som belyser temaet .....	11
2.12 Hensikt med oppgaven og avgrensninger .....	12
2.13 Problemstilling.....	12
<b>3.0 Metode .....</b>	<b>13</b>
3.1 Litteraturstudie som metode .....	13
3.2 Kvantitativ og kvalitativ forskningsmetode .....	13
3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	13
3.4 Søkestrategi.....	14
3.4.1 Søkord benyttet i litteraturstudiet.....	15
3.4.2 Søkeshistorikk .....	15
3.4.3 Søkeshistorikk presentert i tabeller .....	16
3.5 Analyse .....	18
<b>4.0 Resultater .....</b>	<b>18</b>
4.1 Resultater av inkluderte artikler presentert i tabell .....	18
4.2 Sammenfatning av resultater .....	23
4.2.1 Beboere med komplekse og sammensatte behov.....	23
4.2.2 Kunnskap og kompetanse.....	23

4.2.3 Uønskede hendelser .....	24
4.2.4 Bemanning .....	25
<b>5.0 Drøfting .....</b>	<b>26</b>
5.1 Beboere med komplekse og sammensatte behov.....	26
5.2 Kunnskap og kompetanse .....	27
5.3 Uønskede hendelser .....	29
5.4 Bemanning .....	31
5.5. Forskningsetikk.....	34
5.6 Kildekritikk og metodiske overveielser .....	35
5.7 Forslag til innovasjon og fag- og tjenesteutvikling.....	37
<b>6.0 Konklusjon.....</b>	<b>37</b>
<b>7.0 Referanseliste.....</b>	<b>38</b>



## 1.0 Innledning

Tematikken i denne oppgaven er pasientsikkerhet knyttet til sykepleiekompetanse på sykehjem. Pasientsikkerhet har stort fokus i helse - og omsorgstjenesten og er en sentral del av helse- og omsorgspolitikken. Det har kommet fem stortingsmeldinger de siste årene som handler om kvalitet og pasientsikkerhet (Regjeringen, 2019). I tillegg lanserte helse- og omsorgsdepartementet i 2011 pasientsikkerhetsprogrammet *I trygge hender 24/7* (I trygge hender 24/7, u.å. b).

Pasientskader i helse- og omsorgstjenesten er en omfattende samfunnsproblematikk (Helsedirektoratet, 2019a). Pasientskade defineres som: «Utilsiktet fysisk skade som har oppstått som et resultat av medisinsk behandling eller som behandlingen har bidratt til, som krever ytterligere overvåking, behandling eller sykehusinnleggelse, eller som har dødelig utgang» (Helsedirektoratet, 2019b). Hvert år registreres det pasientskade ved ca. 13% av alle sykehusopphold i Norge. Ifølge pasientsikkerhetsprogrammet eksisterer ikke tilsvarende tall på pasientskader fra kommunehelsetjenesten (I trygge hender 24/7, u.å. a). Helsetjenesten er i stadig utvikling og regjeringen jobber målrettet for at helsehjelpen skal være trygg og at de som mottar helsehjelpen skal føle seg trygge på tjenesten som ytes (Regjeringen, 2019).

Pasientsikkerhet er et tema som er relevant til sykepleiefaget fordi hver enkelt sykepleier har et individuelt ansvar for å utøve en sykepleie som samsvarer med det som er nedfelt i nasjonale lover og yrkesetiske retningslinjer (Molven, 2009, s. 373). Sykepleiers yrkesutøvelse er regulert i helsepersonelloven (Molven, 2016). Retningslinjene legger vekt på blant annet at sykepleier har ansvaret for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig (NSF, 2019). Sykepleier har et ansvar for at pasienten skal oppleve trygge og sikre tjenester. Dette forutsetter at sykepleierne ha et godt kunnskapsgrunnlag for å vite hvilke vurderinger og observasjoner som er viktig. I tillegg skal sykepleier sikre at pasientene blir fulgt opp av personell som har den nødvendige og tilstrekkelige kompetansen for at pasienten blir ivaretatt på en sikker måte (Flovik og Rokseth, 2016). I 2008 ble det satt en rammeplan for sykepleierutdanning som skal sikre at sykepleierne som utdannes og autoriseres får en utdanning som gir grunnlag for å jobbe på en måte som oppfyller kravene som stilles til yrkesutøvelsen (Kunnskapsdepartementet, 2008).

## **2.0 Teoretisk bakgrunn**

I dette kapittelet vil vi gjøre rede for relevant teori, tidligere forskning som belyser temaet, hensikten med litteraturstudien og problemstillingen.

### **2.1 Kvalitet og pasientsikkerhet**

Kvalitet og pasientsikkerhet er to begreper som brukes om hverandre, derfor kan det være vanskelig å skille disse. I stortingsmelding nr. 10, god kvalitet- trygge tjenester er begrepet kvalitet beskrevet slik: «Kvalitet handler ikke bare om effekten av behandlingen, men om verdighet, syn på livet, nærhet til hjem og pårørende, risiko for skade og andre utilsiktede virkninger, og ulike behandlingsmuligheter» (St. meld. 10 (2012-2013)). Kvalitet i helse- og omsorgstjenesten innebærer at tjenesten som ytes skal være virkningsfull, trygge og sikre, involvere brukere og gi dem innflytelse, være samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte, og være tilgjengelige og rettferdig fordelt. Pasientsikkerhet omtales som den delen av trygge og sikre tjenester i kvalitetsbegrepet (Aase, 2018).

Nasjonalt kunnskapssenter definerer pasientsikkerhet som «Vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser» (Saunes og Krogstad, 2011). Det er viktig at brukerne og pasientene som mottar tjenesten føler seg trygge på tjenesten som ytes (Kveseth og Mikkelsen, 2010). Dette er lovfastsatt i helsepersonelloven § 1: «Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten» (helsepersonelloven, 1999).

Uønskede hendelser vil alltid kunne skje i møte med helse- og omsorgstjenesten (Molven, 2009, s. 257). Arbeidet med pasientsikkerhet er til for å holde omfanget av skader og/eller uønskede hendelser til et minimum (Kveseth og Mikkelsen, 2010). Derfor er det viktig å utvikle systemer og rutiner som redusere risiko for slike hendelser, og øker kunnskap om hendelsene slik at de senere kan unngås (Molven, 2009, s. 257).

### **2.2 Faglig forsvarlighet**

I følge Flovik og Rokseth (2016) handler faglig forsvarlighet om hvordan den enkelte burde utøve arbeidet knyttet til faglige, etiske og rettslige normer (Flovik og Rokseth, 2016). Å utøve en helsehjelp som er faglig forsvarlig er nedfelt i helsepersonelloven § 4: «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig» (Helsepersonelloven, 1999).

Helsepersonellovens §4 skal beskytte pasienten mot handlinger som ikke samsvarer med faglig normer, dette skal bidra til trygge og sikre tjenester (Helsepersonelloven, 1999). I utøvelsen av faglig forsvarlig sykepleie er det viktig at hver enkelt ikke går inn i situasjoner de ikke føler seg trygg på eller som overstiger personens kompetansenivå. Faglig forsvarlig sykepleie krever kunnskap om sykdom og hvordan dette påvirker mennesket, sykdommens betydning for livskvalitet, velvære, håp og mestring (Flovik og Røkseth, 2016). Kommunen har plikt til å gi befolkningen et helhetlig og verdig tjenestetilbud og skal sikre at personell som utfører tjenesten overholder kravene og at fagkompetanse sikres i tjenestene (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

### **2.3 Kompetanse**

Norheim og Thoresen (2015) definerer kompetanse som en kombinasjon av kunnskap, ferdigheter og personlige egenskaper. De aspektene gir bare mening i en sammenheng og i forhold til noe, for eksempel en bestemt oppgave, funksjon eller yrkesrolle (Norheim og Thoresen, 2015). Vi kan skille mellom formell og uformell kompetanse. Uformell kompetanse er erfaringer ervervet fra arbeidsliv eller andre arenaer, internundervisning og lignende. Formell kompetanse er kompetanse fra utdanning, sertifiseringsordninger og lignende (Svendsen, 2019). Sykepleiere tilbringer mye tid med pasientene og må kunne gjøre kliniske observasjoner, identifisere, evaluere ulike situasjoner og iverksette tiltak for å møte pasientens behov (Rotegård, Solhaug og Grov, 2016). Å reflektere over sykepleiehandlinger er viktig for å kunne vurdere og iverksette tiltak som er basert på vitenskapelig kunnskap. Det er dette som skiller en profesjonell sykepleier fra en ufaglært utøver og er et kjennetegn på en profesjonell praksis (Mathisen, 2011).

### **2.4 Sykepleierens funksjons- og ansvarsområder**

Florence Nightingale skriver at sykepleieren skal igangsette tiltak som lindrer den sykes lidelse, forebygger mer lidelse og hindrer at friske mennesker blir syke (Mathisen, 2016). Virginia Henderson definerer sykepleierens funksjon slik:

Sykepleierens enestående funksjon består i å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller til en fredfull død), som dette mennesket ville ha utført uten hjelp hvis det hadde hatt den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til det. Hennes funksjon er å gjøre dette på en måte som hjelper han til å bli selvstendig så raskt som mulig (Mathisen, 2016, s. 126).

Videre beskriver hun sykepleiers funksjoner som bygger på å gjennomføre den behandlingen som er rekvirert fra legen og hjelpe pasienten til å ivareta sine grunnleggende behov (Mathisen, 2016).

Sykepleierens ansvarsområde er også beskrevet i yrkesetiske retningslinjer. Sykepleier skal jobbe kunnskapsbasert og være faglig oppdatert gjennom forskning, og bidrar til fagutvikling og kvalitetssikring i sykepleieutøvelsen (NSF, 2019). Sykepleiere i sykehjem har et ansvar for å tilby helsehjelp til pasienter med komplekse medisinske tilstander og nedsatt- fysisk og/eller psykisk funksjonsevne. Sykepleierne skal organisere sykepleien på en slik måte at det gagnar beboerne. Dette krever høy sykepleiefaglig kompetanse (Romøren, 2008).

## **2.5 Pasientene på sykehjem**

Innleggelse i sykehjem har oftest årsaksforklaring med sykdom eller aldring, som fører til at personen ikke lenger er i stand til å bo hjemme. Oppholdet kan være en tidsbegrenset løsning og pasienten kan etterhvert returnere hjem eller en permanent løsning, dette er avhengig av sykdommen eller skadens art (NHI, 2018).

På sykehjem er det ofte syke eldre med forskjellige diagnoser. Med eldre menes personer over 67 år (Romøren, 2008). Behov for hjelp oppstår når kombinasjon av aldring og sykdom fører til funksjonstap, det vil si sviktende evne til å mestre oppgaver og roller i dagliglivet.

Romøren (2008) skiller hjelpebehov hos de eldre på sykehjem i flere kategorier: behov for følelsesmessig støtte, praktisk hjelp i boligen, og hjelp med basal egen omsorg (Romøren, 2008). Mennesker med kognitiv svikt er en gruppe pasienter som dominerer på sykehjem, ca. 80 % av sykehjemspasienter i Norge har en demenssykdom (Cappelen, 2018). Dette er en pasientgruppe som trenger døgkontinuerlig tilsyn og pleie, og er sårbare for uønskede hendelser og konsekvensene av disse (Cappelen, 2018).

## **2.6 Pasientsikkerhetsprogrammet - I trygge hender 24/7**

Pasientsikkerhetsprogrammet er et nasjonalt program med målsetting om å redusere pasientskader i helse- og omsorgstjenesten, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen (I trygge hender 24/7, u.å. a). Programmet opphørte i 2019, men arbeidet og konseptet vil leve videre i det kommende pasientsikkerhetsarbeidet (I trygge hender 24/7, u.å. b). For å oppnå de ovennevnte målene har programmet tilbudt ulike tiltakspakker for utvalgte innsatsområder der det er betydelig risiko for skade (I trygge hender 24/7, u.å. a). Flere av disse satsingsområdene er spesielt aktuelle for å jobbe mot en

pasientsikker kommunehelsetjeneste. Fokuset er å jobbe mot riktig legemiddelbruk i sykehjem, forebygge trykksår, forebygge og behandle underernæring, fallforebygging og tidlig oppdagelse av forverret tilstand (I trygge hender 24/7, u.å. f).

