



”Hvilken forståelse har helsepersonell av faglig forsvarlighet, og hvilke forutsetninger har de for å oppnå faglig forsvarlighet ”

-et bidrag for å oppnå en bedre begrepsforståelse.

May Linda Rørheim Vatnaland

Masteroppgave i endringsledelse

Institutt for medie-, kultur- og samfunnsfag.

Det samfunnsvitenskapelige fakultet

Universitetet i Stavanger

Juni 2012

MASTEROPPGAVE I ENDRINGSLEDELSE

SEMESTER:

Vår 2012

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Hvilken forståelse har helsepersonell av faglig forsvarlighet, og hvilke forutsetninger har de for å oppnå faglig forsvarlighet? - et bidrag for å oppnå en bedre begrepsforståelse.

FORFATTER:

May linda Rørheim Vatnaland

VEILEDER:

Kristin Engh

EMNEORD/STIKKORD:

Faglig forsvarlighet, kunnskap og kompetanse, kvalitet

SIDETALL:

67

STAVANGER: 22.06.2012

FORORD

Denne masteroppgaven er gjennomført som et ledd i forbindelse med et masterstudie i endringsledelse ,ved Universitetet i Stavanger. Masteroppgaven ble gjennomført våren 2012.

Prosjektet har vært en krevende prosess, det har tatt lang tid å gjøre seg kjent med stoffet om faglig forsvarlighet. Mange personer har bidratt med innspill og hjelp i forbindelse med masteroppgaven, jeg vil i den forbindelse benytte meg av anledningen til å takke disse. Først og fremst vil jeg takke min veileder, Kristin Engh ved Universitetet i Stavanger for gode innspill og forslag. Jeg vil spesielt takke Elin Børresen og Aud Fosstveit for deres engasjement, og for å ha vært inspirerende diskusjonspartnere og kritiske og konstruktive lesere. Vil også rette en takk til Ivar Wolden som har tatt seg tid til å lese korrektur.

Jeg vil i tillegg rette en stor takk til alle som har latt seg intervjue og arbeidsgiverne som stilte sine ansatte til disposisjon i løpet av arbeidstiden.

Finnøy Juni 2012

May Linda Rørheim Vatnaland

SAMMENDRAG

Begrepet faglig forsvarlighet har fått en del større oppmerksomhet de senere årene, men begrepet har fortsatt en for snever betydning i det daglige. Det finnes ikke en generell og akseptabel forståelse for hva konkret faglig forsvarlighet innebærer. Overgang fra lovverket inneholder svært lite detaljer og beskrivelser, utøvelsen av sykepleie overlates derfor i stor grad til det faglige skjønn. Hensikten med studien blir derfor å bidra til å oppnå en bedre begrepsforståelse. Målet blir dermed en økt bevissthet rundt hva faglig forsvarlighet innebærer og krever.

For å besvare oppgavens problemstilling har jeg utført en kvalitativ studie med ti åpne spørsmål. Studien består av totalt åtte deltakere, fem sykepleiere og tre hjelpepleiere fordelt mellom tre ulike sykehjem - og hjemmetjeneste.

Faglig forsvarlig er både et individuelt ansvar, og et systemansvar. Sykepleiere foretar mange etiske, praktiske og verdimeslige valg, og står personlig ansvarlig for de valg og handlinger som blir foretatt. Virksomhetens har på sin side det er tre sentrale plikter til å planlegge, organisere og tilrettelegge slik at helsepersonell skal utføre sykepleie med en faglig god standard. Studien viser at helsepersonell er bevisst sitt ansvar, men det kan se ut til å være en tendens til at virksomhetene i varierende grad tar sin del av ansvar, og at dette kan ha en sammenheng med at ansvaret blir fordelt mellom flere personer, og dermed oppstår det en fragmentering av ansvar. Når faglig forsvarlighet blir ivaretatt på individuelt nivå og systemnivå bidrar det til at pasientene mottar en helsetjeneste med best mulig god kvalitet.

Det er tre sentrale faktorer som antas å påvirke faglig forsvarlighet i stor grad. Kunnskap og kompetanse, grunnbemanning og dokumentasjon. Alle faktorene er gjensidig avhengig av hverandre, men kunnskap og kompetanse ser ut til å være den faktoren deltakerne i studien oppfatter som mest grunnleggende for å gi pasienten en faglig forsvarlig helsehjelp. Kravet til effektivitet blir høyere, grunnbemanning lavere, faglig forsvarlighet ser ut til å overskygges av det økonomiske perspektivet. Helsepersonell opplever stadig å ikke strekke til verken faglig eller tidsmessig på grunn av stramme rammebetingelser, også dette går utover forsvarligheten.

Innhold

KAPITTEL 1	6
1.0 Innledning.....	6
1.1.0 Bakgrunn for valg av tema	8
1.1.1 Problemstilling	8
1.1.2 Oppgavens oppbygging	8
1.1.3 Videre forskning	9
1.1.4 Avgrensing av oppgaven	9
KAPITTEL 2	11
2.1 Faglig forsvarlighet og omsorgsfullhjelp i teoretisk perspektiv	11
2.1.0 Helsepersonelloven § 4 (1999).....	11
2.1.1 Helsepersonelloven § 16 (1999).....	11
2.1.2 Lovens formål:.....	11
2.1.3 Målet med helsetjenesten	11
2.1.4 Kravet om forsvarlig helsehjelp	12
2.1.5 Omsorg	13
2.1.6 Faglig skjønn.....	15
2.1.7 Forsvarlighet betinger kunnskap.....	16
2.2 Individuelt ansvar og systemansvar.....	17
2.2.0 Opplevelse av kvalitet, krav om effektivitet og rolleforventinger.....	19
2.3 Kunnskap og kompetanse	21
2.3.0 Sykepleiers funksjon	22
2.3.1 Praktisk erfaring	22
2.3.2 Klinisk sykepleiekompetanse	23
2.3.5 Kompetanseutvikling	24
2.3.6 Kompetansebeholdning og kompetansehevnede tiltak	26
2.3.7 Kompetansestyring som prosess.....	26
2.3.8 Kommunikasjon	33
KAPITTEL 3	34
3.1 Forskningsmetode.....	34
3.1.0 Begrunnelse for valg av metode	35
3.1.1 Analysearbeidet	38
KAPITTEL 4	40
4.1 Empiri, analyse og tolkning av funn.....	40

4.1.0 Forståelse av faglig forsvarlighet	40
4.2 Virksomhetens internkontroll og kvalitetssikring	42
4.2.0 Rutiner	42
4.2.1 Avviksmeldinger	44
4.3 Kunnskap og kompetanse	47
4.3.0 Samhandling	49
4.3.1 Samhandlingsreformen	50
4.3.2 Kunnskapsbasert praksis	51
4.3.3 studenter	52
4.3.4 Faglig oppdatering, kurs, videreutdanning	52
4.3.5 Undervise	53
4.4 Grunnbemanning	54
4.5 Dokumentasjon og pleieplaner	57
KAPITTEL 5	58
5.1 Konklusjon	58
5.1.0 Virksomhetsnivå	59
5.1.1 Individnivå:	59
5.1.2 Kvalitetslinjen	60
5.1.3 God praksis, forsvarlig praksis og uforsvarlig praksis	60
LITTERATURLISTE	62

KAPITTEL 1

1.0 Innledning

Dette prosjektet gjennomføres i forbindelse med et toårig masterstudie i endringsledelse ved Universitetet i Stavanger, kull 2010-2012.

Tema i oppgaven er faglig forsvarlighet. Det har blitt påpekt et behov for en mer omfattende beskrivelse av innholdet i faglig forsvarlighet. Det har blitt uttrykt et behov for en bredere og mer nyansert omtale av forsvarlighetskravet. Det gjelder hvordan forsvarlighetskravet kan forstås og anvendes på en mest mulig hensiktsmessig måte.

Forsvarlighetskravet skal forstås som en grenseverdi på en kvalitetsskala, alt under denne grenser ansen å være uforsvarlig. Fordi at forsvarlighetskravet er ufullstendig beskrevet, er det vanskelig å vite når en beveger seg over grenser til det uforsvarlige. Det er nødvendig for en helsearbeider med en forståelse av faglig forsvarlighetskrav, og hva som oppfattes som såkalt minstestandard. En forståelse av faglig forsvarlighet vil være et holdepunkt for å kunne måle om helsehjelpen, og om omsorgen er god nok. Når en ikke vet hvor grensen går er det vanskelig å vite hva en skal kreve både som personell, og som bruker av en helsetjeneste.

Det oppstår en del hindringer og utfordringer i forbindelse med utøvelse av faglig forsvarlighet i praksis. Overgang fra regelverket inneholder svært lite detaljer eller beskrivelser. Faglig forsvarlighet er et kompleks fagfelt med ulik forståelse blant de ulike profesjonene i helsetjenesten. Målet med prosjektet er å bidra til å oppnå en bedre begrepsforståelse, og dermed en økt bevissthet rundt hva faglig forsvarlighet innebærer og krever, slik at begrepet ikke får en for snever betydning.

Opgaven skal oppleves nyttig og anvendbar, og skal kunne leses av hvilken som helst helsefagarbeider så vel som ufaglærte. Oppgaven gir ingen fasit, men er ment å være et hjelpemiddel hvor leseren gis mulighet til og reflekterer, og forbedre egen praksis.

Det er finnes en del litteratur om faglig forsvarlighet, likevel finnes det ikke en generell og akseptabel forståelse, og jeg har til gode å finne en brukbar definisjon. Faglig forsvarlighet er et problemområde med stor betydning og relevans innen en rekke fagdisipliner, og har i tillegg en fundamental betydning for både pasient og helsepersonell.

Jeg mener på bakgrunn av denne studien at det er mulig å løfte helsehjelpen over til en minstestandard, dersom kunnskap og kompetanse, grunnbemanning og dokumentasjon blir ivaretatt både på individnivå og systemnivå.

Hverdagen i en helsetjeneste er kompleks og det er mye å ha oversikt over.

Forsvarlighetsplikten forutsetter at virksomheten tilrettelegger sine tjenester, på den måten blir helsepersonell i bedre stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Hvordan virksomheten legger til rette og organiserer vil ha en avgjørende betydning for om sykepleier klarer å ivareta sine plikter. Gjennom et godt utviklet kvalitetssystem sikres helsepersonell en optimal arbeidsfordeling, og muligheten for å gi brukere av helsetjenesten en faglig forsvarlig helsehjelp styrkes, og resultatet blir en helsetjeneste av god kvalitet. For at pasientsikkerheten skal være god, er det viktig at helsepersonell er årvåkne og bevisste i sine handlinger. Det er i de aller fleste tilfeller sykepleierne som er nærmest pasienten. De må gjøre fortløpende, faglige og helhetlige vurderinger omkring pasientens tilstand. Sykepleier påtar seg et stort personlig ansvar. Det er derfor nødvendig at sykepleier arbeider innenfor en struktur slik at det kan fokuseres på arbeidsoppgavene.

På bakgrunn av forsvarlighetskravet er det en klar forventning til at helsetjenesten som tilbys skal være av rimelig god kvalitet. I tillegg er det et ønske om et faglig stimulerende og utviklende miljø for sykepleiere, og faget sykepleie. Profesjonen sykepleie må utvikles i tråd med samfunnsutviklingen ellers, og tilpasses stadige nye krav og forventninger. Sykepleiere med faglige ambisjoner skal oppleve at det er faglig stimulerende og utviklende å være i pleiepraksis. Virksomheten har plikt til å sørge for at det tilrettelegges for fagutvikling for den enkelte helsearbeider slik at de har mulighet for å utvikle seg selv og faget sitt.

Kontinuerlig fag- og kunnskapsutvikling for sykepleiere er en betingelse for å kunne imøtekomme det helsepolitiske kravet "Pasienten først!" Gjennom nye helselover og utdanningspolitiske og faglige føringer har sykepleiere fått pålegg om å være i kontinuerlig

faglig utvikling, og anvende nyeste tilgjengelige kunnskap. Sykepleierne er sammen med arbeidsgiver ansvarlige for å utøve en faglig forsvarlig praksis.

1.1.0 Bakgrunn for valg av tema

Helsetjenesten er et kompleks system med stadig nye endringer og krav. De senere år har det vært et økt fokus på kravet om faglig forsvarlighet, uten at noen kan gi en presis forklaring. Engasjementet for faglig forsvarlighet har vokst frem gjennom mitt arbeid som sykepleier i kommunehelsetjenesten. Gjennom det praktiske arbeidet som sykepleier har jeg sett konsekvenser av fraværet av faglig forsvarlighet. Jeg mener at på grunnlag av kunnskap og kompetanse har den enkelte en forutsetning for å øke forsvarlighetskravet til å nå mer en minstekravet om forsvarlig helsehjelp. I tillegg er det i helsetjenesten nødvendig å være svært konsentrert og nøyaktig. Jeg ble etter hvert mer bevisst på hvor viktig det er å ha gode rutiner slik at pasientsikkerheten og min sikkerhet ble ivaretatt. Jeg ble også etter hvert klar over de store konsekvensene som kunne skje dersom ikke kvalitetssystemet fungerer. Derfor har faglig forsvarlighet trigget min nysgjerrighet til å sette i gang denne oppgaven.

1.1.1 Problemstilling

Problemstillingen er todelt; ”Hvilken forståelse har helsepersonell av faglig forsvarlighet, og hvilke forutsetninger har de for å oppnå faglig forsvarlighet”?

1.1.2 Oppgavens oppbygging

Kapittel 1:

I oppgavens innledende del, presenteres tema og problemstilling, bakgrunn for valg av tema, og samt avgrensning av oppgaven.

Kapittel 2:

I del to vil teori som anses for å være relevant for oppgavens problemstilling bli fremtalt.

Kapittel 3:

I kapittel tre blir klargjøres designet som er brukt som metodevalg.

Kapittel 4:

I fjerde kapittel blir resultatene og funn presentert, og diskutert i lys av empiri og teori.

Kapittel 5:

I femte og siste kapittel, oppsummeres og konkluderes studiens funn.

1.1.3 Videre forskning

Jeg mener å ha lagt grunnlaget for å drive videre forskning for å oppnå en større begrepsforståelse. Som nevnt innledningsvis har det vært en lang og krevende prosess på det grunnlag at det ikke finnes noen forskning innenfor emnet. For min egen del kunne jeg gjort oppgaven lettere for å komme raskere i mål med masteroppgaven. Men på grunn av mitt brennende engasjement for å få skape noe nyttig, har jeg valt å bruke tiden i forbindelse med oppgaven å starte denne prosessen i håp om at andre deler denne interessen, og som ønsker å ta dette videre for å løfte det til et høyere nivå.

1.1.4 Avgrensing av oppgaven

Faglig forsvarlighet er et omfattende tema. Jeg har valgt å ta for meg faglig forsvarlighet både på individnivå og systemnivå. Helsepersonelloven § 4 og § 16 er sentrale og pålegger et ansvar på begge nivå.

Hovedfokuset i denne oppgaven er begrepsmessige, og en innholdsmessig forståelse av faglig forsvarlighet, og hvordan det ivaretas i det daglige. Kulturelle og økonomiske strukturer er i stor grad med å påvirke faglig forsvarlighet, og kan faktisk være i direkte konflikt. På grunn av oppgavens volum vil det ikke være gjennomførbart, og mulig med en fullstendig utdyping på disse emnene.

Jeg har i teoridelen valgt å skrive om sykepleieprofesjonen da jeg mener at denne har en del faglig stoff som er relevant for alle helsearbeidere, og at denne kunnskapen kan overføres og anvendes av hvilken som helst helsearbeider. Jeg har avgrenset intervjuene til å gjelde sykepleiere og hjelpepleiere i kommunehelsetjenesten, men funnene blir i drøftingsdelen presentert som en gruppe.

Jeg valgt å ikke innhente ledernes synspunkter og erfaringer i forhold til problemstillingen på det grunnlag at stortingsmeldinger, ulike lovverk og retningslinjer bidrar, og gir sterke

styringssignal til virksomheter og ledere. I tillegg er internkontrollforskriften (IK-HMS) et systemverktøy som virksomhetene er pålagt å ta i bruk. En bevisst bruk av IK- HMS systemet gjør det mulig for virksomheter å være med på kursendringer, samtidig bidrar dette verktøyet til å sikre en bærekraftig produksjon og gjøre sårbare systemer mer robuste (Karlsen 2010). For helsepersonell finnes det ikke et systemverktøy for å sikre at tjenesten de utfører er faglig forsvarlig. I det daglige er det mange fallgruver å gå i, refleksjon og en faglig bevissthet vil bidra til å unngå de alvorligste fallgruvne.

KAPITTEL 2

2.1 Faglig forsvarlighet og omsorgsfullhjelp i teoretisk perspektiv

2.1.0 Helsepersonelloven § 4 (1999)

”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjon for øvrig”

”Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig.

Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell”

2.1.1 Helsepersonelloven § 16 (1999)

”Virksomhet som yter helsehjelp, skal organiseres slik at helsepersonell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter”

2.1.2 Lovens formål:

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

2.1.3 Målet med helsetjenesten

Det overordnede målet for helsetjenesten er: best mulig helse og livskvalitet for befolkningen (Kristoffersen 2005). For å realisere den offentlige tjenestepolitikken skal det gjennom sykepleierens yrkesutøvelse bidra til å nå målet om å yte best mulig helsehjelp ved å gi behandling, pleie og omsorg (Hansen, Hummelfeldt, Kjellevold, Norheim og Sommerseth 2010). God kompetanse hos tjenesteutøverne og godt lederskap på alle nivå i helsetjenesten er viktige forutsetninger for å nå målet (Nasjonal helseplan 2007-2010). Kvalitet forstås ut fra hvilken grad aktiviteter og tiltak i helsetjenesten regi øker sannsynligheten for at individ og grupper i befolkningen oppnår en ønsket helsegevinst, gitt dagens kunnskaper og ressursrammer. Kvalitet skapes i de mange daglige møter mellom brukere og utøvere av helsetjenesten (st.prp. nr.1 2006-2007). Kvalitet på

helsetjenesten og pasientens tilfredshet skal iverksettes gjennom omsorg, pleie, helsefremmende og forebyggende arbeid (NSF 2008a og 2008b).

