



# Bacheloroppgave

**SY300515 Bacheloroppgave i sykepleie**

**Hvordan erfarer sykepleier ved øyeblikkelig hjelp døgnavdeling sykepleiekompetansen i avdelingen?**

**How do nurses in an intermediate care department experience the competence of nurses in the unit?**

**Kandidatnummer: 10001 & 10004**

**Totalt antall ord: 8798**

**Antall sider inkludert forsiden: 44**

**Hovedveileder: Rigmor E. Alnes & Marianne Frilund**

**Innlevert Ålesund, 21. Mai 2018**



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. **Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.**

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: 1. ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands. 2. ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt. 3. ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt. 4. har alle referansene oppgitt i litteraturlisten. 5. ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§30 og 31.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at NTNU vil behandle alle saker hvor det foreligger mistanke om fusk etter NTNUs studieforskrift	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten ([Åndsverkloven §2](#)).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved NTNU i Ålesund en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. [Jfr. Offl. §13/Fvl. §13](#))

Dato: 22. Mai 2018

## Forord

Det som inspirerte oss til å skrive denne oppgaven var prosjekt knyttet til kunnskapsbasert praksis, som hadde gjort oss nysgjerrige på typen empirisk bachelor. Vi synes også at akutt sykepleie er et arbeidsområde som er svært interessant, og vi ønsket å se på behovet for kompetanse i arbeidet med slike pasienter. Fokuset vårt for denne oppgaven var sykepleiere på en øyeblikkelig hjelp døgnavdeling. Vi ønsket å se på hvordan sykepleiere ved en øyeblikkelig hjelp døgnavdeling erfarer sykepleiekompetansen i avdelingen. Problemstillingen ble utarbeidet i samarbeid med den aktuelle avdelingen, med Torill Skorpen som ressursperson.

Vi ønsker å takke veilederne våre Rigmor Alnes og Marianne Frilund for god oppfølging, og for samarbeidet med den aktuelle avdelingen.

Vi vil også benytte anledningen til å takke informantene som tok seg tid til å stille opp til intervjuene, og for interessante og utfyllende svar. De bidro til undersøkelsen vår med god og nyttig informasjon.

Helt til slutt må vi nevne at arbeidet med denne oppgaven har vært spennende, krevende og ikke minst svært lærerik. Vi sitter igjen med en bredere forståelse av utvikling av sykepleiers kompetanse og er stolte av å kunne presentere bacheloroppgaven vår.

# **Sammendrag**

## **Hensikt**

Hensikten var å finne ut om sykepleierne ved avdelingen opplever at de har tilstrekkelig kompetanse i forhold til oppgavene de møter.

## **Bakgrunn**

Det har de siste årene blitt mer fokus på pasientsikkerhet og pasientens opplevelse av helsetjenesten, noe som stiller høyere krav til sykepleiers kompetanse.

Samhandlingsreformen er en retningsreform hvor bedre pasientforløp er et viktig mål. Et av virkemiddelene for å nå dette er etableringen av øyeblikkelig hjelp døgnopphold.

Studien ønsker å belyse problemstillingen *”Hvordan erfarer sykepleier ved øyeblikkelig hjelp døgnavdeling sykepleiekompetansen i avdelingen?”*.

Vi har valgt Patricia Benner sin kompetanseteori, helsedirektoratets veiledere om samhandlingsreform (2017) og øyeblikkelig hjelp døgnavdeling (2016), samt tidligere forskning for å belyse problemstillingen.

## **Metode**

Vi benyttet kvalitativt intervju som metode, og hadde to intervjuer med tilsammen sju sykepleiere fra den valgte avdelingen.

## **Resultat**

Funn i denne studien kan baseres på tre hovedtemaer; betydning av variert kompetanse, mulighet for fagutvikling og utfordringer i avdelingen.

## **Konklusjon**

Sykepleierne mener den samlede kompetansen er tilstrekkelig, da de har ulike erfaringer fra tidligere og et godt arbeidsmiljø som bidrar til faglige diskusjoner. Kompetansen strekker likevel ikke til på området rus og psykiatri, på dette fagområdet trengs det utvikling. Kompetanseutvikling på arbeidsplassen blir trukket frem som svært viktig for å opprettholde kunnskap og kvalitet.

## **Abstract**

### **Aim**

The purpose was to determine whether the nurses in an intermediate care unit have sufficient competence in relation to the tasks they face.

### **Background**

In recent years, there has been more focus on patient safety and the patient experience of the health service, which places higher demands on the competence of nurses. The Coordination Reform is a reform where better clinical pathway for the patient is an important goal. One of the tools for achieving this is the establishment of intermediate care units. The study aim to answer the research question "How do nurses in an intermediate care department experience the competence of nurses in the unit?"

We have chosen Patricia Benner's competence theory, the supervisors from the Norwegian Directorate of Health regarding the Coordination Reform (2017) and intermediate care units (2016), as well as previous research to clarify the research question.

### **Method**

We used qualitative interview as method and had two interviews with a total of seven nurses from the chosen intermediate care unit.

### **Result**

Findings in this study can be based on three main themes; importance of varied expertise, opportunity for professional development and challenges in the unit.

### **Conclusion**

The nurses believe the overall competence is sufficient, as they have different experiences from earlier and a good work environment that contribute to professional discussions. However, in the field of psychiatry and substance abuse is the competence not sufficient. Development is needed in this field. Competence development at the workplace is emphasized as a very important in maintaining knowledge and quality.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Presentasjon av tema og problemstilling .....	1
1.2 Avgrensning av oppgaven .....	2
1.3 Oppgavens struktur .....	2
<b>2.0 Bakgrunn</b> .....	<b>3</b>
2.1 Øyeblikkelig hjelp døgnavdeling (ØHD) .....	3
2.2 Kompetanseutvikling hos sykepleier .....	5
2.2.1 Fra novise til ekspert.....	5
2.2.2 Organisatorisk kompetanse.....	7
2.3 Tidligere forskning .....	7
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>9</b>
3.1 Metodisk tilnærming og utvalg .....	9
3.2 Utarbeidelse av intervjuguide .....	10
3.3 Gjennomføring av intervju .....	10
3.4 Dataanalyse.....	11
3.5 Etisk begrunnelse.....	13
<b>4.0 Resultat</b> .....	<b>14</b>
4.1 Betydning av variert kompetanse .....	14
4.1.1 Varierte arbeidsoppgaver .....	14
4.1.2 Sykepleiekompetanse .....	14
4.1.3 Ansvar, selvstendighet og erfaring .....	15
4.1.4 Samarbeid og samhandling med andre .....	16
4.2 Mulighet for fagutvikling .....	16
4.2.1 Internundervisning og fagdager .....	16
4.2.2 Kartleggingsverktøy .....	17
4.2.3 Introduksjonsprogram.....	18
4.3 Utfordringer i avdelingen .....	18
4.3.1 Psykiatri og rus .....	18
4.3.2 Systemet.....	19
4.3.3 Kroniske sykdommer og funksjonssvikt .....	20
4.3.4 Stillingsprosent .....	20
<b>5.0 Diskusjon</b> .....	<b>21</b>
5.1 Sykepleiekompetanse .....	21
5.2 Erfaring.....	22
5.3 Kompetanseutvikling.....	23
5.4 Kartleggingsverktøy .....	24
5.5 Utfordringer .....	25
5.6 Metodekritikk .....	27
<b>6.0 Konklusjon</b> .....	<b>28</b>
6.1 Anbefaling til videre forskning.....	28
<b>7.0 Litteraturliste</b> .....	<b>29</b>
<b>Vedlegg 1 – Intervjuguide</b> .....	<b>33</b>
<b>Vedlegg 2 – Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet</b> .....	<b>35</b>
<b>Vedlegg 3- Informasjonsskriv til avdelingsleder</b> .....	<b>37</b>

## **1.0 Innledning**

### ***1.1 Presentasjon av tema og problemstilling***

Temaet for denne oppgaven er sykepleiers kompetanse ved en øyeblikkelig hjelp døgnavdeling. Sykepleiekompetanse krever teoretisk, praktisk og etisk kunnskap, men også erfaring. Kompetansen brukes for å løse oppgaver og utfordringer samt å handle adekvat i konkrete situasjoner. Kort beskrevet er kompetanse ”evnen til å gjøre noe”, og den er i stadig utvikling (NSF,2008,s.7).

Både kommunen og spesialisthelsetjenesten er pliktige etter loven til å samarbeide om en helhetlig tjeneste. I tillegg til helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven, har man samhandlingsreformen som er en retningsreform hvor et bedre pasientforløp og å gi tjenester der pasienten er, er sentrale mål. Et viktig virkemiddel i samhandlingsreformen er etableringen av øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester §3-5 pålegger kommunen ansvar med øyeblikkelig hjelp. Dette betyr da at kommunen er pliktig til å vurdere hvilket tilbud pasienten trenger, og enten sørge for at tjenesten blir gitt i kommunene eller i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet,2016).

Det har de siste årene blir mer fokus på pasientens sikkerhet og opplevelser av helsetjenesten, noe som stiller høyere krav til sykepleiers kompetanse. Siden 2013 har det kommet 4 stortingsmeldinger som omhandler kvalitet og pasientsikkerhet, og disse er med på å sikre at pasienter og brukere opplever en helsehjelp som er trygg og god. Pasientens erfaring samt kvalitetsmålinger og pasientsikkerhetsmålinger skal brukes i utformingen av tjenestetilbudet (Regjeringen,2017). Pasienterfaringer er også et viktig ledd i kunnskapsbasert praksis, som er med på å utvikle sykepleiekompetansen (NSF,u.å).

På bakgrunn av dette ville vi finne ut om sykepleierne ved øyeblikkelig hjelp døgnavdeling opplever at de har tilstrekkelig kompetanse i forhold til oppgaver de møter ved avdelingen. Avdelingen som deltok i vår studie tok selv initiativ til at vi skulle skrive oppgaven om erfaringer ved å jobbe ved en øyeblikkelig hjelp døgnavdeling.



Vi har valgt problemstillingen som følger: *Hvordan erfarer sykepleier ved øyeblikkelig hjelp døgnavdeling sykepleiekompetansen i avdelingen?*

## **1.2 Avgrensning av oppgaven**

Vi har valgt å fokusere på sykepleiernes erfaringer med kompetansen de har i forhold til behovet ved en øyeblikkelig hjelp døgnavdeling. Vi har sett på både den individuelle og den samlede kompetansen i avdelingen. På grunn av tid og oppgavens retningslinjer har vi valgt å ikke ta med pasienters eller andre yrkesgruppers opplevelse av sykepleiernes kompetanse. Vi går heller ikke inn i behovet for spesifikk kompetanse i de ulike pasientgruppene ved avdelingen.