### **2.6.1 Tiltakspakke for riktig legemiddelbruk i sykehjem**

Tiltakspakke for riktig legemiddelbruk i sykehjem skal bidra til å redusere komplikasjoner i forbindelse med legemiddelbehandling (I trygge hender 24/7, u.å. c). Mange avvik i dette området er grunnlaget for tiltakspakken. For å gjennomføre tiltakspakken må helsepersonell ha kompetanse om legemidler, observere og rapportere virkning og bivirkning (I trygge hender 24/7, u.å. d). Helsepersonell skal sikre oppfølging av legemiddelforskrivning med faglige observasjoner, vurderinger og evalueringer etter endringer. Tiltakspakken bidrar til gode rutiner som kan virke forebyggende, forhindrer sykehusinnleggelses og alvorlige pasientskader (I trygge hender 24-7, u.å. d).

### **2.6.2 Tiltakspakke for forebygging av fall**

Målet med tiltakspakken er å forebygge og redusere fall i helseinstitusjoner. Denne tiltakspakken består av fem tiltak: risikovurdering, standardtiltak, tverrfaglig utredning, individuelt tilpassede tiltak og overføring av informasjon om risikovurdering og tiltak. Tiltakene er rettet mot eldre pasienter og personer med fallrisiko i sykehjem (I trygge hender 24/7, 2014). Å foreta risikovurdering allerede ved innkomst eller ved forverret tilstand, kan helsepersonell forebygge fall ved å planlegge, iverksette og dokumentere standardtiltak for pasienter med forhøyet fallrisiko (I trygge hender 24/7, 2014).

### **2.6.3 Tiltakspakke for forebygging og behandling av underernæring**

Formålet med denne tiltakspakken er å forebygge og behandle underernæring hos pasienter på sykehjem, som følge av sykdom eller behandling (I trygge hender 24/7, 2018a). Pakken består av følgende tiltak: Risikovurdering, individuell kartlegging, gi tilstrekkelig ernæring og videreføre informasjon. Sykepleiere må kunne gjøre vurderinger tidlig i forløpet for å fange opp risikoen for underernæring og sette i gang tiltak før underernæring oppstår (I trygge hender 24/7, 2018a). I situasjoner hvor underernæring har oppstått skal sykepleie vurdere graden for underernæring, identifisere årsaken, kartlegge energibehov og iverksette tiltak som skal sikre nok og riktig ernæring. Disse tiltakene skal evalueres regelmessig og ernæringsstatus dokumenteres for videre oppfølging (I trygge hender 24/7, 2018a).

#### **2.6.4 Tiltakspakke for forebygging av trykksår**

Trykksår kan påvirke livskvaliteten til pasienten betraktelig ved at det kan føre til smerter, infeksjoner, forsinket rehabilitering, og i noen tilfeller død. (I trygge hender 24/7, u.å. e). Sykepleier i sykehjem har en viktig oppgave i å vurdere risiko for trykksår, undersøke og observere huden, dokumentere og igangsette tiltak for å forebygge trykksår hos utsatte grupper. Eventuelt også bistår i behandling av trykksår om det skulle oppstå (Stubberud, 2011).

#### **2.6.5 Tiltakspakke for tidlig oppdagelse av forverret tilstand**

Tiltakspakken skal sikre tidlig oppdagelse av forverret tilstand og forebygge forverring eller utvikling av sykdom i sykehjem. Pasienter i sykehjem er sårbare for akutte forverringer fordi mange er multimorbide og har ofte nedsatt funksjonsevne (I trygge hender 24/7, 2018b). Deres kliniske tilstand kan forandre seg gradvis, og det er viktig at sykepleier tidlig kan identifisere tegn til klinisk endringer og iverksetter relevante tiltak for å begrense utvikling av akutt sykdom. Dette krever økt kompetanse blant helsepersonell og gode rutiner for systematiske observasjoner og vurderinger særlig hos mer utsatt pasienter (I trygge hender 24/7, 2018b).

### **2.7 Tilsynsmyndighetene**

Tilsynsmyndighetene består av Statens helsetilsyn og Fylkesmannen (Helsetilsynsloven, 2017). Statens helsetilsyn er overordnet organ over fylkesmannen, men det er fylkesmannen som gjennomfører tilsyn (Helsetilsynet, 2019a). Tilsynsmyndighetenes oppgaver er blant annet å medvirke til en faglig forsvarlig helsetjeneste, å forebygge og avdekke svikt i tjenestene (Helsetilsynet, 2019b). Målet for tilsynene er å tilse at tjenestene som ytes samsvarer med lover og forskrifter, i tillegg til å styrke pasientsikkerheten og kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten (Helsetilsynsloven, 2017).

### **2.8 Meldeplikt**

Ifølge tilsynsloven, har virksomheter i helsetjenesten og helsepersonell plikt til å melde hendelser og uhell som har skadet, eller kunne ha skadet pasienten (Helsetilsynsloven, 2017). Det er også nedfelt i Helsepersonelloven §17 at helsepersonell skal på eget tiltak melde om forhold som kan medføre fare for pasienters eller brukeres sikkerhet til tilsynsmyndighetene (Helsepersonelloven, 1999). Meldeplikten er et nyttig middel i skadeforebygging og pasientsikkerhetsarbeid (Molven, 2009, s. 257). Det kommer fram i Molven (2009) at helsepersonell og virksomheter trolig underrapporterer hendelser, uhell og skader. Han

understreker at årsaker til underrapportering kan være mangel på kunnskap om meldeplikten, tidspress og frykt for negative konsekvenser (Molven, 2009, s. 262).

## **2.9 Stortingsmelding nr. 47- Samhandlingsreformen**

Innføringen av samhandlingsreformen i 2012 har ført til at kommunehelsetjenesten har fått nye roller for å lette presset på spesialisthelsetjenesten. Kommunen skal sikre forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging for å gi et helhetlig pasientforløp (St. meld. 47 (2008-2009)). Dette har ført til at kommunen har fått nye og utvidede oppgaver og mottar pasienter som er stadig sykere med et økende behov for kompleks sykepleie (Cappelen, 2018). I 2012 ble det innført forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten, og dette førte til at kommunene må betale bøter hvis pasienter som er utskrivningsklare fortsetter å være innlagt i spesialisthelsetjenesten, i påvente av et tilbud fra kommunen. Dette har ført til raskere og hyppigere overføringer fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten (Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter, 2011). En forutsetning for at kommunen skal løse disse nye oppgavene er tilstrekkelig og nødvendig kompetanse (St. meld. 47 (2008-2009)).

## **2.10 Stortingsmelding nr. 9- Kvalitet og pasientsikkerhet**

Stortingsmeldingen har som hovedmål å jobbe for å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet i tjenestene (St.meld. 9 (2019-2020)). Stortingsmeldingen har stort fokus på å skape pasientens helsetjeneste der pasientene skal oppleve å få raskt, trygg og god hjelp når de har behov for det (St.meld. 9 (2019-2020)). Regjeringen foreslår også at det blir satt av midler for å sikre arbeidet med å bedre kvalitet, kompetanse og kontinuitet i tjenestene (St.meld. 9 (2019-2020)).

## **2.11 Tidligere forskning som belyser temaet**

En undersøkelse fra NAV viser at helse- og omsorgstjenesten hadde høyest mangel på arbeidskraft i 2018, og det er størst mangel på sykepleiere (Theie et al., 2018). I forskning gjort av NOVA 2016 blant 4945 sykepleiere, viser det at sykepleiermangel i hjemmetjeneste og sykehjem går ut over kvaliteten på tjenesten (Gautun, Øien og Bratt, 2016). Funnene understrekes i en rapport fra Menon 2018, der det legges vekt på at forholdet mellom underbemanning og lavt kunnskapsnivå er den største trusselen mot kvaliteten på tjenesten (Theie et al., 2018).

NOVA rapporten viste at ved langtidsfravær ble det satt inn annet personell, og halvparten av de ubesatte stillingene ble erstattet med personell med annen type helsefaglig bakgrunn enn sykepleie (Gautun, Øien og Bratt, 2016). 30% av personalet som ble satt inn hadde annen helsefaglig bakgrunn på høyskolenivå, 30% på videregående nivå og 20% var ufaglærte. Tilsvarende tall vises i rapporten for korttidsfravær, der 18% av vaktene ikke ble erstattet med annet personell. 37% ble dekket opp av lavere kompetanse og 17% ble dekket opp av ufaglærte (Gautun, Øien og Bratt, 2016).

En NOVA rapport fra 2017 belyser hvordan sykepleiermangelen i kommunehelsetjenesten påvirker pasientsikkerheten. I rapporten ble pasientsikkerhet målt i «kliniske utfallsmål som trykksår, vekttap og infeksjoner brukt som indikasjoner, i tillegg til uheldige hendelser som fall blant pasienter og feil gjort av helsepersonell» (Ugreninov et al., 2017, s. 15). Feilene som ble gjort, slik som å gi feil medisin til feil tidspunkt, feil medisin til feil pasient eller feil behandling kunne årsaksforklares med økt tidspress og arbeidsbelastning forårsaket av sykepleiermangel og underbemanning. Rapporten viser til en studie med 400 000 observasjoner at antall sykepleiere per pasient reduserte faren for trykksår og urinveisinfeksjoner. De bruker en studie gjort i USA i 3941 sykehjem for å støtte opp sin hypotese om at høyere sykepleierdekning fører til bedre kvalitet på tjenesten, og dermed høyere pasientsikkerhet (Ugreninov et al., 2017).

## **2.12 Hensikt med oppgaven og avgrensninger**

Gjennom et treårig sykepleiestudium har vi sett at mangelen på bemanning og sykepleiekompetanse påvirker pasientsikkerheten negativt. Dette har vist seg både i praksissituasjon og i jobbsituasjon, på sykehus, sykehjem og i hjemmebaserte tjenester. Som vi belyste i teoridelen er det stor mangel på sykepleiere på sykehjem, og fra dette velger vi å fokusere på pasientsikkerhet på sykehjem.

*Hensikten med oppgaven er å øke bevissthet og kunnskap om hvordan mangel på sykepleiekompetanse bidrar til å true pasientsikkerheten på sykehjem.*

Vi avgrenser oppgaven ved å utelukke spesialavdelinger på sykehjem, eller avdelinger med forsterket sykepleiebemanning og sykepleiekompetanse.

## **2.13 Problemstilling**

*Hvordan kan mangel på sykepleiekompetanse på sykehjem true pasientsikkerheten?*



## **3.0 Metode**

I kapittelet presenteres litteraturstudie som metode. Videre presenteres kvantitative og kvalitative forskning, utvalg av artikler, søk og søkestrategi, og analyse.

### **3.1 Litteraturstudie som metode**

Oppgaven er en litteraturstudie hvor vi har benyttet fem vitenskapelige artikler og fag- og forskningslitteratur for å besvare vår problemstilling. Thidemann (2015) beskriver litteraturstudie som en fremgangsmåte hvor en benytter forskning og kunnskap som allerede eksisterer. Metoden avdekker ny kunnskap, men i løpet av søkeprosessen kan det oppstå nye spørsmål som kan gi interesser til videre forskning (Thidemann, 2015). Hensikten med en litteraturstudie er å finne oppdatert kunnskap, forskning og forståelse av kunnskap innenfor det temaet som problemstillingen etterspør, og beskriver hvordan en har kommet frem til kunnskapen (Thidemann, 2015).

### **3.2 Kvantitativ og kvalitativ forskningsmetode**

For å finne frem til svar på problemstillingen har vi benyttet både kvalitative og kvantitative forskningsmetoder. Kvantitative forskningsmetode er egnet når man vil ha objektive data for å få representative frekvenser, årsak- virknings- forhold, vite hvordan flere forhold samvarierer, og foreta sammenligninger, slik at kunnskapen kan generaliseres (Thidemann, 2015, s. 77-78). Kvalitative forskningsmetode gir et resultat som ikke er like godt egnet til generalisering fordi få undersøkelser gir mange opplysninger. De gir derimot kunnskap om tanker, forventninger, meninger, holdninger og lignende (Thidemann, 2015, s. 77-78). Ved å bruke både kvantitative og kvalitative forskningsartikler får vi en bredde i vårt resultat som i en viss grad kan generaliseres, samtidig som vi har erfaringsbasert kunnskap som er viktig for å få et helhetlig bilde av oppgavens tema.