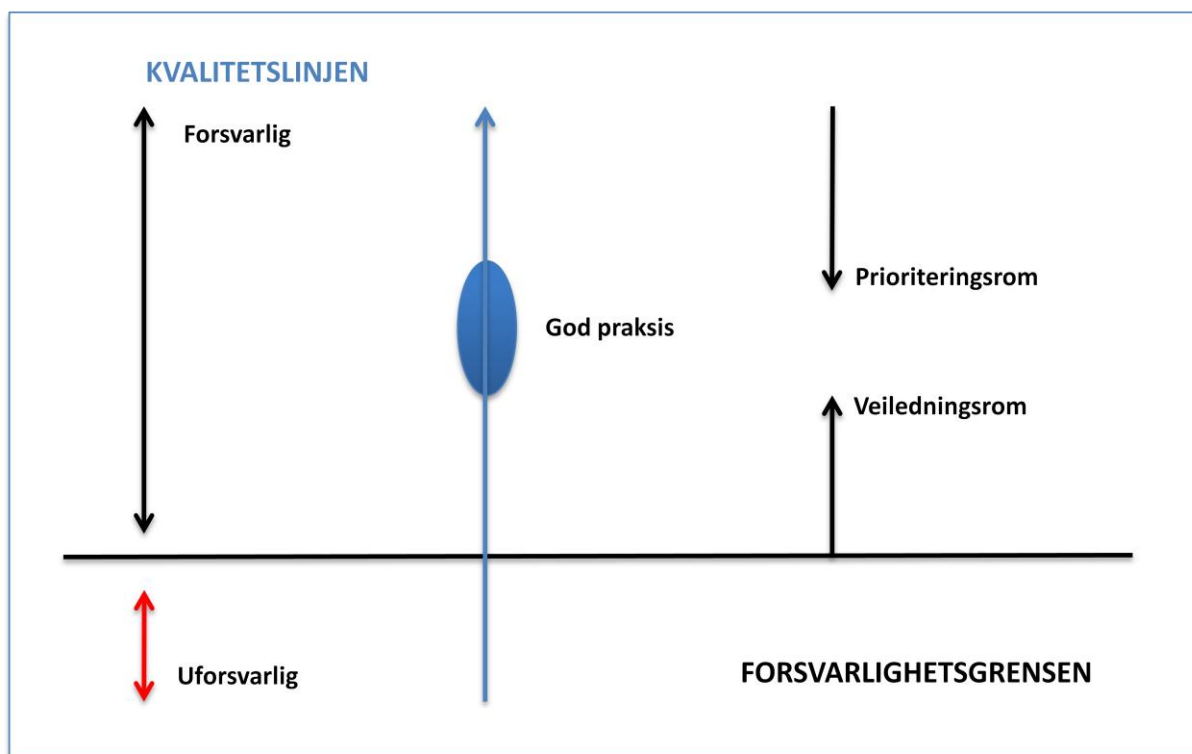
2.1.4 Kravet om forsvarlig helsehjelp

Forsvarlighet betegnes som et juridisk minstekrav og handler om å sikre en minstestandard. Kravet har som hensikt å beskytte pasienten mot behandling som er skadelig eller uten virkning (Mølven 2006).

Det står ikke nedfelt i loven hva som er godt fag. Hverken som begrep eller fenomen har faglig forsvarlighet et entydig innhold. Helsepersonell har et stort handlingsrom som ofte er uten tydelige grenser. Sykepleiefaget bidrar derfor med sin kunnskap, kompetanse, holdninger og verdier for hva som regnes for å være forsvarlig helsehjelp. Dette betyr at aksepterte normer for et godt fag understøtte av loven. Kravet til faglig forsvarlighet varierer med den faglige utvikling og samfunnets verdioppfatninger. Dette betyr at det faglige innholdet som regelen viser til, forandrer seg over tid (Kjønstad 2007). For sykepleieren innebærer forsvarlighetskravet en plikt til å opptre i samsvar med faglige normer og lovbestemte krav for yrkesutøvelsen (Mølven 2000 og Kjønstad 2007).

Standarden har en viss spennvidde, og det foreligger en forventning om å utføre noe mer enn minstestandarden. Forsvarlighet er ikke målbar, dersom det oppstår det tvil om hvordan en bestemmelse skal tolkes, bør man velge det tolkningsalternativet som er i mest mulig samsvar med kravet om forsvarlighet. Minstestandarden setter en grense for hva som er forsvarlig og må ses i sammenheng med de reaksjoner som kommer når standarden ikke etterleveres. Det innebærer at en må løfte uforsvarlig praksis til en forsvarlig minstestandard med en god praksis (Kjønstad 2007). Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer har et tydelig ansvar for å beskrive og tydeliggjøre faglig forsvarlig praksis. De definerer ikke hva som er faglig forsvarlig, men øker bevissthet og retning når vanskelige beslutninger skal fattes (NSF 2007). Hva som er god praksis kan i følge Hansen (2010) diskuteres, skal en legge seg på minimumsnivå, eller stiller det kvalitetsmessige krav utover dette? Å gi faglig forsvarlig helsehjelp handler om å møte enkeltmennesker på en slik måte at det anses å være både faglig og etisk riktig. Faglig forsvarlig utøvelse forutsetter forståelse for helsetjenestens oppbygging, og oppgaver samt kjennskap til lover, regler og øvrige rammebetingelser som styrer virksomheten (NSF 2008b). Statens helsetilsyn har understreket at forsvarlige tjenester innebærer å vise interesse for den enkelte utover det

som konkret gjelder sykdom og helse. Helsetilsynet er først fornøyd når det er forsvarlig å ta hensyn til menneskeverdet ved å verne om integritet, autonomi, og det sårbare menneskeliv (Hansen 2010). Forsvarlighetskravet bygger på hva som vanligvis kan forventes i den aktuelle situasjon, i følge NSF (2008a) tar kravet utgangspunkt i hpl § 4 den enkeltes kvalifikasjoner, arbeidets karakter, og situasjonen for øvrig.



Figur: 1. Kvalitetslinjen (Helsetilsynet)

Forsvarlighetskravet er tosidig, helsehjelpen skal være innenfor faglig aksepterte normer, og den skal ytes på en omsorgsfull måte. Helsetilsynet påpeker at tjenesten må organiseres for å oppnå en god praksis slik at ikke tjenesten befinner seg ned mot eller balanserer på forsvarlighetsgrensen. Kvalitetsforskriften kan brukes som et mål, og er et viktig redskap for å vurdere om pasienten får den tjenesten de har krav på (NSF 2008a).

2.1.5 Omsorg

Helsepersonelloven § 4 beskriver at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med gjeldende krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. NSF (2008a) uttrykker at det er

uforsvarlig å unnlate å gi omsorg. Omsorg er i følge Heidegger et grunnleggende trekk ved det å være menneske (Gjengedal 2005). Sykepleiens mål er omsorg, hvor en handler ut fra en indre forståelse for hva den hjelpende trenger. Martinsen (2005) mener at omsorgsbegrepet har en rasjonell, praktisk og moralsk side. Den moralske side handler om hvordan vi er og hvordan vi er i relasjonen gjennom det praktiske arbeidet, moralen viser seg måten omsorgen utøves på.

Den sykepleiefaglige kompetanse kommer til uttrykk gjennom kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Holdninger til pasienten skal ikke unnværes på grunn av manglende faglig viten (Delmar 2005). Kjønstad (2007) hevder at faglig forsvarligheten har en skjønnsmessig side, en faglig, en etisk og en rettslig norm for hvordan arbeidet skal utøves. I følge NSF (2007) skal en ikke bare gi riktig behandling eller sykepleie, den skal utføres på rette måten med en holdning som respekterer det enkelte individ. Orvik (2004) henviser til en studie om sykepleierens rolle, pasienter og pårørende har svart at de opplever at faglig forsvarlighet viser seg til sykepleierens faglig kyndighet, sikkerhet ved gjennomføring av behandlingsprosedyrer, håndtering av akutte situasjoner, gode kommunikasjonsferdigheter, evne til å lytte og argumentere for å sikre ressurser.

En sykepleier forholder seg først og fremst til pleie og kontinuerlig omsorg for den syke (Tveiten 2001). Kvalitetsutvikling innenfor helsetjenesten bør i følge Gøtvik og Hansen (2001) foregå på tre forskjellige nivåer; den organisatoriske, den faglige og den pasientopplevde kvaliteten. I følge Molven (2009) synest faglig forsvarlighet å bestemmes ut fra en helhetsvurdering, av seks faktorer 1) erstatningsrettslige momenter, 2) forholdet ved helsepersonellet, 3) forhold ved virksomhetene, 4) forhold ved pasienten, 5) alminnelige normer og 6) andre forhold.

Aasbrenn (2004) skiller omsorg i det tekniske og det funksjonelle. Det tekniske element *”hva man får”*, innebærer den faglige kompetanse og den faglige utførelsen. Det funksjonelle element *”hvordan man får det”*, innbefatter helsepersonells holdning og atferd, trygghet og fleksibilitet, pålitelig og trygghet. Christian Grønroos (1999) mener at *”Hva man får og hvordan man får det”* har en avgjørende betydning for kvaliteten på tjenesten.

2.1.6 Faglig skjønn

For å handle faglig forsvarlig slik som loven krever, må det utøves skjønn. En profesjonell utøver kan og skal utøve skjønn. Utøving av skjønn sikrer ikke alltid at resultatene blir som forventet, men et godt skjønn øker muligheten for at en oppnår det en har planlagt.

Skjønnnet blir vurdert ut fra det som virker rimelig ut fra den aktuelle situasjonen. For å praktisere et godt skjønn må en ha et trygt ankerfeste i sin egen profesjon, og god forståelse av samfunnets krav og forventninger (Hansen 2010)

Martinsen (2005) mener skjønn er en fornuftig handling og at ut fra skjønn er sykepleier i stand til å utføre forsvarlig omsorg og pleie uten å være regelstyrt. For å vurdere det ut fra skjønnnet, må den faglærte ha med seg sitt fags regler, prosedyrer og faktakunnskaper. Regler og prosedyrer skaper ikke noe system, det er kun ut fra erfaring de kan anvendes riktig.

Faglig skjønn betyr faglig dømmekraft og kjennetegner høy klinisk kompetanse. I følge Martinsen (2003) avhenger skjønnnet av hvordan fagkunnskap og naturlig sansing henger og arbeider sammen. Martinsen understreker at faglig dømmekraft og skjønn foretas i ulik grad hos hver enkelt sykepleier, ikke bare hos ekspertene. Meyer (1993) mener at den erfarne sykepleier vil i stor grad utøve faglig skjønn på grunnlag av en intuitiv helhetsforståelse av situasjonen, men må i uerfarne situasjoner analysere og vurdere situasjonen. Schön (1987:243) mener at refleksjon er viktig i utøvelse av skjønn, slik at sykepleier blir i stand til å korrigere sine handlinger underveis i gjennomføringen.

Klinisk kompetanse og faglig skjønn gjør det mulig å mestre nye og uventede situasjoner i yrkesutøvelsen i den faglige hverdagen. Meyer (1993) mener at verdier, teoretiske kunnskaper, menneskekunnskaper og kroppslige kunnskap inngår i det faglige skjønn. Sansene brukes i forbindelse med observasjoner av pasienter. Det vil si å hente data om pasientens tilstand, tolke å forstå tegn ut fra det observerte, og knytte teoretiske kunnskaper og erfaringer til det observerte (Kristoffersen 2005). En profesjonsutdannet har nødvendige fullmakter til å bruke sin faglige kompetanse til å komme frem til det beste, det rette og de mest hensiktsmessige beslutningene gjennom kunnskap, erfaring og dømmekraft (Hansen 2010).

Skjønn er en resonering og beslutnings form, selv om skjønn er både nødvendig og ønskelig betyr det ikke at det er uproblematisk å utøve skjønn. Muligheten for å utøve skjønn bidrar til å sikre fleksibilitet, og kunne gi adekvat hjelp til den enkelte. Faglig, moralsk dømmekraft, etisk bevissthet og utøvelse av skjønn er sentralt i sykepleien, det er også blitt kalt praktisk – moralsk - handlingsklokskap (Hansen 2010:22).

2.1.7 Forsvarlighet betinger kunnskap

Austgard (2010) mener at forsvarlighet betinger kunnskap. Legger man til begrepet faglig, sier man noe om kunnskapen som legges til grunn i utøvelsen. Plikten til faglig forsvarlighet knytter seg da til kvalifikasjoner. Det innebærer at helsepersonell må holde seg faglig à jour, og kjenne kravet om å innrette yrkesutøvelsen etter faglige begrensinger. (Kjønstad 2007) mener at det må forventes at helsepersonell er i stand til å avgjøre når en går over grensen for egen kompetanse, denne grensen skal ikke utfordres. NOU (2004) hevder at denne bestemmelsen er for å hindre at helsepersonell overprøver beslutninger som er fattet av personell med en bredere kunnskap og erfaring.

Molven (2000) mener at faglig forsvarlighet bidrar til at pasienter tilbys trygge og sikre tjenester, og ikke utsettes for unødvendige belastninger. Kjønstad (2007) påpeker jo større faregrad, dess større risiko, desto mer forsiktighet må utvises. I følge NSF (2008a) må den enkelte ta stilling til om faget sitt er blitt utøvd på en faglig forsvarlig måte.

2.2 Individuelt ansvar og systemansvar

I lovgivingen er det uttrykt en forventning til at forsvarlighetskravet både er et individuelt ansvar og et systemansvar. I følge *loven om helsepersonell* (hpl.) § 4, er sykepleier forpliktet til å utøve faglig forsvarlig sykepleie. Hpl. § 3 understreker i loven at den enkelte helsearbeider har et selvstendig ansvar for en forsvarlig yrkesutøvelse, den omfatter også ufaglærte, og studenter i praksis.

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

Organisatoriske forhold har stor innflytelse på helsepersonells atferd, og deres forutsetninger for å opptre forsvarlig i praksis. Organisasjonsmåten kan i verste fall svekke opplevelsen av omsorg (Orvik 2004). Helse- og omsorgsdepartementet (NOU 2000) har beskrevet at faglig forsvarlige tjenester er en rettslig standard som består av tre hovedelementer: tjenesten må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide, og gis i tilstrekkelig omfang. God kompetanse hos tjenesteutøverne og et godt lederskap på alle nivå i helsetjenesten, er viktige forutsetninger for å nå målet om god kvalitet.

Helsetjenesten har en egen forskrift om internkontroll (internkontrollforskriften § 4). Internkontrollen utgjør kjernen i kvalitetssystemet, og handler om virksomhetens interne styring og egenkontroll. Ledere skal koordinere og iverksette tiltak for å forbedre praksis. Den som er ansvarlig for virksomheten, enten eiere eller ledere, har plikt til å sørge for at det innføres og utøves internkontroll. Dette skal gjøres i samarbeid med arbeidstakerne som har en lovpålagt plikt til å medvirke. Men det må opparbeides og etableres en kultur i den enkelte virksomhet som har fokus på kvalitetsforbedring.

Hensikten med internkontrollen er å oppnå en kontinuerlig kvalitetsforbedring, sikre at daglige arbeidsoppgaver blir utført, styrt og forbedret i henhold til lovens krav. Formålet er å sikre faglig forsvarlighet i helsetjenesten, sikre kontinuitet og forbedring av virksomheten. Internkontrollforskriften § 6, 7 og 8 skal sørge for at virksomheten kartlegger, iverksetter rutiner, og overvåker om internkontrollen fungerer slik den skal.

For at virksomheten skal nyttiggjøre seg systemet skal internkontrollsystemet være detaljer, beskrevet og systematisk dokumentert. Det innebærer å ha en oversikt over aktuelle og gjeldende lover, forskrifter og retningslinjer tilgjengelig og kjent for ansatte (Orvik 2004).

For at virksomheten skal nyttiggjøre seg av systemet, forutsettes det at den ansattes er kjent med virksomhetens rutiner for avvikshåndtering, og at den enkelte medarbeider nødvendigvis benytter seg av muligheten til å skrive avvik (Orvik 2004 og Karlsen 2010). Organisasjonsstrukturen gir i følge Jacobsen og Thorsvik (2007) retningslinjer, og grenser for hvordan medlemmer i organisasjonen bør opptre. Systemene som utvikles har til hensikt å avdekke sårbare ledd, og skape samsvar mellom organisasjonens mål, individene eller grupperes mål.

På grunn av at både tekniske og institusjonelle omgivelser er i stadig endring, må organisasjonen hele tiden justere sine aktiviteter for å opprettholde effektivitet og legitimitet. Det vil si at de må være proaktive. Det mest hensiktsmessige er at virksomheten gjennomfører endringer etter hvert uten at det blir for høye kostnader eller at funksjonaliteten svekkes (Buch, Johnsen, Valstad og Vanebo 2007).

Dersom det er mangel på fagpersoner eller økonomiske ressurser som gjør det umulig å gi forsvarlig helsehjelp, skal helsepersonell benytte seg av plikten til å melde fra til arbeidsgiver eller tilsynsmyndighetene ved kritikkverdige forhold (Orvik 2004). Det viser seg ut fra erfaringer at sykepleiere tar sitt ansvar i forhold til meldeplikten (hpl § 17), og melder fra ved uforsvarlige situasjoner og hendelser (NSF 2008a).

I følge internkontrollforskriften har arbeidsgiver plikt til å sørge for at arbeidstaker har tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfelt. Å organisere

oppgaver på en betryggende måte, danner grunnlag for at helsepersonell kan opptre forsvarlig. Sykepleier har plikt til å holde seg faglig à jour og plikt til å kjenne til innholdet i regler og etterlyse ordninger som gjør det mulig å opptre forsvarlig. Sykepleieren er ofte den som ser et forbedringspotensiale, og utbedring av mangler er ledelsens ansvar. Det krever at sykepleier har organisatorisk innsikt, kunnskap, tydelighet, mot og handlekraft (Orvik 2004). Helsepersonell er opptatt av å yte kvalitativt gode tjenester, men det er ulik oppfatning av hva kvalitet er, og hvordan systematisk kvalitetsforbedring kan gjennomføres (Davis, Vinci, Okwuosa, Chase og Huang 2007).