## **1.3 Oppgavens struktur**

I kapittel 1 presenteres temaet og problemstillingen for studien. Avgrensning og oppgavens struktur vil også beskrives. Videre vil kapittel 2 belyse bakgrunnen for studien. Hensikten med øyeblikkelig hjelp døgnavdeling, den aktuelle avdelingen for studien, kompetanseutvikling og tidligere forskning vil bli presentert. I kapittel 3 vil det redegjøres for metodisk tilnærming. Intervjuguide, gjennomføring av intervju og analysen vil være sentralt. Kapittel 4 vil presentere resultatene fra intervjuene, og disse vil bli tolket i kapittel 5 ved hjelp av teorien som har blitt presentert tidligere i oppgaven og tidligere forskning. Vi vil også ta med metodekritikk i diskusjonsdelen. Avslutningsvis vil vi konkludere i kapittel 6.

## **2.0 Bakgrunn**

I dette kapitlet presenterer vi hensikten med øyeblikkelig hjelp døgnavdeling, samt den aktuelle avdelingen studiet baserer seg på. Vi vil ta for oss Patricia Benner sin teori om kompetanseutvikling, og vi vil beskrive den dobbelte kompetansen. Til slutt vil tidligere forskning som omhandler sykepleiekompetanse bli presentert.

### ***2.1 Øyeblikkelig hjelp døgnavdeling (ØHD)***

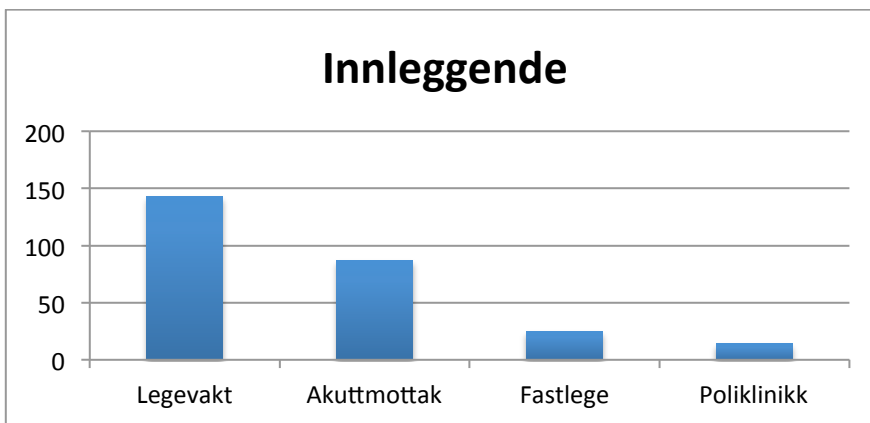
Pasient og bruker har rett på behandling til rett tid og på rett sted, og det tilpassede tilbudet skal komme via en helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste. På rett sted innebærer blant annet at pasientene og brukerne skal få hjelpen de har behov for nærmest mulig der de bor (Helsedirektoratet,2017). Et viktig virkemiddel for å nå dette målet er etableringen av øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Kommunene er pålagt etter §3-5 i lov om kommunal helse- og omsorgstjeneste ansvar for å etablere tilbudet om øyeblikkelig hjelp døgnopphold.

Den 1. januar 2016 trådte bestemmelsen om øyeblikkelig hjelp døgntilbud som omfattet somatisk sykdom i kraft, og fra 1. januar 2017 for psykisk helse- og rusmiddelproblem. Det er opp til hver kommune å bestemme omfanget og innholdet, men tilbudet som etableres skal være bedre eller like godt som i spesialisthelsetjenesten. Kommunene er dermed pliktig til å kunne yte hjelp som ikke er planlagt, men som er nødvendig i konkrete situasjoner for pasient eller bruker om det er forsvarlig. Dette er med på å underbygge målene med samhandlingsreformen som er å gi pasientene gode forløp og tilbud nærmere der de bor (Helsedirektoratet,2016).

Samhandlingsreformen er en reform som ble presentert i stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) og trådte i kraft 1. januar 2012. Målet med reformen er å bedre folkehelsen samtidig som man bedrer, på en bærekraftig måte, helse- og omsorgstjenestene. For å nå dette målet må man forebygge mer, behandle tidligere og de ulike nivåene innenfor helsetjenesten må samhandle bedre (Helsedirektoratet,2017).

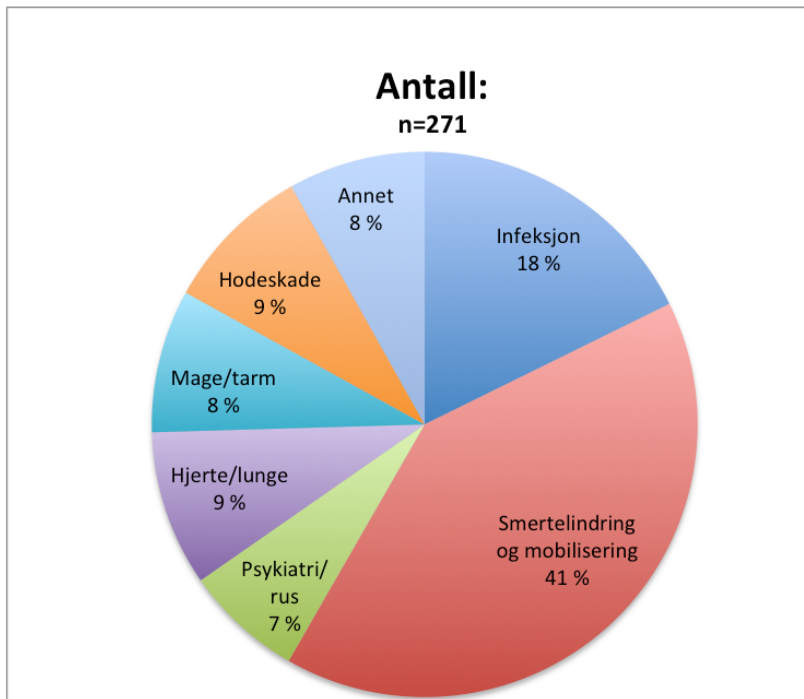
Den ØHD-avdelingen vi har samarbeidet med i denne studien åpnet april 2017. Det er en avdeling bestående av 12 sengeplasser fordelt på 12 enerom. Avdelingen ligger i samme bygg som legevakten, som også har 3 observasjonssenger som sykepleierne har ansvar for. ØHD-avdelingen er etablert i et samarbeid mellom 8 kommuner i fylket (NN kommune, 2017).

Fra åpningen til slutten av september 2017 ble 271 pasienter innlagt, hvor 74 av disse var innlagt på observasjonssengene. Den største andelen av de innlagte pasientene hadde blitt henvist av lege på legevakt, deretter akuttmottak, fastlege og poliklinikk. Antall pasienter per innleggende instans illustreres i figur 1 under.



**Figur 1 – Innleggende instans**

For at en pasient skal bli innlagt ved avdelingen skal vedkommende ha blitt undersøkt av lege og fått avklart en diagnose. I tillegg skal behovet for medisinsk behandling være tilstede (NN kommune,2017). De som legges inn kan variere mye i alder og diagnose. På de første 6 månedene var gjennomsnittsalderen på de som ble innlagt 69 år og liggetiden varierte fra 1 time til 20 døgn, som resulterte i gjennomsnittlig liggetid på 3,4 døgn. Årsaken til innleggelsen og prosentandelen er illustrert i figur 2 under.



**Figur 2- Oversikt over antall innleggelser og diagnose**

Den største andelen av pasientene som legges inn har behov for smertelindring og mobilisering. Den andre hovedgrunnen for innleggelser er ulike infeksjoner. Andelen psykiatriske pasienter er lavest, og består i hovedsak av rus/alkohol og depresjoner. Pasienter under kategorien hjerte og lunge har hovedsakelig hjertesvikt og KOLS. Kategorien mage/tarm innbefatter pasienter med obstipasjon og matforgiftning, og under kategorien hodeskade kommer diagnosene commotio og epilepsi.

## **2.2 Kompetanseutvikling hos sykepleier**

### **2.2.1 Fra novise til ekspert**

Patricia Benner er en amerikansk sykepleier og professor emeritus. I 1984 gav hun ut boken *"From Novice to Expert"*, som ble utgitt på dansk i 1995 med tittelen "fra Novise til Ekspert". Boken tar utgangspunkt i brødrene Dreyfus sin modell hvor de ulike stadiene for læring av ferdigheter blir beskrevet. Det er fem stadier fra laveste til høyeste nivå, og disse blir betegnet som novise, viderekommende begynner, kompetent, dyktig og ekspert. Modellen til Dreyfus-brødrene ble utarbeidet gjennom en studie de gjorde på flygere i

nødsituasjoner, hvor de observerte hvordan flygerne, gjennom praksis, tilegnet seg kunnskap og ferdigheter (Benner,1995).

Ut fra modellen, fortellinger og beskrivelser av ulike situasjoner, lagde Benner en teori om at sykepleiere, gjennom klinisk praksis, utvikler seg i fem stadier. Dette var de samme fem stadiene som brødrene Dreyfus beskrev i sin modell.

En ekspertsykepleier har evnen til å oppdage endring hos pasienten, og disse evnene blir ofte beskrevet som en ”fornemmelse” eller ”magefølelse” (Benner,1995). Dette forklarer Benner som erfaringskunnskap. Hun fokuserer på det praksisnære, og teorien hennes bygger på de kliniske kunnskapene og erfaringene sykepleieren har. Det er en vesentlig forskjell mellom praktisk og teoretisk kunnskap, og den teoretiske kunnskapen er et mangelfullt redskap som ikke nødvendigvis kan gi evnene til en ekspertsykepleier. Uansett om man prøver å lage prosedyrer og forklaringer for gitte situasjoner, vil det likevel ikke være nok kompetanse og kunnskapen vil komme til kort (Benner,1995).

Den kliniske kunnskapen blir utviklet over tid. Ekspertsykepleieren oppfatter situasjonen som en helhet, og bruker tidligere erfaringer og kunnskaper på å handle uten å bruke for mye tid. En kompetent eller kyndig sykepleier må på den andre siden bruke lengre tid og bruke veloverveide, analytiske og elementære problemløsningsmetoder. Det er viktig at en avdeling, og også hver enkelt sykepleier utvikler ”knowhow” slik at man får kunnskap om hvilken kompetanse man har. Hvis det forventes at en avdeling eller en sykepleier skal håndtere en situasjon vedkommende ikke er kompetent til, kan dette medføre negativ mestring og nedsatt selvtillit. Det er dermed viktig at man kartlegger hvilket nivå sykepleieren er på slik at man vet hvilken kompetanse man kan forvente, og deretter drive systematisk opplæring for å gi sykepleieren mer kunnskap og erfaring (Benner,1995).

