

Muligheter og begrensninger i sykepleierens handlingsrom når sykehjemspasientens sykdomstilstand forverrer seg

Synnøve Vestly

UiT Norges arktiske universitet

Linda M. Løvdal

Gratangsheimen, tidligere ansatt ved UiT Norges arktiske universitet

Abstract: The purpose of this chapter is to highlight the experiences of nurses working in nursing homes when it comes to detecting changes in a patient's condition at an early stage, so that treatment can be initiated as early as possible. How do nurses experience their sphere of action, their opportunities and their limitations to detect changes at the earliest stage possible?

Studies show that nurses experience this sphere of action as very limited. These limitations show most clearly when there is only one nurse on duty. In this situation, keeping track of all patients and their needs is particularly demanding and difficult, especially if other employees are untrained. With one exception, all informants feel that it is their responsibility if something goes wrong, and several say that it gives them a bad conscience to know that patients have suffered unnecessarily on their guard.

The informants indicate that their working lives have changed significantly after the introduction of the coordination reform.

The scope of both academic and organizational tasks has increased. The patients are sicker, which means that nurses are given more as well as more complicated and time-consuming tasks that only nurses have the competence to perform. All informants agree that this is both positive and negative. It is positive because the assignments are more varied, interesting and relevant to their specific professional competence. It is negative partly because not enough positions have been created

Sitering av denne artikkelen: Vestly, S. & Løvdal, L. M. (2020). Muligheter og begrensninger i sykepleierens handlingsrom når sykehjemspasientens sykdomstilstand forverrer seg. I B. L. L. Kassah, H. Nordahl-Pedersen & W.-A. Tingvoll (Red.), *Handlingsrom for profesjonalisert velferd: Kommunale tjenester for helse, omsorg og barnevern* (Kap. 9, s. 199–219). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.114.ch9>

Lisens: CC-BY 4.0.

relative to the increased workload and partly because nurses have a greater responsibility, especially when there is only one nurse on duty. This happens relatively often due to high levels of sick leave and vacant positions. Several of the informants say that a redistribution of work tasks between the various occupational groups could help to expand their sphere of action in order to give them more time to attend to their specific tasks.

Keywords: academic responsibility, competence, nursing in nursing homes, deteriorating condition, responsibility, division of tasks

Innledning

Hensikten med denne studien er å løfte fram erfaringer sykepleiere som jobber i sykehjem gjør seg når det skjer endringer som tilsier forverring av pasientens tilstand. Hvordan opplever sykepleiere sitt handlingsrom for å kunne oppdage forverring i pasientens tilstand på et tidlig stadium i sykdomsutviklingen? Med handlingsrom forstås muligheter for å gjøre valg i rommet mellom begrensninger og krav (Stewart, 1982, 1989). Krav er juridiske rammer i form av lover, forskrifter, yrkesetikk, institusjonens målsettinger og stillingsbeskrivelser – altså hva som defineres som grunnlag for forsvarlig tjenestetilbud. Forventninger fra omgivelsene og fra sykepleieren selv kan også defineres som krav. Begrensningene kan være økonomiske rammer, noe som kan gi seg utslag i lav bemanning og i hvilken kompetanse som til enhver tid er tilgjengelig for å oppfylle kravene som er satt til forsvarlighet (Stewart, 1982, 1989).

Det er stor mangel på sykepleiere i Norge i dag, og prognosene tilsier at mangelen vil øke i tiden framover. I 2018 var mangelen på sykepleiere 4550, og mangelen på spesialsykepleiere var 1350 (Kolstø & Sørbø, 2018, s. 8). I 2035 vil mangelen være på 28 000 sykepleiere, og denne mangelen vil være selvforsterkende (Gautun, Øien & Bratt, 2016, s. 37). Kommunene har ikke greid å følge opp kravet om tilstrekkelig kvalifisert bemanning (Mæhre, 2017). Ved siden av stort behov for sykepleiere i kommende år vil også behovet for helsefagarbeidere i den kommunale helse- og omsorgssektoren være økende. I 2014 var cirka 25 prosent av årsverkene som var knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester, uten helse- og sosialfaglig utdanning, altså ufaglærte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 73), og denne prosentandelen er økende. Med en økende prosentandel

ufaglærte på sykehjemmene vil samlet kompetanse bli lavere, og sykepleiernes handlingsrom vil bli innskrenket.

Etter at samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) ble iverksatt i 2012, har sykehjemmene fått overført pasienter fra spesialisthelsetjenesten som skrives ut som ferdigbehandlet. Dette er pasienter som tidligere lå inne på sykehuset for pleie og observasjoner, og som nå skal observeres og følges opp i sykehjem. Haug (2012) sier i en kommentar i *Tidsskrift for Den norske legeforening* at «ved innføringen av samhandlingsreformen har 'ferdigbehandlet' gått fra å være et medisinsk til å bli et økonomisk spørsmål». Etter gjennomføring av samhandlingsreformen har de faglige kravene til sykepleierne i kommunehelsetjenesten økt, fordi pasienter innlagt i sykehjem er sykere (Mæhre, 2017).

Et av formålene i helse- og omsorgstjenesteloven (2011, kap. 1, § 1–1) er å sikre kvalitet og likeverd i tjenestetilbudet til kommunens innbyggere. I helsepersonelloven (1999, kap. 2, § 4–5) heter det at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i tråd med det forsvarlighetskravet som er tillagt deres profesjon. Videre står det at arbeidsoppgaver kan overlates til annet personell eller medhjelper hvis oppgavens art tilsier at dette er forsvarlig.

Forsvarlighetskravet er en rettslig standard forankret i fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige etiske normer. Kravet viser til normer som beskriver hvordan tjenestene bør være. Normene kan betegnes som god praksis, og de danner også utgangspunkt for å fastlegge grensen mot det uforsvarlige. Mellom det som betegnes som god praksis og forsvarlighetskravets nedre grense vil det være rom for skjønnstøvelse. Det er kommunens ansvar å planlegge og iverksette tiltak som er nødvendig for å sikre at tjenestene som ytes, alltid er forsvarlige (NOU 2018: 16).

Norsk sykepleierforbund (NSF) har definert grensene for faglig forsvarlig praksis. Fra en lang liste henter vi tre punkter som er særlig aktuelle i denne sammenhengen (Norsk sykepleierforbund, 2018, s. 21):

- Pasienten blir ikke observert på et tilstrekkelig faglig grunnlag.
- Pasienten får komplikasjoner og tilleggslidelser fordi tegn på endret sykdomssituasjon ikke fanges opp eller nødvendige tiltak iverksettes i rett tid.