### **3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier**

For å avgrense, tydeliggjøre og gjøre litteratursøket mer hensiktsmessig har vi brukt inklusjons- og eksklusjonskriterier som er oppgitt i tabell 1.

Tabell 1

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
IMRAD struktur	Artikler uten IMRAD struktur
Har valgt artikler fra tidsskrifter som er fagfellevurdert.	Har valgt bort alle artikler som ikke har fagfellevurdering.
Har kun valgt artikler som ikke er eldre enn 5 år (2015)	Har valgt bort artikler som er eldre enn 5 år.
Har valgt artikler som omhandler sykehjem/lignende institusjon	Har valgt bort artikler som ikke omhandler sykehjem, dvs. artikler som omhandler sykehus/lignende
Vi har valgt artikler som er skrevet på internasjonalt språk	Vi har valgt bort artikler som ikke er skrevet på et internasjonalt språk
Vi har valgt artikler som er relevante for vår problemstilling	Vi har valgt bort artikler som ikke vil bidra til å svare på vår problemstilling

Artikler som er kvalitetssikret skal har IMRAD struktur som inneholder introduksjon-, metode-, resultat- og diskusjon. Artikkene skal også være vurdert og godkjent av eksperter innenfor fagområdet (Thidemann, 2015, s. 68- 72).

### 3.4 Søkestrategi

I litteraturstudiet har vi benyttet databaser som Pubmed, Cinahl og SveMed. Vi endte opp med å velge artikler fra databasene Pubmed og Cinahl fordi SveMed ikke ga resultater som kunne bidra til å besvare problemstillingen. Søkordene vi benyttet i litteraturstudiet er listet under i tabell 2. Vi har brukt flere søkeord som er av tilnærmet samme betydning eller synonymer for å få et bredere søk. Noen av søkeordene ga ikke resultater, men de er likevel inkludert i tabellen.

### 3.4.1 Søkeord benyttet i litteraturstudiet

Tabell 2

Søkeord benyttet i litteraturstudiet
Nursing homes/ Long term care facility/ Nursing home patients/ Older people
Nursing/ Nursing care / Nursing left undone / Nursing care left undone / Nursing staff / Nursing staff shortage / Lack of nurses / Staffing / Personnel
Patient safety / Quality / Quality of nursing care
Consequences
Competence / Nurse competence / Nursing competence
Medication errors / Unwanted events / adverse events

### 3.4.2 Søkehistorikk

I PubMed ble det først kombinert «Nursing homes» AND «Older people» AND «Nursing competence», som ga 206 treff. Vi leste alle overskrifter, fem artikler virket aktuelle for oppgaven og sammendragene av disse ble lest. To av artiklene ble lest i fulltekst, men kun en av de ble inkludert. I samme database ble det gjort et søk til, hvor det ble kombinert «Patient safety» AND «Nursing homes» AND «Nurses competence», som ga 52 treff. Alle overskrifter ble lest, seks sammendrag, to artikler i fulltekst og en av de ble inkludert. I Cinahl gjennomførte vi tre forskjellige søk. Først søkte vi på: «Staffing» AND «Nursing care» AND «Nursing care left undone» AND «nursing home» som ga 48 treff. Alle overskrifter ble lest. Tjue artikler virket relevant for oppgaven og sammendragene av disse ble lest. To artikler ble lest i helhet, men kun en av de ble inkludert. Det andre søket var, «Nursing home» AND «Medication errors» AND «Patient safety» som resulterte i 23 treff. En artikkel ble valgt etter å ha lest syv sammendrag og en i full versjon. Til slutt søkte vi på «Patient safety» AND «Nursing care» AND «Nursing home» AND «Competence» AND «Adverse events» som ga to treff. Begge artiklene ble lest i fulltekst, men kun en av de ble inkludert i utvalgte artikler. Etter disse søkene sto vi igjen med fem vitenskapelige artikler som vi har benyttet i denne litteraturstudien. Vi valgte artiklene etter kvalitetssjekk, relevans for problemstillingen og relevans for sykepleiefaget. Søkekombinasjoner med antall treff og utvalgte artikler er

presentert i tabell 3 og 4. Antall leste overskrifter, sammendrag, leste artikler i fulltekst og antall valgte artikler er presentert i tabell 5.

### 3.4.3 Søkehistorikk presentert i tabeller

Tabell 3

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Tittel på valgte artikler
1. Staffing	Cinahl		31 135	
2. Nursing care			64 519	
3. Nursing care left undone			20	
4. Nursing home			39 366	
5. Medication errors			15 629	
6. Patient safety			75 183	
7. Competence			91 575	
8. Adverse events			52 391	
			1 and 2 and 3 and 4	<u>48</u>
		4 and 5 and 6	<u>23</u>	“Safety measures for medication in nursing homes”
		6 and 2 and 4 and 7 and 8	<u>2</u>	“Factors contributing to serious adverse events in nursing homes”

Tabell 4

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Tittel på valgte artikler
1. Pasient safety	PubMed		25 672	
2. Nursing homes			2 912	
3. Nurses competence			15 203	
4. Older people			93 554	
5. Nursing competence			25 282	
		2 and 4 and 5	<u>206</u>	“Competence for older people nursing in care and nursing homes: An integrative review”
		1 and 2 and 3	<u>52</u>	“Nursing home leaders and nurses experiences of resources, staffing and competence levels and relation to hospital readmissions- a case study

Tabell 5

Database	Antall treff	Leste overskrifter	Leste sammendrag	Leste artikler i fulltekst	Artikler valgt
PubMed	258	258	11	4	2
Cinahl	73	73	29	5	3

### 3.5 Analyse

Ifølge Thidemann (2015) bygger analyse på å granske teksten. Det vil si å lese teksten og jobbe grundig med den for å tolke og forstå. Først kan man se på det mest sentrale i teksten og etterhvert tilegne seg et mer detaljert bilde av hva teksten handler om for å få en bred forståelse. Når man har forstått teksten kan man foreta kritisk lesing og vurdere sammenheng mellom teksten og den kunnskapen man vil formidle. Det er essensielt å ha problemstillingen i bakhodet når man analyserer en tekst i den hensikt å bruke teksten til å besvare en problemstilling (Thidemann, 2015, s. 91- 92). Funnene fra de valgte artiklene har forskjellig vinkling og innhold, men svarer på problemstillingen. Vi har valgt å ikke inkludere funn som ikke er relevant for oppgaven. Funnene er presentert i kategorier under resultatdelen.

## 4.0 Resultater

### 4.1 Resultater av inkluderte artikler presentert i tabell

Tabell 6

<b>Tittel på artikkel</b>	Factors contributing to serious adverse events in nursing homes
<b>Forfattere</b>	Andersson, Å., Frank, C., Willman, A., Sandman, P.O. og Hansebo, G.
<b>Tidsskrift</b>	Journal of Clinical Nursing (2017)
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien var å identifisere de mest vanlige alvorlige uønskede hendelser i sykehjem. I tillegg til å identifisere de hyppigste bidrags faktorene for forbedring av trygg sykepleie.
<b>Metode</b>	Kvantitativ studie.  <b>Forskningsdesign:</b> Lex Maria rapporter (rapporter om uønskede hendelser). Disse rapportene inneholdt helsepersonells beskrivelse av de uønskede hendelsene i tillegg til medvirkende faktorer til hendelsene.  <b>Deltakere:</b> 173 Lex Maria rapporter.
<b>Resultat</b>	Resultatet viser faktorer som bidro til alvorlige uønskede hendelser: Medisinavvik 37 %, fall 24 %, forsinket eller upassende intervensjon 16%, manglende sykepleie 12% og suicid eller suicidforsøk 6%.

	<p>Det ble identifisert 693 mulig faktorer, men de hyppigste var uferdig eller manglende dokumentasjon, mangel på kompetanse, utilstrekkelig kommunikasjon og manglende bruk av prosedyrer.</p> <p>Resultatet viste at en helhetlig tilnærming for å forbedre pasientsikkerheten i sykehjem krevde kompetanse fra personalet. Sykepleiere burde være bevisst på medvirkende faktorer til uønskede hendelser i pleieomsorgen og sikre tilstrekkelig dokumentasjon om pasientens tilstand.</p>
--	--

Tabell 7

<b>Tittel på artikkel</b>	Nursing home leaders´ and nurses´ experiences of resources , staffing and competence levels and the relation to hospital readmission - a case study
<b>Forfattere</b>	Glette, M. K., Røise, O., Kringeland, T., Churruca, K., Braithwaite, J. og Wiig, S.
<b>Tidsskrift</b>	BMC Health Services Research (2018)
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien var å se på hvordan sykepleiere og sykehjemsledere opplevde ressursituasjonen med bemanning og kompetanse i kommunehelsetjenesten, samt hvordan dette påvirket reinnleggelse på sykehus.
<b>Metode</b>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p><b>Forskningsdesign:</b> Studien benyttet seg av semistrukturerte intervjuer med sykehjemsleder og gruppeintervju med sykepleiere.</p> <p><b>Deltagere:</b> 2 kommuner i Norge, 4 sykehjem, 17 sykepleiere og 8 sykehjemsledere.</p>
<b>Resultat</b>	<p>Resultatene viste at sykehjemspasientene er stadig mer kompliserte med et påfølgende behov for økt sykepleiekompetanse. Sykehjemmene ble beskrevet som “minisykehus”.</p> <p>Kompetansen på sykehjem ble beskrevet som høy og tidvis varierende.</p>

Tabell 8

<b>Tittel på artikkel</b>	The relationship of staffing and work environment with implicit rationing of nursing care in Swiss nursing home- A cross- sectional Study
<b>Forfattere</b>	Zúñiga, F., Ausserhofer, D., Hamers, J. P. H., Engberg, S., Simon, M. og Schwendimann, R.
<b>Tidsskrift</b>	International Journal of Nursing Studies (2015)
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien var å se på selv rapporterte mønstre for manglende sykepleieomsorg på grunn av prioriteringsvalg. I tillegg til å se på forholdet mellom bemanning, arbeidsmiljø og manglende sykepleieomsorg.
<b>Metode</b>	<p>Kvantitativ studie</p> <p><b>Forskningsdesign:</b> Artikkelen var en delstudie av “The Swiss Nursing Home Human Resources Project (SHURP)”. Helsepersonell og sykehjems direktører fylte ut spørreskjemaer, og administrative databaser ble brukt.</p> <p><b>Deltagere:</b> 156 tilfeldig valgte sykehjem i Sveits.</p>
<b>Resultat</b>	<p>Resultatet viste at <math>\frac{2}{3}</math> prioriterte bort omsorg. Pleieplaner, dokumentasjon, psykososial omsorg og rehabilitering ble nedprioritert.</p> <p>Stress relatert til arbeidsmengde og bemanning førte til at dokumentasjon ble prioritert bort. Sykepleiers manglende tid til å omgås pasientene førte til manglende kliniske vurderinger. Tidspress førte til at personale foretok prioriteringsvalg eller jobbet raskere, men etterlot arbeid av dårligere kvalitet.</p>