I 2004 publiserte Meretoja, R mfl. en studie hvor de ledet 498 sykepleiere fra ulike avdelinger på ulike sykehus gjennom et 7 trinnprogram med ulike tester for å avdekke og evaluere kompetansen deres. De tok utgangspunkt i Benner sin teori fra 1984, og brukte de ulike trinnene fra novise til ekspert for å kategorisere hvilket nivå av kompetanse sykepleierne hadde. Sykepleierne fikk vurdere egen kompetanse, og det viste seg at alle nivåene Benner beskriver i sin teori inneholder mye kompetanse, men at størstedelen lå hos de som stadig måtte bruke sin egen og andres kompetanse i jobbhverdagen. Alder og antall år i sykepleieryrket spilte også inn, men sykepleiere som ofte måtte bruke

kompetanse i ulike situasjoner lå på et høyere nivå. Disse resultatene lå til grunne da det ble konkludert med at Benner sin teori om sykepleiers kompetanseutvikling er pålitelig og fortsatt gjeldende.

## **2.2.2 Organisatorisk kompetanse**

Orvik (2015, s.17) presenterer uttrykket den dobbelte kompetanse, og dette viser til at sykepleier må ha både klinisk og organisatorisk kompetanse. Disse to typene kompetanse er avhengige av hverandre og begge utfyller den andre. Klinisk kompetanse er en selvfølge, men å i tillegg ha organisatorisk kompetanse vil kunne bedre kvaliteten på arbeidet, og sikre pasientene faglig forsvarlig hjelp. Gjennom å dele erfaringer og kunnskap utvikles kompetansen, dette er igjen med på å binde den kliniske virksomheten sammen til en organisatorisk enhet. Samarbeid mellom helsepersonell er en viktig del for å kunne utføre arbeidet sitt (Orvik,2015, s.22-23). I en klinisk virksomhet som ØHD vil det være uforutsigbart pasientarbeid. Sykepleiers evne til å håndtere ulike arbeidsoppgaver, raske forandringer og uforutsette hendelser vil kunne styrkes av den dobbelte kompetansen (Orvik,2015, s.30-31).

## **2.3 Tidligere forskning**

Vi har gjort søk i diverse søkebasen for å orientere oss i temaet sykepleierkompetanse, spesielt CINHAL. Noen av søkeordene vi brukte var; Intermediate care, nurse, competence og education. Vi gikk også inn i litteratur brukt i doktorgraden til Leonardsen (2016), og fant noen relevante artikler der.

Aiken mfl. (2011,2012 og 2014) har gjort en stor studie på sammenhengen mellom kvaliteten på sykepleie og pasientresultater i sykehus. Et av funnene var at økt kompetanse hos sykepleierne kunne assosieres med en nedgang i dødeligheten til pasientene. Studien belyser også tema som bemanning, arbeidsmengde og arbeidsmiljø, men på bakgrunn av det som blir skrevet om kompetanse velger vi å ta den med i oppgaven.

Kane mfl. (2007) gjorde en lignende studie ved sykehus i USA, hvor det ble sett på at økt bemanning av sykepleiere kunne forbedre pasientens tilstand. Man så også at det var en statistisk og klinisk betydelig sammenheng mellom sykepleiere på jobb og dødelighet/andre utfall som fall, trykksår og urinveisinfeksjon.

Leonardsen mfl (2016) gjennomførte en studie for å undersøke om kommunale akutte døgnplasser var et godt alternativ til sykehusinnleggelse. I den første artikkelen blir pasienters erfaringer tatt opp. De viktigste funnene viser at pasienter oppfatter kvaliteten og behandlingen som sammenlignbar med kvaliteten de ville ha fått på sykehus. De syntes også det var positivt at de kunne motta helsetjenester nært bostedet sitt, og at omgivelsene var roligere enn på sykehuset. De syntes sykepleierne og legene var flinke, men så på mangel av noe diagnostisk utstyr som en begrensning (for eksempel røntgen). Den andre artikkelen tar opp legers syn på faktorer som er relevante for å henvise til kommunen. De mener det er vanskelig å vurdere om pasientens tilstand kan behandles i kommunen, særlig da der er begrensede utredningsmuligheter. De har liten tid til å vurdere pasienten før de henviser videre. De opplever at pasientene er fornøyde med tilbudet, men er usikre på om tilbudet er like trygt som sykehus.

I 2009 publiserte Young en studie fra England. Han hadde sett på ulike alternativer til sykehusinnleggelse. Et av disse var sykepleierledede enheter, hvor pasienter som var over akuttfasen av tilstanden sin ble overflyttet til. Konklusjonen var at en slik enhet ville kunne gi pasienten en bedre funksjonell status og redusert behov for langtidspleie, men at disse effektene var relatert til et lengre opphold enn planlagt. Det var videre en noe høyere dødelighet ved enhetene som var inkludert i studien.

## **3.0 Metode**

I dette kapittelet vil vi redegjøre for valg av metodisk tilnærming og utvalgsmetode. Også datainnsamlingen vil bli beskrevet, sammen med prosessen med utarbeidelse av intervjuguide og gjennomføring av intervjuene. Videre vil vi beskrive fremgangsmåten for analyse av data. Til slutt vil vi reflektere rundt etisk begrunning.

### ***3.1 Metodisk tilnærming og utvalg***

Vi har valgt å bruke kvalitative intervjuer i denne studien. Metoden kjennetegnes ved at man ønsker innblikk i målgruppens subjektive meninger, og man kan få tydelige og detaljerte beskrivelser av et tema (Christoffersen mfl.,2015,s.71). Dette passer godt til problemstillingen vår da vi ønsker å finne svar på hvordan sykepleier erfarer kompetansen i avdelingen.

Strategien som ble brukt for utvalget var strategisk utvelgelse. Dette går ut på at man på forhånd bestemmer hvilken gruppe som må delta for å få nødvendig data. Videre velges det ut informanter som er hensiktsmessige og relevante for å besvare problemstillingen (Christoffersen mfl.,2015,s.85). Vi mente at det var sykepleiere som best kunne svare på problemstillingen vår, og utvalget vårt består derfor av 7 sykepleiere ved samme ØHD avdeling.

Vi valgte gruppeintervju som vår undersøkelsesmetode. Gruppeintervju kan gi verdifull kunnskap om hva som er viktig innenfor et tema, og kan gi oss en bredde av erfaringer, synspunkter og holdninger. Det kan også i noen tilfeller være lettere å dele erfaringer og meninger når man er flere, og meningsutvekslinger kan gi nyttig informasjon (Christoffersen mfl.,2015,s.73). Vi fikk en ressursperson ved avdelingen som fant kandidater som var interessert i å delta. Hun videreformidlet informasjonen om prosjektet, og vi avtalte tid og sted for intervjuet gjennom henne. Vi valgte å ha 2 intervjuer med 4 sykepleiere i hvert, men grunnet sykdom måtte 1 sykepleier være igjen i avdelingen det første intervjuet. De 7 sykepleierne vi intervjuet hadde varierende erfaring fra tidligere. De hadde jobbet alt fra 3 ½ til 18 år som sykepleiere, og hadde erfaringer fra ulike sengeposter, intensivavdeling, akuttmottak, hjemmesykepleie, sykehjem og psykiatrisk



avdeling. Noen av sykepleierne hadde også jobbet innom flere av disse områdene. Noen av de hadde videreutdanning.

### ***3.2 Utarbeidelse av intervjuguide***

En intervjuguide er en liste over temaer og spørsmål som skal gjennomgås med de utvalgte informantene. Vi utarbeidet på forhånd en semistrukturert intervjuguide (vedlegg 1).

Denne type guide er løsere i strukturen, og man har mulighet til å variere temaer, rekkefølgen og spørsmål underveis. Fordelen med dette er at intervjuet blir mer en dialog enn bare spørsmål og svar (Christoffersen mfl.,2015, s.74).

Før intervjuene formulerte vi en rekke spørsmål slik at de kunne bidra til å svare på problemstillingen vår. Vi organiserte spørsmålene slik at vi fikk en innledning, hoveddel og avslutning. Hoveddelen ble delt inn i 4 temaer; Sykepleiers kompetanse, kompetanseutvikling, tverrprofesjonelt samarbeid og spesielle situasjoner. Innledningsspørsmålene valgte vi å gi sykepleierne skriftlig, slik at vi kunne bruke de under arbeidet med transkribering og analysen. I den første fasen skal man danne en relasjon til informanten, og enkle spørsmål om for eksempel tidligere utdanning kan bidra til dette (Christoffersen mfl.,2015,s.76). Til hvert enkelt tema forsøkte vi å bruke spørsmål som kunne gi oss sykepleiernes erfaringer og forståelse av temaet. Vi hadde en blanding av åpne og noen mer spesifikke spørsmål. Vi avsluttet intervjuguiden med å åpne opp for at de skulle få slippe til dersom noe var usagt, eller hadde innspill som ikke kom frem under intervjuet.

Vi ble enige om at vi ønsket at informantene selv skulle kunne komme med informasjon, uten påvirkning fra oss, og at vi derfor skulle være fleksible på rekkefølgen av spørsmålene.

### ***3.3 Gjennomføring av intervju***

Intervjuene ble gjennomført i løpet av to dager 2. uken i januar 2018. Veilederne våre var også tilstede. For at det skulle være mulig for sykepleierne å delta ble intervjuene lagt til

vaktskiftet. Vi lot sykepleierne bestemme hvor intervjuet skulle foregå, da et sted hvor de er kjent kan være med på å skape trygghet og åpenhet (Christoffersen mfl.,2015,s.84). De valgte å gjennomføre de på et møterom ved avdelingen. Det ble satt av ca. 60 minutter til intervjuene, hvor det ene varte i 33 minutt og det andre i 41 minutt.

Vi startet intervjuet med å introdusere oss og fortelle kort om hensikten med studien. Vi hadde sendt en forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet på forhånd (vedlegg 2), samt et skriv til avdelingsleder (vedlegg 3) slik at de skulle ha informasjon om temaet til intervjuene. I skrivene hadde vi informert om at vi ønsket å bruke lydopptak under intervjuene. Vi brukte 2 separate opptakere for å forsikre oss om at intervjuene ble tatt opp, og at vi hadde en backup i tilfelle teknologien skulle svikte. Vi informerte videre om anonymitet og at det når som helst er mulig å trekke samtykket sitt.