- Pasienten får ikke tilfredsstillende smerte-/symptomlindring på grunn av tidspress og/eller manglende kompetanse.

Det er i dette kompliserte bildet sykepleieren skal gjøre sine handlingsvalg. Sykepleieren har en sentral funksjon når det gjelder organisering, prioriteringer, ansvar, kvalitet og forsvarlig pleie. Disse oppgavene er knyttet til direkte pasientkontakt, men også til organisering av annet personell, prioritering og fordeling av oppgaver, dokumentasjon og overordnet ansvar for pasientgrupper og hele avdelinger. Mot denne bakgrunnen er vårt forskningsspørsmål følgende: *Hvordan opplever sykepleierne sitt handlingsrom når det gjelder å kunne oppdage forverring i pasientens tilstand på et tidlig stadium i sykdomsutviklingen?*

Tidligere forskning

Flere studier gjort på sykehus konkluderer med at mangel på kompetanse, manglende (eller mangelfull) dokumentasjon, svikt i samarbeid og i kommunikasjon, er de vanligste årsakene til at det blir gjort feil i pasientomsorgen. Feilene dreier seg om alt fra feilmedisinering til fall, mangelfull observasjon og sent eller manglende utførte tiltak (Andersson, Frank, Willman, Sandman & Hansebo, 2018; Bragadóttir & Kalisch, 2018; Kalisch & Xie, 2014).

I en studie gjort blant leger og sykepleiere kommer det fram at det forutsetter faglig dyktige sykepleiere, helst med spesialutdanning innen geriatri, kreftsykepleie og palliasjon, å gi pasienter i sykehjem forsvarlig behandling og god pleie og omsorg (Dreyer, 2017, s. 182–183).

Hvis kompetansen i sykehjemmene ikke er tilstrekkelig til å gi pasientene forsvarlig pleie, bør pasientene behandles i sykehus. De fleste innleggelser av pasienter fra sykehjem til sykehus kunne vært unngått. Likevel ses det at pasienter som innlegges fra sykehjem til sykehus, ofte får komplikasjoner. Det viser seg at dette er noe som kan unngås hvis behandlingen kommer i gang på sykehjemmet før pasientens tilstand er blitt så alvorlig at sykehusinnleggelse ikke kan unngås. Men det krever forbedring av kompetansen til ansatte i sykehjemmet, slik at sykdomsutviklingen kan oppdages på et tidlig stadium

(Briggs, Coughlan, Collins, O'Neill & Kennely, 2013; Dreyer, 2017, s. 182–183).

I en studie gjort i en forsterket sykehjemsavdeling forteller sykepleierne at de ofte opplever å måtte bære et stort ansvar alene når de er på vakt. Dette legger stort press på den enkelte sykepleieren når hun må prioritere hvem som først skal få hjelp av henne, samtidig som hun vet at flere trenger hennes fagkompetanse like mye i samme øyeblikk (Mæhre, 2017).

Pasienter som etter gjennomføringen av samhandlingsreformen overflyttes fra sykehus til sykehjem, er eldre, sykere og har høyere dødelighet, noe som har medført større pasientgjennomstrømning enn før reformen ble innført. Det er grunn til å anta at dette har konsekvenser for økt kompetanse og bemanning i sykehjemmene (Bruvik, Drageset & Abrahamsen, 2017). En landsomfattende evaluering av samhandlingsreformen viser at kommunene ikke har vært tilstrekkelig forberedt på konsekvensene ved innføring av reformen. Det skjedde ingen opptrapping med tanke på bemanning og kompetansebehov. Sykepleierne får flere og mer spesialiserte oppgaver, noe som resulterer i en forskyvning av oppgaver sykepleierne har tatt seg av tidligere, til helsefagarbeidere og ufaglærte. Eldre mennesker med mindre spesialiserte behov, men som likevel har flere og sammensatte diagnoser, blir nedprioritert. Dette resulterer ofte i at tilstander utvikler seg i negativ retning fordi sykepleierne ikke har tid til å ha tilsyn med pasientene selv (Haukelien, Vike & Vardheim, 2015).

Det er gjennomført studier for å kartlegge tilgjengelighet av fagkompetanse i kommunal helse- og omsorgstjeneste ut fra de kravene og forventningene myndighetene setter til disse tjenestene. Det forventes fagkompetanse innenfor områdene tidlig intervensjon, akutt hjelp, behandling og pleie og omsorg. I de ni kommunene der studien ble gjennomført, viser resultatet mangler på følgende kliniske områder innenfor sykepleiefaget: relevante observasjoner, gjenkjenning av sykdomsforverring, iverksetting av rett sykepleietiltak til riktig tid, utførelse av prosedyrer og grundig dokumentasjon av sykepleie (Bing-Jonsson, Hofoss, Kirkevold, Bjørk & Foss, 2016; Bing-Jonsson, 2016; Bing-Jonsson, Foss & Bjørk, 2019).

Aiken og hennes medarbeidere (Aiken et al., 2011; Aiken, Clarke, Cheung, Sloane & Silber, 2003; Aiken et al., 2014) har gjort flere studier

i både USA og Europa hvor de har undersøkt sykepleiertettheten opp mot dødelighet hos pasienter i løpet av de første tretti døgn etter kirurgi. Både de amerikanske og de europeiske studiene viste reduksjon i dødeligheten når sykepleiertettheten økte. Dette er kanskje ikke direkte sammenlignbart med norske sykehjem, men med tanke på sykkeligheten blant sykehjempasientene vil det meget godt kunne være tendenser i samme retning.

En kartlegging foretatt i sykehjem og hjemmesykepleien i 18 norske kommuner, viser at det er nærmere en firedel færre sykepleiere på jobb enn planlagt. Fraværet skyldes både vakante stillinger og sykefravær. Ved innleie er det oftest ufaglært personell som benyttes for å dekke fravær av sykepleiere. Det er derfor ikke uvanlig at det er bare én sykepleier på vakt med ansvar for et stort antall pasienter. Dette er bekymringsfullt av flere grunner, blant annet fordi pasientene er sykere og har omfattende pleie- og omsorgsbehov når de overføres fra sykehus til sykehjem (ECON, 2009; Holmeide & Eimot, 2010).