Tabell 9

<b>Tittel på artikkel</b>	Safety measures for medication in nursing homes
<b>Forfattere</b>	Storli, M., Ingebrigtsen, O., Nakrem, S. og Elstad, T. A
<b>Tidsskrift</b>	Sykepleien (2016)
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien er å se på hvordan forskjellige sikkerhetstiltak fungerer knyttet til å forebygge feilaktig legemiddelbruk i sykehjem
<b>Metode</b>	<p>Kvalitativ studie</p> <p><b>Forskningsdesign:</b> Fokusgruppeintervjuer.</p> <p>Datainnsamlingen begynte i 2012, det samme året som samhandlingsreformen ble innført. Intervjuene ble gjennomført frem til 2014.</p> <p><b>Deltagere:</b> 16 sykepleiere, 13 sykepleierstudenter og 1 vernepleier</p>
<b>Resultat</b>	<p>Resultatene viste at dobbeltkontroll var godt innarbeidet i arbeidsrutinene, men når det bare var en sykepleier på vakt så kunne annet helsepersonell (helsefagarbeider, hjelpepleier o.l.) bistå med dobbeltkontroll.</p> <p>Tidspress og avbrytelser var noe som preget arbeidet med medisinene. Dette kunne ofte føre til at sikkerhetsprosedyrer ikke ble fulgt.</p> <p>Det var stadig mangel på dokumentasjon eller utilstrekkelig dokumentasjon.</p> <p>Å skrive avviksmeldinger er noe som ble nedprioritert på grunn av mangel på sykepleiere og tid.</p> <p>Det var for få sykepleiere på vakt og mange sykepleieoppgaver som skulle gjøres.</p> <p>Sykepleiestudenter fortalte at på grunn av tidsmangel ble det gitt medikamenter i stedet for å prøve andre tiltak først.</p>

Tabell 10

<b>Tittel på artikkel</b>	Competence for older people nursing in care and nursing homes: An integrative review
<b>Forfattere</b>	Kiljunen, O., Välimäki, T., Kankkunen, P. og Partanen, P.
<b>Tidsskrift</b>	International Journal of Older People Nursing (2017)
<b>Hensikt</b>	Hensikten med denne studien var å kartlegge hva slags kompetanse det er behov for i arbeid med eldre mennesker på sykehjem. I tillegg til å registrere sykepleiers rolle i arbeidet på sykehjem.
<b>Metode</b>	<p>Kvantitativ studie /oversiktsartikkel</p> <p><b>Forskningsdesign:</b> Datainnsamling gjennom litteraturgjennomgang, Databaser som Medline, PsycINFO, socINDEX, scopus og Cinahl ble brukt. Studier publisert fra 2006 - 2016 ble gjennomgått.</p> <p><b>Deltagere:</b> 321 artikler.</p>
<b>Resultat</b>	<p>Det ble identifisert fem kompetanseområder som er nødvendig for arbeid eldre mennesker: Holdninger og etikk, kommunikasjon, kunnskapsbasert pleie, administrasjon og ledelse og fag - og kompetanseutvikling.</p> <p>Kunnskap om holdninger og etikk var nødvendig for å gjenkjenne, reflektere og løse etiske dilemmaer.</p> <p>kommunikasjon med pasientene, familien, kollegaer, lege eller andre profesjoner, krevde kompetanse.</p> <p>Planlegging, evaluering, helsefremmende arbeid, risikovurdering - og håndtering og andre kliniske aktiviteter var påkrevd av sykepleiere i sykehjem. Evnen til å vurdere pasientens kliniske status og kunne se kliniske endringer, og gjøre riktig vurderinger basert på medisinsk- og sykepleiekunnskap var viktig.</p> <p>Ledelse og fagutvikling inkluderte evnen til planlegging, organisering og fordeling av ressurser. Sykepleiere på sykehjem forventes å ha en ledende rolle selv om de var en del av ledelsen eller ikke.</p> <p>Kompetansen som kreves av sykepleiere på sykehjem burde identifiseres for å støtte kompetanseutvikling for å kunne gi eldre mennesker pleie av god kvalitet.</p>

## **4.2 Sammenfatning av resultater**

I dette kapittelet sammenfattes resultatene fra de utvalgte forskningsartiklene.

### **4.2.1 Beboere med komplekse og sammensatte behov**

Pasientene på sykehjem var mer komplekse med mer nedsatt funksjonsevne enn tidligere (Storli et al., 2016; Andersson et al., 2017; Glette et al., 2018). Glette et al. beskrev at sykehjemmet nå fungerte som et minisykehus med tidkrevende pasienter og komplekse prosedyrer. En årsaksforklaring til dette var innføringen av Samhandlingsreformen i 2012 (Glette et al., 2018). Dette understøttet Storli et al. (2016) som fremhevd at etter innføringen av samhandlingsreformen hadde sykehjemmene fått et behandlingsansvar i tillegg til pleie- og omsorgsansvar (Storli et al., 2016). Andersson et al. (2017) beskrev at mange av pasientene på sykehjem hadde nedsatt kognitiv funksjon og brukte mange medikamenter. Dette førte til at de ofte hadde vanskeligheter med å uttrykke sine behov, symptomer, virkning eller bivirkning av medikamenter (Andersson et al., 2017). Storli et al. (2016) understøttet også at det var økt og mer kompleks bruk av legemidler i primærhelsetjenesten (Storli et al., 2016).

### **4.2.2 Kunnskap og kompetanse**

For å ivareta pasientene på sykehjem på en trygg og sikker måte stilte det store kompetansekrav, men også omfattende krav til kunnskap hos den enkelte sykepleier (Storli et al., 2016). Lederne i undersøkelsen til Glette et al. beskrev også at de hadde sett et økende behov for sykepleierkompetanse over de siste årene som en konsekvens av at pasientene hadde blitt mer komplekse (Glette et al., 2018). Eksempler på dette var at bruken av mer komplekse legemidler i sykehjem krevde sykepleiekunnskap til å observere virkninger og bivirkninger av disse legemidlene (Storli et al., 2016). Kiljunen et al. (2017) identifiserte i sin forskning fem kompetanseområder for å ivareta eldre mennesker i sykehjem: Holdninger og etikk, kommunikasjon, kunnskapsbasert pleie, administrasjon og ledelse, og fag- og kompetanseutvikling (Kiljunen et al., 2017).

Kiljunen et al. (2017) fremhevd at kunnskap om holdninger og etikk var nødvendig for å gjenkjenne, reflektere og løse etiske dilemmaer. Samtaler om sensitive temaer som omhandler sykdom, liv og død var noe sykepleiere måtte håndtere. Evnen til å lytte, å ha empati og skape en trygg og konfidensiell atmosfære var svært viktig. Å foreta kliniske vurderinger basert på pasientens kliniske status, og ta avgjørelser basert på medisinsk- og sykepleiekunnskap var en viktig del av arbeidet med eldre mennesker. Evaluering, helsefremming, risikovurdering - og håndtering, og andre kliniske aktiviteter var også påkrevd av sykepleiere i sykehjem.

Sykepleiers ansvarsområde bygde på veiledning, ledelse og fagutvikling. Dette innebar evnen til å undervise, veilede, planlegge, organisere og ressursfordeling. Det var forventet at sykepleiere på sykehjem skulle ha en ledende rolle selv om de var en del av ledelsen eller ikke (Kiljunen et al., 2017).

Studien til Andersson et al. (2017) viste at mangel på sykepleiekompetanse var den vanligste faktoren til uønskede hendelser på sykehjem. Manglende kunnskap var også en vanlig faktor til medisinalfeil (Storli et al., 2016; Andersson et al., 2017). Det var som oftest annet helsepersonell med medisinsk utdanning som administrerte medisinene da det skjedde medisinalfeil (Andersson et al., 2017). Det ble også dokumentert at hjelpepleiere eller helsefagarbeidere kunne bistå med dobbeltkontroll av medisiner når det var kun en sykepleier på vakt, noe som kunne føre til medisinalfeil som følge av mangel på legemiddelkunnskap (Storli et al. 2016).

Andersson et al. (2017) reiste spørsmål om den formelle kompetansen på sykehjemmet var for lav og støttet dette med funn som viste sammenheng mellom flere sykepleiere og reduserte antall trykksår. Flere sykepleiere i sykehjem var forbundet med bedre utfall i forhold til ernæring og urinveisinfeksjoner. Det stiltes også spørsmål ved om ansatte i sykehjem hadde nok kunnskap til å forsikre sykepleie til pasientene (Andersson et al. 2017).

#### **4.2.3 Uønskede hendelser**

I Andersson et al. (2017) sin forskning ble det klassifisert 173 alvorlige uønskede hendelser. Medisinalfeil utgjorde 37%, fall 24%, forsinket eller upassende intervensjon utgjorde 16% og manglende sykepleie omsorg 12% (Andersson et al., 2017). Feilaktig legemiddelbruk var blant de uønskede hendelsene som forekom hyppigst (Storli et al., 2016). Bortprioritering av pleie på sykehjem var uønsket og Zúñiga et al. (2015) viste at 1/3 av deltakerne prioriterte bort deler av pleien. Det som ble prioritert bort var pleieplaner, dokumentasjon og psykososial omsorg. Prioriteringsvalg i sykepleie kunne gå ut over pasientsikkerheten fordi sykepleierne hadde manglende tid til å omgås pasientene. Dette førte til manglende overvåking og dermed kunne viktig tidlige symptomer på sykdom bli oversett, slik som symptomer på infeksjon, smerte, depresjon eller lignende (Zúñiga et al., 2015).

#### 4.2.4 Bemanning

Glette et al. (2018) beskrev at innføringen av samhandlingsreformen medførte høyere arbeidsmengde, mer administrativt arbeid og generelt mer press på de ansatte, dette krevde også økt bemanning. Det kom frem forskjellige meninger innad i forskjellige kommuner angående bemanning på sykehjem. Kommune A mente at bemanningsnivået var tilfredsstillende og at sykepleierne alltid hadde noen å råde seg med. Samtidig ble det rapportert fra samme kommune at det ofte bare var en sykepleier på vakt og at dette forårsaket press og usikkerhet (Glette et al., 2018). Dette understøttet Kiljunen et al. (2017) der det var beskrevet at sykepleiere måtte stole på sin egen kompetanse fordi det ikke alltid var en sykepleierkollega å spørre (Kiljunen et al., 2017). I kommune B var bemanningsnivået noe mer varierende, men lederen hadde god tro på at pasientene til enhver tid ble godt ivaretatt. Begge kommunene var enige om at bemanningsnivået i helgene var uforutsigbart på grunn av at sykmeldte sykepleiere ofte ble erstattet av vikarer (Glette et al., 2018). Dette understøttet Zúñiga et al. (2015) der det ble påpekt at sykepleiere ofte ble erstattet med vikarer for å forhindre økonomiske utgifter (Zúñiga et al., 2015).

Lederne i Glette et al. (2018) sin studie mente at nåværende bemanning skulle klare å ivareta alle behovene til pasientene, men sykemeldinger hadde økt, og det forårsaket enda mer press på gjenværende sykepleiere. Lederne viste til at de prøvde å balansere økonomien og samtidig ivareta pasientsikkerheten. Funn fra samme artikkel pekte på at det var begrensninger i innleie av ekstra personale til pasienter som hadde behov for en- til-en tilsyn (Glette et al., 2018).

Andersson et al. (2017) viste til 10 rapporter hvor annet helsepersonell fikk delegert sykepleieoppgaver uten å ha tilstrekkelig kompetanse, på grunn av mangel på sykepleiere. Annet helsepersonell var oftest ansvarlig for klinisk vurdering etter fall fordi det ikke var sykepleiere tilstede. Rapportene viste at sykepleiere og hjelpepleiere hadde oversett kliniske tegn til skader etter et fall. I tillegg til tidlige symptomer på forverring, dehydrering, feilernæring eller trykksårrisiko (Andersson et al., 2017). Zúñiga et al. (2015) viste til tilnærmede funn der de beskrev sykepleiere sin manglende tid til å omgås pasientene, og hvordan dette førte til manglende overvåkning og dermed at viktig tidlige symptomer på sykdom ble oversett. Sykepleierne fortalte at de ofte hadde mye å gjøre slik at de måtte bortprioritere noe arbeid eller arbeidet raskere, men utførte arbeid av dårligere kvalitet (Zúñiga et al., 2015). Disse funnene understøttet Storli et al. (2016) i sin artikkel: «Mangel på tid og mangel på sykepleiere medførte at de måtte prioritere sykepleieoppgaver som krevde øyeblikkelig bistand» (Storli et al. 2016).