Vi fulgte intervjuguiden i forhold til tema, men stilte ikke alle spørsmålene i rekkefølge. Sykepleierne var engasjerte og pratsomme, og vi kom ofte naturlig inn på spørsmål vi hadde med i guiden uten å direkte spørre om de. Under intervjuet forsøkte vi å få til gode diskusjoner med sykepleierne. Vi kom med respons underveis i form av å blant annet si ”ja, ja” for å vise at vi var interessert, og vi stilte oppfølgingsspørsmål som ” Kan du forklare hva dere mener med...” for å få i gang refleksjon (Christoffersen mfl.,2015,s.79). Vi passet også på å ikke avbryte underveis. Vi opplevde at sykepleierne var svært engasjerte, interesserte og villige til å diskutere sykepleiernes kompetanse.

Til slutt rundet vi av intervjuene med å åpne opp for at sykepleierne kunne komme med kommentarer og innspill dersom de hadde noe å tilføye eller noe de lurte på. Vi takket for at de hadde stilt opp i intervjuet, og informerte om at dersom de hadde spørsmål eller tanker i ettertid var det bare å ta kontakt.

### **3.4 Dataanalyse**

Etter intervjuene var gjennomført, la vi lydfilene inn på PC, hørte gjennom dem og transkriberte intervjuene ordrett. Transkribering handler om å gjøre det muntlige intervjuet om til skriftlig tekst, slik at man lettere kan analysere materialet (Christoffersen mfl.,

2015,s.82). Vi valgte å transkribere hele intervjuene for å få en god oversikt og slik at vi ikke skulle gå glipp noe relevant. Vi valgte å skrive intervjuene på bokmål, og nevnte ingen navn eller sted på dokumentene for å sikre anonymitet.

I følge Malterud (2017) er det fire hovedfaser i analyse av meningsinnhold; helhetsinntrykk, meningsbærende enheter, kondensering og syntese.

I den første fasen skal man danne seg et helhetsinntrykk av intervjuet, man noterer hovedtemaene og leter etter interessante funn (Malterud,2017,s.100). For å framheve meningsinnholdet i teksten kan man gjøre en meningsfortetting, det vil si at man forkorter og komprimerer setninger slik at meningen fortsatt kommer frem og irrelevant informasjon fjernes (Christoffersen mfl.,2015,s.124). Vi leste gjennom hele intervjuene flere ganger, og kom slik frem til hvilke hovedtemaer de dreide seg om. Vi startet med å strukturere de under temaene fra intervjuguiden, og kunne bygge videre på disse i de neste fasene. Vi tok også vekk unødvendige ord og setninger.

Den andre fasen går ut på at man systematisk går gjennom materialet for å finne det som er relevant for problemstillingen, ved å kode datamaterialet. Dette kan hjelpe oss med å finne deler av teksten som omhandler det samme temaet, og deretter kunne utvikle kategorier (Christoffersen mfl.,2015,s.124). Vi trakk ut nøkkelord fra alle temaene i intervjuene, og markerte sitater med spesiell viktighet. Vi endte opp med svært mange nøkkelord, og gikk gjennom disse for å se om noen kunne slås sammen eller fjernes. Vi samlet de deretter under ulike kategorier, og satt til slutt igjen med kategoriene betydning av variert kompetanse, mulighet for fagutvikling og utfordringer i avdelingen. Den andre og tredje fasen gled litt over i hverandre, da den tredje fasen handler om å slå sammen koder og utvikle kategorier (Christoffersen mfl.,2015,s.126).

Den siste fasen handler om å sammenfatte materialet, og kontrollere at resultatet har det samme meningsinnholdet som i den opprinnelige teksten (Malterud,2017,s.108). Man kan også gå over kodeord og kategorier for å se at dette fortsatt er riktig etter at man har fått ny kunnskap om materialet (Christoffersen mfl.,2015,s.127). Vi satt oss da ned med resultatet og skrev det om til en tekst. Vi satt også inn sitater som vi syntes kunne utdype resultatet. Deretter leste vi gjennom de opprinnelige intervjuene, og diskuterte oss gjennom hvert enkelt tema for å sikre at meningsinnholdet var likt den opprinnelige teksten.

### **3.5 Etisk begrunnelse**

I intervjuer kan det oppstå etiske problemstillinger. Vi har derfor tatt hensyn til anonymitet og taushetsplikt, og det er ikke mulig å spore tilbake til enkeltpersoner i studien vår. Vi har lagret lydopptakene på PC-ene våre etter gjeldende retningslinjer, og vil også slette de i etterkant av prosjektet. Vi valgte å bruke lydopptak da det ikke er mulig å huske alt som blir sagt under intervjuene. Dette styrker også påliteligheten i studiet vårt da vi kunne gjengi informantenes svar svært nøyaktig (Christoffersen mfl.,2015,s.24). Alle skriftlige opplysninger ble avidentifisert. Vi innhentet skriftlig informert samtykke, og sykepleierne ble informert om at de når som helst kunne trekke seg fra studien. Vi valgte å ikke søke NSD da det handler om sykepleiernes egen erfaringer.

## 4.0 Resultat

I denne delen presenterer vi resultatene fra analysen, som vil kunne belyse problemstillingen vår. Vi kom frem til tre hovedtemaer, og vil her presentere disse. Først ser vi på betydningen av variert kompetanse, deretter vil vi se på muligheten for fagutvikling, og til slutt ser vi på de ulike utfordringene sykepleierne møter ved avdelingen.

### 4.1 *Betydning av variert kompetanse*

#### 4.1.1 Varierte arbeidsoppgaver

Sykepleierne som deltok i intervjuene er enige om at ØHD er en spennende avdeling å jobbe på. Dette på grunn av de varierte arbeidsoppgavene, og de ulike pasientgruppene. På bakgrunn av dette føler sykepleierne at det stilles krav til deres kompetanse. I tillegg til å blant annet gi pleie, observere og lage mat, er det sykepleierne som tar blodprøver, gjør analyser og tar blodgasser. En del av arbeidsoppgavene og pasientgrupper er for mange av sykepleierne nye og ukjente. Det at pasientene som legges inn har behov for øyeblikkelig hjelp, gjør at arbeidsoppgaver og arbeidsmengde varierer fra dag til dag.

#### 4.1.2 Sykepleiekompetanse

ØHD er en avdeling med tidvis høyt tempo. Pasientene som legges inn kan være dårlige, noe som gjør at situasjoner fort kan forandre seg. I begge intervjuene blir det trukket frem at det er svært positivt at det bare er sykepleiere som er ansatt ved avdelingen, slik dette sitatet viser: *”Når det er svært hektisk i avdelingen er det godt å kunne støtte seg på hverandre og delegere oppgaver seg imellom. Alle de som er ansatt kan utføre alle oppgavene, og dette skaper en trygghet for oss som jobber her og også økt sikkerhet for pasientene”*.

På bakgrunn av at det bare er sykepleiere som jobber ved avdelingen mener de at det faglige nivået er høyt. Alle har ulike erfaringer fra tidligere arbeidsplasser, blant annet sykehus, sykehjem og hjemmetjeneste, noe som fører til faglige diskusjoner som bidrar til

å heve kompetansenivået. De ulike erfaringene er en viktig ressurs i avdelingen. Alle møter noe nytt eller noe det er lenge siden de har jobbet med, og det er da man ser viktigheten av at de ansatte har ulik kompetanse. I slike situasjoner kan man bruke kompetansen til hverandre, både gjennom samtale og diskusjon, men også ved å være ærlig på at man er usikker og stiller spørsmål.

Det gode arbeidsmiljøet har vært med på å skape en kultur hvor det er lov å være usikker og spørre om hjelp. Alle møter noe de er usikre på, og det er rom for å utvikle seg ved å innrømme at man er usikker og være spørrende for å tilegne seg mer kunnskap. Dette spiller en viktig rolle for kompetanseutvikling og pasientsikkerhet ettersom det åpner for faglige samtaler og diskusjoner.

Flere av de som jobber ved avdelingen har videreutdanning, blant annet i geriatri, intensivsykepleie, avansert klinisk sykepleie, veiledning og etisk refleksjon, og deres kompetanse er en viktig ressurs. Det kommer frem i intervjuene at flere av sykepleierne har lyst til å videreutdanne seg. Intensivsykepleier, kreftsykepleier og palliativ sykepleier er noen av fagområdene de mener hadde vært viktige ressurser å ha på bakgrunn av pasientgruppene de møter.

#### **4.1.3 Ansvar, selvstendighet og erfaring**

Som sykepleier ved avdelingen har man et stort ansvar, og det er viktig at man tilegner seg kunnskap for å kunne gi pasientene en faglig forsvarlig tjeneste. Mange av sykepleierne som ble ansatt var relativt nyutdannede og har fått en bratt læringskurve ettersom det stilles ganske store krav til selvstendighet. Det er ikke alltid det er tilgjengelig lege ved avdelingen, og da må sykepleier ha tilstrekkelig kompetanse for å observere og iverksette tiltak til man eventuelt får tak i legen. *”Det stiller mye krav til selvstendighet det å jobbe på en slik avdeling. Du har lege å henvende deg til på telefon når det er helg, men du må selv gjøre vurderingen etter du har for eksempel tatt en urinstix eller en CRP. Du må tenke mye selv, og tenke hva er det som kan feile denne pasienten”.*

Det kommer frem i det ene intervjuet, hvor det i hovedsak var sykepleiere med tre års erfaring, at det er en trygghet å ha kollegaer med mye erfaring *”Det å ha de som er litt eldre og har masse erfaring fra forskjellige områder er gull verdt!”* Også i det andre

intervjuet kommer det frem at erfaring er viktig for å mestre arbeidshverdagen. Man møter situasjoner som stiller krav til rask omstilling, for eksempel der en stabil pasient raskt blir dårligere. I tillegg til å kunne omstille seg og være fleksibel, krever det evne til samarbeid for å kunne utnytte de tilgjengelige ressursene på en god måte. I slike situasjoner er erfaring, kombinert med kompetanse og kunnskap, viktig for å handle raskt og effektivt.

#### **4.1.4 Samarbeid og samhandling med andre**

Selv om det jobber bare sykepleiere og leger ved avdelingen, samhandler og samarbeider sykepleierne i noen grad med andre profesjoner og yrkesgrupper. I perioder hvor det har vært mye sykdom har de leid inn assistenter uten sykepleierfaglig utdanning. Sykepleierne må også samarbeide med ambulanspersonell da mange blir innlagt via akuttmottak. Det er også tett samarbeid med personalet på laboratoriet og ved røntgenavdelingen på sykehuset.

