

www.sintef.no

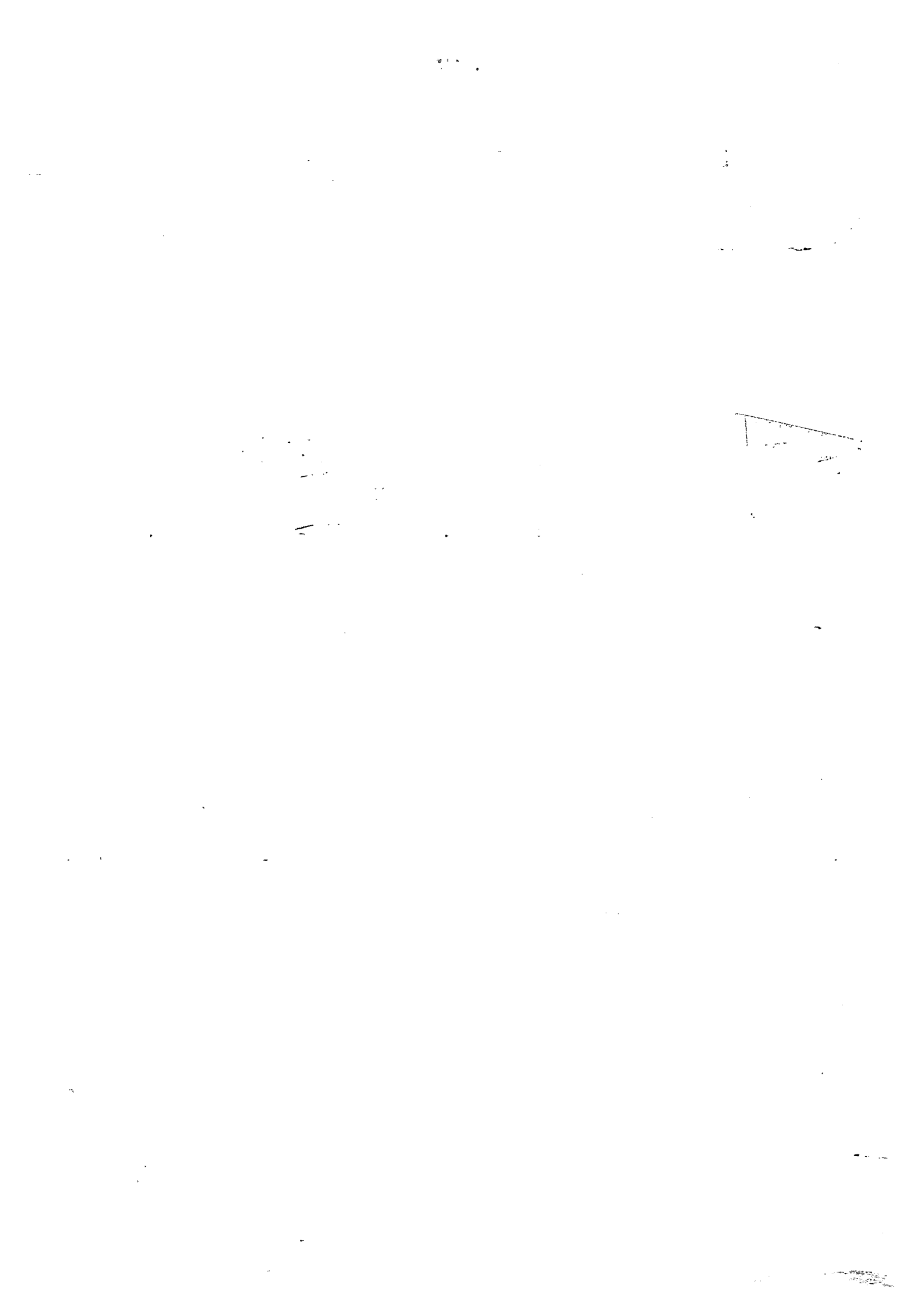


STF78 A013506

Gradering: Åpen

Stykkevis og helt
- Sykepleieres arbeidsoppgaver,
kompetanse og yrkesidentitet i sykehus

SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning
Oktober 2001





SINTEF Unimed
Helsetjenesteforskning

Postadresse: Boks 124, Blindern
0314 Oslo
Besøksadresse: Forskningsveien 1
Telefon: 22 06 79 75
Telefaks: 22 06 79 09

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

SINTEF RAPPORT

TITTEL

**Stykkevis og helt
– Sykepleieres arbeidsoppgaver, kompetanse
og yrkesidentitet i sykehus**

FORFATTER(E)

Per Kristian Vareide, Christina Hofseth, Reidun Norvoll, Kjerstina Røhme

OPPDRAGSGIVER(E)