Andersson et al. (2017) beskrev dokumentasjonen på sykehjem som usystematisk og ustrukturert, i tillegg til manglende dokumentasjon på relevant informasjon for å trygt ivareta pasientene. Eksempler på dette var manglende dokumentasjon på tidlig tegn og symptomer på sykdom eller forverring, dehydrering, feilernæring og trykksår. Det manglet dokumentasjon på at fall hadde funnet sted, falltendens og fallforebyggende tiltak (Andersson et al., 2017). Mangelfull dokumentasjon rettet mot medisiner viste seg i Storli et al. (2016) sin studie. Tidspress og avbrytelser førte til at noen trinn i dokumentasjonsrutinen ble glemt, slik som å signere for gitte - eller ikke gitte medisiner. Studien avdekket risikofaktorer ved dokumentasjon fordi den ikke var til å stole på (Storli et al., 2016). Denne mangelfulle dokumentasjonen førte til at situasjonene ikke var kjent for alle ansatte (Andersson et al., 2017). Årsaksforklaring til dette var stress og mangel på tid relatert til arbeidsmengde og bemanning (Zúñiga et al., 2015).

## **5.0 Drøfting**

### **5.1 Beboere med komplekse og sammensatte behov**

Sykehjemmene mottar stadig sykere og mer komplekse pasienter etter innføringen av samhandlingsreformen. Årsaksforklaringen til dette er at spesialisthelsetjenesten overfører pasientene tidligere til primærhelsetjenesten (St. meld. 47 (2008-2009)). Sykehjemmene hadde endret sin funksjon og de fungerte som minisykehus, der sykehjemmene i tillegg til pleie og omsorg, hadde fått et behandlingsansvar (Storli et al., 2016; Glette et al., 2018). Det nye behandlingsansvaret førte til økt press på de ansatte, og økt kunnskapsbehov for å møte disse kravene på en måte som ivaretok pasientsikkerheten. Sykepleierne beskrev at de mottok så syke pasienter at langtidspleie funksjonen til sykehjemmet hadde utviklet seg til å få en mer akutt funksjon, med høy dødelighet for de innlagte pasientene. Det ble vist sammenheng mellom høyere dødsfall i norske sykehjem etter innføringen av samhandlingsreformen (Glette et al. 2018). Pasientene som sykehjemmene nå mottar er mer komplekse og behandles for alvorlige sykdommer, som naturlig kan forklare funnene om økte dødsfall. Samtidig kan det tenkes at hvis sykehjemmene mottar pasienter som overstiger deres kompetansenivå, så kan dette påvirke pasientsikkerheten negativt og føre til økte dødsfall. Sykepleiere på sykehjem skal kunne tilby pasienter med komplekse medisinske tilstander den helsehjelpen og behandlingen de trenger (Romøren, 2008). For å møte dette nye ansvaret, er det nødvendig med økt kunnskap og kompetanse (St. meld. 47 (2008-2009)).

Pasientene på sykehjem hadde vanskeligheter med å uttrykke sine behov og symptomer, på grunn av at pasientene ofte hadde nedsatt kognitiv funksjonsevne (Andersson et al., 2017). Noe som kan føre til at symptomer kan bli sent oppdaget, og medføre forsinket igangsetting av tiltak for å forebygge utvikling eller forverring av sykdom (I trygge hender 24/7, 2018b). Sykdom og aldring med medfølgende funksjonstap, kan føre til at mange eldre blir avhengig av helsehjelp fra sykepleiere (Romøren, 2008). Sykepleiere har et ansvar for å ivareta de behovene pasientene ikke lenger klarer å ivareta selv (Mathisen, 2016). Unnlater sykepleiere å ta det ansvaret kan det føre til manglende nødvendig helsehjelp og dermed pasientskader eller død (Andersson et al., 2017). Eksempler på dette kan være at hvis sykepleier ikke oppdager tidlige symptomer på urinveisinfeksjon, kan dette raskt utvikle seg til en sepsis, og eventuelt død (Gøransson og Larsen, 2017). Manglende sykepleiehandlinger er vist tydelig å gå sterkt ut over pasientsikkerheten, da det hadde ført til dødsfall hos tre pasienter på sykehjem (Andersson et al., 2017). Aldring, multimorbiditet, klinisk kompleksitet og polyfarmasi var forhold som gjorde pasientgruppen på sykehjem ekstra sårbare for mindre uønskede hendelser. Disse hendelsene kan ha store konsekvenser for denne pasientgruppen på grunn av sårbarheten, og kan forårsake skade og død. Dette er grunnen til at det er behov for å forbedre trygg omsorg i sykehjem (Andersson et al., 2017).

## **5.2 Kunnskap og kompetanse**

Det er vist et økende behov for sykepleierkompetanse på sykehjem de siste årene (Glette et al., 2018) En helhetlig tilnærming for å forbedre pasientsikkerheten i sykehjem krever kompetanse fra personalet. Kompetansen som kreves av sykepleiere burde identifiseres for å støtte kompetanseutvikling (Andersson et al, 2017). Regjeringen foreslår også at det blir satt av midler for å sikre arbeidet med å bedre kvalitet og kompetanse i tjenesten (St.meld. 9 (2019-2020)). Det er vist at kompetansen på sykehjem ikke har økt siden innføringen av samhandlingsreformen i 2012 (Glette et al., 2018).

Som en konsekvens av økt og mer kompleks bruk av legemidler i sykehjem, hadde også behovet for legemiddelkompetanse økt (Storli et al., 2016). Arbeidet med å forbedre pasientsikkerheten knyttet til legemiddelbruk i sykehjem krever tilstrekkelig kunnskap om legemidler. Sykepleiere må kunne følge opp legemiddelforskrivning med faglige observasjoner, vurderinger og evalueringer av virkning og bivirkning. Disse observasjonene er essensielle for å ivareta pasientsikkerheten under legemiddelbehandlingen, da manglende sykepleieobservasjoner kan føre til pasientskade (I trygge hender 24-7, u.å. d). Sykepleierens

ansvar i å rapportere observasjonene videre til legen krevde at sykepleiere hadde tilstrekkelig tid til observasjon og kompetanse om legemidler (Storli et al., 2016).

Mangel på kompetanse var en viktig faktor til medisinalfeil. Dette viste seg når medisinaladministrasjon ofte ble delegert til annet helsepersonell som hadde gjennomført intern medisinalkurs, og risikoen for medisinalfeil økte. Eksempelvis var hjelpepleiere ansvarlig for 15/16 tilfeller hvor pasienter fikk feil type eller dose insulin (Andersson et al., 2017). Dette kunne forklares med at hjelpepleiere og helsefagarbeidere ikke hadde den formelle legemiddelkompetansen som sykepleiere har (Storli et al., 2016). Administrering av medikamenter uten tilstrekkelig legemiddelkompetanse, stridde mot plikten til faglig forsvarlighet (Andersson et al., 2017). Kravet om faglig forsvarlighet skal beskytte pasientene mot unødig skade forårsaket av helsetjenesten og innebærer at helsepersonell ikke skal gå inn i situasjoner som overstiger deres kompetanse (Helsepersonelloven, 1999).

Medisinaladministrasjon uten tilstrekkelig kompetanse er en trussel mot pasientsikkerheten i sykehjem, fordi feilmedisinering fører til unødvendige sykehusinnleggelses og unødig lidelser for mange pasienter (I trygge hender 24/7, u.å. d). Det var ikke kun helsefagarbeider som gjorde feil i medisinering, men dette kom tydeligst frem da det var de som oftest administrerte medisinalene.

Sykepleiere skal ha en ledende rolle og er ansvarlig for at arbeidsdeling og delegering av oppgaver foregår på en måte som gagnar beboerne (Romøren, 2008; Kiljunen et al., 2017). Mangel på tid førte til at sykepleiere ikke hadde tid til medisinaladministrasjon, og derfor måtte medisinaladministrasjonen delegeres videre til annet helsepersonell. Sykepleiere har ansvar for å sørge for at annet helsepersonell har nødvendige kompetanse til å gjennomføre disse oppgavene og at deres sykepleiehandlinger samsvarer med pasientsikkerhet (Andersson et al., 2017). Dette støttes opp av Flovik og Rokseth (2016) der de beskriver at sykepleiere har et ansvar å sikre at pasienten blir fulgt opp av personell som har nødvendige og tilstrekkelige kunnskap (Flovik og Rokseth, 2016). Mange medisinalfeil på grunn av delegeringen viste at sykepleiere forsømte dette ansvaret, og dette truet pasientsikkerheten. Avvikene kunne årsaksforklares med at det var for få sykepleiere ansatt på sykehjem (Andersson et al., 2017). Det er viktig å ikke se på feil hos enkeltpersoner, men hvordan systemet danner utgangspunkt for at slike avvik skjer. Fordi denne arbeidsfordelingen på sykehjem er uunngåelig når det ikke finnes nok ressurser til å delegerer oppgavene på annen måte.



### 5.3 Uønskede hendelser

Det vil aldri være nok ressurser til å tilfredsstille all helsehjelp og behov (Zúñiga et al., 2015; Andersson et al., 2017). Dette understøttes av Molven (2009), som beskriver at uønskede hendelser vil alltid kunne skje i møte med helse- og omsorgstjenesten også uten at noen gjør feil (Molven, 2009, s. 257). Det er sykepleier sitt ansvar å bidra til å redusere pasientskader til et minimum, og sikre at de som mottar helsehjelpen føler seg trygge på tjenesten som ytes (Molven, 2009, s. 373; Kveseth og Mikkelsen, 2010). Dette kan gjøres ved å utvikle systemer og rutiner som redusere risiko for slike hendelser, og øker kunnskap om hendelsene slik at de kan unngås senere (Molven, 2009, s. 257). Feilmedisinering, fall, forsinket eller upassende intervensjon og manglende sykepleie omsorg var de vanlige uønskede hendelser som førte til pasientskade på sykehjem (Andersson et al., 2017). Pasientsikkerhetsprogrammet identifiserte også disse områdene som satsingsområder å jobbe mot for å sikre en pasientsikker kommunehelsetjeneste (I trygge hender 24/7, u.å. a).

Fall er en uønsket hendelse som forekommer hyppig på sykehjem, og blir sett på som risikoområde for pasientsikkerhet, av den grunn blir det igangsatt en tiltakspakke for fallforebygging (I trygge hender 24/7, 2014). Fall er en vanlig årsak til at eldre skader seg og kan ha mange negative konsekvenser, slik som lidelse, forsinket rehabiliteringsprosess, nedsatt funksjonsevne, tap av funksjoner og død. Dette viste seg da fall hadde ført til dødsfall hos 12 pasienter på sykehjem. Manglende klinisk vurdering etter fall på sykehjem førte til at alvorlige tegn og symptomer ble oversett, slik som tegn på frakturer og hodeskader (Andersson et al., 2017). Når skadene ikke blir oppdaget på et tidlig tidspunkt kan tilstandene utvikle eller forverre seg, noe som kan gjøre det vanskeligere å behandle på et senere tidspunkt. Dette er en stor trussel mot pasientsikkerheten, da det kan medføre alvorlige pasientskader. Det er sykepleier som er ansvarlig for kliniske vurderinger etter fall, men det viste seg at det oftest var hjelpepleiere eller helsefagarbeidere som sto for vurderingen, fordi det ikke alltid var en sykepleier til stede (Andersson et al., 2017). I tråd med funn har vi erfart fra praksis å være alene med hjelpepleier å klinisk vurdere pasienten etter fall.

Det ble vist manglende dokumentasjon på at fall hadde funnet sted, dokumentasjon på falltendens og tiltak for fallforebygging (Andersson et al., 2017). Dette vil kunne redusere mulighet for videre oppfølging og manglende igangsetting av nødvendige tiltak som kan føre til at skaden kan progrediere. Risikovurdering, igangsetting av tiltak, og informasjonsoverføring er fokuset i tiltakspakken for fallforebygging som skal bidra å

forbedre pasientsikkerheten (I trygge hender 24/7, 2014). Til tross for satsing på fallforebygging viste funnene fra Andersson et al. (2017) at tiltakene i tiltakspakken ikke ble etterfulgt. Dette økte risikoen for at fall og skade som kunne vært forebygget, skjedde (Andersson et al., 2017). Årsaker til dette kan være mangel på bemanning eller mangel på sykepleiere som fører til manglende tid til å gjennomføre tiltakene. Det kan også komme av mangel på kompetanse hos sykepleiere og hos annet helsepersonell.