2.2.0 Opplevelse av kvalitet, krav om effektivitet og rolleforventninger

Det er mange rolleforventninger i utøvelsen av sykepleie, noen roller er ikke synlig og verdsatt, men de er viktig for å styrke pasientens opplevelse av kvalitet. Pasienter og pårørende forventer at sykepleier skal vise forståelse og empati når arbeidsgiver i tillegg forventer høy effektivitet, og høyt tempo i yrkesutøvelsen (Orvik 2004). I tillegg til pasientens forventninger, fremhever politikere at sykepleiere har hovedansvar for å forvalte samfunnets knappe ressurser (st.meld 47). Disse mål og verdier kan for mange oppleves vanskelig å forene, men med en god organisering vil det styrke kvaliteten på sykepleien, og gjøre utøvelsen av yrkesrollen mer profesjonell (Orvik 2004). Irgens (2007) argumenterer på lik linje med Orvik (2004) om at sykepleier har behov for kunnskap om organisasjon og ledelse. Orvik introduserte derfor den dobbelte sykepleierkompetanse. Den dobbelte sykepleierkompetanse er organisatorisk kompetanse som består av organisasjonskompetanse og organiseringskompetanse, det betyr å forstå helseorganisasjonen som et system, kunne organisere pasientarbeidet. Denne kompetansen vil bidra til å gi en økt opplevelse av kvalitet. Sykepleier skal kunne bevege seg mellom pasient, produksjon og profesjon. Systemet i seg selv vil ikke sikre at pasienter mottar faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp. Irgens (2007) mener at organisatorisk kompetanse binder sammen profesjoner slik at det finnes et felles språk på tvers av profesjonsgrensene. Irgens mener videre at det er felles modeller, og felles forståelse for utfordringer og problemer som angår profesjonelle i et kunnskapssamfunn.

Helse- og omsorgsdepartementet (2007-2008) omtaler faglige retningslinjer som et virkemiddel for å sikre høy kvalitet, likeverdig tilbud og riktige prioriteringer. Ledere i helsetjenesten har ansvar for å implementere retningslinjer. Dette samsvarer med Molven

(2000) hvor han uttrykker at retningslinjene danner grunnlag for god faglig praksis. Faglige retningslinjer er faglige råd som skal være et hjelpemiddel for de avveininger helsepersonell skal gjøre for å yte faglige og riktige helsetjenester. Videre presiseres det at nasjonale retningslinjer gir uttrykk for hva som anses som god praksis på utgivelsestidspunktet, og er ment som et hjelpemiddel ved de avveininger sykepleier må gjøre for å oppnå forsvarlighet og god kvalitet i tjenesten. Det er ikke alltid klart om det som sies i retningslinjer er uttrykk for optimale tiltak, eller om de er å anse som en minimumsstandard.

2.3 Kunnskap og kompetanse

Utdannelse er identitetskapende, det den enkelte opparbeider seg kompetanse som gir bedre forutsetninger for å forstå sammenhenger i samfunnet. Utdanning skal kvalifisere og sikre høy faglig kompetanse for arbeidslivet, og danne grunnlag for den enkeltes arbeidsinnsats (st.meld 47).

For mange er kompetanse en viktig ressurs for verdiskapning i arbeidslivet. Kompetanse innebærer at man har rett og myndighet til å foreta visse handlinger, eller for å ta avgjørelser i visse saker. Kompetanse består av kunnskaper, ferdigheter, holdninger, og erfaringsbasert innsikt. Kompetanse er å være i stand til å ta beslutninger og handle på bakgrunn av den tilegnede kunnskapen (Nordhaug 2002). Buch (m.fl. 2007) hevder at ut fra den tilegnede kompetanse er mennesket mentalt forberedt. Det vil si at når en helsearbeider møter et problem, danner kompetansen et grunnlag for å ta et strategisk valg. Gjennom kunnskap og erfaring vil mennesket utvikle en stadig raskere problemløsningsprosess. Hensikten med å øke ansattes kompetansebredde, er at helsepersonell skal kunne takle store variasjoner av skader og sykdommer slik at endringsevnen sørger for at den daglige produksjonen ikke blir skadelidende av tilfeldige variasjoner.

Kompetansebegrep går igjen i alle deler av oppgaven, og det vil derfor være på sin plass å definere hva som legges i begrepet. En typisk definisjon er:

”Anvendte og anvendbare kunnskaper, ferdigheter og evner som har bruksverdi i arbeidslivet”
”(Nordhaug 1993:19).

Nordhaugs (1993), definisjon på kompetanse er vid og allmenngyldig. Lai (2010:48) har utvidet definisjonen, og konkretiserer kompetanse på denne måten:

”De samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger skal gjøre det mulig å utføre aktuelle funksjoner og oppgaver i tråd med definerte krav og mål”.

2.3.0 Sykepleiers funksjon

Den samlede kunnskapen som en sykepleier innehar, gir grunnlag for å handle. En sykepleier trenger både praktiske ferdigheter, rasjonelle ferdigheter og samhandlingsferdigheter (NSF 2008b). Både Tveiten (2001) og NSF (2008b) beskriver at teoretisk kunnskap utgjør fundamentet for å forstå, handle og reflektere, det danner grunnlaget for hvordan, og hvorfor sykepleiere skal utøve sitt fag. Tveiten (2001) mener at den teoretiske kunnskapen i all hovedsak skal være forskningsbasert.

Praktisk kunnskap er å beherske teknikker, metoder og fremgangsmåter som er relevante for sykepleie. Etisk kunnskap innebærer å integrere sykepleiefaget verdigrunnlag, slik at det viser seg i handlinger og holdninger. Etisk kunnskap handler om hvordan sykepleiere bedømmer situasjoner og dermed handler moralsk riktig. Sykepleiere møter stadig dilemmaer, etisk kunnskap og refleksjon danner grunnlag for hvordan den aktuelle situasjonen håndteres. Erfaringskunnskap handler om å anvende den teoretiske kunnskapen, og trene opp ferdigheter. Det er den enkelte sykepleiers samlede erfaringer, ervervet gjennom livserfaring og yrkespraksis (NSF 2008b).

Kompetanse, kunnskap og erfaringer danner grunnlag for verdiskaping i helsetjenesten, et faglig innhold i arbeidet kan være avgjørende for motivasjonen. God ledelse og bedre forståelse av viktigheten for kompetanseutvikling er derfor nødvendig (st.meld 2006-2007). Den nye Samhandlingsreformen (st.meld 47) vil overføre oppgaver til kommunehelsetjenesten som tidligere ble løst i spesialisthelsetjenesten. Det bygger på LEON prinsippet, normen om lavest effektive omsorgsnivå. I følge Orvik (2004) er målet med dette prinsippet å forvalte knappe helseressurser slik at de gir mest uttelling for hver krone og nytte for samfunnet. Pasientomsorgen skal foregå på en forsvarlig og ressursmessig måte. Samhandlingsreformen vil dermed stille høyere krav til helsepersonellens kompetanse. Dette vil også kreve endringer av innholdet i utdanningene som er basert på nyere forskning (st.meld 47).

2.3.1 Praktisk erfaring

Den amerikanske sykepleieforskeren Patricia Benner foretok en studie av den erfarne praktiker i 1984, "From Novice to Expert". Boken har hatt stor betydning for forståelsen av erfaringsbasert kunnskap, og viser hvordan den kliniske sykepleieutøvelsen endrer seg

gjennom kunnskap og erfaring. Modellen viser hvordan tilegnelse og utvikling av ferdigheter går gjennom fem nivåer som starter på det laveste nivå; novise, den viderekomne nybegynner, den kompetente utøver, den kyndige utøver og ekspert. Buch (m.fl. 2007) anser derfor at det er nødvendig å utvikle en form for ekspertkompetanse. Den høye ekspertkompetansen er en viktig forutsetning for å løse nye problemer og utfordringer. Forfatterne mener at kompetanse i stor grad vil bidra til fleksibilitet og endringsevne.

2.3.2 Klinisk sykepleiekompetanse

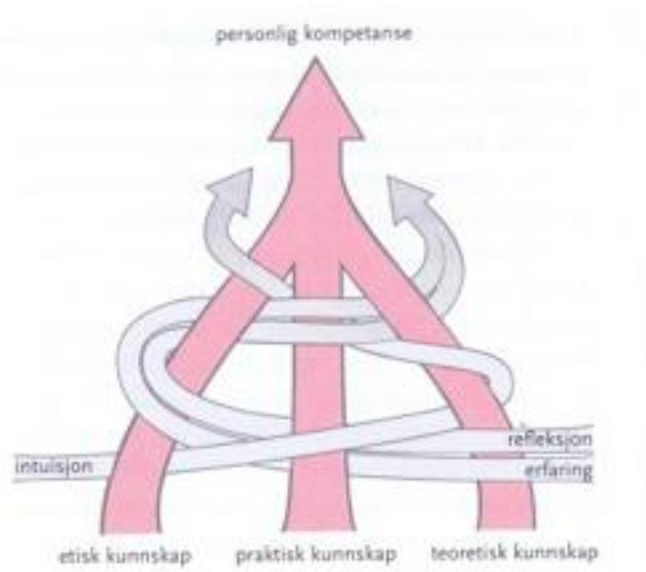
Klinisk sykepleiekompetanse er en sammensatt kompetanse som består av teoretisk kunnskap, praktisk kunnskap, og etisk kunnskap, og utgjør fagets verdigrunnlag.

Kompetansen kan betegnes som handlingskompetanse, eller personlig kompetanse i sykepleie. Den samlede kompetansen, betegnes som den kliniske kompetanse som en sykepleier innehar, danner grunnlag for å handle i sykepleiesituasjoner

(Kristoffersen:2005). Sykepleie har en selvstendig funksjon, det vil si at sykepleieprofesjonen har nødvendige fullmakter til å bruke sine fagligheter til å komme frem til de beste, de rette eller de hensiktsmessige beslutningene. (Tveit 2001).

Beslutningene tas på grunnlag av kunnskap, erfaring og dømmekraft (Hansen 2010).

Sykepleiens kunnskapsaspekter utgjør hele sykepleien og består av teoretisk, praktisk, etisk og erfaringskunnskap (Tveiten 2001). Evnen til å observere pasientens tilstand er en viktig side ved denne kompetansen, og omfatter evnen til å reagere og handle hensiktsmessig.



Figur: 2. Komponenter som inngår i personlig kompetanse (Kilde Kirkevold 1996)

2.3.4 Sykepleiens grunnlag

Sykepleiernes arbeid har stor betydning for befolkningens helse, kvaliteten på helsetjenestene, og pasientens tilfredshet. Sykepleierens funksjon er inndelt i en forebyggende, behandlende, lindrende og rehabiliterende funksjon (NSF: 2008b). Sykepleieren har plikt til å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død, med andre ord kan en si at sykepleierens profesjonsetiske ansvar omfatter mennesker i alle livsfaser fra livets begynnelse til livets slutt. Sykepleierens fundamentale plikt er å vise omsorg overfor alle som lider. (Kristoffersen 2005).

En naturlig særtrekk ved sykepleiepraksis er et helhetlig menneskesyn hvor omsorgsverdiene utgjør fagets grunnverdier. Verdigrunnlaget for all sykepleie er respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet som skal prege praksisrunnlaget for all sykepleie. Sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og skal arbeide kunnskapsbasert (NSF 2007).

2.3.5 Kompetanseutvikling

For å møte utfordringene i forhold til den kompleksiteten helsetjenesten står overfor, stilles det stadig større krav til kunnskap og kompetanse. På dette grunnlaget er den profesjonelle avhengig av å lære gjennom hele yrkeskarrieren. Læring er i stor grad sosialt betinget og skjer gjennom samspill med kolleger og brukere (Irgens 2007).

Nordhaug (2002) mener at kompetanseutvikling omfatter alle programmer og tiltak organisasjonen gjennomfører med sikte på å utvikle ansattes kunnskaper, ferdigheter og evner, og den uformelle læringen som skjer gjennom arbeidet. Videre hevder Nordhaug (2002) at kompetanseutvikling er viktig for å sikre og forbedre effektiviteten i organisasjonen. Innenfor helsetjenesten blir kunnskap og kompetanse sett på som en produksjonsfaktor. Dersom den ansattes kompetanse ikke vedlikeholdes og videreutvikles kan det få konsekvenser for organisasjonens livsgrunnlag. En organisasjon som vil overleve har behov for riktig og oppdatert kompetanse gjennom kompetansehevede tiltak. Videre mener Nordhaug (2002) at kompetanseutviklingen har tre formål. For det første vil det trygge og forbedre effektiviteten i virksomheten. For det andre vil en utvikling av de menneskelige ressursene ha en betydning for virksomhetens omdømme i arbeidsmarkedet, og for det tredje vil kompetanseutvikling være et bidrag til å sosialisere den ansatte.

Nordhaug (2002) refererer til en studie hvor mennesker med høyere utdanning faktisk verdsetter personlige utviklingsmuligheter høyere enn lønnsmuligheter.

Gjennom sosialisering mener Jacobsen og Thorsvik (2007), at de ansatte tilegner seg organisasjonens normer, verdier og grunnleggende antakelser, føler lojalitet og identifiserer seg med virksomheten. Dess sterkere sosialiseringen er desto mindre behov har virksomheten for å styre de ansatte. Den organisatoriske sammensetningen gir myndiggjorte medarbeidere.

Kunnskap har tradisjonelt vært inndelt i en teoretisk og en praktisk side. Riktig kompetanse er en viktig faktor for å oppnå faglig forsvarlig helsetjeneste. Dette er i samsvar med Lai (2010:57) som mener at faglig forsvarlighet faller inn sammen med enkeltes faglig kompetanse. Det viser å være relevant for å kunne utføre gitte oppgaver og funksjoner på en faglig (yrkesmessig, teknisk, praktisk) og fullgod måte. Zang (m.fl.2001) mener at kompetanse kan gjenspeiles i hvordan en helsearbeider bruker sine kunnskaper, ferdigheter, egenskaper, motiver og holdninger i møte med pasienter og evnen til å tilegne seg nye kunnskaper. Kompetansen medarbeiderne besitter kan utvikles og brukes i organisasjoner for å sikre faglig forsvarlighet. Sellevold (2010) mener at manglende kompetanse kan hindre sykepleiere i å utføre faglig og etisk omsorg for pasienten.

For å sikre at pasienten mottar faglig forsvarlig helsehjelp, har sykepleier et faglig, et juridisk, et etisk, og et personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie (Orvik 2004). En sykepleier har en faglig kompetanse som gir rett til å ta en autonom avgjørelse på et faglig grunnlag (Kjønstad 2007). Det kan det bety å planlegge og vurdere uten å ha andre å diskutere sammen med (Irgens 2007). Lovverket som regulerer tjenesten og yrkesetiske retningslinjer (NSF 2007) er gjensidig utfyllende, dette danner grunnlag for å forstå menneskesynet, og hvordan de grunnleggende verdier bør vernes i praksis. Yrkesetiske retningslinjer konkretiserer hva vi må strekkes oss etter for å sikre god praksis innen profesjonen, i møte med pasienten, pårørende, medarbeidere, arbeidssted og samfunnet (Orvik 2004).

2.3.6 Kompetansebeholdning og kompetansehevnede tiltak

Den profesjonelle yrkesutøvelsen er den kompetanse den enkelte har opparbeidet seg gjennom den formelle yrkesutdanning, og som videreutvikles gjennom arbeidslivet (Nordhaug 2002). En profesjon assosieres ofte med ferdigheter, forventninger og kompetanse. Det forventes at helsepersonell har profesjonell kunnskap (Hallandvik 2002).

Lai (2010) mener at en kombinasjon av ulike profesjoner danner en kjernekompetanse. Denne kompetansen gjør virksomheten mindre sårbar og er avgjørende for i hvilken grad man lykkes å følge denne utviklingen. Nordhaug (2002) har en oppfatning av at kompetansebeholdningen er den ressursen som er mest avgjørende for å sikre vellykkede resultater, konkurransevne og overlevelse over tid.

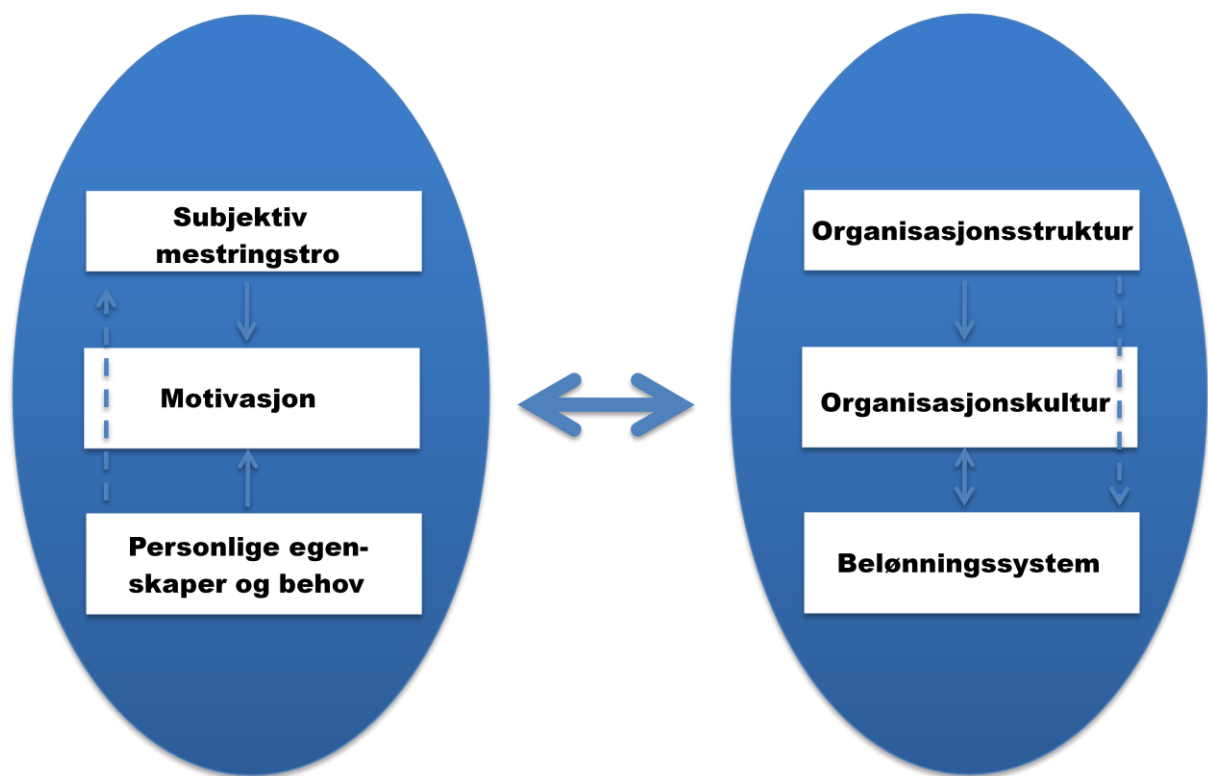
Lai (2010) hevder at kompetansehevende tiltak har vist å gi positive resultater i form av bedre arbeids- og læringsmiljø, sterkere lojalitet og høyere jobb tilfredshet. For å oppnå en god fagutvikling har et godt faglig arbeidsmiljø, god grunnbemanning, en hensiktsmessig bemanningssammensetning, og god ledelse viktige faktorer (St.meld 47).