Det eneste samarbeidet sykepleierne har med fysioterapeuter er ved å henvise videre til det kommunale tilbudet. Pasientene er innlagt på avdelingen i kort tid, og de er også ofte svært dårlig under innleggelsen slik at hovedfokuset er på akuttbehandlingen. Ved noen tilfeller må sykepleierne koordinere med kommunale ergoterapeuter før pasienten utskrives til hjemmet da det kan være behov for hjelpemidler. Utenom det er det veldig mye kommunikasjon med tildelingskontroret i kommunen.

Noe sykepleierne trakk frem som positivt var samarbeidet de har med de andre avdelingene på sykehuset. Om det er noe de lurer på angående en bestemt pasientgruppe kan de ta kontakt med den aktuelle avdelingen for å spørre hvordan de håndterer en viss situasjon eller hvilke prosedyrer de har. I tillegg har man mye kompetanse hos de ansatte som jobber ved legevakten man kan konferere med om noe er usikkert.

## ***4.2 Mulighet for fagutvikling***

### **4.2.1 Internundervisning og fagdager**

Ved spørsmål om hva som gjøres for å utvikle kompetansen ved avdelingen trakk begge sykepleiergruppene frem at internundervisning er et bra tiltak. Sykepleierne har selv fått

kommet med ønsker om tema som kan bli tatt opp på undervisningen. I tillegg blir det sett på som svært positivt at arbeidsgiver legger til rette for at personalet kan utvikle seg i arbeidstiden, ved at de som er/skal på vakt får gå på internundervisning og at det i rolige perioder er åpent for å hospitere ved ulike avdelinger på sykehuset for å videreutvikle seg.

Når sykepleierne blir spurt om hva som burde vært på plass for å videreutvikle kompetansen, svarer begge gruppene at de burde ha fagdager med ulike aktører som kan belyse et fagområde eller tema. Det hadde også vært greit med en oversikt over alle pasientgruppene de ofte møter, og en intern sertifisering for det som er aktuelt. Det å ha en systematisk måte å kartlegge kunnskap og drive med videreutvikling og oppfrisking av kunnskap er noe den ene gruppen trakk frem som noe som burde vært etablert ved avdelingen. De sier også at det burde bli lagt mer vekt på oppfrisking av de generelle tingene som f.eks. forflytting som et forebyggende tiltak, og ikke bare de store akutte og dramatiske situasjonene.

Da sykepleierne fikk spørsmål om det var noe som kunne vært annerledes svarte begge gruppene at de burde hatt flere prosedyrer. Ettersom avdelingen er så ny som den er, er dette med prosedyrer ikke satt i system. Sykepleierne har tilgang til prosedyresystem som VAR og NEL, men det kommer frem at de savner konkrete prosedyrer for avdelingen som kan sikre lik behandling og forløp for pasientene. I tillegg kan prosedyrer bidra til å styrke kompetansen. Ettersom at alle kommer fra hvert sitt felt er det ingen som har erfaring med alle pasientgruppene man møter på avdelingen, og faste prosedyrer kan da være et viktig verktøy for å gi sykepleierne innsikt i hva som er viktig å observere og kartlegge ved hver enkelt pasientgruppe. Det at prosedyrene enda ikke er på plass stilles høyere krav til kompetansen på de som jobber ved avdelingen. Alle sykepleierne sier at de må tenke mer selv og bruke hverandre mer enn om de hadde hatt faste prosedyrer.

#### **4.2.2 Kartleggingsverktøy**

Avdelingen har tatt i bruk ulike kartleggingsverktøy for å gi sykepleierne en systematisk måte å jobbe på. Alle pasientene som legges inn blir observert gjennom scoringssystemet NEWS, national early warning score, hvor sju vitale parameter bli observert og dokumentert for å så tidlig som mulig kunne avdekke endringer i pasientens tilstand. Det var også syv av sykepleierne ved avdelingen som fikk kurset proACT før de åpnet. Dette



er et kurs hvor helsepersonell får en grundig gjennomgang i hvordan man skal forebygge og behandle livstruende tilstander. Kurset gir kompetanse i å systematisk observere pasienten etter ABCDE prinsippene. De som fikk dette kurset lærte deretter videre til sine kollegaer.

Avdelingen driver også med pasientsikkerhetstavle hvor blant annet NEWS et er punkt, samt screening for trykksår, fallfare, ernæring og legemiddelsamstemming. Dette er også med på å sikre at sykepleierne observerer og kartlegger viktige områder for å gi pasienten god og sikker pleie og behandling. *”Med ulike scoringsverktøy blir det veldig målbart. Du kan ofte ha en følelse av og se på pasienten at det er noe som ikke stemmer og at han blir dårligere. Og istedenfor å si at nå synes jeg pasienten er dårligere kan du si; her har respirasjonsfrekvens, puls og blodtrykk endret seg, og scoringen på NEWS har gått fra null til fire. Man har faste verdier som kan stadfeste det man observerer, og alle skjønner hva du snakker om”.*

### **4.2.3 Introduksjonsprogram**

Da avdelingen åpnet måtte alle sykepleierne igjennom en sjekklister, der det blant annet var ulike e-læringer de måtte fullføre og få godkjent, samt at de måtte gå igjennom ulike rutiner og utstyr. De som ble ansatt etter åpningen måtte også igjennom en lignende liste, men mye er kortet ned. På spørsmål på om det finnes introduksjonsprogram for nyansatte for å sikre nødvendig kompetanse, svarer de at dette er noe som burde blitt utviklet ettersom det er veldig naturlig å ha. Det er en veldig sammensatt avdeling med mye nytt medisinskteknisk utstyr, og da er et slikt introduksjonsprogram en fin måte å hjelpe nyansatte på å utvikle eller repetere kunnskap.

## **4.3 Utfordringer i avdelingen**

### **4.3.1 Psykiatri og rus**

På spørsmål om utfordrende situasjoner ble psykiatri og rus brakt opp som første tema i begge gruppene. Sykepleierne sier at dette er et fagområde hvor de har for lite kompetanse, noe dette sitatet illustrerer: *”Pasienter som ikke er helt A4, som trenger mye hjelp men ingen vil hjelpe dem, disse kommer på ØHD. Føles det som iallfall. Vi alle tenker at dette*

*ikke er rett avdeling for dem, at de bør videre til alderspsykiatrisk avdeling eller annen psykiatrisk avdeling for å få utredning, vurdering eller hjelp som vi ikke har mulighet til å tilby ved denne avdelingen”.*

Rus og psykiatri er fagområde det ikke var fokus på i tiden før åpning av avdelingen og sykepleierne sier at det kanskje ikke passer inn i avdelingen. Det er mye frustrasjon rundt dette temaet ettersom de føler de ikke har god nok kompetanse samtidig som de opplever det vanskelig å samarbeide med de psykiatriske avdelingene i spesialisthelsetjenesten. Sykepleierne opplever at de som kommer inn med problemstillinger innenfor psykiatri og rus trenger utredning og behandling de ikke kan tilby.

Da sykepleierne får spørsmål om det hadde bedret situasjonen å få inn noen med kompetanse innenfor psykiatri og rus, svarer de at det er usikkert ettersom de føler at de som innlegges er i en for akutt fase. Likevel tror de at det kanskje hadde vært bra å utvikle kompetansen, både for leger og sykepleiere, innenfor medisinerings i den akutte fasen slik at de har et tilbud til pasientene.

Sykepleierne møter mange etiske dilemmaer knyttet til psykiatri og rus. Mange av de yngre som legges inn har debutert med et rusmiddel slik som amfetamin eller hasj. I slike situasjoner kan det være godt for ungdommene å ha noen nære sammen med seg i en tøff periode. Mange av disse ungdommene ønsker ikke at pårørende skal varsles, og sykepleierne opplever det ganske vanskelig ettersom at de ser behov for støtte.

### **4.3.2 Systemet**

Det er mange pasienter som må avvises fordi innleggelseskriteriene ikke er tilstede. Pasientene som skal legges inn skal ha behov for behandling, og diagnosen skal være avklart. Veldig mange pasienter legges inn med problemstillinger knyttet til smerte og mobilisering, der de kanskje trenger å få intravenøs væske. Da er innleggelseskriteriene der, men disse pasientene blir ofte lenge på avdelingen i påvente av korttids plass ved sykehjem. Den problemstillingen med smerte og mobilisering brukes i noen tilfeller for å få pasientene innlagt på avdelingen fordi de ikke klarer seg hjemme lenger. Dette er en vanskelig situasjon for sykepleierne da de føler på at avdelingen ikke blir brukt slik den er tiltenkt, samtidig som at plasser blir fylt opp slik at pasienter som er akutt syk ikke får

plass. Sykepleierne opplever også at det er ganske vanskelig å få pasientene videre gjennom systemet, og dette oppleves som frustrerende.

### **4.3.3 Kroniske sykdommer og funksjonssvikt**

Sykepleierne opplever at mange pasienter med kroniske sykdommer, slik som hjertesvikt og KOLS blir re-innlagt ved avdelingen. I noen av tilfellene kan det være vanskelig å samarbeide med kommunen, pårørende eller pasienten selv. Pasienten kan føle at han ikke har et godt nok tjenestetilbud, men så viser det seg at pasienten tilsynelatende har fått og har mye hjelp. Da blir sykepleierne stilt litt i midten og opplever det vanskelig å skulle hjelpe videre.

Mange av pasientene som legges inn er eldre, og en del av disse har kognitiv svikt. Også dette er en utfordring for sykepleierne ettersom mange av disse er i grenseland når det gjelder det å bo hjemme. Dette er en pasientgruppe som ofte blir inneliggende lengre enn 3 døgn, ettersom det optimale er at de får en korttidsplass. De kan ha behov for en utredning knyttet til den kognitive svikten. Det trekkes da frem blant sykepleierne at det er veldig positivt at avdelingen bare har enerom slik at det ikke blir forstyrrelser for de andre, kanskje svært akutt syke, dersom de får inn pasienter som er urolige.

### **4.3.4 Stillingsprosent**

En frykt den ene sykepleiergruppen sa de hadde var knyttet til det med dårlig stillingsprosent. De aller fleste har maks 75% stilling med jobb hver tredje helg samt ekstra helg hver 12. uke. Mange jobber andre steder eller tar på seg ekstravakter på kveld og natt, som gjerne er på helgene, for å fylle opp til en 100% stilling. I lengden er dette svært lite lukrativt, og en av sykepleierne sier: *”Den sammenlagte kompetansen som er ved avdelingen nå strekker absolutt til, men jeg er redd for at denne kompetansen skal forsvinne fordi vi ikke får høye nok stillinger”*.