Bergland, Vibe og Martinussen (2010) fant at en av forutsetningene for at sykepleiere skulle ønske å jobbe i sykehjem, var at deres oppgave- og ansvarsområde var tydeligere. I sin studie fant Allen (2019) at sykepleiere er sentrale i samtlige aktiviteter som foregår i avdelingen. Gjennom organisering av egen og andre faggruppers aktiviteter samordner og formidler sykepleier viktig og nødvendig informasjon som angår pasientene, videre til annet personell på en måte som er tilpasset deres profesjon og faglige nivå. Allen (2019) betegner dette som «sykepleierens usynlige arbeid». I tillegg deltar sykepleieren selv i aktiviteter på alle nivåer. Slik fremstår sykepleieren som selve «navet» i avdelingen (Allen, 2019).

Studiens teoretiske ramme

Kompetansebegrepet finner vi ofte omtalt i offentlige utredninger som omhandler den kommunal helse- og omsorgssektoren. I samhandlingsreformen kan vi lese følgende: «*Skal denne reformen lykkes forutsettes det at det må arbeides med helsepersonellens kompetanse i sektoren*» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 125). Kompetanse stammer fra latin, *competentia*, og betyr sammentreff eller skikkethet. Å være kompetent

innebærer at man har de nødvendige kvalifikasjonene som skal til for å inneha en stilling, ivareta bestemte oppgaver eller treffe en beslutning. Profesjonell kompetanse betyr å inneha spesifikke kvalifikasjoner som kreves i et bestemt yrke (Skau, 2017, s. 57).

Skau (2017) deler kompetanse inn i tre aspekter: teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse. Teoretisk kunnskap er kunnskap som er nødvendig for å romme et fag, og som har relevans for utøvelse av yrket. Kunnskap om faglige begreper, teorier og modeller er også deler av denne kunnskapen, likeledes kunnskap om lover og regler som regulerer fagområdet. De yrkesspesifikke ferdighetene omfatter håndverket – de profesjonsspesifikke praktiske ferdighetene som brukes i utøvelsen av yrket. For at praktiske ferdigheter skal kunne utføres på en trygg og sikker måte, må de være forankret i fagspesifikk teori. Det tredje aspektet i kompetansebegrepet er den personlige kompetansen. Denne kunnskapsformen er ikke yrkesspesifikk, men anvendes i utøvelsen av yrket. Personlig kompetanse er en kombinasjon av menneskelige kvaliteter, egenskaper, holdninger og ferdigheter (Skau, 2017). En kompetent sykepleier kombinerer teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse i sin fagutøvelse. Orvik (2015) skriver om den doble kompetansen, som utgjøres av den kliniske kompetansen og den organisatoriske kompetansen. Sykepleiere må være dyktige klinikere, men må også ha kompetanse i hvordan kliniske virksomheter er oppbygd og fungerer, og de må ha kompetanse i å organisere eget og andres arbeid. Den kliniske og den organisatoriske kompetansen er således gjensidig avhengig og utfyllende. Organisatoriske rammer og prosesser rundt pasientarbeidet er en del av faginnholdet i profesjonsutøvelsen. Dobbeltkompetansen i klinisk arbeid er spesielt viktig fordi raske svingninger i pasientens tilstand gjør pasientarbeidet forutsigbart. Den som innehar dobbeltkompetanse, har gode forutsetninger for å ivareta pasienten under skiftende forhold. Slik kompetanse beskrives her, inneholder begrepet også komponenter av ansvar. Å ta ansvar beskriver Orvik (2015, s. 295) som «å ha et spekter av forventninger rettet mot seg, om å bidra til god kvalitet i pasientbehandlingen, til kostnadseffektiv tjenesteproduksjon og til å handle med integritet». Bredden i forventningene gjør det nødvendig for sykepleieren å vurdere kritisk om det er mulig å ta ansvar i en gitt

situasjonen. Sykepleiere som jobber i sykehjem, stilles overfor langt større krav enn de har muligheter til å imøtekomme. De opplever ofte at de svikter og ikke strekker til. Deres dårlige samvittighet er et symbol på at stortinget og regjeringen har spesialisert seg på å vedta de gode hensikter (Vike, Brinchmann, Haukelien, Kroken & Bakken, 2002). Kommunene har ikke økonomiske forutsetninger til å oppfylle hensikten. Ansvaret skyves nedover til blant andre sykepleierne, som i sitt daglige arbeid møter pasientenes behov for pleie og omsorg. Sykepleieren har ansvaret for pasienten, samt informere og legge til rette for at andre faggrupper kan utføre sine oppgaver knyttet til pasienten (Allen, 2019).

Forskningsmetode og tilgang til feltet

I studien er det benyttet en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming (Lindseth & Norberg, 2004). I løpet av sommeren 2019 intervjuet vi sju sykepleiere på fire forskjellige sykehjem, hvorav en av sykepleierne hadde jobbet på to forskjellige sykehjem. Vi gjorde en skriftlig henvendelse til flere sykehjem og fikk tilgang til å gjennomføre intervjuer. Etter at vi hadde gjennomført sju intervjuer, valgte vi å avslutte fordi vi opplevde stort sammenfall i svarene. Fem av intervjuene fant sted på det aktuelle sykehjemmet, og to fant sted hjemme hos informantene. Antall pasienter på de ulike avdelingene varierte mellom 16 og 24. Samtlige informanter opplevde ofte at de hadde ansvarsvakt for flere avdelinger, også for hjemmesykepleien. Det kunne til sammen dreie seg om ansvar for mer enn 70 pasienter. Informantene fikk skriftlig informasjon om studien og samtykkeerklæring. De ble også informert om at de når som helst kunne trekke seg fra undersøkelsen, at datamaterialet ville bli anonymisert, og at opptaket ville bli slettet etter transkripsjon.

Datainnsamling og analyse

Vi som forskere er begge sykepleiere med tidligere erfaring fra spesialist- og kommunehelsetjenesten, og vi har over flere år jobbet med utdanning av sykepleiere og spesialsykepleiere og med videreutdanning innen sykepleie ved høgskole og universitet. Med denne yrkesbakgrunnen kjenner

vi fagområdet og forskningsfeltet relativt godt. Dette har sine fordeler, men kan også representere en svakhet. Fordelen er at man har innsikt i feltet og kjenner mange av utfordringene som ligger der. Ulempen er at forforståelsen kan gjøre at man blir blind for sider ved feltet, som dermed kan blir oversett (Lykkeslet & Gjengedal, 2007, Wadel, 2014).