I følge Irgens (2007) kan ny kunnskap hjelpe oss med å forstå problemet på en ny og bedre måte, og innsikt gjør det mulig å heve oss fra tidligere praksis. Når vi er i stand til å ta i bruk fagkunnskapen i praksis, er vi blitt faglige. Ny kunnskap gjør det mulig å håndtere utfordringer fordi en trekker inn faglige perspektiver. For at en sykepleier skal utføre god praksis, og kunne bevege seg mellom ulike situasjoner er det nødvendig å kunne samarbeide med mennesker som er ulike fra oss faglig og personlig. I st.meld (47) skal helsetjenesten være en attraktiv arbeidsplass med utviklingsmuligheter og gode trygge arbeidsvilkår. I nasjonal helseplan (2007-2010) påpekes det at kvalitetsutviklingen av helsetjenesten må ses i sammenheng med arbeidsmiljø og helsetilstanden til de ansatte i helsesektoren, det må derfor vektlegges med å kontinuerlig arbeide for å oppnå et godt arbeidsmiljø.

2.3.7 Kompetansestyring som prosess

Ivaretagelse av kompetanse er knyttet til både individuelle og organisatoriske rammebetingelser. De individuelle realiseringsbetingelsene omfatter medarbeidernes egen tro på mestring, personlige egenskaper, motivasjon og behov. De organisasjonsmessige

realiseringsbetingelsene omfatter en hensiktsmessig organisasjonsstruktur, organisasjonskultur, incentiver og belønningssystemer (Lai 2010). Forfatteren understreker at realiseringsbetingelsene er gjensidig avhengig av hverandre. Manglende fokus på realiseringsbetingelsene vil føre til at virksomheten ikke kan nytte seg av den kompetansen som er tilgjengelig i virksomheten. En annen fare er at medarbeiderne som ikke får brukt sin relevante kompetanse vil oppleve et demotiverende misforhold mellom egen kompetanse og anvendelsesmuligheter. Ansatte vil derfor med sin kompetanse, forsvinne gjennom tilfeldig avgang pga utilfredshet. Virksomheten kan ikke tilegne seg kompetanse, ferdigheter og holdninger på en annen måte enn gjennom sine medarbeidere, det er derfor nødvendig å ta vare på sine ansatte for at virksomheten skal beholde nødvendig kompetanse. Mange har en indre motivasjoner og et personlig ønske om tilegner seg nye kunnskaper og ferdigheter som vil være til nytte i forbindelse med nåværende eller fremtidige oppgaver. Mange vil på eget initiativ søke å oppdatere og vedlikeholde sin kunnskap for å øke sannsynlighet for et karrieremessig avansement.



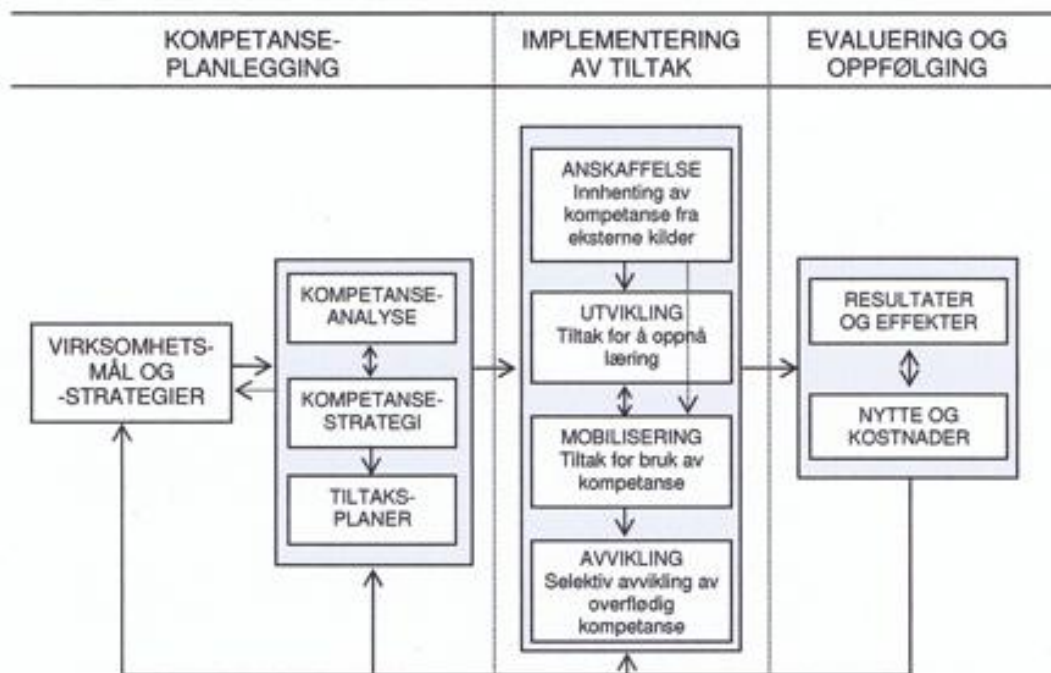
Figur 3, Linda Lai 2010:216

I følge internkontrollforskriften (§4) har ledere på alle nivå ansvar for å identifisere områder som har behov for kvalitetsforbedring. Ledere skal koordinere og iverksette tiltak for å forbedre praksis. De skal sørge for at medarbeiderne har tilstrekkelig kompetanse og ferdigheter, og at kompetansen blir utnyttet riktig. Med dette utgangspunktet mener Nordhaug (2002) at organisasjon som anvender den menneskelige ressursene vil oppnå en større forutsetning for å nå organisasjonens mål. For å oppnå den hensikt må det i følge st.meld (47) til en kontinuerlig kvalitetsforbedring som forankres både kulturelt og organisatorisk.

En lederoppgave vil derfor være å tilstrebe at organisasjonen har nødvendig kompetanse for å realisere organisasjonens mål. Det betyr å sikre og forbedre anvendelse av kompetanse som er tilgjengelig i kompetansebeholdningen. Eksisterende kompetanse sikres ved anvendelse, og at det tilrettelegges for læring, utvikling og vekst (Nordhaug 2002). Forskning viser at helsepersonell og deres ledere ser ut til å ha begrenset kunnskap om hvordan systematisk kvalitetsforbedring skal gjennomføres (Davis m.fl. 2007).

Lai (2010) gir en generell og helhetlig beskrivelse av prosessen knyttet til kompetansestyring:

1. Planlegging av kompetanse.
2. Tiltak for å anskaffe, utvikle, mobilisere og avvikle kompetanse.
3. Evaluering og oppfølging av kompetansetiltak.



Figur nr 4. Linda Lai 2010: 14. Strategisk kompetansestyring som prosess.

Kompetanseanalysen bør i følge Lai (2010) ta utgangspunkt i organisasjonens overordnede mål og strategi. Forfatteren hevder at fokuset på kompetanseplanlegging blir viktigere desto større og mer kompleks virksomheten er. Planleggingen starter med å kartlegge organisasjonens kompetansebehov. Moxnes (1981:44), hevder at ledere har et klart ansvar for å sørge for utvikling av sine medarbeidere, både gjennom læring i jobben, og gjennom organisert opplæring. Et godt læringsmiljø bestemmes i stor grad av arbeidsmiljøet.

Det må kartlegges hvilken kompetanse en har internt i organisasjonen, og hvilken kompetanse som skal bygges opp gjennom utvikling av egne ansatte. Ved mangel på intern kompetanse må kompetanse eventuelt rekrutteres eksternt slik at virksomheten kan være i stand til å nå organisasjonens mål og strategier. I mange virksomheter viser det seg en overfokusering på kompetanseanskaffelse og utvikling, i stedet blir det en underfokusering på mobilisering av kompetanse. Det brukes derfor betydelige ressurser på rekruttere kompetanse som allerede er tilgjengelig i virksomheten, og derfor mener Lai (2010) at det er nødvendig å vite noe om faktorer som påvirker bruken av kompetanse.

Organisasjonens utforming (struktur), stabilitet, mulighet for innvendinger, og medvirkning, spesialisering, despesialisering, intensiver og belønningssystem legger føringer i forhold til hvor godt kompetansen i virksomheten blir utnyttet. Karlsen 2010 mener at en god bruk av de tilgjengelige ressursene vil gi en bærekraftig utvikling.

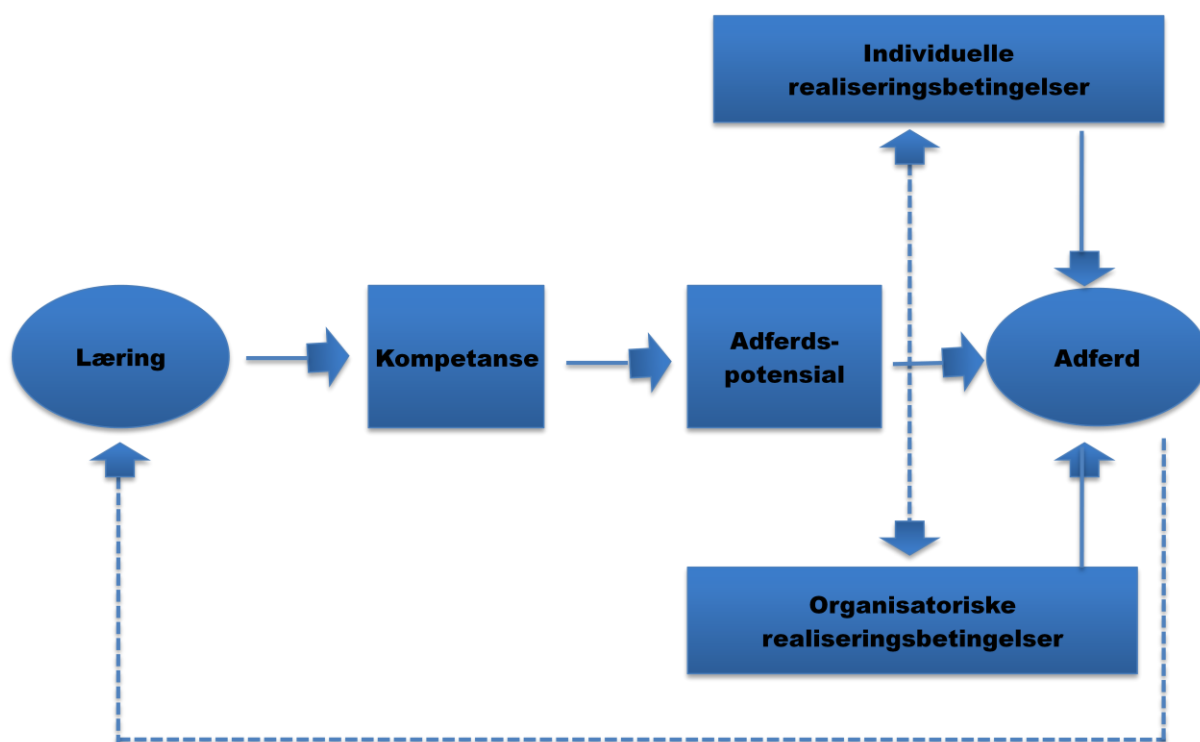
Kompetansetiltakene bør evalueres i et økonomisk perspektiv i forhold til om det er avkastning i forhold til investeringene i de menneskelige ressursene. Evalueringen skal bidra til å forbedre valg av tiltak. Virksomheten må være i kontinuerlig dialog med sine medarbeidere i forbindelse med kartleggingen. Nordhaug (m.fl.1993) mener at tid, finansielle midler og intern kompetanse i mange tilfeller er styrende for i hvilken grad tiltak gjennomføres, internt, eksternt, eller i samarbeid med profesjonelle kompetansesentra. Det ser fremdeles ut til å være en stor tilbøyelighet til å velge eksterne tiltak, fremfor interne, men det er en økende andel interne tiltak og samarbeidstiltak med andre organisasjoner. Mindre organisasjoner ser ut til å benytte seg av interne tiltak (Nordhaug m.fl. 1993). I følge Lai (2010) er eksterne tiltak ofte ikke tilpasset den enkelte virksomhet. Den interne opplæringen har fått en del kritikk fordi det har en del svakheter i forhold til selve organiseringen av opplegget. Mangel på overordnede planer for arbeidet er en av dem, en annen er at kvaliteten varierer ut fra deltakerne, og det siste er i forhold til hvem som har ansvar for opplæringen (Kunnskapssenteret 2011a).

Målet er at helsepersonell skal arbeide kunnskapsbasert, det skal sette helsepersonell i stand til å innhente og evaluere kunnskap på egenhånd, og kunne bruke det i pasientarbeidet (kunnskapssenteret 2011a). Å arbeide forskningsbasert vil bety en videreutvikling av kunnskapsgrunnlaget for faget. Sykepleiefaget møter stadig nye krav fra myndighetene og medisinske miljøer, derfor må sykepleieutøvelsen være kunnskapsbasert. Kunnskapsbasert praksis er knyttet til faglig forsvarlighet. For å kvalitetssikre tjenesten forutsetter myndighetene at den enkelte utøver baserer sin praksis på den til enhver tid beste tilgjengelige kunnskap (Kirkevold og Nortvedt 2005).

Systematisk kompetanseutvikling dreier seg om tiltak for å oppnå eller forsterke læring i organisasjon. Den individuelle læringen utgjør en forutsetning for enhver form for læring, utvikling og spredning av kompetanse i organisasjoner (Lai 2010). Læring har en avgjørende betydning for kompetansetilgangen i virksomheten. Gjennom læring tilegnes

ny supplerende kompetanse i form av kunnskaper og ferdigheter, dette øker sannsynligheten for en adferdsendring.

Den formelle kompetansen har hatt viktig rolle i utdanningssamfunnet, og det har vært en rask økning i kunnskapsutviklingen, men den største kompetanseutviklingen er overføring av ferdigheter og kompetanse mellom ansatte. Læringsmiljøet er av stor betydning for hva som hemmer og fremmer læring, og hvordan ledelsen legger til rette for kontinuerlig læring, og hvilke holdninger det er til læring. Læringsmiljøet er forhold som virker inn på motivasjonen, og mulighetene for faglig og personlig utvikling (Nordhaug 2002).



Figur 5. Linda Lai 2010: 155. Sammenheng mellom læring og adferd

Definisjon på læring er i følge Lai (2010):

”Læring er tilegnelse av nye eller endret kompetanse – i form av kunnskaper, ferdigheter eller holdninger – som gir relativt varige endringer i en persons adferdspotensial”.

Med tilegnelse av kompetanse mener Lai (2010) ervervelse av ny, supplerende kompetanse, eller endring av tidligere kompetanse gjennom avlæring og relæring. Læring

produserer ikke en gitt adferd hverken umiddelbart eller over tid, men mellomliggende faktorer kan være med på å bestemme i hvilken grad, på hvilken måte, og når resultater eventuelt resulterer i adferdsmessige uttrykk. Adferd er et produkt av læring. Når læring har funnet sted kan kompetansen komme til anvendelse.

Læringsutbytte er det er person er i stand til å gjøre som et resultat av læringsprosessen. Nivået på læringsutbytte er avhengig av kompleksiteten av kunnskaper, ferdigheter og den generelle kompetanse (NOKUT 2012).

Kvalifikasjoner er et formelt læringsutbytte som er vurdert av en godkjent instans, og som kan dokumenteres. Men det foregår også uformell læring hvor den enkelte tilegner seg uformell kompetanse. Den uformelle kompetanse er et resultat av læring som har funnet sted utenfor det formelle utdanningssystemet, denne læringen er vel så viktig som den formelle kvalifikasjonen, og kan betegnes som en livslang læring. Den livslange læringen resulterer i økt kunnskap, ferdigheter, kompetanse og kvalifikasjoner (NOKUT 2012).

Anvendelse av kompetanse er avhenger av individuelle og organisatoriske rammebetingelser. Individuelle realiseringsbetingelser avhenger som nevnt tidligere faktorer som selvbilde, subjektiv mestringsevne og motivasjon. Det er motivasjon som skaper drivkraft for læring og personlig fagutvikling, og det personlige engasjement og nysgjerrigheten bidrar til å skape motivasjon. Den subjektive mestringsevnen gjengir hvilken oppfatning, og egne forutsetninger for å oppnå kompetanseanvendelse. Personer med høy mestringstro har en tendens til å yte mer (Lai 2010).

De organisatoriske realiseringsbetingelsene avhenger av organisasjonsstruktur og kultur. Dersom læring er knyttet til innøvelse av praktiske ferdigheter er endring i adferd et avgjørende uttrykk for om ønsket læring har funnet sted. Ny eller modifisert kompetanse resulterer i endret adferdspotensiale som øker sannsynligheten for nye adferdsmønstre (Lai 2010).

Forsterkning tildeles gjennom belønnings og intensivsystem, som har til hensikt å motivere medarbeiderne til å yte i tråd med nye behov og mål. Lav mestringstro er til hinder for

læring og den videre kompetanseanvendelse. Virksomheten bør i aller høyeste grad redusere negative holdninger som skaper motstand mot læring (Lai 2010).