Norsk Sykepleierforbund

RAPPORTNR. STF78 A013506	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Aud Blankholm	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 82-14-02611-3	PROSJEKTNR. 78351301	ANTALL SIDER OG BILAG 85 + 5
ELEKTRONISK ARKIVKODE	PROSJEKTLIDER (NAV, SIGN.) Per Kristian Vareide	VERIFISERT AV (NAV, SIGN.) Jon Magnussen <i>Jon Magnussen</i>	
ARKIVKODE	DATO 2001-10-25	GODKJENT AV (NAV, STILLING, SIGN.) Jon Magnussen <i>Jon Magnussen</i>	

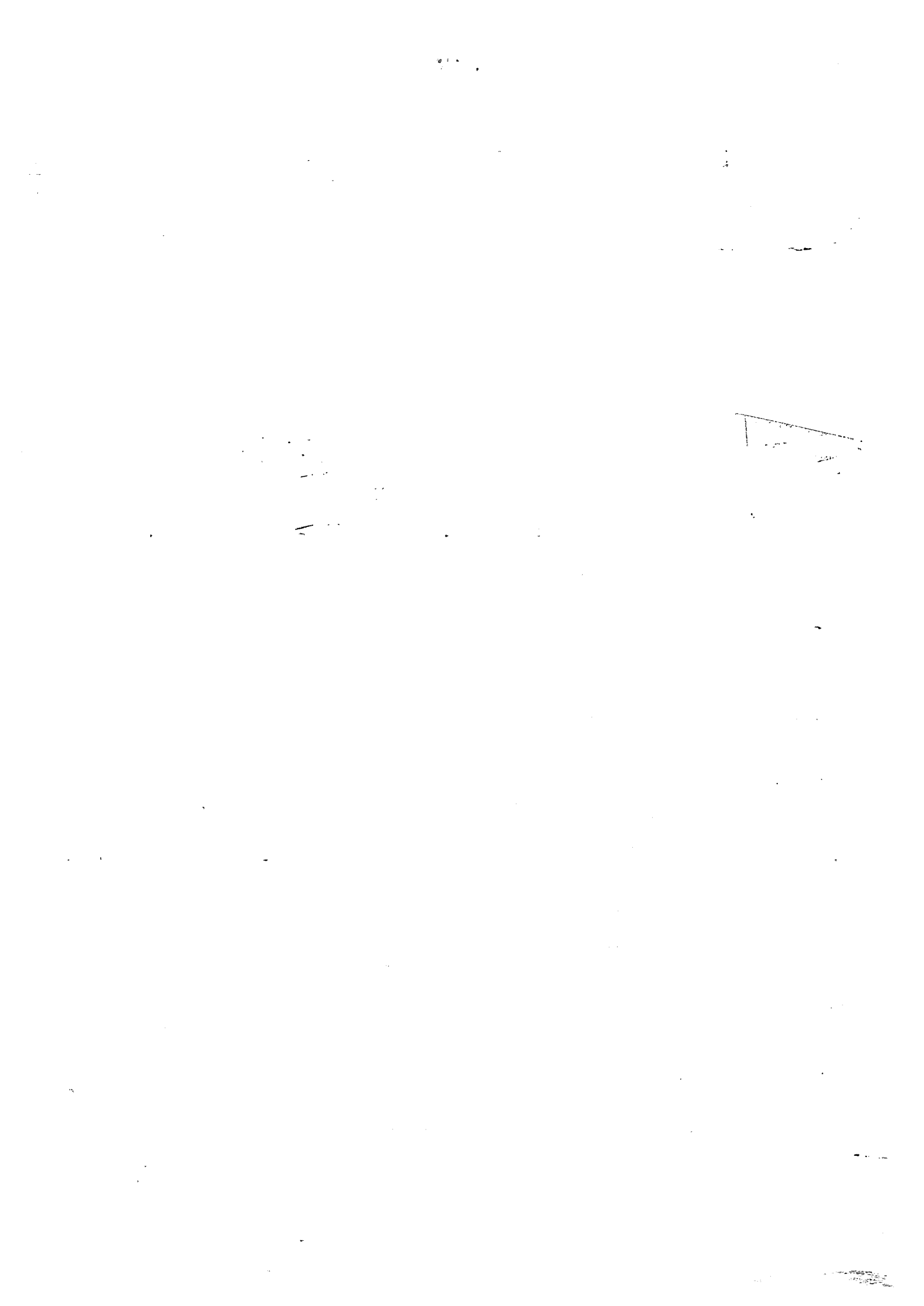
SAMMENDRAG

Formålet med denne undersøkelsen har vært å gi et bilde av sykepleierrollen i sykehus i en tid hvor både helsetjenesten og sykehusene gjennomgår organisatoriske endringer, hvor mange sykehus har problemer med å rekruttere og beholde sykepleiere, og hvor helsetjenestenes kvalitet og effektivitet står høyt på den politiske dagsorden. I undersøkelsen er dette formålet forsøkt oppnådd gjennom å besvare følgende hovedproblemstillinger:

- 1) Hvordan bruker sykepleiere sin arbeidstid, og hvordan opplever de sin arbeidssituasjon?
 - 2) Hvordan brukes sykepleieres kompetanse i sykehus?
 - 3) Hva er viktige kjennetegn ved sykepleieres yrkesidentitet i sykehus, og hvordan påvirker sykehusorganisasjonen denne identiteten?
 - 4) Er det samsvar mellom sykepleieres forventninger til arbeidsoppgaver og deres faktiske arbeidsinnhold?
- Undersøkelsen bygger på tre delstudier med deltakelse fra sykepleiere ved to kirurgiske og to medisinske avdelinger i sykehus av ulik størrelse og med ulike funksjoner: En tids- og oppgaveregistrering av sykepleieres arbeid, en spørreskjemaundersøkelse og dybdeintervjuer.

Undersøkelsen viser at sykepleiere utfører et bredt spekter av arbeidsoppgaver som krever ulike former for kompetanse. Sykepleierrollen i sykehus kan dermed beskrives som en "vid" rolle. Dette gir variasjon i arbeidet, men kan også føre til tidspress og at arbeidsdagen framstår som svært sammensatt og oppstykket. Deres funksjon som koordinatører og bindeledd i sykehusvirksomheten synes å stå sentralt. Selv om sykepleierne er beskjeftiget med direkte pasientrettede tiltak i over halvparten av arbeidstiden, savner de likevel tid til mer dyptgående oppfølging av hver enkelt pasient, bruk av sin psykososiale kompetanse, og mulighet for å utføre helhetlig sykepleie som framstår som et sentralt element i deres sykepleiefaglige identitet. De opplever seg selv som kompetente i forhold til oppgavene og utvikler seg faglig gjennom arbeidet, men savner visse former for kompetanse, og tiden til faglig fordypning er knapp. Arbeidsoppgaver og ansvar synes relativt lite differensiert i forhold til erfaring. Overgangen til arbeidslivet oppleves derfor stor for mange nyutdannede, mens erfarne savner videre utfordringer. Avslutningsvis i rapporten pekes det på utfordringer og dilemmaer for sykepleierutdanningen og sykehusorganiseringen.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Helse	Health
GRUPPE 2	Sykehus	Hospitals
EGENVALGTE	Sykepleie	Nursing
	Organisasjon	Organization



FORORD

I januar 2001 fikk SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning, avdeling Ledelse, organisasjon og samhandling (LOS), i oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund (NSF) å gjennomføre et prosjekt med målsetting om å bidra med kunnskap til videre debatt om sykepleiernes rolle i et sykehusvesen som på best mulig måte skal kunne møte pasienters og pårørendes behov. Denne rapporten utgjør prosjektets skriftlige sluttprodukt.

Prosjektet har krevet betydelig og aktiv innsats fra de som har gitt sitt bidrag til datagrunnlaget, nemlig sykepleierne i de utvalgte sykehusene. Prosjektet har inneholdt en omfattende tids- og oppgavekartlegging hvor sykepleierne selv har registrert sine gjøremål gjennom arbeidsdagen. Dette utgjorde en ekstraoppgave i en arbeidssituasjon som ofte er hektisk. Sykepleierne har også deltatt i en spørreskjemaundersøkelse. I tillegg har flere bidratt gjennom å la seg fotfølge under arbeidet og/eller ved å stille opp til intervjuer. I gjennomføringen av prosjektet har vi også vært helt avhengige av innsatsen fra avdelingssykepleiere og øvrige kontaktpersoner ved sykehusene. Vi vil derfor takke alle for innsatsen.

Ved prosjektets oppstart etablerte NSF en referansegruppe for prosjektet. En sykepleier fra den administrative ledelsen ved hvert av sykehusene var representert i referansegruppen. Vedkommende var vår primære kontaktperson ved sitt sykehus. Dette innebar også en rekke administrative oppgaver i gjennomføringen av prosjektet. Med i referansegruppen var også May Solveig Fagermoen, førsteamanuensis ved Institutt for Sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo. Referansegruppen har deltatt aktivt og konstruktivt i diskusjoner om prosjektets innhold og i utformingen av de metodiske verktøyene, sammen med Irene Feet fra NSF. Våre møter med referansegruppen og NSF har vært under ledelse av Aud Blankholm.