Samtlige informanter hadde mer enn ti års erfaring som sykepleier i sykehjem, og alle hadde jobbet i sykehjem både før og etter innføringen av samhandlingsreformen. Fem av de sju sykepleierne hadde videreutdanning innen geriatrikisk sykepleie, psykisk helse, palliasjon, smertelindring og akutt sykdom hos eldre. I intervjuene blir informantene bedt om å fortelle hvilke muligheter og eventuelle begrensninger de opplever å ha for å kunne oppdage forverring i pasientens tilstand. De ble også bedt om å eksemplifisere. Informantenes fortellinger ble fulgt opp med utdypende spørsmål, og de var engasjert i temaet og hadde mye å fortelle og mange eksempler å komme med. Det forelå en semistrukturert intervjuguide. Denne ble forelagt informantene i forkant av intervjuet, og underveis ble den brukt som kontroll på at alle spørsmålene var besvart. Hvert intervju tok cirka en time og ble transkribert av forsker. Studien er godkjent av NSD – Norsk senter for forskningsdata og har referansenummer 648501.

Analysen av data er gjennomført i tre steg: naiv lesning, strukturanalyse og dybdefortolkning. Naiv lesning innebærer at teksten leses flere ganger, og på den måten dannes et bilde av hva teksten handler om. Dette bildet danner så bakgrunnen for strukturanalysen. Strukturanalysen er en fortolkning av teksten som foretas i fire steg: meningsbærende enheter, komprimering, transformasjon, subtemaer og hovedtemaer. Hensikten med strukturanalysen er å få fram tekstens indre struktur og innhold i form av subtemaer, temaer og hovedtemaer. Disse danner i neste fase grunnlaget for dybdefortolkningen. Meningsenheten som kommer fram gjennom denne fortolkningen, blir lest og reflektert mot den naive lesningen, studiens problemstilling og teoretiske perspektiver (Lindseth & Norberg, 2004).

Følgende tre hovedtemaer tegnet seg gjennom analysen:

- *forsvarlighet og kompetanse*
- *ansvar og ansvarlighet*
- *oppgaver og oppgavefordeling.*

Funn og diskusjon

Forsvarlighet og kompetanse

Informantene i studien sier det er problematisk å være eneste sykepleier på vakt. Spesielt problematisk er det hvis øvrige ansatte ikke har helsefaglig kompetanse. En av informantene uttrykker det slik: « ... og hvis du da var bare sammen med ufaglærte, da følte du vel at du var i nedre sjikt av gråsonen på hva som var faglig forsvarlig, og noen ganger følte du at det vipper litt over.» Det krever høy grad av sykepleiefaglig kompetanse å gjøre en faglig forsvarlig og omsorgsfull jobb i sykehjemmene. Det er nå åtte år siden samhandlingsreformen ble gjennomført, og sykehjemmene i vår studie har ikke fått tilført flere stillingsressurser. Noen av informantene sier at hvis alle som skal være på jobb, er på jobb, så går det «stort sett» bra. Det er sykefravær og vakante stillinger som skaper de største problemene. På en av avdelingene i studien er halvparten av sykepleierstillingene vakante, og de blir ofte besatt med ufaglærte.

Informantene har flere fortellinger om pasientsituasjoner som har endt fatalt, eller som har forårsaket store og unødvendige lidelser for pasientene. En av informantene sier: «Da jeg fikk beskjed, var det allerede for sent.» En annen forteller at en dag hun kom på seinvakt, var det én sykepleier og to ufaglærte på jobb. På rapporten fortelles det at en pasient, som en av de ufaglærte har vært hos, har fått omgangssyke med kvalme. Dette reagerer informanten på og går straks inn til pasienten. Hun mistenker at pasienten har fått hjerteinfarkt, og at hun er i ferd med å utvikle hjertesvikt. Hun sier: «Da jeg kom på rommet, så var det på vei å gå over i stuvning til lungene.» Informanten forteller at det ble startet behandling, og pasienten ble sendt på sykehuset og døde tre dager senere. Informanten sier videre: «Hadde det vært sykepleier inne hos pasienten, hadde ting vært oppdaget tidligere ...» Pasienten ble ikke observert på et tilfredsstillende faglig grunnlag, og tegn på alvorlig sykdom ble ikke fanget opp på et tidlig tidspunkt, slik at nødvendige tiltak kunne settes inn i rett tid (Haukelien et al., 2015; Norsk sykepleierforbund, 2018). Informanten sier også at det er usikkert om utfallet av hendelsen ville ha blitt annerledes om det hadde blitt oppdaget tidligere, men at hun er sikker på at pasienten kunne ha vært spart for store lidelser. Og kanskje like viktig: *Dette var en veldig dement pasient som kanskje*

hadde hatt best av å være her sammen med kjente», sier hun. Sykehusinnleggelse medfører ofte merbelastning for sykehjemspasienter, noe som kan unngås hvis sykdomsutviklingen oppdages tidlig og behandlingen kan utføres i sykehjemmet (Donald et al., 2013).

Slik NSF (2018) vurderer grensene for forsvarlighet, finner vi ovennevnte situasjon som ikke faglig forsvarlig. Forverringen av pasientens tilstand blir ikke observert av sykepleier og blir følgelig ikke rapportert. Sykdomsutviklingen oppdages av sykepleier flere timer for sent. Følgelig kom behandlingen i gang for seint til å kunne ha ønsket effekt, både mot sykdomsutvikling og mot symptomene som hadde plaget pasienten hele dagen. Og som informanten sier: *Pasienten hadde smerter, hun var tung i pusten, og hun var kvalm, noe som hadde plaget henne i hele denne perioden.* Denne fortellingen var ikke unik. Seks av informantene fortalte om lignende hendelser. Den sjuende informanten fortalte ikke om en konkret hendelse, man sa følgende: «Det hender at pasienter lider unødvendig fordi vi mangler kompetanse på avdelingen. Det har jeg selv opplevd flere ganger.» I kommentarene til helsepersonellovens forsvarlighetskrav (Helsedirektoratet, 2018) kan vi lese at kravet til den helsetjenesten som tilbys, skal ligge på et visst nivå. Kravet som rettes mot virksomheter, omfatter en plikt til å tilrettelegge tjenesten slik at personell som utfører tjenesten, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter (Helsedirektoratet, 2018, kap. 2, § 4–5). Informantene opplever sterkt begrenset handlingsrom når de er eneste sykepleier på vakt, og spesielt begrenses handlingsrommet hvis øvrige ansatte er ufaglærte. I slike situasjoner opplever ikke informantene å kunne gi pasienten trygg omsorg.