2.3.8 Kommunikasjon

Kommunikasjon innebærer utveksling av informasjon mellom to eller flere personer. En god kommunikasjon bidrar til å skape god innflytelse og effektivitet, og den mellommenneskelige kommunikasjonen er viktig i en organisasjon. En god kommunikasjon kjennetegner en vellykket organisasjon. En samtale som foregår ansikt til ansikt er en god måte å overføre budskap på, spesielt i tvetydige saker av ikke rutinemessig karakter. For å kunne regulere adferd er det nødvendig med tilbakemeldinger. Det er helt avgjørende for å oppnå en god læring, og det reduserer usikkerhet og dekker det naturlige kontaktbehovet et menneske har. (Kaufmann og Kaufmann 2009).

KAPITTEL 3

3.1 Forskningsmetode

Målet med studien er å få dybdekunnskap om hva sykepleiere og andre helsearbeidere legger i faglig forsvarlighet, og hvilke forutsetninger de har for å oppnå faglig forsvarlighet.

Dag Ingvar Jacobsen (2005:24) definerer metode:

”Metode er en måte å samle inn empiri (data om hvordan virkeligheten faktisk ser ut, eller data om virkeligheten). Metoden er da et hjelpemiddel til å gi en beskrivelse av den såkalte virkeligheten”.

Blakie (2005) beskriver metode :

”The techniques or procedures used to collect and analyse data”

Innen metode eller forskningsdesign skiller teorien mellom to hovedformer for metodisk tilnærming - kvalitativ og kvantitativ metode. Forskningsdesignet forteller oss noe om fenomenet vi skal studere, og hvordan vi skal studere det (Blakie 2005).

Kvantitativ metode fokuserer på mange enheter, utberedelse, antall og mengde av fenomen. Blakie (2005) mener at den kvalitative metode fokuserer på de sosiale prosesser, og styrken er at den gir en unik tilgang på informasjon fra få utvalgte informanter. Metoden bruker de sosiale aktørenes synspunkter gjennom språk, fortolkninger og meninger (Jacobsen 2005). Hellevik (1984) sier også at kvalitativ metode er i overensstemmelse med virkeligheten, men undersøkelsen viser kun et utsnitt av virkeligheten hvor en foretar systematisk utvelging av data. En kvalitativ studie bør i følge Jacobsen (2005) benyttes når en har lite kunnskap om fenomenet. Etter det jeg kjenner til, er det relativt lite forskning i forhold til min problemstilling, og jeg anser det derfor hensiktsmessig å velge kvalitativ metode. Fordelen med å velge denne type studie er at den er detaljert, nyansert, og en oppnår en nærhet til studieobjektet. Resultatene som blir presentert tillater kontroll og kritikk (Langhelle 2011).

Data er samlet inn gjennom kvalitativt forskningsintervju med ti åpne spørsmål. Åpne spørsmål gir informanten mulighet for å formulere seg, i tillegg gir det mulighet for å avdekke uvitenhet og misforståelser. Spørsmålene tvinger ikke respondenten til å svare i en bestemt retning, men en får derimot informantens umiddelbare mening (Hydèn 2000).

Gjennom intervju er det muligheter for utvikle nye teorier og hypoteser. Hensikten med denne tilnærmingen er å oppnå en fordypning i forhold til problemstillingen, og for å få frem betydningsfull data fra den enkelte deltaker. Det gir i tillegg en mulighet for å pendle mellom problemstilling, undersøkelsesopplegg, datainnsamling og analyse. Ulempene derimot er at en slik studie er ressurskrevende. Data som fremkommer kan være komplekse, samtidig som det er vanskelig å avgrense. Det er også en ulempe i forhold til representativitet. I forhold til funnene vil det oppstå et generaliseringsproblem da de ikke er etterprøvable slik som ved kvantitativ forskning (Blakie 2005). Det er tekstene som samles inn som danner grunnlag for analysen (Darren 2006).

Målet er å bringe frem ny kunnskap, en økt forståelse av faglig forsvarlighet, og belyse viktigheten av temaet. Forskning består av å søke etter sannhet eller ny kunnskap, hensikten med ny kunnskap er å formidle den til andre (Dalland 2006).

3.1.0 Begrunnelse for valg av metode

Med utgangspunkt i oppgavens problemstilling er oppgaven en deduktiv forskningsstrategi som er utviklet av Karl Popper, sitert av Langhelle (2010), teori kommer før data.

Fasene i følge Langhelle (2010) er ofte beskrevet som en prosess som skjer gjennom fire fortolkningsnivå:

1. Forskerens forståelse av virkeligheten, standardisert i for eksempel et spørreskjema.
2. Den undersøkte fortolker forskerens spørsmål og svaralternativer på sin måte
3. Forskeren fortolker den informasjon informanten har gitt.
4. Leser av resultatene fortolker det på sin måte.

Jeg har i stor grad fulgt disse trinnene i mitt arbeid med oppgaven. Kvalitativ metode gir en pendling mellom teori, metode og data, og eventuelle oppdagelser underveis (Jacobsen 2005).

For å opparbeide en forståelse av problemstillingen ble aktuell litteratur gjennomgått, på den måten tilegnet jeg meg en begrepsmessig, og en teoretisk forståelse for fenomenet jeg ønsket å undersøke. Hydèn (2000) har rettet kritikk mot forskere som ikke har kunnskaper om emnet i forkant, de vil av den grunn miste viktig forståelse, og klarer derfor ikke å danne et innblikk. Kunnskapsrike informanter kan sette forskeren til side i intervjusituasjonen, faren er da at forskeren vil miste verdifulle data. Blakie (2005) mener at teorien styrer retningen for vår interesse, og knytter tenkemåte og forklaringer sammen. Teorien er med å spisser til problemformuleringen, og kan legge føringer for hvordan vi ønsker å undersøke fenomenet. Teori kan også gi forklaringer på funn. I følge Fangen (2004) er det kunnskapen som gjør de mulig å se ting på en ny og annerledes måte.

Det ble etter hvert utarbeidet en intervjuguide som dannet et utgangspunkt for intervjuene, og som skulle sikre at relevante tema ble berørt. I følge Dalland (2006) er intervjuguide bare en plan for hvordan en skal gå frem. Intervjuguiden har en åpen plan for intervjuet. Det betyr ikke at spørsmålene ble stilt i en bestemt rekkefølge, det avhenger av svarene som ble gitt. Å utarbeide en intervjuguide er å forberede seg faglig og mentalt, og det har stor betydning for etterarbeidet (Dalland 2006).

Før oppstart med å intervju informantene ble spørsmålene testet ut på frivillige sykepleiere som kom med kritiske tilbakemeldinger. På den måten fikk jeg mulighet til å omformulere spørsmål som var utydelige, eller vanskelige å tolke. Med gode og velformulerte spørsmål skapes refleksjon, og dermed opplever informantene å være en ressurs. utfordringer ved informantintervjuing er å kontrollere for skjevheter og tilfeldigheter (Larsen 2007). Aktiv intervjuing gir forskeren en viss mulighet for påvirkning (Andersen 2006).

Idealet er en passiv og lyttende forskerrolle, det positivistiske idealet er å oppnå en objektiv forskning, og kunne eliminere og fjerne årsaker som påvirker forskningen (Hydèn 2000). I følge Andersen (2006) påvirker forskeren studieobjektet bare ved det å være til stede. Forskeren påvirker informanten ved sin væremåte, holdninger og kunnskaper. Det har en avgjørende betydning hvilken relasjon forskeren klarer å oppnå med informanten, og under intervjuet inntar forskeren og informanten komplementære roller, uten at forskeren nødvendigvis har en passiv rolle.

Hydèn (2000) mener at forskningsidealet er en forsker som ikke inntar en spørrende rolle, men en lyttende rolle, idealpersonen er en person som har noe å fortelle. Andersen (2006) mener at åpne spørsmål der informanten sammen med en aktiv og bevisst forskerrolle, vil kunne gi en større uttelling for analytisk kontroll. Dette vil igjen påvirke validiteten og reliabiliteten. Validitet handler om relevans eller gyldighet i forhold til innsamlet data, og i hvilken grad resultatene handler om det som skal undersøkes. En måte å sikre høy reliabilitet på, er å holde orden på intervjudata (Larsen 2007).

Hydèn (2000) hevder at det er språket som skaper mening, og intervjuet er en form for sosial interaksjon mellom forsker og deltaker. Det er viktig å tenke gjennom hvordan en møter informanten, hvilke følelser og opplevelser vi bringer med oss i møtet (Dalland 2006). Validiteten i kvalitativ forskning handler om å kvalitetssikre og troverdigheten blir satt på prøve (Fangen 2004 og Guldvik 2002). Gode intervjuteknikker og at en sørger for at informanten er komfortabel i situasjonen, gjør at en oppnår lettere tillit, og følelse av forståelse. Din egen språkbruk er en viktig faktor i intervjusammenheng, ved bruk av fagtermer blir informanten ofte utilpass. Gode intervjuer er kun mulig om du er en god lytter og ved å gi intervjuobjektet tid til å snakke. Vit når du skal tie, vær komfortabel med stillhet, og behandle alle svar med respekt. Ikke dominer samtalen, og se interessert ut (Hydèn 2000).

Når en foretar en vitenskapelig undersøkelse kan en bare undersøke et utsnitt av virkeligheten, det vil si at jeg må velge et utvalg fra populasjonen. Andersen (2009). Hydèn (2000) beskriver at kvalitative undersøkelser ofte er basert på strategiske utvalg som vil si at en velger informanter som har de egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategisk i forhold til problemstillingen.

Jeg tok kontakt med aktuelle sykehjem/ hjemmesykepleie i tre tilfeldige kommuner. Det ble spurt om det kunne være interessant å delta i studien. Kommunene stilte seg positive til å stille informanter til disposisjon. Etter klarsignalet ble det sendt informasjon om studien til den enkelte leder, som videreformidlet dette til deltakerne. Utvalget ble åtte deltakere fordelt mellom tre kommuner fem sykepleiere, og tre hjelpepleiere. Hensikten med å velge to yrkesgrupper er for å sjekke om de har ulike perspektiver på faglig forsvarlighet på

bakgrunn av sin utdanning, og om de har ulike forutsetninger for å oppnå faglig forsvarlighet.

Det ble stilt krav om at de ansatte måtte ha arbeidet ved organisasjonen i minimum to år. Det ble i tillegg stilt krav om at deltakerne ikke skulle være fremmedspråklig. Dette var for å unngå misforståelser, på den måten kunne en hindre å gå glipp av viktig informasjon. Deltakerne ble plukket ut av virksomhetene selv, den utvalgsprosedyren gjør at dataene oppnår best mulig validitet (Dalland 2006). Intervjuene ble gjennomført på deltakernes arbeidsplass, eller på egnede møterom i nær tilknytning til deltakernes arbeidsplass.

Deltakerne fikk både skriftlig og muntlig presentasjon om prosjektet, og om meg som forsker. Det ble i tillegg informert om at informasjonen ville bli anonymisert, og at de kunne trekke seg fra studien når som helst (Dalland 2006). Det ble satt rammebetingelser om at intervjuet ikke skulle være mer enn 60 minutter (Hyden 2000).

Bruk av opptakerutstyr er ofte blitt diskutert i forbindelse med intervjuer. På bakgrunn av at jeg var redd for å miste lydopptak, valgte jeg å bruke pc til å skrive intervjuet i sin helhet. Det ble ikke registrert noe tegn på at informantene følte noe ubehag av den grunn. Det ble heller ikke uttrykket skepsis når jeg spurte om dette var greit. Alle intervjuene ble skrevet ned når deltakeren snakket, og mulige skrivefeil ble endret når intervjuene var gjennomført. Den muntlige tale blir nedfelt i skriftlig form, og i den prosessen kan fortolkningen endres noe fordi det preges av forskerens bakgrunn (Fangen 2004).

3.1.1 Analysearbeidet

Etter at intervjuene var gjennomført startet analysearbeidet. Det ble behov for en del opprydding, og gjennom dette arbeidet oppdaget jeg at svarene hadde ulik tyngde og valør. De typer svar som gikk igjen hos flere av informantene hadde størst tyngde. Etter analysearbeidet var ferdig bearbeidet tilfører jeg som forsker noe mer enn det jeg har sett og hørt, og setter det inn i et nytt perspektiv.

Utgangspunktet for studien var å få en forståelse for hva helsepersonell i helsetjenesten legger i begrepet faglig forsvarlighet, og deres forståelse av faglig forsvarlighet. Gjennom intervju har jeg fått tilgang på det empiriske materialet. Jeg har valgt å presentere funn fra

sykepleierne og hjelpepleierne som en gruppe. På de punkter hvor det er en nevneverdig forskjell mellom gruppene blir dette spesifisert og begrunnet. Funnene blir drøftet opp mot aktuell teori. Etter analysearbeidet satt jeg igjen med tre hovedtema: kunnskap og kompetanse, grunnbemanning og dokumentasjon, disse ble videre inndelt i under kapitler.

Jeg som forsker har noen forestillinger og meninger om hva faglig forsvarlighet. Dette vil påvirke hvordan data tolkes, jeg må i den forbindelse være bevisst og reflekter på at jeg ikke leter etter det jeg som forsker ønsker å finne, og må derfor stille meg kritisk til egne tolkninger, og forsøke å være tro mot kildene.

KAPITTEL 4

4.1 Empiri, analyse og tolkning av funn

4.1.0 Forståelse av faglig forsvarlighet

På bakgrunn av spørsmålene som ble stilt til, viser funnene i studien at deltakerne var samt enige om at det ligger mye ansvar i forhold til faglig forsvarlighet, og at det er et flytende begrep uten noen brukbar definisjon. Minstekravet gir for mange en negativ assosiasjon.

Kravet om omsorgsfull hjelp er sidestilt med kravet om faglig forsvarlighet. Det fremkommer av studien at det er kravet om faglig forsvarlighet som er vanskelig å tolke, det viser seg at overgangen fra regelverket inneholder svært lite detaljer og beskrivelser. Det finnes ikke forskrifter som er med å presisere innholdet i kravet. Heller ikke Norsk sykepleierforbund har klart å tydeliggjøre innholdet i faglig forsvarlighet, selv om det er uttrykket at de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere har ansvar for å beskrive og tydeliggjøre faglig forsvarlig praksis. Molven (2000) hevder på sin side at nasjonale retningslinjer er et hjelpemiddel for å oppnå forsvarlighet og kvalitet, men ei heller disse gir et klart uttrykk for om tiltakene blir ansett som optimale, eller som en minimumsstandard.

Det kan se ut som det er en oppfatning av at det lettere å forstå hvordan en skal utøve omsorg. Martinsen (2005) mener at omsorg er noe grunnleggende ved det å være menneske, det oppleves viktig å vise medmennesker omsorg. Omsorg er et enklere begrep som er knyttet til medmenneskelighet, respekt, engasjement, og omtanke for et annet menneske. Det er ikke uvanlig å skille omsorg mellom ”*hva man får*” og ”*hvordan man får det*” (Aasbrenn 2004 og Grønroos 1999).

I følge teorien skal en god og faglig forsvarlig sykepleie være begrunnet, gis raskt, være virksom, lindrende og dempe bivirkninger. God sykepleie innebærer å hjelpe pasienten til å mestre sin situasjon gjennom forebyggende, behandlende og rehabiliterende sykepleietiltak (Kristoffersen 2005).

Deltakerne var opptatt av å gjøre sitt beste, og levere en tjeneste som oppleves god for både pasient og pårørende. Deltakerne vektlegger å gi noe mer enn minstekravet, og mener

at det er helsearbeiderne som setter standarden for at pasientene skal oppleve å ha en god livskvalitet. Men det vil si at pasienten kan oppleve å få ulike kvalitet på hjelpen avhengig av hvem som gir hjelpen. Deltakerne er opptatt av at det burde vært gjort mer, men at det ikke er tidrammer til å yte mer. Det er en oppfatning blant deltakerne at det er de medisinske oppgavene som får første prioritet. Deltakerne mener at minstekravet gjelder mer enn bare det tekniske, den medisinske oppfølgingen, og stell. Det fremkommer at det oppleves som om disse aspekter har høyest prioritet for da dekker virksomheten seg under det som er faglig forsvarlig.

Det finnes mange forskrifter i forhold til tekniske prosedyrer, men det finnes ikke forskrifter som regulerer faglig forsvarlighet i sin helhet. Deltakerne opplever grensen mellom faglig forsvarlig og faglig uforsvarlig som flytende. Enkelte savner en definisjon fra virksomhetens fagansvarlig, en detaljert beskrivelse av faglig forsvarlighet, og hvor virksomheten legg sin grense for en minstestandard. Det oppleves viktig for selvfølelsen å ha tid til å se hele mennesket, og kunne gjøre en god jobb, mange strekker seg langt for pasientene. Det ble gitt uttrykk om at dersom ikke en klarte å tilfredsstille mer en minstekravet vil ikke jobben som helsearbeider gitt arbeidsglede.

Det kan til tider se ut som om virksomheten er fornøyd når minstekravet er tilfredsstillt, helsepersonell er ikke fornøyd før de har klart å løfte helsehjelpen over minstekravet, og klarer å gi en helhetlig omsorg og pleie. Helsearbeiderne var opptatt av å kunne utføre en kvalitativ god tjeneste som opplevdes god for pasienten.

Noen av deltakerne opplever at virksomheten pålegger så mye ansvar at det er umulig å gi forsvarlig helsehjelp, både i forhold til den såkalte tekniske delen og omsorgsdelen. Hele tiden må det foretas prioriteringer. Det oppleves slitsom når en nærmest hver dag må strekke seg lenger enn de rammene som er gitt. I stede for å bruke tid på pasienten må en bruke tid og energi på å grensesette. Dersom det ikke er gode rutiner som regulerer, vil det være desto vanskeligere å sette grenser, i den forbindelse må det brukes tid for å forklare pasient og pårørende hva som er meningen med disse grensene.

Grunnbemanningen består av stadig færre medarbeidere, og ofte av få med helsefaglig bakgrunn. Fagpersonell erstattes av ufaglærte. Deltakerne hadde en tanke om at det er mye forsvarlighet i fagpersonell, og ikke minst i et stabilt personale.

4.2 Virksomhetens internkontroll og kvalitetssikring

Det ser ut til at helsepersonell ikke gjør en bevisst kobling mellom individ ansvar og systemansvar, men ansvaret for faglig forsvarlighet er et kollektivt ansvar. På dette grunnlag har derfor Orvik (2004) påpekt at det er et behov for både organisasjonskompetanse og organiseringskompetanse hos sykepleierne.