## 5.0 Diskusjon

Vi vil i dette kapittelet tolke resultatene i relasjon til problemstillingen vår, ved hjelp av teorien som har blitt presentert tidligere i oppgaven. Vi vil først ta for oss sykepleiekompetanse og erfaring, deretter kompetanseutvikling og kartleggingsverktøy og til slutt de ulike utfordringer som sykepleierne opplever ved avdelingen.

### 5.1 Sykepleiekompetanse

Arbeidstempoet er tidvis høyt og ansvaret stort. Pasienter som legges inn kan ha alvorlige tilstander som snur raskt, og man har derfor gått inn for at de som jobber ved avdelingen bør ha sykepleiekompetanse. Som nevnt i resultatdelen vil dette være positivt da det kan gi trygghet i hektiske perioder, og man kan støtte seg fullt på kollegaene sine. Sykepleierne kan delegere oppgaver på tvers av hverandre, og alle kan utføre dem. Aiken mfl(2011) fant at i avdelinger med et økt antall sykepleiere ble dødeligheten redusert. Dette støttes også av studien Kane mfl (2007) utførte, hvor man så at pasientens tilstand kunne forbedres med flere sykepleiere på jobb. Studien viste sammenheng mellom bemanning og komplikasjoner som fall, trykksår og urinveisinfeksjon. Dette kan støtte teorien om at det er positivt at avdelingen består av kun sykepleiere, da sykepleiere har en annen kompetanse enn for eksempel assistenter. Sykepleiere lærer å bruke det kliniske blikket til å oppdage ulike tegn, og koble disse til teori om hva som kan være årsaken. Dette forventes ikke av assistenter (Fermann & Næss, 2010, s.204).

I de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det i punkt 1.7 ”Sykepleieren erkjenner grensene for egen kompetanse, praktiserer innenfor disse og søker veiledning i vanskelige situasjoner.” Vi fikk inntrykk av at sykepleierne er ærlige dersom de kommer i situasjoner hvor de er usikre, og en av årsakene til dette tror vi skyldes det gode arbeidsmiljøet som beskrives. En studie av Aiken mfl (2012) viser at et godt arbeidsmiljø er en relativt lite kostbar strategi for å forbedre kvalitet og sikkerhet, og for å øke tilfredsheten blant pasientene. Den viste også at dersom arbeidsmiljøet var godt, var tilfredsheten hos sykepleierne høyere. Det var mindre utbrenthet, og færre sykepleiere skiftet jobb.

Avdelingen har lite direkte samhandling med andre profesjoner enn leger. Sykepleierne fortalte at sykepleiekompetansen sammen med legenes kompetanse er tilstrekkelig for å dekke avdelingens behov. Pasientene som legges inn er akutt syke med kort liggetid, og det kan tenkes at det derfor er lite behov for ergoterapeut eller fysioterapeut. Samhandling med disse yrkesgruppene blir eventuelt ved utskrivelse av pasienter og dersom hjelpebehovet endrer seg. Sykepleiere er viktige for at samhandling skal fungere på tvers av helsetjenester, og de har et oversiktsperspektiv som vil kunne gi andre yrkesgrupper nyttig informasjon (Romsland mfl.,2015, s.210). Det kom frem at det å ta telefoner til andre avdelinger, blant annet lab for å få hjelp var viktig. En mulig forklaring på dette kan være at sykepleierne har fått oppgaver utover sin kompetanse og har behov for veiledning.

Resultatet viser at på grunn av lav stillingsprosent kan kompetansen forsvinne. Deltidsarbeid kan være like krevende eller mer enn heltid, da turnusen ofte kan være preget av flere ekstravakter og uforutsigbar arbeidstid (Abrahamsen mfl.,2012) Dette vil i lengden kunne være slitsomt, og sykepleierne som deltok i studien er redde for at folk vil slutte. En konsekvens av dette kan bli flere vikarer, nyansatte og personer uten sykepleiekompetanse. Dette vil da igjen kunne gå ut over pasientsikkerheten, da det som nevnt tidligere er en sammenheng mellom sykepleiere på jobb og dødelighet/forekomst av komplikasjoner (Aiken mfl,2011) (Kane mfl,2007).

## **5.2 Erfaring**

Sykepleierne har ulike erfaringer fra tidligere, og de er flinke til å bruke hverandres erfaring og kompetanse. Dette er et viktig ledd i kunnskapsbasert sykepleie. Benner (1995) mener at den teoretiske kunnskapen må være tilstede, men at den ikke er tilstrekkelig når man skal løse problemer. Da trenger man også erfaring som gjør at man kan oppfatte og handle på en mer effektiv og ressursbesparende måte. Teori er fundamentet som gir forståelse og kunnskap til å handle og reflektere, men erfaringskunnskapen handler om å anvende teorien samt å bruke og å trene opp ferdigheter (NSF,u.å). Grunnlaget for sykepleiers handlinger bør basere seg på et faglig skjønn som igjen baserer seg på kliniske erfaringer og etiske vurderinger, i tillegg til pasientens ønsker. Kunnskapsbasert sykepleie handler om å ta faglige avgjørelser basert på forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov (NSF,u.å).

Det kom frem at erfaring er viktig for å mestre hverdagen i avdelingen. Dette blir også trukket frem i teorien som et av kravene til sykepleierkompetansen. Noen av sykepleierne ved avdelingen er relativt nyutdannet, og de fortalte at det var en trygghet å jobbe med sykepleiere som har mye erfaring. Et viktig poeng når det handler om erfaring er at det ikke nødvendigvis handler om antall år som sykepleier, men like gjerne om situasjoner som utfordrer kunnskapen og at man tidligere har vært gjennom lignende (Benner,1995). Flere av sykepleierne har videreutdanning, og disse ble aktivt brukt som en ressurs i avdelingen. Dette vil kunne øke kompetansen gjennom faglige diskusjoner.

### **5.3 Kompetanseutvikling**

Selv om sykepleierne er trygge på egen og kollegaenes kompetanse og samhandlingen dem i mellom, kommer det frem noe usikkerhet om egen kompetanse er god nok. Den ene gruppen skulle ønske de hadde en form for individuell sertifisering, for å teste om egen kompetanse er tilstrekkelig. For at sykepleier skal kunne utvikle sin individuelle kompetanse sier Benner (1995) at det er viktig sykepleierne evaluerer eget kunnskapsnivå for at man lettere skal få innblikk i hvilke områder de må forbedre kunnskapen for å utvikle egen kompetanse. Når man har fått innblikk i hvilket nivå man ligger, og hvilken kompetanse dette nivået gir, er det lettere å systematisk drive opplæring. Dette prinsippet med selvevaluering og systematisk opplæring gjelder også den samlede kompetansen på avdelingen.

Internundervisning blir trukket frem som positivt for kompetanseutviklingen ved avdelingen. Sykepleierne får selv komme med forslag til temaene for undervisningen, og disse baserer seg da på hva de mener de trenger mer kunnskap om. Sykepleierne har også et ønske om at det skal arrangeres fagdager for å få undervisning om større deler av et fagområde. Ved å delta på internundervisning og fagdager kan sykepleierne tilegne seg mye kunnskap, spesielt da undervisningen foregår i grupper bestående av likemenn. I slike gruppeundervisninger kan deltakerne dra fordeler av hverandres kompetanse ved å dele kunnskap, ideer og erfaringer knyttet til temaet det undervises om (Boud,mfl.,2014).

Avdelingen bruker prosedyresystemene NEL og VAR, men det kom frem i intervjuene at sykepleierne ønsker egne prosedyrer knyttet til blant annet undersøkelser og diagnoser ved avdelingen. Faste prosedyrer kan være med på å skape mindre usikkerhet samt å sørge for en helhetlig tjeneste der oppgaver blir utført på lik måte. For å få gjennomført dette kan en løsning være at en gruppe får ansvaret med å lage prosedyrer tilpasset avdelingen. I kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene §3 står det at kommunen skal etablere et prosedyresystem som sikrer at de som yter en tjeneste som sørger for at brukerne får det de har behov for til rett tid. I tillegg skal prosedyresystemet sørge for at det blir gitt et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar tjenestens kontinuitet.

Ved rolige dager på avdelingen har sykepleierne mulighet til å hospitere ved ulike avdelinger på sykehuset. Dette kan bidra til at de får kunnskap de kan ta med seg tilbake, og er positivt da det vil kunne heve kompetansen. Sykepleier har også et personlig ansvar for å holde seg oppdatert om utvikling innen fagområder etter de yrkesetiske retningslinjer punkt 1.4, og hospitering ved spesialiserte avdelinger vil være en god måte å gjøre dette på.

Kompetanseutvikling gir trivsel, da økt kompetanse gir mestringsfølelse. Men på den andre siden vil kanskje nyutdannede falle utenfor og oppleve en brå overgang fra studiet. Det kom frem i intervjuene at det i starten var et introduksjonsprogram for nyansatte, men at dette ved senere ansettelse var blitt kortet mye ned på. Et slikt introduksjonsprogram kan ha en sammenheng med jobbtilfredshet, og dersom introduksjonen er mangelfull kan denne tilfredsheten være lav. Ved avdelingen er det en del relativt nyutdannede sykepleiere. Da vil et fullstendig introduksjonsprogram være enda viktigere, for å unngå at de opplever overgangen fra studiet til arbeidslivet som brutal. God tilrettelegging med arbeidsoppgaver tilpasset erfaringen vil kunne gjøre overgangen lettere (Orvik, 2015, s. 27). Det er også sett at systematiske program vil kunne gi en kompetanseutvikling som går raskere enn ved tilfeldige opplegg (Orvik, 2015, s.29).

#### **5.4 Kartleggingsverktøy**

Benner (1995) skriver at ekspertsykepleieren ofte kan ha en følelse på at pasientenes tilstand er i ferd med å endre seg. Dette kom også frem i intervjuene av sykepleierne, da de

fortalte at de ofte kunne se at pasientens tilstand endret seg, uten å konkret ha noe å vise til. De hadde nylig begynt å bruke NEWS for å bedre kunne dokumentere de vitale parameterne de observerte hos pasienten, og dette bekreftet ofte følelsen av endringer. Ved å bruke slike kartleggingsverktøy kan man tidligere identifisere forverring, som igjen gjør at forebyggende tiltak eller behandling blir iverksatt tidligere (Granaas mfl., 2016). Men selv om kartleggingsverktøy, prosedyrer og andre teoretiske skjema er god hjelpemidler, kan de ikke erstatte en faglig vurdering som er basert på kunnskap og erfaring (Benner, 1995).