Det påhviler sykepleieren å påse at hennes medhjelper har nødvendige kvalifikasjoner til å utføre de oppgavene hun pålegger dem (Helsepersonelloven, 1999, kap. 2, § 5). I ovennevnte tilfelle var hennes medhjelpere to ufaglærte som ikke hadde nødvendig kompetanse. Flere av informantene sier at de ikke kan bebreide de ufaglærte når noe går galt. En informant sier:

[V]i kan ikke forvente at assistenter skal gjøre observasjoner ... men vi er jo bevisst på at da skulle vi heller ikke ha delegert ... etter loven ... men vi er jo påtvunget å delegere – hva kan vi gjøre? Vi har ikke mulighet til å være overalt hele tiden.

Informanten er bevisst på at når hun delegerer oppgaver som krever faglig kompetanse, til en ufaglært, risikerer hun at oppgavene ikke blir forsvarlig ivaretatt. Flere studier viser at selv sykepleiere uten videreutdanning som jobber i sykehjem, mangler kompetanse til å oppdage og handle i situasjoner der pasientenes tilstand forverres (Bing-Jonsson, 2019; Dale & Eikemo, 2018; Dreyer, 2017). De fleste av våre informanter har videreutdanning, noe de sier har kommet godt med – det gjør dem bedre kvalifisert til å utføre behandling, pleie, observasjoner og dokumentasjon av sykepleien. Teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse gjør dem kvalifisert til å utføre jobben på en forsvarlig måte (Skau, 2017). Det er i uforutsette situasjoner det kommer tydeligst fram at omfanget av personell med fagspesifikk kompetanse viser seg å være mangelfull. Når det ikke skjer kompetanseoppbygging i helsesektoren, kommer sektoren på etterskudd med de oppgavene den står overfor, og resultatene blir improvisasjoner og nødløsninger (Skau, 2017). Sykepleierne stilles overfor langt større krav enn de har mulighet til å imøtekomme (Vike et al., 2002). Dette begrenser sykepleiernes handlingsrom og muligheter til å oppdage forverring i pasientens tilstand på et tidlig stadium. Sykepleieren er juridisk og faglig-etisk forpliktet til å gi pasientene forsvarlig og omsorgsfull pleie (Helsepersonelloven, 1999, kap. 2, § 4; Norsk sykepleierforbund, u.å.). Ifølge våre informanter er handlingsrommet for å oppfylle forpliktelsene sterkt begrenset, spesielt i situasjoner der de er alene som sykepleier på vakt.

Ansvar og ansvarlighet

I vår studie opplever seks av våre sju informanter at det er deres ansvar når noe går galt, selv om de er alene som sykepleier på vakt og ikke har handlingsrom til å oppfylle forpliktelsen om forsvarlig og omsorgsfull pleie til alle pasientene. Følgende sitat uttrykker en følelse av ansvar og hjelpeløshet:

Da følte jeg at det var mitt ansvar, samtidig som jeg ikke hadde tatt det ansvaret, samtidig som jeg ikke hadde hatt sjansen eller muligheten til å gå og se til denne pasienten, det var ingenting i pasientens forhistorie som tilsa at dette skulle bli et problem ...

Dette forteller en informant etter at hun hadde opplevd nok et dødsfall fordi pasienten ikke ble observert av personell med nødvendig kompetanse. En annen informant sier at hun prøver å få tid til å gå inn til alle pasientene:

[S]å jeg kan forsikre meg om at det ikke er noe spesielt med dem. Det er så vondt å vite at en pasient på min vakt ikke har fått nødvendig hjelp fordi ingen har oppdaget behovet, eller har latt være å informere meg om det. For slike ting skjer, det er ikke godt for oss, og det får store konsekvenser for pasienten.

Studien viser at sykepleierne opplever kravet om forsvarlig og omsorgsfull hjelp som deres ansvar å oppfylle, uansett hvor lite ressurser de har tilgjengelig. De opplever at det er deres ansvar når noe går galt, og når de ikke har oppdaget eller har fått beskjed om det. Over tid kan slike opplevelser få helsemessige konsekvenser for sykepleierne (Gautun et al. 2016). En av informantene forteller at hun føler angst når hun er alene som sykepleier på vakt. Hun har tatt konsekvensen av det og har sagt opp stillingen sin. Hun opplever kravene til sin yrkesutøvelse større enn hun har mulighet til å innfri, og at kravene er i ferd med å gjøre henne syk. Flere av informantene opplever å gå på akkord med det de mener er faglig forsvarlig. Tidspresset de utsettes for i jobben, får helsemessige konsekvenser i form av psykiske og fysiske belastninger.

Sentrale myndigheter stiller krav til kommunene om å gi pasienter på sykehjem forsvarlig helsehjelp (helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Kommunene har på sin side ikke tilstrekkelig økonomiske ressurser til å ivareta ansvaret, og de skyver det nedover til sykepleierne, som i sitt daglig arbeid blir stående i vanskelige situasjoner og opplever at ansvaret er deres alene. Som en av informantene sa: «Ansvaret er mitt – uansett.» Forskning viser at halvparten av sykepleierne som jobber i kommunehelsetjenesten, ønsker – eller vurderer – å slutte i jobben. De oppgir blant annet høy arbeidsbelastning – og det at de ofte er eneste sykepleier på vakt – som viktige årsaker. De erfarer at de ikke er i stand til å gi pasientene den hjelpen de trenger (Gautun et al., 2016).

Sykepleierne har overordnet ansvar for sykepleietjenesten, både faglig og organisatorisk (Gautun et al., 2016). Dette innebærer som nevnt at de skal delegere oppgaver til helsefagarbeidere og ufaglærte, med bakgrunn

i hvilken kompetanse disse innehar. I realiteten innebærer det at sykepleierne sitter igjen med et vidt spekter av oppgaver de strengt tatt ikke kan delegere videre. Orvik (2015) sier at ikke alle oppgaver lar seg delegere videre. Ikke sjelden opplever sykepleierne at behovet for deres hjelp er like stort hos flere pasienter – samtidig (Mæhre, 2017). I kommunehelsetjenesten er sykefraværet 24 prosent blant sykepleierne, og det er høyere på sykehjem enn i hjemmesykepleien (Gautun et al., 2016).