Ved SINTEF Unimed har følgende deltatt i prosjektet:

Forskningssjef Per Kristian Vareide

Cand.polit. Christina Hofseth

Forsker Reidun Norvoll

Cand.polit. Kjerstina Røhme

Forsker Mitch Loeb

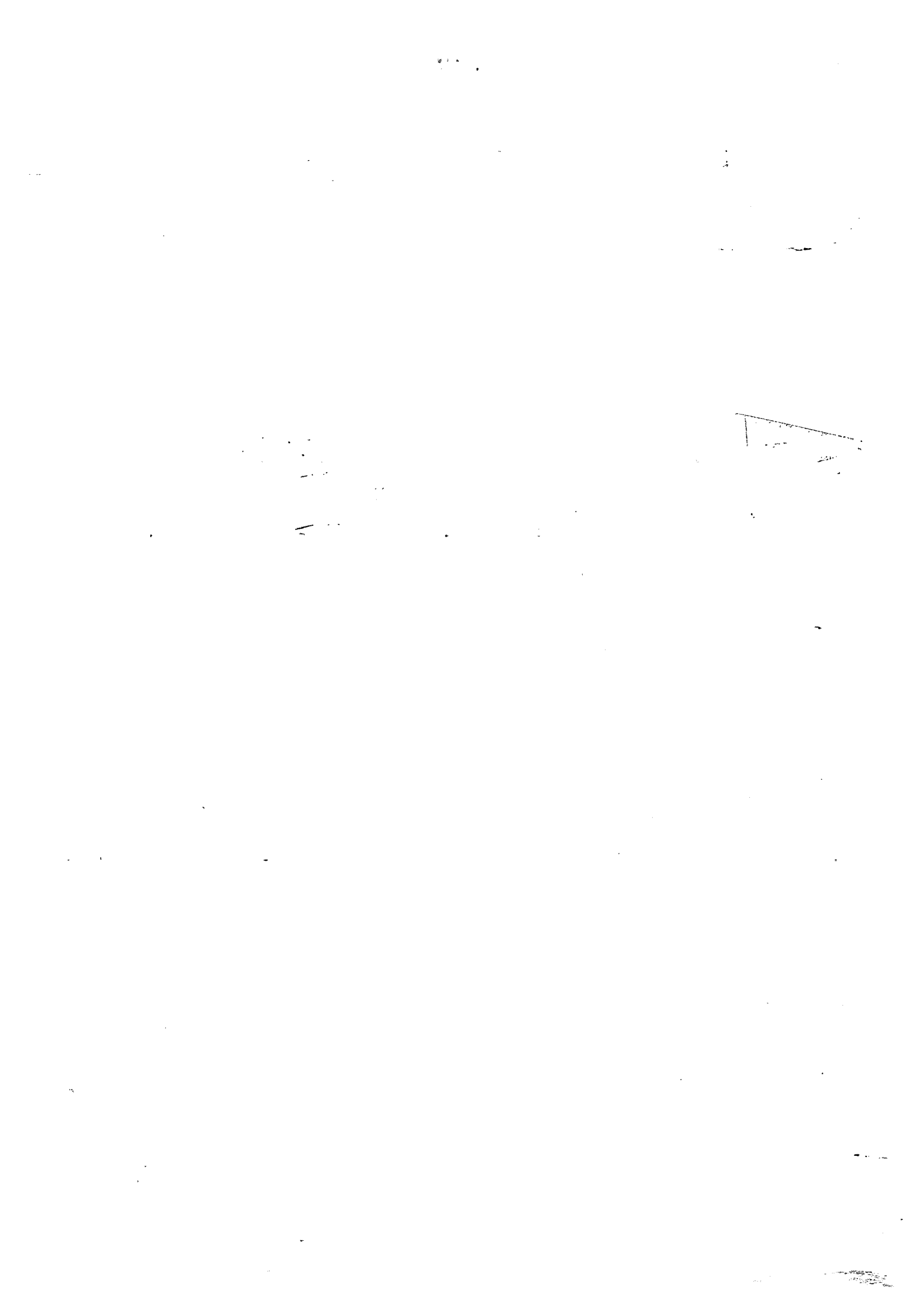
Assisterende forskningssjef Jan-W. Lippestad (kvalitetssikring)

Oslo/ Trondheim, oktober 2001

Per Kristian Vareide

Christina Hofseth

Reidun Norvoll



Innhold

Sammendrag	1
DEL I INNLEDNING OG METODE	6
1 Innledning og målsettinger for undersøkelsen	6
1.1 Bakgrunn	6
1.2 Målsettinger og problemstillinger	6
1.3 Sentrale begreper i undersøkelsen.....	8
1.3.1 Sykepleierrollen	8
1.3.2 Sykepleierkompetanse	10
1.3.3 Yrkesidentitet.....	11
1.4 Gjennomføring av prosjektet.....	12
1.5 Rapportens struktur	13
2 Utvalg og metode	14
2.1 Utvalg	14
2.1.1 Valg av sykehus, avdelinger og poster.....	14
2.1.2 De fire avdelingene	14
2.1.3 Erfaring og ansettelsestid ved avdelingene	15
2.2 Tids- og oppgaveregistreringsstudie.....	16
2.2.1 Registreringsskjema.....	16
2.2.2 Gjennomføring av registreringen	18
2.2.3 Oppslutning	18
2.2.4 Registrert tid.....	19
2.2.5 Fotfølging.....	20
2.3 Spørreskjemaundersøkelse	21
2.4 Intervjuundersøkelse.....	21
2.4.1 Utvalg i intervjuundersøkelsen	21
2.4.2 Gjennomføring og analyser.....	21
2.5 Metodediskusjon.....	22
DEL II RESULTATPRESENTASJON	24
3. Resultater fra tids- og oppgaveregistreringen	24
3.1 Grunnlagsmaterialet	24
3.2 I nærmere detaljer	29
3.2.1 Pasientbehandling	29
3.2.2 Undervisning og veiledning for helsepersonell	31
3.2.3 Egen fagutvikling.....	31
3.2.4 Personal.....	32
3.2.5 Diverse	32
3.2.6 Døgnvariasjoner	33
3.3 Samlet inntrykk fra fotfølging av sykepleierne.....	33
3.4 Oppsummering	34
4. Resultater fra spørreskjemaundersøkelsen	36
4.1 Arbeidsoppgaver andre burde utført	36
4.2 Utnyttet kompetanse	38
4.2 Savn av kompetanse.....	39
4.3 Oppsummering og drøfting	40