Forsinket intervensjon viste seg å true pasientsikkerheten da det hadde ført til død hos åtte pasienter (Andersson et al., 2017). Dette er et risikoområde for skade og det er utarbeidet en tiltakspakke som skal sikre tidlig oppdagelse av forverret tilstand (I trygge hender 24/7, 2018b). Hjelpepleiere og sykepleiere hadde oversett alvorlige symptomer på forverring i pasientens helsetilstand. I tillegg til svekket kommunikasjon mellom helsepersonell, som førte til at forverringen i pasientens helsetilstand ikke var kjent for det behandlende teamet (Andersson et al., 2017). Pasientene på sykehjem er ekstra sårbare for akutte forverringer på grunn av multimorbiditet og redusert funksjonsevne. Det er derfor viktig at sykepleie kan tidlig identifisere tegn til kliniske endringer og iverksette relevante tiltak for å begrense utvikling av akutt sykdom. Manglende oppdagelse av symptomer til forverring kan føre til forsinket eller manglende iverksettelse av forebyggende tiltak. Dette kan resultere i pasientskade, lidelse og død (I trygge hender 24/7, 2018b).

Manglende sykepleie omsorg var en trussel mot pasientsikkerhet da det hadde ført til dødsfall hos tre pasienter. Kartlegging og klinisk vurdering av risiko for trykksår og feilernæring var ikke observert eller dokumentert (Andersson et al., 2017). Sykepleier har ansvar for sykdomsforebygging og på den måten hjelpe mennesket å opprettholde helse (Mathisen, 2011). Det er derfor sykepleier som er ansvarlig for å gjøre disse risikovurderingene og eventuelt igangsette tiltak og oppfølging av tiltakene (I trygge hender 24/7, u.å. e). Manglende vurderinger og iverksettelse av forebyggende tiltak kan gi tilstandene rom til å utvikle seg. Trykksår kan føre til alvorlige sår som vil påføre pasienten smerte og lidelse, og kan oppstå nekrose og infeksjon i sårene. Tilstanden kan til slutt føre til sepsis og død (I trygge hender 24/7, u.å. e). Underernæring kan ha alvorlige konsekvenser da dette også kan påvirke mange andre tilstander i kroppen. For eksempel kan underernæring/feilernæring forsinke helningsprosessen av sår (Stubberud, Kondrup og Almås, 2016). Det viste seg et behov for bedre oppfølging på område, til tross for arbeidet til pasientsikkerhetsprogrammet (Andersson et al., 2017).

## 5.4 Bemanning

Det var behov for økt bemanning på sykehjem for å imøtekomme de nye kravene som innføringen av samhandlingsreformen medbrakte (Glette et al., 2018). Sykehjemmene hadde vanskeligheter med å imøtekomme det som krevdes av bemanningen. Det relaterte til økt arbeidsmengde forårsaket av raskere utskrivelse fra sykehus, akutte situasjoner, pasienter med utfordrende atferd og pasienter med store pleiebehov (Zúñiga et al., 2015). Rapporten fra NOVA 2017 viste at mangel på sykepleiere påvirket pasientsikkerheten negativt og høyere sykepleierdekning førte til bedre kvalitet på tjenesten (Ugreninov et al., 2017).

Sykepleiere fortalte at det var for få sykepleiere på sykehjem og at de var ofte alene på vakt på kveldstid, helg og natt (Andersson et al., 2017; Glette et al., 2018) Dette stilte store krav til sykepleieren på vakt og kunne stride imot kravet om faglig forsvarlighet. Dette er bekreftet i en forskning gjort av NOVA, der de påpekte at mangel på sykepleiere i sykehjem påvirket kvaliteten på tjenesten, negativt (Gautun, Øien og Bratt, 2016). Sykepleierne måtte stole på sin egen kompetanse fordi det ikke var noen sykepleiere å råde seg med (Kiljunen et al., 2017). Dette ensomme ansvaret førte til press og usikkerhet, noe som kan forårsake stress og øker sannsynligheten for at sykepleier begår feil som kan true pasientsikkerheten (Øgar og Hovland, 2008). Like erfaringer har vi sett i praksis hvor komplekse sykepleieoppgaver stilte store krav til konsentrasjon og kompetanse og det ble dermed vanskelig for sykepleier å holde fokus. Redusert oppmerksomhet og utmattelse kan øke fare for uønskede hendelser (Øgar og Hovland, 2008). NOVA rapporten viste også at feilene begått på sykehjem knyttet mot behandling og medisinerings, kunne årsaksforklares med økt tidspres og arbeidsbelastning på grunn av sykepleiermangel og underbemanning (Ugreninov et al., 2017).

Det var begrensninger i innleie av ekstra personale til pasienter som hadde behov for en-til-en tilsyn (Glette et al., 2018). Eksempler på pasientgrupper som har behov for dette på sykehjem er pasienter med demens. Hele 80% av pasientene på sykehjem har en demenssykdom. Disse pasientene er sårbare og har behov for døgkontinuerlig tilsyn (Cappelen, 2018). Manglende tilsyn hos pasienter med demens kan føre til at de er til fare for seg selv eller andre på grunn av de atferdsmessige symptomene sykdommen kan medføre (Berentsen, 2008).

Sykepleiestudentene som deltok i Storli et al. (2016) sin studie erfarte bruk av beroligende medikamenter i sykehjem på grunn av manglende tid til å fokusere på alternative løsninger (Storli et al., 2016). Tilsvarende funn har vi sett i praksissituasjon. Underbemanningen i sykehjem må alvorliggjøres fordi det bidrar til å bevare tvangsbehandling av pasienter med

demens (Kiljunen et al., 2017). Mangelfullt faglig tilsyn bidrar derfor til å true sikkerheten til pasientene.

Sykepleierne på sykehjem jobbet under tidspress og hadde begrenset tid til psykososial kontakt med pasientene (Zúñiga et al., 2015). Dette understøttes av NOVA rapporten fra 2017, hvor de understreket at sykepleierne hadde manglende tid til pasientene (Ugreninov et al., 2017). Dette gjør det vanskelig for sykepleieren å gi pasienten tilstrekkelig oppfølging, og det er lett å overse eventuelle endringer i den enkeltes helsetilstand. Manglende tid til psykososial kontakt vil redusere mulighet til å innhente tilstrekkelig informasjon, som er avgjørende for å forebygge forverring av sykdomstilstand. I tillegg til å tilrettelegge for iverksetting av tiltak og evaluering av tiltakene. Utilstrekkelig faglig oppfølging var den viktigste faktoren til manglende tilfredshet ved helsetjenesten, og var en generell trussel mot pasientsikkerheten (Ugreninov et al., 2017).

Høy arbeidsbelastning førte til at noe arbeid var ugjort eller ansatte arbeidet raskere, men etterlot arbeid av dårligere kvalitet (Zúñiga et al., 2015). Det førte også til at sikkerhetsprosedyrer ikke alltid ble fulgt. Eksempelvis ved rutiner for medikamenthåndtering, der de ofte hoppet over trinn i dokumentasjonsrutinen og rutiner for dobbeltkontroll. Det ble glemt å signere for gitte medisiner eller at de signerte for medisiner som ikke var gitt (Storli et al., 2016). Mangelfulle rutiner kan føre til konsekvenser som: dobbel medisinerings, manglende- eller feil behandling. I tillegg til at det øker sjansene for at medisineringsfeil ikke blir oppdaget, og kan i verste fall få fatale konsekvenser for pasienten.

På grunn av tidspress ble sykepleierne indirekte tvunget til å delegere sykepleieoppgaver, slik som kliniske vurderinger og medisinadministrasjon, til annet helsepersonell (Storli et al., 2016; Andersson et al., 2017). De ovennevnte sykepleieoppgavene krever høy faglig kompetanse og denne delegeringen øker risiko for feil og uønskede hendelser. Dette er fordi annet helsepersonell ikke har den tilstrekkelige kompetansen til å gjennomføre oppgavene på en faglig forsvarlig måte. Grunnlaget for at disse oppgavene er forbeholdt sykepleiere er fordi deres kunnskapsgrunnlag bygger på å kunne vurdere handlinger og iverksette tiltak basert på vitenskap. For å sikre tryggheten til pasientene er det viktig å sette dette skillet mellom en ufaglært utøver og en profesjonell sykepleier (Mathisen, 2011).

Det var enighet mellom lederne og sykepleierne i Glette et al. (2018) om at sykepleiebemanningen til tider var for lav. Sykepleierne fortalte om negativ påvirkning av å jobbe under press (Glette et al., 2018). For høye faglige og tidsmessige krav til helsepersonell kan skape utbrenning og sykemeldinger med medfølgende økt behov for vikarer (Øgar og Hovland, 2008). Dette støttes av lederne som fortalte at nåværende bemanning har ført til økte sykemeldinger, og de sykmeldte sykepleierne ble erstattet med personell med lavere formell kompetanse (Glette et al., 2018). NOVA rapporten (2016) bekreftet at langtidsfravær ofte ble erstattet med personell med annen helsefaglig bakgrunn enn sykepleie (Gautun, Øien og Bratt, 2016). Årsakene til dette kunne være mangel på ressurser i kommunene (Zúñiga et al., 2015). Kompetanse er en sentral faktor i ytelse av faglig forsvarlig helsehjelp (Flovik og Roseth, 2016). Personell med lavere faglig kompetanse enn sykepleie har ikke samme forutsetninger for å ivareta pasientene, og er dermed avhengig av sykepleierens kunnskap og veiledning. Lederne mente at nåværende bemanning skulle klare å ivareta pasientsikkerheten i pleien (Glette et al., 2018). Dette kan diskuteres da det økte presset på de gjenværende sykepleierne kan redusere fokus og oppmerksomhet (Øgar og Hovland, 2008). I tillegg har ikke vikarene like godt kjennskap til pasientene og kontinuiteten ved tjenesten blir dermed truet. Ustabilt personale kan true trygghetsfølelsen til pasientene og er spesielt ugunstig for noen pasientgrupper (Flovik og Roseth, 2016). Dessuten kan faktorene som press, stress, utmattelse, mangel på sykepleiere og hyppig utskifting av personale i seg selv være en bidragsfaktor til at uønskede hendelser skjer.

Mangelen på bemanning førte til prioriteringsvalg i arbeidshverdagen, og dokumentasjon var det som oftest ble prioritert bort (Zúñiga et al., 2015). Helsepersonell som yter helsehjelp er pliktig til å dokumentere i pasientjournalen (Helsepersonelloven, 1999). Sykepleieren har ansvar for å dokumentere sine faglige vurderinger om pasientens behov for sykepleie og sine handlinger. Dokumentasjonen er en forutsetning for å sikre kontinuitet og kvalitet ved tjenesten (Hellesø, 2011). Zúñiga et al. (2015) viste til at pasientsikkerheten ble ivarettatt til tross for at dokumentasjon ble prioritert bort (Zúñiga et al., 2015). Tatt i betraktning pasientens behov for sykepleie omsorg, var det grunn til å anta at deres sikkerhet er avhengig av at de ansatte hadde oppdatert og korrekt informasjon om pasientens helsetilstand (Andersson et al., 2017). Manglende dokumentasjon kan true pasientsikkerheten, fordi det øker risiko for at viktig informasjon ikke kommer frem til alle pleierne. Opplysninger som faglige observasjoner, sykepleietiltak, behandlingstiltak og effekten av tiltakene er viktig å kjenne til i forbindelse med den videre helsehjelp som gis (Molven, 2011). Mangelfull

dokumentasjon vil føre til manglende gjennomføring og oppfølging av tiltakene, noe som gjør det vanskelig for legen å sikre riktig behandling for pasienten. Som tidligere vist i denne litteraturstudien tilbringer hjelpepleiere/helsefagarbeidere mer tid med pasienten enn sykepleiere. Derfor vil manglende dokumentasjon av viktige symptomer føre til forsinkede sykepleieintervensjoner. Dette kan gi medisinske tilstander rom til å utvikle seg, som ved raskere igangsetting av tiltak, kunne vært forebygget. Manglende dokumentasjon var den vanligste faktoren som bidro til alvorlige uønskede hendelser i sykehjem (Andersson et al., 2017).