4.2.0 Rutiner

De fleste i studien påpekte at rutiner er en viktig forutsetning for å oppnå faglig forsvarlighet. Et kvalitetssystem definerer en nærmere beskrivelse av organisering, ansvarsfordeling, prosedyrer, og tilrettelegging for gode rutiner. Dette bidrar til en bevisstgjøring og synliggjøring av ansvar (Bjørø og Kirkevold 2005). Rutiner vil gi et begrenset handlingsrom, det kan ha en positiv side i forhold til det å gi lik behandling av pasientene (Aasbrenn 2004). Det blir heller ikke så enkelt å fraskrive seg ansvar når rutiner er etablert.

Deltakerne mener at rutiner gjør det mulig å gjøre jobben enklere, og en lærer jobben lettere når rutiner er etablerte. De er med på å skape en struktur og rammer som gir en trygghet å jobbe innenfor. Dette samsvarer med Lai (2010), hun har en oppfattning av at rutiner opprettholder en viss stabilitet, og setter begrensinger samtidig som de er koordinerende. Gjennom rutiner oppnår en forutsigbarhet, orden og mening. En kan og si at en oppnår effektivitet og utnyttelse av ressurser ved gode rutiner. Deltakerne mener at det er mulighet for å utfolde seg gjennom rutiner bare en holder seg innenfor. Dette støttes av Aasbrenn (2004), at det er mer kostnadseffektivt med å etablere gode rutiner da den ansattes ressurser mobiliseres i en positiv retning.

En kan kanskje også si at rutiner er med på å sette en kvalitetsstandard, det forutsetter at ledelsen som utarbeider standarden tar faglig forsvarlighet i høysetet. En sykepleier påpeker at rutiner ikke bør overlates til å utarbeides av profesjonsnøytrale, av den grunn at profesjonsnøytrale forstår ikke dybden i faglig forsvarlighet. Situasjoner må konkretiseres

med inngående forklaringer for at de skal forstå viktigheten og konsekvenser. Dersom det er profesjonsnøytrale i lederposisjon blir det desto viktigere er det med høy faglig kompetanse på det operative plan. Profesjonsnøytrale kan ikke ta avgjørelser på et faglig grunnlag.

Interkontrollforskiptens formål er, at kvalitetssystemene i en virksomhet skal bidra til å gi helsepersonell en mulighet for å kunne utøve yrket faglig forsvarlig. En annen viktig forutsetning som ikke må glemmes for å oppnå kvalitetsforbedring, er at både ledere og medarbeidere har plikt til å medvirke. Deltakerne mener det må være kultur for å ta opp saker gjennom rapporter og personalmøter, og at det faktisk holdes personalmøter. Det bør være unødvendig at saker diskuteres på gangen, det gir ikke mulighet for å sette ting på dagsorden.

Det er grunn til å tro at det vil være mulig å oppnå en faglig forsvarlig virksomhet ved en målrettet ledelse. De fleste informanter opplever virksomheten tar sitt ansvar i større eller mindre grad i forhold til å sikre en godt veletablert virksomhet. Det foreligger en viss risiko dersom det ikke blir utarbeidet gode rutine på systemnivå, ansvaret for å sikre faglig forsvarlighet blir dermed overlatt til det enkelte individ hvor avgjørelser blir vurdert ut fra skjønn. Det vil si at kvaliteten på tjenesten vil variere ut fra hvem som gir helsehjelpen, dette bygger på synspunktet til Martinsen (2003), som mener det ikke er uproblematisk å utøve skjønn, å utøve skjønn krever et trygt fotfeste i egen profesjon.

Det fremkommer en tydelig frustrasjon hos sykepleierne at det skjer stadig avbrytelser i forbindelse med medikamenthåndtering, enten fra pasienter, medarbeidere, alarmer eller andre forstyrrelser, noe som øker faren for feil. Selv om rutiner for medikamenthåndtering ikke er tilfredsstillende oppleves det som et personlig ansvar når det oppdages feil i enten dosett, eller i forbindelse med utdeling.

Fravær av gode rutiner og ansvar kan ha en sammenheng med at ansvaret på systemnivå ofte er fordelt mellom flere personer på flere nivåer, og dermed oppstår det en fragmentering av ansvar. Lederrollen bidrar dermed til å svekke systemet i stede for å styrke forutsetningene for å oppnå faglig forsvarlighet. Det er ikke bare helsepersonell det vil få konsekvenser for, en kan også si at uten tilstrekkelige rutiner har eiere av

virksomheten mindre kontroll med forsvarligheten. For å styrke faglig forsvarlighet bør det være en faglig bevissthet hos ledere på alle nivå.

4.2.1 Avviksmeldinger

Det er lovpålagt å skrive avviksmeldinger, hensikten med avviksmeldinger er å bidra til fagutvikling. Ingen av deltakerne nevnte på eget initiativ at avviksmeldingene var et potensiale for fagutvikling.

Det er menneskelig å feile, men for at feilen ikke skal få fatale konsekvenser er det nødvendig å fange opp faresignalene. Skriftlige avviksmeldinger gjør at ledelsen må påtegne sitt skriftlige syn på avviket, noe som sikrer at avviket blir behandlet. Avviket synliggjør og dokumenterer problemet. Ansvar for avviket overføres til ledelsen etter at avviket er sent.

I ulik grad opplever helsepersonell at ledelsen har formidlet klart at avviksmeldinger er et viktig verktøy i forbindelse med kvalitetsforbedringen. Studien viser at ikke alle var kjent med virksomhetenes IK- HMS system, hensikten med avviksmeldingene, og hvordan avvikshåndteringen fungerte i sin helhet. Flere av deltakerne var skeptiske til nytteverdien av rapportene, de opplevde at det ikke skjedde endringer på bakgrunn av rapporterte avvik.

Flere mente at dataprogrammet avviksmeldingene skal registreres i, er så tungvinte og tidkrevende at det derfor ikke blir prioritert, noen mente også at det var lettere når det ble benyttet papirform. Det bør ikke være innfløkte skjemaer eller metoder som blir til hinder for å skrive avvik. Enkelte deltakere meddelte at det ikke ble levert avvik på grunn av manglende opplæring, og manglende tid til å føre avvik.

Det kan se ut til at det er vanskeligere å få folk til å avsløre egne feil i de organisasjoner hvor det ikke er kultur for å skrive avvik. En av deltakerne nevnte at det var det lettere å skrive avvik når andre hadde gjort en feil, eller om det var en selv. Enkelte deltakere opplever det ikke alltid har vært like populært fra ledelsen sin side at det blir rapportert avvik, muligens på grunn av at det avdekket svikt i rutiner som er virksomhetens ansvar.

Flere deltakere nevner at de ikke er flinke nok til å dokumentere avvik dersom de blir utsatt for belastninger i form av slag, spark, eller andre hendelser på jobb. Hendelser som angikk dem selv ble ikke blir sett på som like viktig som dersom det var pasienten som ble utsatt. Både hjelpepleiere og sykepleiere hadde en oppfatning av at det tilhørte en del av jobben å kunne takle slike utfordringer.

Noen sykepleiere derimot mente at avviksmeldinger kan bidra til å synliggjøre belastninger og behov på det politiske plan. Gjennom avvik kan en synliggjøre hva både pasient og personalet utsettes for i jobbsammenheng, enten det gjelder det fysiske belastninger i form av slag eller spark, bygningsmessige mangler, lav bemanning eller andre avvik. De fleste politikere er opptatt av det som kan telles, og avviksmeldingene lar seg faktisk telle. Dersom det ikke føres avvik kan politikerne tro at kvalitetssystemet fungerer, og det blir i neste omgang vanskeligere å argumentere for større ressurser til pleie- og omsorgstjenesten.

Dersom prosessen skal ha nytteverdi forutsettes det at avvikshåndteringen er en synlig prosess, noe deltakerne var opptatt av. Det er en tankevekker at det er et fåtall av deltakerne som rapporter avvik som omhandler noe annet enn feil, eller grove overtredelser. Dette kan ha en sammenheng med at det ikke er en bevissthet rundt hva som regnes for å være et avvik, og hvilken kraft avviksmeldingene har dersom de nyttes gjennom de riktige kanaler.

Enkelte deltakere nevnte at det er lite avvik innenfor deres avdeling på grunn av gode rutiner og systemer. Min oppfattning av virksomheter som beveger seg i en retning av selvtilfredshet er på feil spor. Selvtilfredshet svekker evnen til å oppfatte faresignaler, troen på egen robusthet og godhet kan bidra til å svekke egen dømmekraft, resultatene kan dermed gi en økt risiko for hendelser. Handlingene våre får konsekvenser ikke bare for oss selv men også andre, avvik skal bli sett på som en positiv prosess fordi det øker bevisstheten, og viser at det tas alvorlig (Karlsen 2010). En annen oppfatning er at en målrette ledelse som skaper en positiv kultur til avvikshåndteringen, vil oppnå en mer robust virksomhet.

Avviksmeldinger som har til hensikt å gi et forbedringspotensial, og hindre gjentakelse av samme avvik (Karlsen 2010). En faktor som kan se ut til å ha en påvirkning på avvikshåndteringen er hvem som mottar avvikene og behandler dem. Alle deltakerne oppgav at avvikene skulle levers elektronisk. Flere deltakere oppga at avviksmeldingene ble overlevert elektronisk via dokumentasjonsprogrammet og direkte til tilsynslegen på avdelingen. Dette kan fort bli en for autoritær måte å håndtere avvikene på, og bli et hinder for å melde fra. I den forbindelse kan det oppstå en underrapportering, eller at avvik oppleves som mer alvorligere enn det faktisk er.

De fleste deltakerne rapporterte at det var nærmeste ledere som behandler avvik, og at de vil ha en større forståelse for det som skjer fordi de er nærmere avdelingen i det daglige. Faren med at leder skal håndtere avvik kan unnvære å gjøre noe dersom det oppleves som en trussel mot seg selv. En annen faktor er at tiltakene ofte kommer sent på grunn av lederen har stramme tidsrammer, og manglende ressurser til å ta tak i hendelsen, derfor blir det også til at det er kun de avvik av alvorlig karakter som blir prioritert. Det kan resultere i at det ikke blir skrevet avvik av personalet uten det ses på som et alvorlig avvik.

Andre deltakere meddelte at avvikmeldingene blir behandlet av flere ledere oppover i organisasjonen. Enkelte av deltakerne mener at ting skjer når avviksmeldingene må høyere opp i systemet, eller at det er flere som skal gjennomgå dem. Også ved denne organiseringen bør en være oppmerksom på at det ikke oppleves for autoritært, og at de oppstår en underrapportering.

Hos flere av deltakerne var det en antagelse at de fleste ser ut til å skjerpe seg når de vet det blir skrevet avviksmeldinger, og mener at de blir bevisste på egne eller andres feil når en skriver avviksmeldingen. En ting at en selv blir bevisst feilen, men for at systemet skal tjene sin hensikt må andre få denne bevisstheten.

I følge Karlsen (2010) er det påkrev å dempe virkning av uønskede hendelser og styre virksomheten i en bærekraftig retning, på den måten har virksomheten mulighet for å overleve i markedet.

Internkontrollforskriften pålegger virksomheter å lage et dokumentasjonssystem. Utfordringen i forhold til avvik, er at forskriften ikke sier noe konkret om hvordan virksomheten skal reagere i forhold til informasjon som er samlet inn gjennom avvik. Det vil derfor helt på sin plass at ledelsen selv har den nødvendige kompetanse for å tilfredsstille myndighetenes krav, og i følg arbeidsmiljøloven er det arbeidsgiver som har hovedansvar for å oppfylle lovens krav.

Tilsynsmyndigheter, legger et visst press for at virksomhetene skal overholde lovpålagte plikter (lov om tilsyn). Derfor bør det tilstrebes for å ha kontroll i eget hus i stede for å ta tak i saker etter at tilsynsmyndighetene har vært på tilsyn. Dette kan få negative sanksjoner i samfunnet hvor virksomheten kan få et negativt omdømme (Karlsen 2010). Det vil være mest ressursbesparende for en virksomhet å være proaktive enn reaktive.

4.3 Kunnskap og kompetanse

Dagens samfunn er i stadig endringer, og den teknologiske utviklingen går stadig raskere. Det fører til at helsetjenestens oppgaver også blir mer komplekse. Det handler mye om økonomisk balanse, og dels utnyttelse av ressurser, derved blir helsetjenesten satt i et kritisk lys. Denne kompleksiteten stiller stadig større krav til helsearbeidernes kompetanse. Reformen innføres, og parallelt skal faglig forsvarlighet ivaretas. Tilgjengelige ressurser må benyttes annerledes. Rekruttere og beholde personell er en viktig forutsetning for god kvalitet i helsetjenesten (st.meld. 47).

Studien viser at hver enkelt deltaker er opptatt av fagutvikling og oppdatering på nyere kunnskap for å kunne arbeide faglig forsvarlig. Alle var klar over at de har en personlig plikt til å holde seg faglig à jour (hpl.§4). Deltakerne mener at de tenker på en ny og annerledes måte etter faglig påfyll. Lai (2010) påpeker at eksisterende kompetanse må ivaretas gjennom anvendelse, og vedlikeholdes i form av kontinuerlig forbedring med læring, utvikling og vekst. Nygren (2004) mener at dersom eksisterende kompetanse kun anvendes og ikke vedlikeholdes, kan ikke kompetansen overføres til nye situasjoner. På den måten er det vanskelig for virksomhetene å påta seg nye oppgaver fordi ansattes kompetanse ikke samsvarer med dagens krav.

Deltakerne har en oppfatning av at det faglige ansvaret øker i forhold til den faglige kunnskap. Derfor har en sykepleier mer ansvar enn en helsefagarbeider på bakgrunn av sin kunnskaper og kompetanse. Deltakerne mener at uten kompetanse kan en heller ikke gjøre jobben faglig forsvarlig. Den faglige innsikten øker med den faglige kompetansen, og en blir mer bevisst på *”hva en gjør og hvordan en gjør det”* (Aasbrenn 2004).

Enkelte deltakere var opptatt av at ansvaret noen ganger overlates til ufaglærte, og dette er med på å svekke forsvarligheten. Mange pasienter har et kompleks sykdomsbilde, deltakerne anser det derfor nødvendig med kunnskap og kompetanse for å kunne gi forsvarlig helsehjelp. Uten kompetanse har en ikke mulighet for å gi en helhetlig sykepleie, og klare ikke å se sammenhenger. Helhetlig sykepleie omfatter de fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behovene (Kristoffersen 2005).

En sykepleier mener at på bakgrunn av sin kompetanse gir det mulighet for å forstå dybden og jobbe smidigere, og mener at pasienten ofte spør etter en sykepleier på bakgrunn av at kunnskap og kompetanse gir trygghet. I følge Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2005) har sykepleie en spesiell karakter, historie og samfunnsmessig verdi som pasienter verdsetter. Dette synspunktet støttes også av Martinsen (2005) om at sykepleier har solide fagkunnskaper, og evne til å utøve faglig skjønn.

Deltakerne er opptatt av kompetansen sykepleier innehar, gir rett til å sette i gang tiltak på en faglig forsvarlig måte. Dette forutsetter at helsetjenesten har sørget for at helsepersonell har fått mulighet til å tilegne seg den riktige kunnskapen i forhold til oppgavene som skal løses (Lai 2010). Deltakerne mener det er viktig å ha personell med riktig kompetanse på vakt til enhver tid for at viktige observasjoner blir foretatt i tilstrekkelig omfang. Enkelte deltakere mener at assistenter gjør en god jobb, men de har ikke forutsetninger for å klare å gi en helhetlig sykepleie på grunn av manglende faglig kompetanse. For både hjelpepleiere og sykepleiere oppleves det til tider utfordrende og ressurskrevende å jobbe med ufaglærte, det ble gitt uttrykk for at helsepersonell må bruke verdifull tid til å lære dem så enkle ting løst. I tillegg må en ofte sjekke at oppgavene assistentene utfører blir utført riktig og forsvarlig. Det ble gitt uttrykk for at det er viktig å vite at en kan stole på medarbeiderne slik at en kan konsentrere seg om egne oppgaver.

Deltakerne ser på at kunnskap og kompetanseheving som en nødvendighet for å opprettholde fagligheten, og med en tilstrekkelig kompetanse klarer en å yte mer på jobb. Tveiten (2001) mener at det forutsettes at den teoretiske kunnskapen som tilegnes i all hovedsak er forskningsbasert. Handlingene som utføres av helsepersonell må være basert på anerkjent fagkunnskap. I tillegg til teoretiske kunnskaper og tekniske ferdigheter, må sykepleier bruke sine sanser bevisst (NSF 2007).

Det er klare paralleller mellom Lai's (2010) realiseringsbetingelser hvor de individuelle realiseringsbetingelser og organisatoriske realiseringsbetingelser (figur 3) er gjensidig avhengig av hverandre for å ivareta kompetanse. Organisasjonen kan få problemer med å ivareta kompetansen om kun en realiseringsbetingelse er for lite tilstede. Det er viktig at det er et samspill mellom de individuelle og organisatoriske realiseringsbetingelsene. Videre mener Lai (2010) at det er gjennom læring en oppnår kunnskap, det vil si en opparbeiding av ferdigheter og holdninger. Læring tilfører kompetanse og skaper potensial for atferd. I følge interkontrollforskriften § 5 pkt 3, skal virksomhetens internkontroll sørge for at arbeidstakerne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring nyttes.

4.3.0 Samhandling

Deltakerne er opptatt av viktigheten av å kunne samhandle, og ha god kommunikasjon med annet helsepersonell, på den måten utveksles kunnskap og erfaringer. Den viktigste uformelle arenaen er den daglige kontakten med medarbeidere hvor det er mulig å diskutere. Dette samsvarer med Kristoffersen (2005) som mener at gjennom samhandling og kommunikasjon med andre videreutvikles kunnskaper og ferdigheter.