## **5.5    *Utfordringer***

Et av de sentrale funnene i studien er at sykepleierne mener kompetansen i avdelingen strekker til, men det kom på den andre siden frem at pasienter med problemstillinger innenfor psykiatri og rus er utfordrende. En av målgruppene for ØHD er pasienter med lette og moderate helseproblemer knyttet til psykiatri og rus. Psykisk krise, tilbakefall eller forverring (for eksempel på grunn av stress, konflikt eller hjemmeforhold) kan føre med seg akutt funksjonsnedsettelse på ulike områder. Da kan innleggelse være nødvendig for å hjelpe pasienten og kanskje roe en vanskelig livssituasjon (Helsedirektoratet,2016).

Sykepleierne opplever at pasientene ofte er i en for akutt fase av sykdommen sin, og at sykepleiekompetansen ikke er tilstrekkelig for å kunne gi en god tjeneste. De føler også at utformingen på avdelingen ikke passer denne pasientgruppen. Pasienter med problemstillinger innenfor psykiatri og rus skal ha et tilbud med blant annet observasjon og miljøterapeutisk behandling, og oppfølging preget av omsorg, struktur og støtte (Helsedirektoratet,2016). Noen pasienter kan trenge hjelp til å ivareta egenomsorg og mobilisering av egne ressurser. For pasienter med rusmiddelproblematikk kan avdelingen være et sted de kan komme ved behov for en kortvarig innleggelse i et trygt miljø, for eksempel i påvente av døgnbehandling.

En mulig forklaring på denne utfordringen kan være at pasientene ved avdelingen ble henvist fra ulike leger, både fra akuttmottak, legevakt og legekantor. I doktorgraden til Leonardsen (2016) kommer det frem at leger synes det er vanskelig å bestemme hvilke pasienter som er kandidater for ØHD. Alle legene har ulike erfaringer, noe som kan gjøre



kategoriseringen av pasienters problem ulik. Veilederen fra helsedirektoratet (2016) har en liste over pasienter som er i målgruppen for ØHD, men likevel opplever sykepleierne at det legges inn pasienter med behov for andre tjenester enn det de kan tilby. Det står også i veilederen at det må etableres klare kriterier for innleggelse, og at disse kriteriene må være kjent blant alle leger som kan legge inn pasienter, og også blant annet helsepersonell. Dersom man skaper en felles forståelse blant leger og øvrig helsepersonell om tjenestene ØHD kan tilby, kan det bli lettere å lage faste kriterier for hvilke diagnoser og alvorlighetsgrad som kan legges inn. Det er kanskje nødvendig å finne en måte å skjematiskere og score pasientene på slik at innleggelsen ikke bare beror på erfaringene til den innleggende legen.

Men selv om behovet for tydeligere kriterier og en felles forståelse er tilstede, mener sykepleierne likevel at de ikke har tilstrekkelig kompetanse til å gi pasientene et godt tjenestetilbud innenfor psykiatri og rus. Helsedirektoratet (2016) sier at tilbudet om ØHD innen psykiatri og rus skal etableres sammen med kompetansen som allerede finnes i kommunen. I tillegg bør det, mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, inngås avtaler om konsultasjoner, dialog og veiledning av de ansatte av personell med kompetanse innen psykiatri og rus. Sykepleierne som deltok på intervjuene opplever at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten er godt innenfor somatikken, men at det ikke er like godt når det kom til psykiatri og rus. For at sykepleierne skal føle mer mestring og føle de har et bedre tilbud til pasientene, kan det å etablere et godt samarbeid med både kommune og spesialisthelsetjenesten være en løsning. I tillegg ville det kanskje være behov for noen i avdelingen med kompetanse innenfor fagområdet psykiatri og rus.

En annen pasientgruppe de opplevde det som utfordrende å gi et godt nok tilbud til var pasienter med kroniske somatiske sykdommer som opplevde forverringer i tilstanden sin. Dette er også en av målgruppene for innleggelse i ØHD, så lenge de ikke trenger vurdering av tilstandens alvorlighetsgrad, komorbiditet eller funksjonssvikt (Helsedirektoratet, 2016). Sykepleierne kunne noen ganger oppleve det som at disse pasientene ikke ble innlagt for de var akutt syk, men fordi de trengte sykehjemsopphold. Dette kan være utfordrende fordi pasientene ikke får det de har krav på, og avdelingen ikke brukes som den er tiltenkt. Det kan tenkes at dersom det skapes en felles forståelse for bruken av avdelingen unngår man slike utfordringer.

## 5.6 Metodekritikk

Et gruppeintervju skal vanligvis ha mellom 6-12 deltakere (Christoffersen mfl.,2015, s.87). Grunnet begrenset tid og at vi ikke hadde gjennomført gruppeintervju tidligere valgte vi å intervju færre. Dette hjalp oss å styre intervjuene, samt mestre balansen mellom diskusjonsflyt og rammene for intervjuet (Christoffersen mfl.,2015, s.73). I det første intervjuet var det veileder som ønsket velkommen og presenterte prosjektet. Dette kan ha påvirket tilliten deres til oss, da den første fasen skal brukes til å skape relasjon og trygghet. Det andre intervjuet var det vi som styrte fra starten, noe som også gav resten av intervjuet god flyt. At vi hadde hatt et intervju dagen før kunne også vært en av årsakene til den gode flyten.

I det ene intervjuet var det utfordrende å få alle med i dialogen. Vi fikk hjelp underveis av veileder, men likevel var det en av sykepleierne som bidro lite i diskusjon. Dette kan bety at vedkommende er uenig i det som blir sagt (Malterud,2017, s.110), men når de andre sykepleierne snakket bekreftet vedkommende med kroppsspråk at hen var enig.

Ved spesielt det ene intervjuet kunne det virke som at sykepleierne ikke hadde fått informasjonen på forhånd fra avdelingen, noe som resulterte i at vi måtte bruke tid på mer detaljert informasjon i starten av intervjuet. Dersom noe skulle vært gjort annerledes ville vi ha forsikret oss om at de fikk tilstrekkelig informasjon på forhånd.

Det finnes ulike måter å transkribere intervju på, blant annet å bare plukke ut det som er relevant. Vi valgte å transkribere lydopptakene ordrett. Dette kan gi oppgaven vår en høyere validitet da vi ikke risikerer å gå glipp av viktige poeng, men dette er mer tidkrevende (Christoffersen mfl.,2015, s.82).

## **6.0 Konklusjon**

I denne studien ville vi finne ut hvordan sykepleier ved øyeblikkelig hjelp døgnavdeling erfarer sykepleiekompetansen i avdelingen.

Resultatene viser at det er behov for en bred sykepleiekompetanse i avdelingen.

Sykepleierne mener at den samlede kompetansen er tilstrekkelig, da det er stor variasjon i den individuelle kompetansen deres. De har ulike erfaringer fra tidligere, og et godt arbeidsmiljø med gode faglige diskusjoner. Sykepleierne poengterte viktigheten av å ha erfaring i avdelingen. Det var likevel en fare for at kompetansen kunne forsvinne, dette på grunn av lave stillingsprosent.

Fagutvikling på arbeidsplassen kommer frem som svært viktig for å kunne opprettholde kunnskap og kvalitet. Det trekkes frem som positivt at de har internundervisning i avdelingen, men sykepleierne kunne også tenkt seg større fagdager. Prosedyrer som er tilpasset avdelingen er noe som kan være med på å styrke pasientsikkerheten, da man med faste prosedyrer kan få en tjeneste som er helhetlig og med mindre usikkerhet.

Videre kommer det frem at kompetansen for å gi et godt tilbud til pasienter med problemstillinger knyttet til psykiatri og rus ikke er tilstrekkelig, og at det trengs utvikling på dette fagområdet. Det viser seg også at det kan være behov for tydeligere kriterier og en felles forståelse av hvem som kan legges inn ved ØHD.

### ***6.1 Anbefaling til videre forskning***

Vår anbefaling til videre forskning vil være å inkludere pasienter og pårørende sin opplevelse av en slik avdeling. Også øverste leder/avdelingsleder kan man inkludere for å bekrefte det sykepleierne uttaler seg om. Man vil da trolig finne større variasjon, og det kan oppdages flere konkrete eksempler ved å intervju pasienter. Alle informantene i denne studien var fra den samme avdelingen, og det kan trolig øke reliabiliteten dersom man inkluderer avdelinger fra ulike steder i landet.

## 7.0 Litteraturliste

Abrahamsen, B., Holte, K. og Laine, M. (2012) Work-family interference: Nurses in Norway and Finland *Professions & Professionalism*, [Internett], 2 (1) s. 60-74 DOI: <https://doi.org/10.7577/pp.v2i1.19>

Aiken, L., Cimiotti, j., Sloane, D., Smith, H., Flynn, L. og Neff, D. (2011) The effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments *Medical care* [Internett], 49 (12) s. 1047-1053 DOI: [10.1097/MLR.0b013e3182330b6e](https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182330b6e)

Aiken, L., Sermeus, W., Heede, K., Sloane, D., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A., Griffiths, P., Moreno- Casbas, M., Tishelman, C., Scott, A., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Sjetne, I., Smith, H. og Kutney-Lee, A. (2012) Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United states *The bmj* 344 s. 1-14 DOI: [10.1136/bmj.e1717](https://doi.org/10.1136/bmj.e1717)

Aiken, L., Sloane, D., Bruyneel, L., Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kozka, M., Lesaffre, E., McHugh, M., Moreno- Casbas, M., Rafferty, A., Schwendimann, R., Scott, A., Tishelman, C., Achterberg, T. og Sermeus, W., (2014) Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study *The Lancet* [Internett], 383 (9931) s. 1824-1830 DOI: [10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)

Benner, P. (1995) *Fra novise til ekspert: dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis* København: Munksgaard

Boud, D., Cohen, R. & Sampson, J. (2014) *Peer Learning in Higher Education: learning form and with Each Other*. London: Routledge.

Bruvik, F., Drageset, J. & Abrahamsen, J. (2017) Fra sykehus til sykehjem- hva samhandlingsreformen har ført til. *Sykepleien* [Internett]. Tilgjengelig fra:

<https://sykepleien.no/forskning/2017/02/fra-sykehus-til-sykehjem> [Lest 5. Desember 2017].

Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P-A. & Utne, I. (2015) *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene* Oslo: Abstrakt forlag

Fermann, T. og Næss, G. (2010) Eldreomsorg i hjemmesykepleie I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff A. *Geriatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 196-218.

Granaas, M., Vatn, L. & Lund, S. B. (2016) Fanger opp forverring tidligere. *Sykepleien* [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2016/05/systematisk-observasjon-av-darlige-pasienter> [Lest 2. Mai 2018].