Flere informanter forteller at de alltid er spent på hva som møter dem når de kommer på jobb. De vet hva som står på vaktlisten, men som en sier:

Vaktlisten stemmer sjelden med realiteten. Ofte er de (som er på jobb) både færre og har lavere kompetanse enn det som er planlagt ut fra vaktlisten. Sykefravær er ikke alltid mulig å erstatte, og hvis det erstattes, er det ofte med en ufaglært der det skulle vært en sykepleier.

Alle informantene tar til orde for at høyere grunnbemanning av sykepleiere vil gjøre dem mindre sårbare. En sier det slik: «Jeg tror bestemt at en høyere grunnbemanning hadde gitt et lavere sykefravær.» Det vil bli flere å fordele arbeid og ansvar på og mindre sjanse for å bli eneste sykepleier på vakt. Det vil gi større handlingsrom med flere faglige ressurser og dermed bedre forutsetninger til å oppdage når en pasient utvikler forverring av sin tilstand, noe som vil gi større mulighet til å oppfylle kravene om faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp. Det vil være naturlig å dra den slutningen at når sykepleiernes handlingsrom utvides, og når faglige ressurser står i forhold til pasientenes behov, vil mulighetene til å ta ansvar for faglig forsvarlig og omsorgsfull pleie til pasientene styrkes. Men med stadig økende sykepleiermangel er det kanskje ikke realistisk med økt grunnbemanning av sykepleiere. Sykepleierne har, spesielt etter innføringen av samhandlingsreformen, fått ansvar for stadig flere oppgaver. Kanskje er tiden inne for å se på begrensninger av sykepleierens oppgaver og en annen arbeidsfordeling mellom de forskjellige faggruppene. Med en slik begrensning vil sykepleierne få større handlingsrom til å utføre spesifikke sykepleiefaglige oppgaver, og dermed øker mulighetene til å oppdage endringer i pasientenes tilstand på et tidlig stadium. Ansvarsområdet vil være det samme, men flere oppgaver kan overlates til andre.

Oppgaver og oppgavefordeling

Informantene opplever i hovedsak ansvarsforholdet mellom sykepleier og lege som avklart. Sykepleieren befinner seg midt i hierarkiet, mellom legen på den ene siden og helsefagarbeideren på den andre. Legen diagnostiserer, behandler og ordinerer, mens sykepleieren administrerer, utfører, understøtter behandling og observerer. Forholdet mellom sykepleier og helsefagarbeider oppleves derimot mer uavklart. En av informantene sier: *[D]u må gjøre alt det de andre gjør, i tillegg til sykepleieroppgavene. Hvis ikke blir det sure miner. Jeg opplever at sykepleieroppgaven ikke blir sett på som oppgaver av mine medarbeidere ...*» Begge grupper utfører i stor grad de samme oppgavene, men sykepleierne har en rekke andre oppgaver i tillegg. Selv om sykepleiernes oppgaver har økt betraktelig etter innføring av samhandlingsreformen, forventes det likevel at sykepleierne skal delta i alle oppgaver på avdelingen, på linje med øvrig personell. Hvis ikke, vanker det sanksjoner (Johansen, 2019). Sykepleierne må blant annet delta i arbeid som å gjøre rent på kjøkkenet, på skyllerommet og på pasientrom, og de må tømme søppel. Alle dette tar sykepleierne bort fra pasienten og de sykepleiefaglige oppgavene.

Informantenes handlingsrom er så innsnevret av ytre faktorer at de ikke gis muligheten til å oppfylle krav som i utgangspunktet ligger til sykepleierens funksjonsområder. En av informantene sier: *«Jeg blir ofte satt i situasjoner hvor jeg må argumentere for mine prioriteringer, for eksempel at andre må ta skyllerommet mens jeg tar sårskiftet.»* Våre informanter beskriver det som vanskelig og til dels umulig å kombinere forventningene fra medarbeidere om å delta i daglige gjøremål samt forefallende arbeid i avdelingen og pasientenes behov for sykepleierens spesifikke fagkompetanse. De opplever daglig å stå i en utmattende arbeidssituasjon der deres funksjon ikke forstås og anerkjennes av omgivelsene.

Bare en av våre sju informanter sier at hun ikke gjør oppgaver som kan utføres av andre grupper. Hun konsentrerer seg om spesielle oppgaver og prioriterer å ha oversikt over alle pasientene. *«Om noen ikke liker det, bryr jeg meg ikke»*, sier hun. Hun sier at det er hennes ansvar å sørge for at alle pasientene har det bra, og at det blir oppdaget så tidlig som mulig hvis noen skulle bli syke. Hun har på denne måten skaffet seg

et handlingsrom som gir henne større mulighet til å oppdage eventuell sykdomsutvikling hos pasientene. Rammebetingelsene sykepleierne jobber innenfor, er ikke lagt for å utføre sykepleie i tråd med de tradisjonelle sykepleiefaglige verdiene (Korsvold & Thomassen, 2018). Forskning viser at 54 prosent av sykepleierne sier at de daglig utfører oppgaver som helsefagarbeidere kunne ha gjort (Johansen, 2019). Dette er et problem arbeidsgiverne bør rydde opp i, blant annet fordi det har utviklet seg til å bli et arbeidsmiljøproblem for noen av sykepleierne (Korsvold & Thomassen, 2018).

Informantene i vår studie viser til hvordan deres arbeidshverdag er under kontinuerlig endring hva oppgaver angår. Når det meldes en utskrivningsklar pasient fra sykehuset, utløser det en rekke aktiviteter som må utføres av sykepleier på sykehjemmet. Sykepleieren er koordinatoren i dette arbeidet, som består i alt fra å klargjøre egnet rom til å finne egnet seng og tilbehør til sengen og annet utstyr som svarer til pasientens behov. Hun må bestille medisiner og annet nødvendig utstyr fra apotek. Hun må bestille egnet kost, kontakte pårørende og kontakte fysioterapeut, for å nevne noe. Noen av disse oppgavene kan sykepleier delegere til andre ansatte. De fleste må de utføre selv. Mye informasjon, dokumentasjon og forordninger går elektronisk, noe som betyr at sykepleieren bruker en stor del av arbeidsdagen ved datamaskinen. Sykepleierne bidrar til å koble tjenesteforløpet til pasienten sammen, selv om de ulike aktørene ikke møtes. Sykepleiere fungerer som en sentral for koordinasjon av informasjon fra og til de mange spesialiserte yrkesgruppene som samhandler om pasientene (Allen, 2019). Selv om alt sykepleieren foretar seg, omhandler pasienten, bidrar det organisatoriske arbeidet til å trekke sykepleieren ut av direkte pasientkontakt og til å innskrenke handlingsrommet sykepleieren trenger for å kunne oppdage endringer i pasientens tilstand.