Helsepersonell er pliktig til å melde fra om alvorlige uønskede hendelser. Sykepleierne nedprioriterte å skrive avviksmeldinger på grunn av mangel på tid, og at de følte det var nytteløst. Det var bare alvorlige og synlige feil som det ble skrevet avviksmeldinger på (Andersson et al., 2017). Meldeplikten er nedfelt i helsepersonelloven som sier at det skal meldes om forhold som kan føre til skade eller true pasientsikkerheten (Helsepersonelloven, 1999). I tillegg sier tilsynsloven at det skal meldes hendelser som har skadet eller kunne ha skadet pasienten (Helsetilsynsloven, 2017). Underrapportering av avvik kan være et tegn på at pasientsikkerhetsarbeid ikke blir prioritert i sykehjem på grunn av tidsmangel. Dette vil føre til at avvikene ikke kommer frem, og det er mindre sannsynlig at det blir iverksatt forbedringstiltak. Gjennomgang og evaluering av avviksmeldinger er nyttig for å forbedre pasientsikkerheten, fordi det danner utgangspunkt for å lære av feil (Molven, 2009, s. 257). Avviksmeldinger viste seg derimot ikke å føre til forbedringer derfor ble avviksmeldinger nedprioritert (Storli et al., 2016).

## **5.5. Forskningsetikk**

I følge den nasjonale forskningsetiske komiteen skal forskning gjennomføres i henhold til forskningsetiske retningslinjer. De forskningsetiske komiteene skal sørge for at forskning skjer i henhold til anerkjente etiske normer (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014). For å sikre dette har vi benyttet forskningsartikler som er godkjent av etiske komiteer knyttet til forfatterens tilhørighet.

Deltakerne skal informeres om alle aspekter ved forskning for å gi dem muligheten til å avgjøre om de vil delta i undersøkelsen, i tillegg til retten til å trekke seg (Dalland, 2014). Deltakere i de kvalitative artiklene deltok frivillig, og fikk informasjon om retten til å trekke seg. I de Kvantitative studiene hadde ikke forskerne direkte kontakt med forskningsfeltet, men de fikk godkjenning av institusjoner til å bruke innhentet data til forskning. Etikken om

anonymisering ble ivaretatt i alle studiene da alle personidentifiserbare opplysninger ble anonymisert.

Det stilles også krav til å publisere alle resultatene og i tillegg skal det oppgis om det er interessekonflikt, eller om forskningen er sponset (De nasjonale forskningsetiske komiteene 2014). Vi har hatt fokus på kravene ved utvalg av artikler. Resultatene er presentert i forhold til forskningsmetoden som er benyttet i studiene. Alle studiene var sponset, men ingen av de har påvist konflikt av interesse.

## **5.6 Kildekritikk og metodiske overveielser**

I søkeprosessen fant vi mye informasjon rettet mot temaet vi har valgt å skrive om, og prosessen for å velge ut det viktigste har vært utfordrende. Det første vi vektla var relevans for sykepleiefaget og problemstillingen. Vi har sett på kvalitet og kravene som stilles til godkjente forskningsartikler. Artiklene skal ha IMRAD struktur og må være publisert i et tidsskrift med fagfellevurdering. Alle inkluderte artiklene utfyller disse kravene. Det er ønskelig med bruk av primærkilder da dette er den opprinnelige kunnskapen. Det er hovedsakelig benyttet primærkilder i denne litteraturstudien, men har også blitt tatt i bruk sekundærkilder hvor det har vært faglig relevant eller når primærkildene har vært vanskelig å finne.

Artiklene er ikke eldre enn fem år, da dette gjør forskningen mer gjeldende i tiden. I tillegg er forskningsartiklene skrevet på engelsk, som gjør det lettere å lese og forstå internasjonalt. Dette forutsetter at vi tyder innholdet og oversetter dette til korrekt norsk. Oversettelse fra engelsk til norsk har vært utfordrende da det er brukt engelske ord i noen artikler som det ikke finnes like god eller konkret oversettelse til norsk språk. Vi har vært varsomme med våre valg av ord, slik at innholdet i forskningsartiklene skal få samme betydning på norsk som på engelsk.

Forskningen i artiklene fant sted i Norge, Sverige, Sveits, Storbritannia, USA og Nederland. Å inkludere forskning fra forskjellige land gjør studien internasjonal. To av artiklene baserer seg på forskning gjort i Norge. Resultatene blir derfor gyldig til å sette i sammenheng med hvordan Norges helsevesen er bygget opp, i tillegg til å kunne drøfte funnene opp mot politiske føringer og tiltak som er benyttet i Norge.

Forskningsmetodene som er benyttet i studiene har blitt vurdert. Det er benyttet tre kvantitative og to kvalitative forskningsartikler, men begge metodene støttet gyldigheten til

hverandre. Det har også vært vanskelig å finne kvantitative forskningsartikler som kunne besvare problemstillingen.

Vi har benyttet sjekklister funnet på helsebibloteket.no for å vurdere kvaliteten på artiklene. Under vurderingen av de kvalitative studiene har vi brukt sjekklisten for kvalitative studier. Artikkelen som er skrevet av Kiljunen et al. (2017) brukte vi sjekkliste for oversiktsartikkel. Zúñiga et al. (2015) sin artikkel ble sjekkliste for Prevalensstudie/tverrsnittstudie benyttet. Artikkelen skrevet av Andersson et al. (2017) ble sjekkliste for kohortstudie benyttet. Studiene er av god kvalitet og godkjent i forhold til sjekklisene. Sjekklisene er vedlagt i oppgaven.

Styrker og svakheter hos de forskjellige forskningsartiklene er tatt hensyn til. De kvantitative artiklene har en felles styrke i at de har en bredde i forskningen sin og egner seg dermed til generalisering. De kvalitative forskningsartiklene sin svakhet er at de består av et begrenset antall data, men har en styrke i at de gir innblikk i subjektive opplevelser av temaet. Helsevesenet i de forskjellige landene forskningen er tatt i fra, er bygget opp på forskjellige måter. Dette kan ses på som en svakhet i forhold til vår oppgave da vi vil drøfte funnene med utgangspunkt i hvordan Norges helsevesen er bygget opp.

En styrke i Andersson et al. (2017) sin artikkel er at det har blitt samlet inn data over ett års tidsperiode. En svakhet er underrapportering av uønskede hendelser. Glette et al. (2018) sin artikkel inneholder et begrenset antall datamateriale, noe som kan ses på som en svakhet på grunn av resultatenes troverdighet. I tillegg ble sykepleierne som deltok i studien, plukket ut av sin leder med risikoen for selektivitet og press for å delta i studien. Zúñiga et al. (2015) sin artikkel har en styrke i at datamaterialet er samlet inn fra forskjellige kilder, i tillegg er ikke dataene selvrapporterte. Svakheten er at funnene fra artikkelen baserer seg på subjektive vurderinger av hva som ses på som nødvendig sykepleie omsorg. Storli et al. (2016) har i sin artikkel inkludert data fra sykepleiere men også tredje års sykepleierstudenter. Dette kan ses på som en styrke fordi sykepleiestudentene har friske øyne, med frisk kunnskap. En svakhet er derimot at bare to sykehjem deltok i studien. Kiljunen et al. (2017) sin artikkel er en oversiktsartikkel, hvor det blir brukt 321 artikler fra forskjellige databaser. Dette er en styrke fordi det gir bredde i resultatet. Samtidig ble søket deres begrenset til 10 år, dette kan være en svakhet i forhold til gyldighet til tiden.



## 5.7 Forslag til innovasjon og fag- og tjenesteutvikling

Denne litteraturstudien har avdekket at det er behov for økt kunnskap og flere sykepleiere i arbeid med pasienter i sykehjem. Studiet har vist at det er lite forskning på område, og det er blant annet vanskelig å finne sikre tall på pasientskader på sykehjem. For å gi sikre forslag til innovasjon og fag- og tjenesteutvikling, kreves derimot mer forskning på område.

## 6.0 Konklusjon

*Problemstilling: Hvordan kan mangel på sykepleiekompetanse på sykehjem true pasientsikkerheten?*

Hensikten med oppgaven var å øke bevissthet og kunnskap om hvordan mangel på sykepleiekompetanse bidrar til å true pasientsikkerheten på sykehjem. Funnene fra denne litteraturstudien viser at pasientene på sykehjem de siste årene har blitt mer komplekse og at dette har økt arbeidsbelastningen og behovet for kompetanse.

Funnene viser at det ikke er nok sykepleiekompetanse på sykehjem for å møte den økende arbeidsmengden og dette fører til for høye faglige og tidsmessige krav til eksisterende bemanning. Dette medfører press, stress og usikkerhet og dermed økt sannsynlighet for feil som truer pasientsikkerheten. Tidspress begrenser sykepleiernes mulighet til den faglige oppfølgingen som er viktig for å sikre riktig sykepleietiltak og behandling. Det fører også til at sykepleieroppgaver knyttet til medisinaladministrasjon og kliniske vurderinger blir delegert til helsepersonell med lavere formell kompetanse. Dette resulterer i feil legemiddelbehandling, unødige lidelser- og sykehusinnleggelser, forsinket igangsetting av tiltak, pasientskader og død.

Mangel på sykepleiere fører til prioriteringsvalg i pleien. Ved tidsmangel blir dokumentasjon og avviksrapportering, bortprioritert. Dette får store konsekvenser for pasientsikkerheten da viktige opplysninger om pasientens helsetilstand ikke vil være kjent for alle ansatte, og fører til forsinkede sykepleieintervensjoner. Pasientsikkerheten er derfor avhengig av sykepleiekompetanse og riktig sammensetning av bemanning.

## 7.0 Referanseliste

- Aase, K. (2018) Introduksjon, i Aase, K. (red.) *Pasientsikkerhet teori og praksis*. 3. utg. Stavanger: Universitetsforlaget, s. 15-23,
- Andersson, Å., et al. (2017) Factors contributing to serious adverse events in nursing homes, *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), s. 354- 362. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13914>
- Berentsen, V. D. (2008) Kognitiv svikt og demens, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A. H. (red.) *Geriatrisk Sykepleie, God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 351- 382.
- Cappelen, K. (2018) Pasientsikkerhetskultur i sykehjem, i Aase, K. (red.) *Pasientsikkerhet teori og praksis*. 3. utg. Stavanger: Universitetsforlaget, s. 89-100.
- Dalland, O. (2014) *Metode og oppgaveskriving*. 5. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- De nasjonale forskningsetiske komiteer (2014) *Helsinkideklarasjonen*. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/fbib/praktisk/lover-og-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/> (Hentet: 29.04.2020).
- Flovik, A.M og Rokseth, T. (2016) Kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet, E.K og Holter, I.M. (red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie 1*. Utg. 5. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 271- 295.
- Forskrift om kommunal betaling, utskrivningsklare pasienter (2011) *Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-11-18-1115> (Hentet 01.04.2020).
- Gautun, H., Øien, H., Bratt, C. (2016) *Underbemanning er selvforsterkende. Konsekvenser av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem*. (NOVA Rapport 6/16). Oslo: HiOA. Tilgjengelig fra: <http://www.hioa.no/Om-OsloMet/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2016/Underbemanning-er-selvforsterkende> (Hentet: 08.04.2020).
- Glette, M.K., et al. (2018) Nursing home leaders' and nurses' experiences of resources, staffing and competence levels and the relation to hospital readmissions – a case study, *BMC*

*Health Services Research*, 18(955). Tilgjengelig fra:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6292004/>

Gøransson, L. og Larsen, S.M. (2017) Sykdommer i nyrene og urinveiene, i Ørn, S og Bach-Gansmo, E (red.) *Sykdom og behandling*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 303.

Hellesø, R. (2011) Pasientjournalen og sykepleieres journalføring, i Holter, I. M. og Mekki, T. E. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie 1*. Utg. 5. Oslo: Akribe AS, s. 213- 244.

Helsedirektoratet (2019a) *Styrker innsatsen for pasientsikkerhet*. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/styrker-innsatsen-for-pasientsikkerhet> (Hentet: 24.03.2020).