5. Resultater fra intervjuundersøkelsen	41
5.1 Et givende arbeid og godt kollegialt fellesskap	41
5.2 Oppgavemangfold i en vid sykepleierrolle	42
5.3 Sykepleieres administrative og koordinerende funksjon	43
5.4 For lite tid til den enkelte pasient.....	45
5.5 Sykehusorganisasjonens betydning for sykepleiernes arbeid	46
5.5.1 Arbeidspress.....	46
5.5.2 Stabilitet i personalgruppa	47
5.5.3 En kompleks og fragmentert sykehusorganisasjon.....	47
5.5.4 Turnusarbeid og overtid.....	48
5.5.5 Arbeidsoppgaver andre burde utført	49
5.6 Nære samarbeidspartnere	51
5.6.1 Forholdet til hjelpepleierne	51
5.6.2 Forholdet til legene	53
5.7 Forholdet til pasientene og pårørende	56
5.8 Sykepleiernes kompetanse	57
5.8.1 Sykepleiernes unike kompetanse	58
5.8.2 Ønsker om mer kompetanse.....	59
5.8.3 Uutnyttet kompetanse	62
5.8.4 Tilbakemeldinger i arbeidet	62
5.8.5 Kompetanseoppbygging og fagutvikling	63
5.9 Sykepleiefaglig identitet i møte med sykehusorganisasjonen.....	66
5.9.1 Idealsykepleieren i sykehus	66
5.9.2 Like idealer – ulike faglige interesser.....	68
5.9.3 Forventningenes møte med virkeligheten	68
5.10 Avslutning	69
 DEL III OPPSUMMERING OG DRØFTING.....	 70
 6 Sykepleierrollen i sykehus; utfordringer og dilemmaer for utdanningen og sykehusene.....	 70
6.1 Oppsummerende betraktninger	70
6.1.1 Likheter og variasjoner	70
6.1.2 En ”vid” sykepleierrolle.....	71
6.1.3 Tre hovedfunksjoner	72
6.1.4 Kompetanse.....	75
6.1.5 Opplæring og fagutvikling	76
6.2 Utfordringer og dilemmaer	77
6.2.1 Teori vs. praksis: tilretteleggelse av sykepleiefaglig fordypning og fagutvikling	77
6.2.2 Helhet vs. avgrensning: psykososial omsorg til pasientene.....	78
6.2.3 Individ vs. organisasjon: håndtering av forventningspresset	79
6.2.4 Forskyvning av systemets problemer over på pasienter og pårørende?.....	80
6.2.5 Generalisering vs. spesialisering: avgrensning av sykepleierrollen?.....	80
6.2.6 Utfordringer for utdanningen	81
6.2.7 Utfordringer for sykehusenes organisering.....	82
 Referanser	 84
Vedlegg	86

Sammendrag

Formålet med denne undersøkelsen har vært å gi et bilde av sykepleierrollen i sykehus i en tid hvor både helsetjenesten og sykehusene gjennomgår organisatoriske endringer, hvor mange sykehus fortsatt har problemer med å rekruttere og beholde sykepleiere, og hvor helsetjenestens kvalitet og effektivitet står høyt på den politiske dagsorden. Utformingen av sykepleierrollen i sykehus er belyst gjennom følgende **hovedproblemstillinger**:

1. Hvordan bruker sykepleiere sin arbeidstid, og hvordan opplever de sin arbeidssituasjon?
2. Hvordan brukes sykepleieres kompetanse i sykehus?
3. Hva er viktige kjennetegn ved sykepleieres yrkesidentitet i sykehus, og hvordan påvirker sykehusorganisasjonene denne identiteten?
4. Er det samsvar mellom sykepleieres forventninger til arbeidsoppgaver og deres faktiske arbeidsinnhold?