Helsedirektoratet (2016) *Kommunens plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Veiledningsmateriell* [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/133/Kommunenes-plikt-til-oyeblikkelig-hjelp-dognopphold-veiledningsmateriell.pdf> [Lest 1. November 2017]

Helsedirektoratet (2017) *Samhandlingsreformen* [Internett] Oslo: Helsedirektoratet Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen> [Lest 11. April 2018]

Helse- og omsorgstjenesteloven- hol (2011) *Lov om kommunal helse- og omsorgstjenester m.m § 3-5*

Kane, R., Shamliyan, T., Mueller, C., Duval, S. og Wilt, T. (2007) The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: Systematic review and meta-analysis *Medival Care* [Internett], 45(12) s. 1195-1204 DOI: [10.1097/MLR.0b013e3181468ca3](https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181468ca3)

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. November nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. Desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. § 3*

Leonardsen, A-C. (2016) *Pasienters og legers syn på kommunale akuttavdelinger* [doktorgrad]. Universitetet i Oslo. Tilgjengelig fra: <https://www.duo.uio.no/handle/10852/54643>

Leonardsen, A-C., Del Busso, L., Grøndahl, VA., Ghanima, W., Jelsness-Jørgensen, L-P., (2016) General practitioners' perspectives on referring patients to decentralized acute health care, *Family practice* [Internett], 33(6), s. 709-714. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmw087>

Leonardsen, A-C., Del Busso, L., Grøndahl, VA., Ghanima, W., Barach, P., Jelsness-Jørgensen, L-P., (2016) A qualitative study of patient experiences of decentralized acute healthcare services, *Scandinavian journal of primary health care* [Internett], 34(3), s. 317-324 Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1080/02813432.2016.1222200>

Malterud, K (2017) *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* 4. Utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Meretoja, R., Isoaho, H., Leino-Kilpi, H. (2004) Nurse Competence Scale: development and psychometric testing, *Journal of Advanced Nursing* [internett], 47(2), s. 1365-2648 DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.3004.03071.x>

NN kommune (2017) *Øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD)* [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://nn.kommune.no/tjenester/helse/helsetjenester/akutte-helsetjenester/8984-oyeblikkelig-hjelp-dognopphold-ohd> [Lest 19. mars 2018]

Norsk sykepleierforbund (2008) *Sykepleie* [Internett] Oslo Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/Content/135904/Sykepleie%25202008.pdf> [Lest 20. desember 2017]

Norsk sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICN etiske regler*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer> [Lest 7. mai 2018]

NSF (u.å) *Sykepleie- et selvstendig og allsidig fag* [Internett] Oslo: Norsk sykepleieforbund. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/122020/Sykepleie---et-selvstendig-og-allsidig-fag%20> [Lest 8. mai 2018]

Orvik, A. (2015) *Organisatorisk kompetanse Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Romsland, G., Dahl, B. og Slettebø, Å. (2015) *Sykepleie og rehabilitering* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen- rett behandling- på rett sted- til rett tid* [Internett] Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/sec1> [Lest 1. November 2017]

Young, J. (2009) The development of intermediate care services in England *Archives of Gerontology and Geriatrics* [Internett], 49(2) s. 21-25 DOI: [10.1016/S0167-4943\(09\)70008-1](https://doi.org/10.1016/S0167-4943(09)70008-1)

## Vedlegg 1 – Intervjuguide

### Innledning:

Ønske velkommen til deltakerne. Presentere seg selv, og si noe kort om prosjektet de har sagt ja til å delta i.

Stille innledende spørsmål om de ikke har blitt besvart på samtykkeskjemaet.

1. Hvor mange år har du jobbet som sykepleier?
2. Hvor lenge har du jobbet ved denne avdelingen?
3. Har du erfaring fra tidligere? Eventuelt hvor?

Spørre hva deltakerne legger i/tenker når de hører begrepet ”sykepleiers kompetanse”?

### Hovedspørsmål:

#### Sykepleiers kompetanse

- Kan dere fortelle litt om hvordan det er å jobbe som sykepleier ved denne avdelingen?
- Hva opplever dere som positivt?
- Er det eventuelt noe dere synes kan gjøres annerledes? (Litt usikker på hvordan formulere dette spørsmålet)
- Hva er deres tanker om nødvendig kompetanse ved avdelingen? (Hva er deres erfaringer i forhold til kompetansebehovet ved avdelingen?)
- Opplever dere at kompetansen strekker til i forhold til alle pasientgruppene dere møter?  
-(Kanskje tenker vi spesielt på psykiatriske diagnoser)

### Kompetanseutvikling:

- Hvordan jobber dere for å opprettholde og tilføre ny kompetanse ved avdelingen?  
-Er det tilrettelagt for dette i arbeidstiden?
- Hva mener dere skal til for å vedlikeholde kompetansen som allerede er her?  
(kompetanseplan, fagdager, etc.?)



- Har avdelingen noe verktøy for å bedre kompetansen?
- Er det noe form for introduksjonsprogram for nyansatte for å sikre kompetanse?

### **Samarbeid/kommunikasjon**

- Tverrprofesjonelt samarbeid er et mye omtalt tema. Kan du fortelle litt om det tverrprofesjonelle samarbeidet ved avdelingen?
  - Hvilke andre profesjoner fins ved avdelingen?
- Kan dere fortelle litt om kommunikasjon med andre avelinger?
- Velferdsteknologi- hvordan er det ved denne avdelingen i forhold til andre arbeidsplasser?

### **Andre situasjoner**

- Er det noen situasjoner dere opplever som spesielt utfordrende?
- Er det noe ved denne avdelingen dere vil trekke frem som spesielt bra?

### **Avslutning**

1. Av alt vi har snakket om, hva er viktigst å få frem?
2. Har vi glemt noe, eller er det noe dere mener vi ikke har snakket nok om som dere vil tilføye?
3. Kan vi kontakte deg ved en senere anledning dersom det skulle dukke opp flere spørsmål?

## Vedlegg 2 – Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet



### Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

## Hvilken kompetanse erfarer sykepleiere ved en ØHD avdeling at de trenger for å utføre oppgavene?

---

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt utført av bachelorstudenter og veiledet av Marianne Frilund og Rigmor Einang Alnes. Prosjektet gjennomføres for å få innsikt i sykepleiers kompetanse og erfaring ved en ØHD-avdeling. For å få mer innsikt i dette har vi valgt å intervju sykepleiere som jobber ved ØHD-avdelingen i NN.

### Hva innebærer PROSJEKTET?

Hensikten med prosjektet er å få mer innsikt i sykepleieres erfaringer i å jobbe ved en ØHD-avdeling. Mer spesifikt ønsker vi å få kunnskap om sykepleiers erfaringer til kompetansen som trengs i forhold til oppgavene på en ØHD-avdeling.

Det vil blir gjennomført to gruppeintervju med 3 – 5 sykepleiere i hver gruppe. Disse intervjuene vil være på ca. 1 time. Intervjuene vil bli tatt opp med lydopptaker for så å bli transkribert og analysert, og funnene vil bli presentert for avdelingen.

### Mulige fordeler og ulemper

Sykepleierne ved avdelingen vil få et innblikk i hvilken kompetanse som kreves for å sikre en god tjeneste for pasientene. Det kan også være at man oppdager områder der man har behov for bedre kompetanse.

### Frivillig deltakelse og mulighet for å trekke sitt samtykke

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte:

**Rigmor Einang Alnes**  
Førsteamanuensis  
NTNU – Ålesund  
[rigmor.e.alnes@ntnu.no](mailto:rigmor.e.alnes@ntnu.no)  
Tel: 93083505  
*prosjektleder*

**Ingrid Martine Selliseth**  
Sykepleierstudent  
NTNU – Ålesund  
[imsellis@ntnu.no](mailto:imsellis@ntnu.no)  
Tel: 93806303

**Mari Aunan Vik**  
Sykepleierstudent  
NTNU – Ålesund  
[maravi@ntnu.no](mailto:maravi@ntnu.no)  
Tel: 90251712

**Hva skjer med informasjonen om deg?**

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste.

Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Informasjon om deg vil bli anonymisert eller slettet senest fem år etter prosjektslutt.

**Samtykke til deltakelse i PROSJEKTET**

Jeg er villig til å delta i prosjektet

---

Sted og dato

Deltakers signatur

---

Deltakers navn med trykte bokstaver

### **Vedlegg 3- Informasjonsskriv til avdelingsleder**

Vi sender deg dette informasjonsskrivet i forbindelse med vår bacheloroppgave. Vi går siste året på sykepleiestudiet, og skal skrive en bacheloroppgave om sykepleiers oppgaver og kompetanse ved en ØHD-avdeling.

I forbindelse med bacheloroppgaven ønsker vi å gjennomføre 2 fokusgruppe intervju med ca. 5 sykepleiere ansatt ved ØHD- avdelingen i Ålesund, for å få fram erfaringer og synspunkter knyttet til nødvendig kompetanse ved en ØHD-avdeling. Vi vil legge opp til en åpen dialog, med åpne spørsmål og mulighet for refleksjon. En av veilederne våre på bacheloroppgaven, Marianne Frilund og Rigmor Einang Alnes, vil delta i intervjuet. Dersom det er aktuelt å gjennomføre intervjuene ber vi deg vennligst informere sykepleiergruppen om prosjektet, og videreformidle vedlagt informasjonsskriv (Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt) til sykepleiere som eventuelt kan tenke seg å delta.

Intervjuet vil ha en varighet på maks 60 minutter. Dersom det er mulig for dere ønsker vi å gjennomføre intervjuene i januar 2018 ved avdelingen i arbeidstiden til aktuelle sykepleiere. Intervjuene vil bli tatt opp på digitalt lydbånd, transkribert og brukt i bacheloroppgaven. Intervjumaterialet vil bli diskutert med veileder, ellers er vi de eneste som skal behandle innsamlet materiale. Materialet vil bli behandlet konfidensielt og slettet i løpet av mai 2018. Alle person- og stedsopplysninger vil bli anonymisert.

Deltakelse i prosjektet er frivillig, og sykepleierne kan når som helst trekke seg fra prosjektet på et hvilket som helst tidspunkt uten begrunnelse. Eventuelle innsamlede data vil da bli slettet umiddelbart.

Med vennlig hilsen

Ingrid Martine Selliseth, [imsellis@stud.ntnu.no](mailto:imsellis@stud.ntnu.no), 93806303

Mari Aunan Vik, [maravi@stud.ntnu.no](mailto:maravi@stud.ntnu.no), 90251712