Helsedirektoratet (2019b) *Pasientskader i Norge 2018*. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/pasientskader-i-norge/metode> (Hentet: 08.04.2020).

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*.

Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> (Hentet: 26.03.2020).

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell*. Tilgjengelig

fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven> (Hentet: 28.03.20).

Helsetilsynet (2019a) *Oppgaver og organisering*. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsetilsynet.no/om-oss/oppgaver-organisering-statens-helsetilsyn/> (Hentet: 06.04.2020).

Helsetilsynet (2019b) *Introduksjon til tilsynsmyndighetene og tilsynet med barnevern-, sosial-*

*og helse- og omsorgstjenester i Norge*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsetilsynet.no/om-oss/introduksjon-tilsynsmyndigheten-tilsyn-barnevern-sosial-helse-omsorgstjenester-norge/>

(Hentet: 06.04.2020).

Helsetilsynsloven (2017) *Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenester*. Tilgjengelig

fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-12-15-107?q=helsetilsynsloven> (Hentet: 06.04.2020).

I trygge hender 24/7 (2014) *Tiltakspakke for Forebygging av fall i helseinstitusjoner.*

Tilgjengelig fra: [https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/forebygging-av-fall-i-helseinstitusjoner/\\_/attachment/inline/ade7cb8f-7c7e-4471-8057-06409a73cfe3:01fd3532d77dd89292713523d3ee71a28bb15785/tiltakspakke-for-forebygging-av-fall.pdf](https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/forebygging-av-fall-i-helseinstitusjoner/_/attachment/inline/ade7cb8f-7c7e-4471-8057-06409a73cfe3:01fd3532d77dd89292713523d3ee71a28bb15785/tiltakspakke-for-forebygging-av-fall.pdf) (Hentet 02.04.2020).

I trygge hender 24/7 (2018a) *Tiltakspakke for forebygging og behandling av underernæring*

(sykehjem). Tilgjengelig fra: [https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/ernaering/\\_/attachment/inline/1e324b2c-ec99-4bd5-b02a-ba93296491f8:a8f468c6bee334e713e903514ab345b621d1b3f6/tiltakspakke-for-forebygging-og-behandling-av-underernaering-i-sykehjem.pdf](https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/ernaering/_/attachment/inline/1e324b2c-ec99-4bd5-b02a-ba93296491f8:a8f468c6bee334e713e903514ab345b621d1b3f6/tiltakspakke-for-forebygging-og-behandling-av-underernaering-i-sykehjem.pdf) (Hentet 02.04.2020).

I trygge hender 24/7 (2018b) *Tiltakspakke for tidlig oppdagelser av forverret tilstand på*

*sykehjem.* Tilgjengelig fra: [https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/tidlig-oppdagelse-av-forverret-tilstand/\\_/attachment/inline/8f4cc88e-8b93-4cb4-a359-38dbd0336c9a:c8f15b3a356e409fb5c56d983f1484bcd39e2b50/tiltakspakke-for-tidlig-oppdagelse-av-forverret-tilstand-sykehjem.pdf](https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/tidlig-oppdagelse-av-forverret-tilstand/_/attachment/inline/8f4cc88e-8b93-4cb4-a359-38dbd0336c9a:c8f15b3a356e409fb5c56d983f1484bcd39e2b50/tiltakspakke-for-tidlig-oppdagelse-av-forverret-tilstand-sykehjem.pdf) (Hentet 02.04.2020).

I trygge hender 24/7 (u.å. a) *Tryggere pasienter og brukere i kommunal helse- og*

*omsorgstjeneste.* Tilgjengelig fra: [https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/programmet-i-kommunal-helse-og-omsorgstjeneste/\\_/attachment/inline/5b939a22-6715-4c70-8682-c1e5ed065739:234054a7f36b96a651ea467309ca4ae065dd672c/brosjyre-om-programmet-i-kommunal-helse-og-omsorgstjeneste.pdf?fbclid=IwAR1OVDk3h6Xj7dUgaAyCJz7PQsO0gGOztwqb77U9hkbrYNHSXuc8UQ5FG8U](https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/programmet-i-kommunal-helse-og-omsorgstjeneste/_/attachment/inline/5b939a22-6715-4c70-8682-c1e5ed065739:234054a7f36b96a651ea467309ca4ae065dd672c/brosjyre-om-programmet-i-kommunal-helse-og-omsorgstjeneste.pdf?fbclid=IwAR1OVDk3h6Xj7dUgaAyCJz7PQsO0gGOztwqb77U9hkbrYNHSXuc8UQ5FG8U) (Hentet: 24.03.2020).

I trygge hender 24/7 (u.å. b) *Arbeidsområder, målsetting, målinger og organisering av I*

*trygge hender 24 - 7.* Tilgjengelig fra: <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/i-trygge-hender-24-7> (Hentet 01.04.2020).

I trygge hender 24/7 (u.å. c) *Riktig legemiddel-bruk i sykehjem.* Tilgjengelig fra:

<https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/riktig-legemiddelbruk-i-sykehjem> (Hentet 01.04.2020).

I trygge hender 24/7 (u.å. d) *Tiltakspakke for riktig legemiddelbruk i sykehjem.*

Tilgjengelig fra: [https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/riktig-legemiddelbruk-i-sykehjem/\\_/attachment/inline/f816877f-4767-4205-aa09-f2977809d83c:635f846086f0c16ee16900417fca044acdbb3ae1/tiltakspakke-for-riktig-legemiddelbruk-i-sykehjem.pdf](https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/riktig-legemiddelbruk-i-sykehjem/_/attachment/inline/f816877f-4767-4205-aa09-f2977809d83c:635f846086f0c16ee16900417fca044acdbb3ae1/tiltakspakke-for-riktig-legemiddelbruk-i-sykehjem.pdf) (Hentet 01.04.2020).

I trygge hender 24/7 (u.å. c) *Forebygging av trykksår.* Tilgjengelig fra:

<https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/forebygging-av-trykksar> (Hentet 02.04.2020).

I trygge hender 24/7 (u.å. f) *Pasientsikkerhet i kommunal helse- og omsorgstjeneste.*

Tilgjengelig fra: <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/programmet-i-kommunal-helse-og-omsorgstjeneste> (Hentet: 24.03.2020).

Kiljunen, O., et al. (2017) Competence for older people nursing in care and nursing homes: An integrative review, *International Journal of Older People Nursing*, 12 (3) s. 12146. DOI: <https://doi.org/10.1111/opn.12146>

Kunnskapsdepartementet (2008) *Rammeplan for sykepleieutdanning.* Tilgjengelig fra: [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf) (Hentet: 30.03.2020).

Kveseth, B. og Mikkelsen, J. (2010) Sykepleierens rolle i kvalitetsarbeid, i Knutstad, U. (red.). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie*. 3. utg. Oslo: Akribe, s.309- 345.

Mathisen, J. (2011) Hva er sykepleie? Virginia Hendersons Svar, i Holter, I. M. og Mekki, T. E. (red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 4. utg. Oslo og Bergen: Akribe, s. 154-156.

Mathisen, J. (2016) Hva er sykepleie? Virginia Hendersons svar, i Grov, E.K og Holter, I.M. (red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie 1*. 5 utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 119-141.

Molven, O. (2009) *Helse og Jus. En innføring for helsepersonell*. 6. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Molven, O. (2011) Helsepersonells rettigheter og plikter, i Holter, I. M. og Mekki, T. E. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie 1*. Utg. 5. Oslo: Akribe AS, s.328- 345

Molven, O. (2016) Helsepersonells rettigheter og plikter, i Grov, E.K og Holter, I.M. (red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie 1*. Utg. 5. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 339- 359.

NHI (2018) *Innleggelse i sykehjem*. Tilgjengelig fra:

<https://nhi.no/livsstil/egenomsorg/innleggelse-i-sykehjem/> (Hentet: 31.03.2020).

Norheim, K.H. og Thoresen, L. (2015) Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien – på rett sted til rett tid? *Sykepleien Forskning*, 10(1), s. 14-22. Tilgjengelig fra:

<https://sykepleien.no/forskning/2015/02/sykepleiekompetanse-i-hjemmesykepleien-pa-rett-sted-til-rett-tid> (Hentet: 08.04.2020).

NSF (2019) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra:

<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer> (Hentet: 18.05.2020).

Regjeringen (2019) *Kvalitet og pasientsikkerhet*. Tilgjengelig fra:

<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/kvalitet/id536789/> (Hentet: 24.03.2020).

Romøren, T. I. (2008) Eldre, helse og hjelpebehov, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A. H. (red.) *Geriatrisk Sykepleie, God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 29- 37.

Rotegård, A.K., Solhaug, M. og Grov, E.K. (2016) Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess, E.K og Holter, I.M. (red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie 1*. Utg. 5. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 244-269.

Saunes, I.S. og Krogstad, U. (2011) *Valg av innsatsområder i det nasjonale*

*pasientsikkerhetskampanje* (rapport 01/2011). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter. Tilgjengelig fra:[https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport\\_2011\\_01\\_valg\\_innsatsomrader\\_pasientsikkerhet.pdf?fbclid=IwAR1sfB0p-Gkw1\\_etGNIRMvzfgqI7-ITf172-\\_X4cwg3P7QfvHQmL12kb9PI](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport_2011_01_valg_innsatsomrader_pasientsikkerhet.pdf?fbclid=IwAR1sfB0p-Gkw1_etGNIRMvzfgqI7-ITf172-_X4cwg3P7QfvHQmL12kb9PI) (Hentet: 19.05.2020).

St. meld. 9 (2019-2020) (2018) *Kvalitet og pasientsikkerhet*. Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/bd05f469334c469d8e513e87838b07fb/no/pdfs/stm201920200009000dddpdfs.pdf> (Hentet: 24.03.2020).

St. meld. 10 (2012-2013) (2012) *God kvalitet- trygge tjenester*. Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/b9f8d14c14634c67a579a1c48a07c103/no/pdfs/stm201220130010000dddpdfs.pdf> (Hentet: 30.03.2020).

St. meld. 47 (2008-2009) (2009) *Samhandlingsreformen* Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf> (01.04.20).

Storli, M. et al. (2016) Safety measures for medication in nursing homes, *Sykepleien* 16 (11) s. 59801 DOI: <http://dx.doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.59801>

Stubberud, D. G. (2011) Sirkulasjon, i Holter, I. M. og Mekki, T. E. (red). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 4. utg. Oslo og Bergen: Akribe, s. 406- 407.

Stubberud, D.G., Kondrup, J., og Almås, H. (2016) Ernæring ved sykdom, i Stubberud, D.G., Grønseth, R., og Almås, H. (red.) *Klinisk sykepleie 2*. 5 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 17- 48.

Svendsen, K.A. (2019) *Hva er kompetanse?* Tilgjengelig fra:

[https://www.difi.no/sites/difino/files/hva\\_er\\_kompetanse.pdf](https://www.difi.no/sites/difino/files/hva_er_kompetanse.pdf) (Hentet: 19.05.2020).

Theie, M. G. et al. (2018) *Bemanning, kompetanse og kvalitet. Status for de kommunale helse- og omsorgstjenestene*. (Menon- rapport 51/2018). Menon Economics. Tilgjengelig fra:

<https://www.nsf.no/Content/3992479/cache=20181408180300/Menon%202018.pdf> (Hentet: 07.04.2020).

Thidemann, I. J. (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Ugreninov, E. Et al. (2017) *Konsekvenser av sykepleiermangel i kommunene fra et pasient- og pårørendeperspektiv*. (NOVA Rapport 7/2017). Oslo: HiOA. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/Content/3494358/cache=20171808123548/NOVA-Rapport-7-17-Konsekvenser-av-sykepleiermangel-i-kommunene-web.pdf> (Hentet: 08.04.2020).

Zúñiga, F., et al. (2015) The relationship of staffing and work environment with implicit rationing of nursing care in Swiss nursing homes – A cross-sectional study, *International Journal of Nursing Studies*, 52 (9), s. 1463-1474. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.05.005>

Øgar, P. og Hovland, T. (2008) *Kvalitet og kvalitetsutvikling, Mellom kaos og kontroll*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 17-30.