For å svare på problemstillingene er det benyttet en **metodisk tilnærming** som inkluderer både kvantitative og kvalitative metoder gjennom tre delstudier. Den første delstudien omhandler en tids- og oppgaveregistrering av sykepleiernes arbeidsoppgaver gjennom 763 vakter, hvor sykepleierne selv har registrert sin bruk av tid på oppgaver gjennom vekten etter utarbeidet skjema. Det er her også brukt noe observasjon gjennom fotfølging av sykepleiere. Den andre delstudien er en spørreskjemaundersøkelse av 104 sykepleiere. Den tredje delstudien supplerer tids- og oppgaveregistreringen og utdyper problemstillingene gjennom intervjuer av 20 sykepleiere med ulik sykepleiererfaring.

Den første delstudien, som utgjør **tids- og oppgaveregistreringen** og **observasjon**, viser at gjennomsnittlig 82 prosent av sykepleiernes tid blir brukt til direkte eller indirekte pasientbehandling, inkludert pasientadministrasjon. Over halvparten av arbeidstiden oppgis å inneholde direkte pasientrettet virksomhet. Gjennomsnittlig 6 prosent av arbeidstiden er registrert som tid til opplæring, informasjon og samtaler med pasientene. I ca 1/3 av vaktene har sykepleierne ikke vært beskjeftiget med pleie og ivaretagelse av pasientenes personlige hygiene, eller det som ofte omtales som "stell". Sykepleierne har registrert at de bruker omtrent like mye tid på undervisning og veiledning av andre som de bruker på egen fagutvikling, det vil si ca 5-6 prosent av arbeidstiden. Videre viser registreringen at sykepleierne er beskjeftiget med "husholdningsoppgaver" i drøyt 7 prosent av arbeidstiden, og at de for en relativt stor andel av vaktene ikke har oppgitt noe tid til pauser.

Våre observasjoner i form av fotfølging av sykepleiere i registreringsperioden bidro til en viss korrigerende av det bildet som framkom gjennom resultatene fra tids- og oppgaveregistreringen. Vi fikk da grunnlag for å tro at gjøremål som er integrert i andre gjøremål blir underrapportert i registreringen. Det samme gjelder oppgaver som ofte blir utført i korte intervaller, men som til sammen kan ta mye tid. Dette omhandler for eksempel koordinerende oppgaver, "husholdningsoppgaver" (forefallende arbeid), og det å snakke med pasientene. Denne antakelsen ble senere styrket gjennom intervjuene med sykepleierne. Et generelt inntrykk fra fotfølgingen er at sykepleiernes arbeidstid er svært oppstykket, med hyppig veksling mellom ulike oppgaver og en arbeidsdag som er preget av stadige avbrytelser.

Den andre delstudien, **spørreskjemaundersøkelsen**, viser blant annet at selv om sykepleierne jevnt over ikke opplever i særlig stor grad at de utfører arbeidsoppgaver som de syntes andre

burde ivaretatt, så er det likevel over halvparten av sykepleierne som viser til minst to slike arbeidsoppgaver andre kunne utføre. De fleste av de nevnte oppgavene befinner seg blant kategoriene husholdningsoppgaver, henting og bringing av pasienter, og kontoroppgaver.

Sykepleierne ga i liten grad uttrykk for å savne bestemt kompetanse i arbeidet generelt sett, eller for å ha kompetanse de ikke fikk utnyttet. I utdypingen av disse svarene framkom det imidlertid at flere sykepleiere opplever å få utnyttet sin kommunikative kompetanse i for liten grad, f.eks. gjennom samtaler, opplæring og informasjon til pasienter og pårørende. Av kompetanse som flest ønsker å få styrket, er kunnskap om sykdom og medisinerings, samt kompetanse tilknyttet gjennomføring av ulike kliniske sykepleierprosedyrer.

I den tredje delstudien, basert på **intervjuer**, kom det frem at sykepleierne har forholdsvis like yrkesperspektiver og yrkesverdier. Sykepleiernes fortellinger preges generelt av en positiv holdning til sykepleieryrket. Mange viste stor interesse for faget og et ønske om å utvikle sin sykepleiefaglige kompetanse. De trivdes godt med kollegaene på posten, og det å arbeide med mennesker var en viktig yrkesmotivasjon. Dette kan tyde på en relativt lik sykepleierrolle i sykehusene. Deres opplevelse av arbeidsforholdene og arbeidspresset var noe varierende. Det synes som størrelse på posten, høy gjennomtrekk av ansatte, lav spesialiseringsgrad og mange pleietrengende og døende, er faktorer som bidrar til større arbeidspres og som fører til mer stress og følelse av utilstrekkelighet i arbeidet for sykepleierne.