De fleste informantene bruker for det meste sykepleierne i avdelingen til å diskutere sammen med. De er som regel lettere tilgjengelig enn leger, fysioterapeuter, og eventuelle andre profesjonsgrupper som arbeider ved den enkelte virksomhet. Det er en oppfatning at gjennom samhandling suppleres hverandres kunnskaper. De hadde en forestilling at det er enklere å diskutere med fagpersonell, fordi de har en grunnleggende forståelse for det som diskuteres, og gjennom samhandlingen skjer det en tverrfaglig kunnskapsutveksling. De opplevde det svært viktig å ha en tett oppfølging fra sykehuset og leger både når det gjaldt overføring av nye pasienter. Ansatte i hjemmetjenesten opplever det mer problematiske å kunne utveksle ferdigheter og kunnskaper fordi de for det meste går alene hjem til pasienten og det oftest bare er i pausene, og ved vaktskifte de er sammen med annet

helsepersonell. I tillegg opplever det vanskelig å kunne benytte lege i forbindelse med spørsmål om pasienten på grunn av at pasientene har sin fastlege som arbeider kun ordinær kontortid.

Det var en allmenn oppfatning av at sykepleier og hjelpepleier har komplementære roller i det daglige. For å løfte helsehjelpen til en god praksis mener hjelpepleierne at de må utføre en del grunnleggende oppgaver og gi omsorg, dette har ikke sykepleierne mulighet til på grunn av lite sykepleiefaglig dekning, og stramme tidsrammer. Sykepleierne må ofte bruke tiden til de tekniske oppgavene som ikke kan overlates til annet helsepersonell.

4.3.1 Samhandlingsreformen

Noen informanter i studien var opptatt av den nye samhandlingsreformen (St.meld 47) som har til mål at oppgaver som tidligere ble løst i spesialisthelsetjenesten nå skal overføre til kommunehelsetjenesten. Samhandlingsreformen var for mange skremmende på grunn av et økt ansvar, og ukjente arbeidsoppgaver. Deltakerne mener at uten tilstrekkelig kompetanse er ikke kommunehelsetjenesten forberedt på å ta i mot reformen med åpne armer, uten kompetanse faller den faglige forsvarligheten ned, og standarden på tjenesten vil synke.

Selv om den norske helsetjenesten generelt holder høy kvalitet i et internasjonalt perspektiv, er det nødvendig med en kontinuerlig utvikling og forbedring. En målrettet ledelse av menneskelige ressurser omfatter forbedringer av de ansattes evner, egenskaper, kunnskaper, erfaringer og ferdigheter (Nordhaug 2002). Ved å øke ansattes kunnskap og kompetanse, kan det sies at organisasjonens verdi av økes. Dette samsvarer med Karlsen (2010) som mener at denne utviklingen vil trolig gi en mer helhetlig og robust helsetjeneste. Siktemålet blir da å øke verdiskapingen i en mer bærekraftig retning ved å forvalte de menneskelige ressursene som allerede finnes i virksomheten. Det forutsettes at organisasjonen har evne til å omstille og endre planlagt retning slik at helsetjenesten er bedre tilpasset kravet i omgivelsene. På denne måten sikres en optimal bruk av ressursene (Karlsen 2010).

I studien fremkommer det at fagpersoner kan ta de riktige avgjørelsene og at det er ens eget ansvar å si nei til oppgaver en ikke har kompetanse til å utføre, det viser at det er en

bevissthet om at ens egen kunnskap ikke skal overprøves av annet personell med høyere kvalifikasjoner (hpl.§ 4).

Sykepleierne var opptatt av hvor stort og individuelt ansvar en har på bakgrunn av sin profesjonsutdanning. For mange oppleves det som et stort og personlig ansvar å bære. Hjelpepleier opplevde det i mindre grad, av den grunn av sykepleiere har det faglige ansvaret når de er på jobb.

4.3.2 Kunnskapsbasert praksis

Daglig står helsepersonell i praksis overfor situasjoner som innebærer å måtte ta faglige beslutninger. Kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen (Kristoffersen 2005). Det var ingen av informantene som på eget initiativ leser forskningsbasert, det var kun en hjelpepleier som nevnte at hun bruker tid på tilfeldig søk på nettet i privat regi. Videre viser studien at flere sykepleiere opplever ulike hindre for å arbeide kunnskapsbasert, hvor det knyttes til tilrettelegging rundt forholdene på arbeidsplassen, manglende tid til å lese forskning og annen relevant litteratur, manglende tilgang på internett, manglende kunnskap om å finne frem til nyere forskning og kunne kritisk vurdere dem, i tillegg opplever noen av deltakerne i studien at det er motstand mot forandring hvor dette ble spesielt rettet mot helsepersonell i relativt høy alder. Per Olav vandvik ved kunnskapssenteret (2011a) mener kunnskapsbasert praksis vil det gi en mulighet for å utvikle kvalitetsmessige tjenester i lokalsamfunnet. Yrkesetiske retningslinjer trekker frem at sykepleiepraksis skal være kunnskapsbasert, og kunne være i stand til å gi en kritisk vurdering av forskningen. Britt Fagerjord (2009) på sin side mener at en slik fagutvikling vil kunne bidra til kvalitetsutvikling i helsetjenesten. En australsk forskningsartikkel konkluderte med at kunnskapsutvikling er viktig for sykepleiere i primærhelsetjenesten for å møte nye behov og krav og at sykepleierne må ta ledelsen i strategisk planlegging for å få til denne utviklingen (Halcomb 2006).

Deltakerne var opptatt av å ikke stagnere, og at det må stilles spørsmål om hvilken kvalitet det er ønske om å gi, og reflektere over det som gjøres, det gjør en best i en faglig arbeidstokk. I tillegg er det mange etiske spørsmål og vanskelige dilemmaer, derfor kan kunnskap bidra til å skape trygghet.

4.3.3 Studenter

Sykepleierne var spesielt positive til å ha studenter, det gjør at en må tenke gjennom både det en gjør og det en sier, det skjerper oss. De har en oppfatning av at de må reflekterer over egne holdninger og væremåte. Deltakerne opplevde å få tilgang på ny kunnskap gjennom studenter i praksis. Ut fra dette synet kan en si at sykepleierne tar sin rolle i forhold til studenter og elever og personalet alvorlig. Sykepleiere har en undervisende, en administrativ og en fagutviklende funksjon. I forhold til pasient og pårørende har sykepleier et undervisningsansvar. Sykepleierens pedagogiske funksjon har til hensikt oppdagelse, vekst, læring, utvikling og mestring, det innebærer en mulighet for å tilegne seg kunnskap, nye holdninger og ferdigheter (Tveit 2001).

4.3.4 Faglig oppdatering, kurs, videreutdanning

Det er ulik praksis mellom de ulike virksomhetene for hvor mye ressurser det brukes for at helsepersonell skal få gå på kurs, utdanning og videreutdanning. Enkelte mener virksomheten tilbyr faglig oppdatering gjennom kursbase, det er opp til dem hvor mye de vil gjøre ut av for å øke kunnskapsnivået. Andre deltakere mener det ikke er tid til å få gå på kurs da virksomheten har gitt uttrykk for at det ikke gis lønn for kursdagene. Noen opplever at virksomheten prioriterer de kurser som har økonomiske fordeler for virksomheten. Fagarbeidere har ikke automatisk fullmakt til å dele ut medisiner, og de må gå på kurs annet hvert år. For hjelpepleier i hjemmetjenesten er det viktig å ha fullmakt til å gi medisiner. De opplever det vanskelig å komme til en bruker uten nødvendige fullmakter til å dele ute medisiner fra dosett, det gir en opplevelse av å ikke strekke til i jobben. På en annen side kan en si at sykepleiere har studert i flere år for å ha den nødvendige kompetanse til å ivareta denne oppgaven på en faglig forsvarlig måte, blir da ikke den faglige forsvarligheten redusert? Og dersom en setter det litt på spissen, og tenker at det ikke hadde vært denne muligheten for at fagarbeidere skulle fått fullmakt til medikamenthåndtering, da ville det vært nødvendig for virksomhetene å tilsette sykepleiere, og på den måten hadde det vært faglig personell med nødvendig kompetanse på vakt til enhver tid.

En av deltakerne fortalte at hun nærmest har gitt opp om å få gå på kurs som er tilknyttet til virksomhetene, enten det gjelder intern, eller eksterne undervisning. Det betyr at hun må

jobbe ekstra mye for å ta igjen alt det som skulle vært gjort. En annen mener at dersom hun skal bruke tid på å lese fagstoff i arbeidstiden, vil det gå på bekostning av pasientene. Ofte er det avdelingens ressurspersoner som holder internundervisning, leger, fysioterapeut, ernæringsfysiolog, diabetessykepleier og andre som har nødvendig kompetanse. Det opplevdes viktig for informantene å være med å bestemme hvilke tema som ønskes undervisning i.

Flere av deltakerne nevner fagdager som en positiv suksess for faglig påfyll. Og de mente at de personene som fikk gå på kurs skulle i etterkant denne kunnskapen med andre gjennom internundervisning. For mange opplevdes som en trygghet at virksomheten benyttet seg av advokater til å undervise i avdelingen ved innføring av nye reformer eller leger dersom det kom en pasient med spesielle behov, eller diagnoser. Slike tiltak viser at virksomheten tar ansvar. Deltakerne opplever det som positivt å få mulighet til å hospitere på andre sykehjem, eller på sykehuset med virksomhetens tillatelse. Et annet punkt som ble nevnt i forbindelse med hospitering var at det var kultur for dette blant de ansatte fordi de ble sett på som et positivt bidrar for virksomheten.

4.3.5 Undervise

Å få den muligheten til å selv undervise andre trekkes frem av flere deltakere fordi det oppleves så nyttig å få lov å dele kunnskapen sin med andre, og anser det som viktig i forhold til fagutviklingen i avdelingen. Undervisning innebærer å sette seg inn i ny kunnskap, noe som kan gi læring og oppdatert kunnskap (Tveiten 2001). En deltaker forteller hun er så trygg på seg selv og sin kompetanse at hun benytter ledig tid til å undervise andre, og det å få lov å dele kunnskapen sin gir motivasjon og tilfredshet. Noen deltakere har blitt oppfordret av sin leder til å undervise på personalmøter, noe som oppleves som at leder prissetter den enkeltes kunnskap og kompetanse. Andre derimot opplever at det ikke er opparbeidet en kultur i avdelingen til å undervise, eller at det ikke er alle som er komfortabel med å undervise andre.

4.4 Grunnbemanning

Deltakerne i studien gav klart uttrykk for at en tilstrekkelig og riktig sammensatt grunnbemanning var en forutsetning for å oppnå faglig forsvarlighet. Det er en utfordring hver sommerferie, men med en god grunnbemanning tåler personalet presset for en kortere periode.

Når en stadig må arbeider med tidspress, er det større fare for å gjøre feil, i tillegg opplever en å jobbe uten å strekke til. Deltakerne mener at man står i fare for å miste mye flinke medarbeidere dersom det er lav bemanning over en lengre periode. Bemanningssituasjonen er i stor grad med å bestemme hva helsepersonellet er i stand til å yte, og kvaliteten på det man yter (Aasbrenn 2004).

I situasjoner hvor det er lav bemanning får de ansatte beskjed om å prioritere, det oppleves konfliktfylt når alle oppgavene er like viktige. Det ble nevnt av flere at det er å kaste bort viktig ressurs når en leder skal bruke mye av tiden sin på å ringe etter vikarer, forskyve arbeidstiden, det koster både tid, penger, og menneskelige ressurser.

For mange ble det gitt uttrykk for at det oppleves vanskelig å bli værende i jobben dersom det ikke er tilgjengelige ressurser til å gjøre en god jobb. Det må være tilstrekkelige rammer slik at en oppnår mer enn det som regnes for minstekravet for at helsepersonell skal oppleves tilfredse med jobben. Deltakerne mener at dersom en hele tiden skal balansere på grensen mellom det forsvarlige og det uforsvarlige vil det oppleves konfliktfylt. Det er virksomheten som tildeler ressurser, men det er helsepersonellet som kjenner de på kroppen når de ikke får gitt tilstrekkelig hjelp og pleie. Noen ganger må en være konsekvent for å ikke slite seg selv ut. I tillegg er mange redde for å overse viktige observasjoner i en travel hverdag.

Oftest er det bare assistenter og fagarbeidere i helgene, eller med minimal faglig sykepleiedekning. Enkelte deltakere mener at det bør være unødvendig å basere seg på å ha bakvakter fordi virksomheten skal spare penger. Bakvaksordningen bør i aller høyeste grad brukes som en nødløsning, fordi mange kvier seg for å ringe bakvakt for hjelp eller råd. I tillegg settes hjelpepleier i feil posisjon dersom de gitt for stort ansvar.

Sykepleier får ofte mye ansvar pga lav sykepleiefaglig dekning, oppgaver blir delegert til andre fagarbeidere, men da forutsettes det at det må gis grundig opplæring av kyndig personell for at det skal være forsvarlig.

Det ble uttrykket at det var veldig viktig i forhold til forsvarligheten ved å ha kjent personale på avdelingen. Språkvansker kan til tider være utfordringer i forhold til å kunne gi faglig forsvarlig helsehjelp. En annen ting som ble nevnt i forhold til forsvarligheten var innleie av personell via vikarbyråer.

Nedbemanning fører bare til at helsepersonell strekker seg like langt, det gir en større belastning på de som utfører jobben, enkelte mener at de strekker seg for å unngå å bruke tiden på grensesetting. Det er helsepersonell som må kjenne på det og ikke kunne gi pasienten den hjelpen de har behov for. Noen ganger må en være konsekvente for å gi uttrykk til pasienter og virksomhet for at helsepersonell ikke kan strekke seg lenger og for å synliggjøre arbeidspresset. Ansatte opplever et økende press med å yte hjelp til stadig flere brukere.

Når en medarbeider ikke har rutiner som regulerer, vil det være vanskelig å sette grenser. Aasbrenn (2004) hevder at enkelte mener i en offentlig sektor skal man strekke seg lang fordi man ikke har konkurrenter, og man dermed står i en maktbalanse. Pasienten kan ikke velge bort tjenesten dersom de ikke er fornøyd. En hensiktsmessig arbeidsdeling, spesialisering øker effektiviteten (Bolman og Deal 2009).

Deltakerne mener at med en minimumsbemanning er det ikke mulig å yte mer, det er kun nødvendig helsehjelp som må gis. Dette har blitt uttrykket tidligere at det er ikke der helsepersonellet ønsker å være verken for seg selv eller pasienten. Det var i tillegg en oppfatning av at det var tryggere å gå i hel stilling, det gjør arbeidet smidigere og en slipper å bruke tid til å lese rapporter for det som har skjedd de siste dagene.

Deltakerne mener at når en har litt ekstra tid, bør denne brukes på pasienten, bare det å ta av seg jakken og sette seg ned. I denne tiden skapes et tillitsforhold, og det gjør det lettere å gå fra pasienten i travle perioder.

Det er vanskelig for virksomheten å tilpasse bemanningen i enhver situasjon. Det kan for eksempel være forsvarlig å ha en sykepleier og en hjelpepleier på vakt, men det avhenger av situasjonen, kan plutselig blir uforsvarlig dersom mange uforutsette situasjoner oppstår.

Det kan virke som om virksomhetene gambler på at det er en forsvarlig grunnbemanning frem til noe skjer, konsekvensene blir synlige når skaden er skjedd. Når det er få sykepleiere på jobb, eller hjelpepleiere med fullmakt til å dele ut medisiner fra dosett, blir det ofte til at ufaglærte deler ut medisiner. Deltakerne mener de til tider ikke har noe valg selv om de er klar over at det ikke er faglig forsvarlig. Valget står ofte mellom at pasienten ikke får medisinen tidsnok, eller at ufaglærte kan gi dem.

4.5 Dokumentasjon og pleieplaner

Dokumentasjon er en nødvendighet for å utføre jobben faglig forsvarlig. Dokumentere betyr å legge frem beviser, eller for å understøtte en oppfatning. Det som dokumenteres fungerer som et juridisk dokument og synliggjør det faglige ansvaret. Helsepersonell har plikt til å dokumentere sine vurderinger og handlinger. Når en skal dokumentere skal en forholde seg både juridisk, etisk, faglig og til teknologien (Dahl 2005). Dokumentasjon er et verktøy for helsearbeiderne, når det dokumenteres jevnlig klarer en å fange opp endringer i pasientens situasjon. Pasientjournalen skal gi et bilde av pasienten gjennom hele pleie og behandlingsforløpet.

Enkelte mener at de burde vært bedre på å dokumentere, men det er ofte ikke tid til å utarbeide, oppdatere og lese pleieplaner. For at dokumentasjonsverktøyet skal tjene sin hensikt må teknologien fungere. Enkelte har opplevd å ha problemer med pc tilgang, da er det ikke mulighet for å hente personalopplysninger, og det kan få alvorlige konsekvenser for pasienten.

Noen av deltakere opplever at dokumentasjonen foregår på overtid fordi det ikke er tid til å dokumentere, og mener at virksomheten spiller på den ansattes samvittighet forhold til helsepersonellens plikt til å dokumentere. En deltaker sier hun nærmest gitt opp å be om ledig tid til dokumentasjon. Deltakerne mener også at gode pleieplaner og dokumentasjon gjør jobben mer forsvarlig dersom de må hjelpe til på andre avdelinger.

Det ble også påpekt at det fokuseres mer på å skrive endringsmeldinger i forbindelse med aktivitets baserte inntekter (ABI), fordi at det er gjennom denne dokumentasjonen virksomheten får de økonomiske ytelsene. I stede brukes tiden til endringsmeldinger enn tid til dokumentasjon av pleieplaner.

KAPITTEL 5

5.1 Konklusjon

Faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp er lovregulert, og er en rettslig standard. Kravene er rettet mot både individnivå og systemnivå. Det er en utfordring for både helsepersonell og virksomhetene er at det ikke står nedfelt i lovverket hva som er en god praksis. Målet med faglig forsvarlighet er å beskytte pasienten mot handlinger som ikke er i tråd med aksepterte normer. Innholdet i faglig forsvarlighet kan ikke beskrives i detaljer. Det er finnes heller ikke en bestemt handlingsregel for hvordan helsepersonell skal opptre, av den grunn at arbeid med mennesker aldri er standardisert. Faglig forsvarlighet er heller ikke statisk, men endrer seg over tid.