Flere av sykepleierne i vår studie tar til orde for at det er et arbeidsgiveransvar å legge forholdene til rette slik at sykepleierne skal kunne gjøre en faglig forsvarlig jobb. De ønsker seg en gjennomgang av arbeidsoppgavene de har, og en fordeling av oppgavene ut fra hvilken kompetanse som trengs for å utføre de ulike oppgavene. På et av sykehjemmene er dette arbeidet allerede i gang. Bergland et al. (2010) viser til at sykepleiere

opplever sitt funksjonsområde som lite avgrenset. Vi opplever likevel en ambivalens hos informantene når det gjelder å gi slipp på oppgaver. Selv om de ser fordelene med å gå på topp (å ha et overordnet sykepleiefaglig ansvar) når det bare er en sykepleier på vakt, ser de også ulempene dette fører til. Ingen av informantene ønsket å bli fratatt muligheten til å stelle pasienten fordi, som en uttrykte det, «*det gjøres mange viktige observasjoner i stellet av de som har kompetanse til det*». Mulighetene til å ha overblikk og gjøre gode observasjoner av alle pasientene samt utføre sykepleiefaglige prosedyrer er bedre når sykepleier ikke bindes opp hos én eller få pasienter. Samtidig begrenses mulighetene til å oppnå nærhet og kontakt samt til å foreta gode observasjoner, som de ofte får i stellesituasjoner med den enkelte pasienten. Informantene opplever altså uansett at handlingsrommet innskrenkes, og at de daglig står i faglige dilemmaer så lenge sykehjemmene ikke er tilstrekkelig bemannet med sykepleiere.

Sykehjemmene har, etter samhandlingsreformen, utviklet seg til å bli institusjoner som krever høyere klinisk og organisatorisk kompetanse hos sykepleierne. Å ha oversikt over avdelingen forutsetter at sykepleieren innehar klinisk kompetanse. Samtidig må vedkommende ha kunnskap og kompetanse om kompleksiteten i en stor organisatorisk virksomhet som helsesektoren – og om hvordan denne fungerer. Når sykepleieren skal administrere både medarbeidere som jobber i avdelingen og andre faggrupper som deltar i direkte pasientrelaterte handlinger, kreves organisatorisk kompetanse (Orvik, 2015).

Studien viser at én måte å skaffe sykepleierne større handlingsrom på er å endre fordelingen av oppgaver mellom faggruppene. Spesielt bør sykepleierne fritas for oppgaver som ikke er direkte pasientrettet, og som kan utføres av andre. Det vil gi sykepleierne større handlingsrom til å følge opp den enkelte pasient og til å kunne oppdage tegn på et endret sykdomsbilde tidligere.

Avslutning

Sykepleierne i vår studie opplever at handlingsrommet for å oppdage forverring i pasientens tilstand på et tidlig stadium i sykdomsutviklingen er sterkt begrenset.

Våre informanter har delt erfaringer fra sine arbeidshverdager i sykehjem. Fortellingene deres omhandler alvorlige situasjoner der pasientenes liv er satt på spill, og som i noen tilfeller har endt med døden. Sykepleierne forteller at pasientenes helsetilstand har utviklet seg til alvorlig sykdom uten at sykepleier har blitt orientert eller har vært i posisjon til å gjøre nødvendige observasjoner og foreta intervensjon. De forteller videre at pasienter lider med smerter, pusteproblemer, kvalme og angst fordi slike symptomer ikke blir forstått og fortolket av personell med faglig kompetanse.

I flere tiår har mangelen på sykepleiere vært økende, og følgene av dette representerer noen av de største problemene i helsesektoren. Konsekvensene av – og årsakene til – sykepleiermangelen er dokumentert i utallige studier og rapporter, inkludert denne studien. Tendensen er likevel at mangelen på sykepleiere øker. Flere sykepleiere slutter fordi arbeidspresset er for stort, og fordi ansvaret ikke er til å leve med.

Situasjoner som dette er belastende og gir ofte helsemessige konsekvenser for sykepleierne. Sykefraværet er stort. De sykepleierne som er igjen i avdelingene, opplever derfor ytterligere krysspress mellom forventninger og krav på den ene siden og mulighetene til å utføre forsvarlig sykepleie og pasientomsorg på den andre siden.

Våre informanter har alle jobbet i sykehjem siden før samhandlingsreformen ble gjennomført, og følgelig har de opplevd de endringene denne har ført med seg. Studien viser med all tydelighet at deres handlingsrom til å oppdage forverring i pasientenes tilstand på et tidlig stadium i sykdomsutviklingen er sterkt begrenset. De er ofte eneste sykepleier på vakt på grunn av sykefravær og vakante stillinger. En økende andel av deres medarbeidere er ufaglærte. Studien viser at innskrenkning i sykepleiernes handlingsrom fører til uforsvarlige situasjoner som gir store konsekvenser for pasientene, og som tynger sykepleierne ved at de føler at det er deres ansvar når noe går galt.

Studien avdekker et behov for å gi sykepleierne ryddige og avklarte arbeidsforhold, og for at det vises aktelse og anseelse for deres innsats. I stedet pålegges de stadig flere oppgaver og mer ansvar. Hvis det ikke iverksettes omfattende tiltak for å beholde de sykepleierne vi har, rekruttere flere til yrket og definere sykepleiernes arbeidsområde og

ansvarsomfang klarere, er vi redd mangelen på sykepleiere vil gi flere og mer alvorlige konsekvenser for pasientene.