Et viktig kjennetegn ved sykepleierrollen i sykehusene synes å være at denne rollen er "vid" i den forstand at den spenner over mange ulike funksjoner og arbeidsoppgaver. Sykepleie i sykehus består av både fysisk, mentalt og emosjonelt arbeid, som stiller krav til ulike former for kompetanse. Noen av disse arbeidsoppgavene er nært knyttet sammen og understøtter hverandre, mens noen er mer løsrevet fra hverandre. Arbeidet til sykepleierne er også kjennetegnet ved at de utfører flere ulike funksjoner og oppgaver *samtidig*. De mange arbeidsoppgavene opplevdes på mange måter positivt av sykepleierne fordi dette gir variasjon i arbeidet, men bidrar også til en *oppstykket arbeidsprosess*.

Det kan synes som arbeidsområdene som er lagt til sykepleierne er blitt utvidet de senere årene, selv om vi mangler systematiske og sammenlignbare data på dette området. Sykepleierne ga uttrykk for at de stadig får flere arbeidsoppgaver utenom direkte pasientbehandling, og at det er vanskelig å avgrense seg fra disse oppgavene. Dette gjaldt særlig administrative oppgaver og husholdningsoppgaver som kan ha sammenheng med reduksjon i støttefunksjoner. I tillegg er andel hjelpepleiere redusert, noe som fører til en utvidelse av sykepleiernes arbeidsoppgaver til personlig hygiene av pasienter og husholdningsoppgaver. Sykepleierne opplevde viktig støtte i hjelpepleierne, særlig i poster med mye pleie.

I undersøkelsen kom det frem at sykepleierne opplevde samværet med pasientene som noe av det mest givende i arbeidet som sykepleier. Mange framhevet at de ikke hadde tilstrekkelig tid til den enkelte pasient, og til å følge opp pasienter og pårørende mer kontinuerlig. Samtidig oppga de at pasientene i hovedsak ga god tilbakemelding på behandling og pleie i posten.

De fleste sykepleierne framhevet viktigheten av helhetlig sykepleie (ivaretagelse av pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov), og spesielt psykososial omsorg overfor pasientene – og da særlig overfor alvorlig syke og døende. Dette framstod som sentrale verdier i sykepleiernes yrkesfaglige identitet ved alle postene. Oppstykkheten i arbeidet syntes å stå i et spenningsforhold til ønsket om helhetlig ivaretagelse av den enkelte pasient.

Sykepleierne ga også uttrykk for at det gikk mye tid til koordinerende funksjoner, selv om dette ikke kommer like mye frem i tids- og oppgaveregistreringen. Delvis ble disse oppgaver opplevd positivt, da de gir økt ansvar og variasjon i arbeidet. Samtidig kunne disse ta *for* mye tid, og derfor til hinder for ivaretagelse av pasienter og pårørende.

Det synes å være en spenning i sykepleiernes koordinerende rolle med hensyn til mulighet for å utøve administrativt lederskap, da det til rollen ligger liten mulighet til å styre hva som skal skje gjennom dagen, og til å ha kontroll over egen arbeids-situasjon. Mange av sykepleiere beskrev en situasjon hvor de er overlatt til rollen som tilgjengelig for andre, og til å utføre oppgaver som andre bestiller, eller som må gjøres når de andre behandlerne har forlatt avdelingen. Sykepleierne var dermed i begrenset grad reelle styrende koordinatører. Det synes som at den koordinerende funksjonen bærer preg av en tendens til at sykepleierne får en viss "residualfunksjon"; de blir stående igjen med "rest-oppgavene" i systemet.

Sykepleierne beskrev flere forhold ved sykehusets organisering som påvirker deres arbeidssituasjon. Den administrative og koordinerende funksjonen fører til sykepleiernes arbeidssituasjon direkte berøres av uhensiktsmessig organisering av sykehus. Forhold ved sykehusene som påvirket deres arbeidssituasjon på en tappende måte var manglende flyt i behandlingsprosessen av pasientene og dårlig tilretteleggelse av forholdene for pleietrengende eller døende pasienter. I tillegg førte sykehusenes generelle problem med informasjonsflyt og koordinering mellom avdelinger til at sykepleiernes administrative og koordinerende oppgaver blir mer omfattende og tungroddede. Undersøkelsen bekrefter derigjennom et inntrykk av sykepleierne gjennom sin koordinerende rolle blir et viktig "lim" i sykehussystemet, men også at de til dels kompenserer for uhensiktsmessig organisering av sykehuset.

Sykepleierne hadde et positivt forhold til sin medisinske behandlingsfunksjon. Mange sykepleiere syntes det medisinskfaglige området var spennende, og ønsket mer kompetanse, både gjennom utdannelsen og gjennom arbeidet som sykepleier. Forholdet mellom legene og sykepleierne synes fortsatt å være påvirket av det tradisjonelle hierarkiske forholdet mellom yrkesgruppene hvor sykepleiernes forhold til legene utformes gjennom en spenning mellom underordning og selvstendighet.