Det var ikke nevneverdige forskjeller mellom sykepleiere og hjelpepleier i forståelsen av faglig forsvarlighet. Forutsetningene for å oppnå faglig forsvarlighet bygger trolig på bakgrunn av kompetanse og kompetanse som sykepleierne har tilegnet seg. Sykepleier viser en tydeligere refleksjon over hva som må til for å oppnå faglig forsvarlighet, og løfter tjenesten over til en god praksis.

Målet med helsetjenesten er ”best mulig livskvalitet”, dette er et veldig åpent begrep, slik som mange andre begrepet. For hvordan måles og defineres en god livskvalitet? Og hva menes med best mulig? Er det hva helsepersonell har mulighet for å gjøre innenfor de rammene som er gitt? At tjenesten skal både holde tilfredsstillende kvalitet, gis i tilstrekkelig omfang, ytes i tide, er umulig for helsepersonell å måle. Dette øker presset for å ha tilstrekkelig, og faglig kompetent helsepersonell. Gjennom tilsetning skal virksomheten sørge for kompetent helsepersonell, og ha en tilstrekkelig grunnbemanning slik at helsepersonellet har de forutsetninger for å gi helsehjelp av kvalitet, i tide og tilstrekkelig omfang.

Det er kan være en fordel å ikke ha definisjon og avgrensinger på faglig forsvarlighet, på det grunnlag av et menneske ikke er standardisert. Dermed får helsepersonell mulighet for å utøve skjønn under den forutsetning at de har den nødvendige og tilstrekkelig fagkunnskap. Loven er åpen for tolkning, og det gir mulighet å tolke ut fra situasjonen en befinner seg i.

Helsepersonell opplever mange utfordringer i løpet av en vanlig arbeidsdag, og det kan være vanskelig å forstå når en beveger seg over grensen til det uforsvarlige. En økt bevissthet og refleksjon rundt faglig forsvarlighet vil bidra til å se når beveger ned mot minstekravet, og eventuelt ned til uforsvarlig praksis

5.1.0 Virksomhetsnivå

Internkontroll er et lovpålagt styringsverktøy og ledelsens ansvar. Eiere og ledere skal sørge for en hensiktsmessig organisering av virksomheten. Det innebærer å sikre rutiner, dokumentasjon, tilstrekkelig bemanning og kompetent helsepersonell. I forbindelse med dette arbeidet har virksomheten hjelp av lover, forskrifter og retningslinjer for å oppnå en god organisering. Virksomheten vil dra økonomiske fordeler ved å være proaktive i stede for reaktive ved eventuelle skippertak i forbindelse med tilsynssaker. Det handler om å etablere et forsvarlig system rundt pasienter og sykepleiere. Virksomheten har et økonomisk hensyn å i forbindelse med å oppnå tilstrekkelig bemanning. Det vil derfor i stor grad være hensiktsmessig å sørge for at de menneskelige ressursene blir utnyttet i tilstrekkelig grad.

Når rutiner og retningslinjer ikke er tilstrekkelig utarbeidet fra virksomhetens sin side, blir rommet for å utøve skjønn desto større. Da forutsettes det at virksomheten har tilstrekkelig bemanning på vakt til enhver tid med den riktige kunnskap og kompetanse for å unngå tilfeldige variasjoner.

Det er viktig å etablere et godt avvikssystem, og ufarliggjøre avvikene, Avvik kan synliggjøre et behov både på virksomhetsnivå, og tydeliggjør at ansvaret faktisk kan ligge på det politiske nivå i forbindelse med tildeling av økonomiske og materielle ressurser.

5.1.1 Individnivå:

Utfordringene for helsepersonell er hvordan de skal handle innenfor virksomhetens rammer. Handlingsrommet blir ofte stort uten godt veletablerte rutiner. Handlingene overlates derfor i stor grad til det faglige skjønn. Med gode systemer oppnår en forutsigbarhet, orden og mening, samtidig opprettholder rutinene en viss stabilitet, setter begrensinger, og er koordinerende.

Helsepersonell opplever i stor grad at de har et stort og personlig ansvar i forbindelse med helsetjenesten. De ser ingen direkte kobling mellom individnivå og systemnivå som har komplementære roller for å sikre pasienten faglig forsvarlige tjeneste. Sykepleier kan påvirke rammevilkårene med sine faglige kunnskaper.

5.1.2 Kvalitetslinjen

Kvalitetslinjen kan ses på som et viktig verktøy. Figuren som er utarbeidet av helsetilsynet skiller mellom god praksis, forsvarlig praksis og uforsvarlig praksis. Forsvarlig praksis betegnes som et minstekrav, det vil si at helsehjelpen ligger på et absolutt minimumsnivå, og grensen for at helsehjelpen går over til det som er faglig uforsvarlig er kort. Årsaken kan enten ligge på individnivå eller systemnivå, eller på begge nivå. Uforsvarlig praksis kan gi alvorlige konsekvenser for pasienten, det er ikke ønskelig verken på systemnivå eller individnivå. Helsepersonell har et ønske om å gi pasienten god behandling, pleie og omsorg, det danner et grunnlag for å oppnå en god praksis. Helsepersonellet strekker seg gjerne langt for at pasientens skal oppleve en tjeneste av god kvalitet. Det kan se ut til at virksomhetene er fornøyd når minstekravet er tilfredsstillt, ofte kan dette tyde på de økonomiske begrensinger. Helsepersonell har gitt et klart uttrykk for at de ikke fornøyd før helsehjelpen ligger langt over minstekravet.

Det er ikke langt mellom grensen forsvarlig og forsvarlig praksis. En virksomhet som ikke har et godt utarbeidet IK- HMS system kan fort vippe forsvarlig praksis til uforsvarlig praksis. Det er helsepersonellet som har mulighet til å løfte forsvarlig praksis over til å bli en god praksis, gjennom sine kunnskaper og ferdigheter.

Det betyr at innholdet avhenger av at den enkelte helsearbeider har tilegnet seg den nyeste kunnskapen innenfor sitt fag og virkeområde. Gjennom den ansattes kunnskaper, praktiske ferdigheter, holdninger og utøvelse av faglig skjønn, har pasienten en forutsetning for å motta en helsetjeneste av rimelig kvalitet. På denne måten sikres tjenesten å gi noe mer enn minstekravet. Faglig forsvarlighet sikres gjennom systemnivå og individnivå.

5.1.3 God praksis, forsvarlig praksis og uforsvarlig praksis

Hvordan den enkelte utøver yrket i de ulike sammenhenger knyttes til en faglig, etisk og rettslig norm. God praksis er å gi noe mer enn det som er faglig forsvarlig. Sykepleier som

har kunnskap og kompetanse innenfor sitt virkeområde eller fagfelt klarer å utvikle stadig raskere problemløsningsprosess, og er i stand til å takle variasjoner i arbeidsoppgaver. Utvikling av kompetanse gir ny innsikt gjør det mulig å heve oss fra tidligere praksis.

En økt bevissthet om faglig forsvarlighet bidrar til å øke muligheten for en god praksis. Studien viser at kunnskap og kompetanse, grunnbemanning og dokumentasjon er faktorer som påvirker faglig forsvarligheten, og her er det samsvar mellom teori og praksis. Det er helsepersonellet kunnskap som gir muligheten for å løfte helsehjelpen til en god praksis. Autorisert helsepersonell innehar særskilt kyndighet for yrkesutøvelse innen sine respektive områder av helsetjenesten. Det generelle forsvarlighetskravet vil sette grenser for hva andre enn kvalifisert helsepersonell kan utføre. Helsepersonell har myndighet og er i stand til å ta beslutninger i visse saker på bakgrunn av tilegnede kunnskaper. Studien viser at hjelpepleiere erkjenner at de har mangel på den kunnskap og kompetanse som en sykepleier har for å ta de nødvendige beslutninger. Dette gir en bevisførsel for at sykepleier har med sin utdanningsbakgrunn har mulighet for å gi en helhetlig sykepleie. Reflekterte sykepleiere som inkluderer det organisatoriske perspektiv inn i sin yrkesrolle vil bidra til å løfte faglig forsvarlighet til et enda høyere nivå. Jeg har dermed fått bekreftet min antagelse om at kunnskap og kompetanse er det som grunnleggende for å oppnå faglig forsvarlighet i praksis.

Faglig forsvarlighet fremmes gjennom kunnskap og kompetanse, grunnbemanning og dokumentasjon. Deltakerne i studien var opptatt av å ha tilstrekkelig og riktig kompetanse, en god faglig grunnbemanning, gode rutiner, tilstrekkelige tidsrammer, dokumentasjon og pleieplaner. Med nødvendige forutsetninger tilstede mener deltakerne at det er mulig å gi faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp.

LITTERATURLISTE

- Aasbrenn, K. (2004). Etter smilekursene: Rapport nr 21, Høgskolen i Hedmark. (<http://www.hihm.no/>).
- Andersen, S.S. (2006). Aktiv informantintervjuing. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, vol.22, 278-298.
- Austgard, K. (2010). *Profesjonalitet og faglig skjønn*. Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskningen: 2010 5(1):65-65
- Bjørø, K. & M. Kirkevold (2005). Kvalitet og kvalitetsutvikling i sykepleie. I: *Grunnleggende sykepleie: bind 4*, (red.) Kristoffersen N.J., F. Nortvedt & E.A. Skaug. Oslo; Gyldendal Akademisk.
- Bolmann, L.G. & T.E. Deal (2004). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse*. Oslo; Gyldendal Akademiske.
- Braut, G.S. & G.A. Grammeltvedt (2006). *God praksis og faglig forsvarlighet – to sider av samme sak*. *Optikeren 4/2006*. Tilgjengelig fra: http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/artikler/God_praksis_faglig_forsvarlighet.pdf (lest 28.03.12).
- Blaikie, N. (2005). *Designing social research*. Polity Press, Cambridge, UK.
- Busch, T., E. Johnsen., S. J. Valstad & J.O. Vanebo (2007). *Endringsledelse i et strategisk perspektiv*. Oslo; Universitetsforlaget. (3utg.).
- Dahl, K., K. Heggdahl & S. Standal. Sykepleiedokumentasjon. . I: N.J.Kristoffersen, F.Nortvedt & E.A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie bind 4*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2000) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 3. utg. Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Davis A.M., L.M. Vinci., T.M. Okwuosa., A.R. Chase & E.S Huang. Cardiovascular health disparities: a systematic review of health care interventions. *Med Care Res Rev* 2007;64(5 Suppl):29S-100S.
- Delmar, C. (2000). ”Etik og magt – fra begrepsjørelse til sanselig oppmerksomhet”: Alsvåg, H. og E. Gjengedal (red.): *I omsorgstenkning*. Bergen. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Fagerjord, B (2009). *Fagutvikling for kreftsykepleiere i pleiepraksis*. Masteroppgave. Tromsø. Universitetet i Tromsø.

- Fangen, K (2004). *Deltakende observasjon. Analyse av observasjonsmateriale*. Oslo; Fagbokforlaget.
- Gjengedal, E (2000). Omsorg og sykepleie: Alsvåg, H. og E. Gjengedal (red.): *I omsorgstenkning. En innføring i Kari Martinsens forfatterskap*. Bergen. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Guldvik, I (2002). Troverdighet på prøve. Om gruppeintervju som metode for å produsere valide data om politiske diskurser”. *Tidsskriftet for samfunnsforskning*”. Nr 1.
- Grønroos, C (1997). *Markedsføring av tjenester*. Oslo Cappelen akademiske forlag
- Gøtvik, J.K., Hansen & S. Werner (2001): *Demens – den fremtidige tilrettelæggelse af sundhedsvæsenets indsats vedrørende diagnostikk og behandling*. Danmark: Sundhedsstyrelsen.
- Halcomb, E. J.P., E. Davidson & M. Patricia (2006). Evolution of practice nursing in Australia. *Journal of Advanced Nursing. Volume 55, number 3, August 2006, s 376-388*. Hentet 28.02. 2012 fra :
<http://www.ingentaconnect.com/content/bsc/jan/2006/00000055/00000003/art00015>
- Hansen, H., K. Hummerfelt., A. Kjellehold., A. Norheim & R. Sommersteth (2010). *Faglig skjønn og brukervedvirkning*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Hallandvik, J.E. (2002). ”*Helsetjeneste og helsepolitikk*”.(3. utg.). Oslo; Gyldendal Akademisk.
- Hellevik, O. (1991). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v av 2 juli 1999 nr 64*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2007-2008). St.prp nr 1.
- Hydèn, M (2000). Forskningsintervjun som relationell praktikk. Haavind, H Jacobsen, D.I (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser - en pragmatisk tilnærming. Innføring i vitenskapelige metoder*. Oslo; Høyskoleforlaget.
- Jacobsen, D.I. og J. Thorsvik (2007). *Hvordan organisasjoner fungerer*. (3.utg). Bergen; Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Internkontrollforskriften. (1996). *Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomhet*. Fastsatt ved kgl.res. 6 desember 1996 med hjemmel i lov 4 februar 1077 nr 4 om arbeidsvern og arbeidsmiljø m.v.
- Irgens, E (2007). *Profesjon og organisasjon. Å arbeide som profesjonsutdannet*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Jacobsen, D.I (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser – innføring i samfunnsvitenskaplig metode*. Oslo; Høyskoleforlaget.
- Karlsen, J. E. (2010). *Ledelse av Helse, Miljø og Sikkerhet*. (2 utg). Oslo; Fagbokforlaget.
- Kaufmann, G., & A. Kaufmann. (2009). *Psykologi i organisasjon og ledelse* (4.utg.). Oslo; Fagbokforlaget.
- Kirkevold, M. (1996). *Vitenskap for praksis*. Oslo; Ad Notam Gyldendal.
- Kirkevold, M., & P. Nortvedt (2005). Fremtidens sykepleie – nye arenaer og endrete vilkår”. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt., E.A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie*. bind 4. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N.J., (2005). Sykepleie – kunnskap og kompetanse. I: N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.A. Skaug (red). *Grunnleggende sykepleie*. bind 1. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N.J., F. Nortvedt & E.A. Skaug (2005). Om sykepleie. I: N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie* bind 1. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kjønstad, A. (2007). *Helserett*. Oslo; Gyldendal Akademisk.
- Kunnskapssenteret: (2011a). *Verktøy for en mer kunnskapsbasert helsetjeneste*. Rapport fra kunnskapssenteret nr 16-2011.
- Kunnskapssenteret: (2011b). *Læringsnettverk som verktøy i kvalitetsforbedring – en oppsummering av forskning og erfaring*. Rapport fra kunnskapssenteret nr 23.2011.
- Lai, L. (2010). *Strategisk kompetansestyring*. (2.utg.). Bergen; Fagbokforlaget.
- Langdridge, D. (2006). *Psykologisk forskningsmetode*. I norsk utgave. Trondheim; Tapir akademiske forlag.
- Larsen, A.K. (2007). *En enklere metode*. Bergen; Fagbokforlaget.
- Martinsen, K (2003). *Fra Marx til Løstrup: om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo; Tano.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo; Akribe.
- Meyer, K. (1993). Nyanser og utfordringer i det faglige skjønn. I: K. Martinsen (red). *Den omtenkssomme sykepleier*. Oslo: Tano.
- Molven, O. (2000). Kravet om faglig forsvarlighet. *I tidsskriftet sykepleien*, nr 14, s 48-49.
- Molven, O. (2002). *Helse og jus*. (5.utg.). Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Molven, O. (2006). *Helse og Jus. En innføring for helsepersonell*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal akademiske.

- Moxnes, P. (1989). *Læring og ressursutvikling i arbeidsmiljøet: Pedagogisk arbeidslivspsykologi i forskning og praksis*. Oslo: Forlaget Paul Moxnes.
- Nasjonal helseplan (2007-2010). Særtrykk av st.prp nr 1 kapittel 6, helse og omsorgsdepartementet.
- NOKUT (2012). *Begreper*. Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring. <http://www.Nokut.no/no/NOKUTs-kunnskapsbase/Det-norske-utdanningssystemet/Nasjonalt-kvalitetsrammeverk/begrep/tabell-2> (hentet:16.06.12).
- Nordhaug, O. (M.fl). (1993). *Kompetansestyring*. (2 utg). Oslo; Tano.
- Nordhaug, O. (2004). *Strategisk kompetanseledelse*. Oslo: Universitetsforlaget
- Nordhaug, O. (2002). *LMR: Ledelse av Menneskelige Ressurser*. (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- www.sykepleierforbundet.no/fag/publikasjoner :
- Norsk sykepleierforbund. (2005). *Sykepleiere med lederansvar - god på faglig ledels*. Oslo.
- Norsk sykepleierforbund. (2007). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo.
- Norsk sykepleierforbund. (2008a). *Dette bør du vite om faglig forsvarlighet*. (2.oppl). Radar reklame og Rådgivning.
- Norsk sykepleierforbund. (2008b). *Sykepleie – et selvstendig og allsidig fag* (2.oppl). Radar reklame og Rådgivning.
- NOU 2004:Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene. Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjeneste. Utredning fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 21. mars 2003. Avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet 11. oktober 2004.
- NOU 1997: 2 (1997). *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus*. Oslo: Sosial- og omsorgsdepartementet.
- Nygreen, P. (2004). *Handlingskompetanse- om profesjonelle personer*. Oslo; Gyldendal Norsk forlag.
- Orvik, A. (2004). *Organisatorisk kompetanse – i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelens akademiske forlag.
- Sellevold, G.S. (2010). *Etikk, demens og kvalitet i pleien*. Masteroppgave. Lovisenberg diakonale høgskole.
- Schön, D.A. (1987). *Education the reflective practitioner*. San Francisco; Josey-Bass
- St.meld. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.

Tveiten, S. (2001). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. (2.utg). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Zhang, Z.X., L. Weety, D. Arthur & T. Wong (2001). Nursing competencies: personal characteristics contributing to effective nursing performance. I: *Journal of Advanced Nursing*. 33 (4). S 467-474.

Upublisert materiale:

Langhelle, O. (2010). *kvalitativ metode, del 1*. Forkurs i samfunnsvitenskapelig metode; Universitetet i Stavanger (upublisert).

Harbin, E. (2007). *Retningslinjer for oppgaveskriving*. Universitetet i Stavanger (upublisert). Bruk av APA stil http://www.ntnu.no/viko/mod7/mod7_side15.php