Referanser

- Aiken, L. H., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., Smith, H. L., Flynn, L. F. & Neff, D. F. (2011). Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *Medical Care*, 49(12), 1047–1053. <https://doi.org/10.1097/mlr.0b013e3182330b6e>
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Cheung, R. B., Sloane, D. M. & Silber, J. H. (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA*, 290(12), 1617–1623. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/197345>
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van Den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., ... Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824–1830. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
- Allen, D. (2019). *Sykepleiernes usynlige arbeid: Organisering av sykehus og pasientomsorg*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Andersson, Å., Frank, C., Willman, A. M., Sandman, P.-O. & Hansebo, G. (2018). Factors contributing to serious adverse events in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1–2), e354–e362. <https://doi.org/10.1111/jocn.13914>
- Bergland, Å., Vibe, O. & Martinussen, N. (2010). Hvordan få sykepleiere til å se på sykehjem som en fremtidig arbeidsplass? *Sykepleien*, 98(1), 52–54. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2010.0005>
- Bing-Jonsson, P. C., Hofoss, D., Kirkevold, M., Bjørk, I. T. & Foss, C. (2016). *Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff*. *BMC Nursing*, 15(5). <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0124-z>
- Bing-Jonsson, P. C. (2019). Avansert klinisk sykepleie i helse- og omsorgstjenester i kommunene. I L. M. Fagerstrøm (Red.), *Avansert klinisk sykepleie*. Gyldendal.
- Bing-Jonsson, P. C., Foss, C. & Bjørk, I. T. (2016). The competence gap in community care: Imbalance between expected and actual nursing staff competence. *Nordic Journal of Nursing Research*, 36(1), 27–37. <https://doi.org/10.1177%2F0107408315601814>
- Bragadóttir, H. & Kalisch, B. J. (2018). Comparison of reports of missed nursing care: Registered nurses vs. practical nurses in hospitals. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(3), 1227–1236. <https://doi.org/10.1111/scs.12570>
- Briggs, R., Coughlan, T., Collins, R., O'Neill, D. & Kennelly, S. P. (2013). Nursing home residents attending the emergency department: Clinical characteristics and outcomes. *QJM: An International Journal of Medicine*, 106(9), 803–808. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hct136>

- Bruvik, F., Drageset, J. & Abrahamsen, J. F. (2017). Fra sykehus til sykehjem – Hva samhandlingsreformen har ført til. *Sykepleien forskning*, 12, 8–8. <https://sykepleien.no/forskning/2017/02/fra-sykehus-til-sykehjem>
- Dale, G. H. & Eikemo, S. B. (2018). Kompetanseheving i eldreomsorgen kan gjøre helsepersonell tryggere. *Sykepleien*, 107(1). <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.74579>
- Donald, F., Martin-Misener, R., Carter, N., Donald, E. E., Kaasalainen, S., Wickson-Griffiths, A., ... DiCenso, A. (2013). A systematic review of the effectiveness of advanced practice nurses in long-term care. *Journal of Advanced Nursing*, 69(10), 2148–2161. <https://doi.org/10.1111/jan.12140>
- Dreyer, A. (2017). Akutt forverring av tilstanden til eldre pasienter i sykehjem. I S.-T. D. Fredriksen & K. Halvorsen (Red.), *Fenomener i intensivsykepleie* (s. 172–190). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- ECON. (2009). *Bemanning i kommunal pleie og omsorg* (Rapport nr. 2009-072).
- Gautun, H., Øien, H. & Bratt, C. (2016). *Underbemanning er selvforsterkende: Konsekvenser av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem* (NOVA-rapport 6/2016). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. Hentet fra https://sykepleien.no/sites/default/files/til-trykk-nova-r6-16-25-mai-2016_2.pdf
- Haug, C. (2012). Ferdigbehandlet? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 132(10), 1197. <https://tidsskriftet.no/2012/05/minileder/ferdigbehandlet>
- Haukelien, H., Vike, H. & Vardheim, I. (2015). *Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse og omsorgstjenestene: Sykepleieres erfaringer* (TF-rapport nr. 362). Hentet fra <https://intra.tmforsk.no/publikasjoner/filer/2794.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen – rett behandling – på rett sted – til rett tid* (St.meld. nr. 47 (2008–2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.v. (LOV-2011-06-24-30)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. (Meld. St. 26 (2014–2015))*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- Hesledirektoratet. (2018). *Helsepersonelloven med kommentarer* (Rundskriv IS-IS-8). Hentet fra <https://www.hesledirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Holmeide, A. & Eimot, M. (2010). *Bemanning i kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Oslo: Analysesenteret.

- Norsk sykepleierforbund. (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Johansen, L. B. (2019, 14. april). Potetproblemet. *Sykepleien*, 107(1), 155–156. <https://sykepleien.no/meninger/innsspill/2019/04/potetproblemet>
- Kalisch, B. J. & Xie, B. (2014). Errors of omission: Missed nursing care. *Western Journal of Nursing Research*, 36(7). <https://doi.org/10.1177/0193945914531859>
- Kolstø, Å. M. & Sørbø, J. (2018). *NAV's bedriftsundersøkelse 2018*. Hentet fra www.nav.no/analyser
- Korsvold, L. A. & Thomassen, O. J. (2018). Tiltak for å bedre sykepleierens arbeidsmiljø er ofte individrettet. *Sykepleien forskning*, 13, 21–21. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.71109>
- Lindseth, A. & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 145–153. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00258.x>
- Lykkeslet, E. & Gjengedal, E. (2007). Methodological problems associated with practice-close research. *Qualitative Health Research*, 17(5), 699–704. <https://doi.org/10.1177/1049732307299216>
- Mæhre, K. S. (2017). «Vi må ha hjelp!» Pasienter, pårørende og sykepleiere sine erfaringer fra en forsterket sykehjemsavdeling etter Samhandlingsreformen (Doktoravhandling), Nord universitet, Bodø.
- Norsk sykepleierforbund. (2018). *Forsvarlighet: Om faglig kompetent og omsorgsfull sykepleie* (4. utg). Oslo: Norsk sykepleierforbund. https://www.nsf.no/Content/385110/cache=20191202100138/NSF%20Forsvarlighetshefte-april_2018.pdf
- NOU 2018: 16. (2018). *Det viktigste først – Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no>.
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse: Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Skau, G. M. (2017). *Gode fagfolk vokser: Personlig kompetanse i arbeid med mennesker* (5. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Stewart, R. (1982). *Choices for the manager: A guide to managerial work and behaviour*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Stewart, R. (1989). Studies of managerial jobs and behaviour: The ways forward. *Journal of Management Studies*, 26(1), 1–10. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.1989.tb00713.x>
- Vike, H., Brinchmann, A., Haukelien, H., Kroken, R. & Bakken, R. (2002). *Maktens samvittighet: Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wadel, C. (2014). *Feltarbeid i egen kultur*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.