Sykepleierne opplevde i hovedsak samarbeidet med legene som positivt, men det framkom også noe ambivalens rundt dette. Sykepleieren viste særlig til følgende forhold som påvirket deres arbeidssituasjon: At legene var for lite til stede i posten, at samarbeidet var noe utydelig, og at det var vanskelig å samordne legers og sykepleieres oppgaver. Sistnevnte gir problemer i et system med høy pasientgjennomstrømming som er avhengig av raske avgjørelser. Den manglende integrering og samordning av de to tjenestene på organisatorisk nivå får betydning for sykepleiernes muligheter til å ivareta pasientene på en tilfredsstillende måte.

Sykepleierne er generelt opptatt av kunnskap og å utvikle sin kompetanse. Samtidig strevde de fleste med å beskrive sykepleieres unike kompetanse. Den unike kompetansen ble beskrevet ved at den er bred og sammensatt, bestående av mange ulike fagområder, og inkluderer både teoretisk, praktisk og relasjonell kunnskap. I tillegg kjennetegnes sykepleieres unike kompetanse av evnen til overblikk og til å kunne omstille seg kontinuerlig i forhold til ulike oppgaver og pasientbehov. Dette gir sykepleiere et større handlingsberedskap ved ulike situasjoner i posten enn dersom de bare kan ett fagområde i dybden. Sykepleierne hadde en lik forståelse av sykepleieres kompetanse og yrkesverdier. Dette gir grunnlag for en felles yrkesidentitet på tvers av ulike former for spesialisering i sykehuset.

Sykepleierne opplevde at de i stor grad får brukt sin kompetanse i sykehuset. Flere viste imidlertid til at de i for liten grad får brukt, og utviklet, sin kommunikasjons- og relasjonskompetanse, noe de synes er en meget interessant side ved arbeidet, samtidig som det er krevende.

Både nyutdannede og erfarne sykepleierne opplevde at de i hovedsak har nok kompetanse til å utføre arbeidet som sykepleier. Både de nyutdannede og de øvrige sykepleierne mente imidlertid at nyutdannede sykepleiere har for lite praksis og at de trenger mer medisinsk kunnskap og praktiske ferdigheter i kliniske prosedyrer, samt administrasjon. I den administrative og koordinerende funksjonen ligger en av de største overgangene fra sykepleierutdanningen, og denne fylte også en større andel av arbeidet enn sykepleierene hadde forventet. I den første tiden som sykepleier ble mye tid brukt til å bli kjent med organisasjonens rutiner og å lære seg å "ha overblikk" administrativt. Det administrative ansvaret ble opplevd som stort, i tillegg til ansvaret for svært syke pasienter. En stor del av utfordringene for de nyutdannede sykepleierne synes å være knyttet til alle organisatoriske oppgavene i sykehuset, og til det å forholde seg til sykehusorganisasjonen. Dette kan tyde på et behov for styrking av organisasjonskompetansen gjennom utdanningen.

Alle avdelingene i undersøkelsen brukte tid til opplæring og fagutvikling av sykepleierne og hadde etablert ulike kompetanseutviklingsmuligheter i posten i tillegg til muligheter for videreutdanning. Mange sykepleiere var fornøyde med mulighetene for kurs eller internundervisning, og ut fra deres beskrivelser kan det synes som om noen poster bruker mye tid til opplæring av nyansatte.

De erfarne sykepleierne var i minst grad fornøyd med tilbud om videreutvikling. Det synes derfor som den største utfordringen for avdelingene er å få til en organisasjonsstruktur som er rettet mot å sikre oppfølging for dem som har vært i sykehuset over noe lengre tid. Dette gjelder etterutdanning, men også at de erfarne får mer krevende oppgaver over tid, også utenfor posten. Det kan synes som at sykepleiere har tilnæringsvis de samme arbeidsoppgaver uansett fartstid i posten. Dette kan føre til et overforbruk av de nyansattes kompetanse og et underforbruk av de erfarnes. Dette kan forklare hvorfor flere av de uerfarne sykepleierne sliter med for omfattende oppgaver og ansvar den første tiden, men de erfarne savner utfordringer etter to til tre år.

Sykepleierne fortalte at det er vanskelig å få tid til egen fagutvikling, og at det er liten tradisjon for å gjøre selvstendig faglig fordypning i arbeidstiden. Den manglende muligheten til sykepleiefaglig fordypning ble opplevd som en utilfredstillende side ved arbeidet i posten.

Dilemmaer og utfordringer for den fremtidige sykepleierrollen som fremkommer gjennom undersøkelsen diskuteres avslutningsvis i rapporten. Valgene man tar i forhold til disse dilemma vil påvirke den fremtidige sykepleierrollen.

Dette omhandler for det første behovet for å tilrettelegge for mer faglig fordypning i en presset hverdag for å bedre integrere sykepleieryrkets praktiske og teoretiske sider. Sykehusene synes ikke å ha kommet langt i dette arbeidet. Det ser imidlertid her ut til å ligge et utnyttet potensiale i form av klinisk stige og organisering av sykepleieres arbeid i hverdagen.

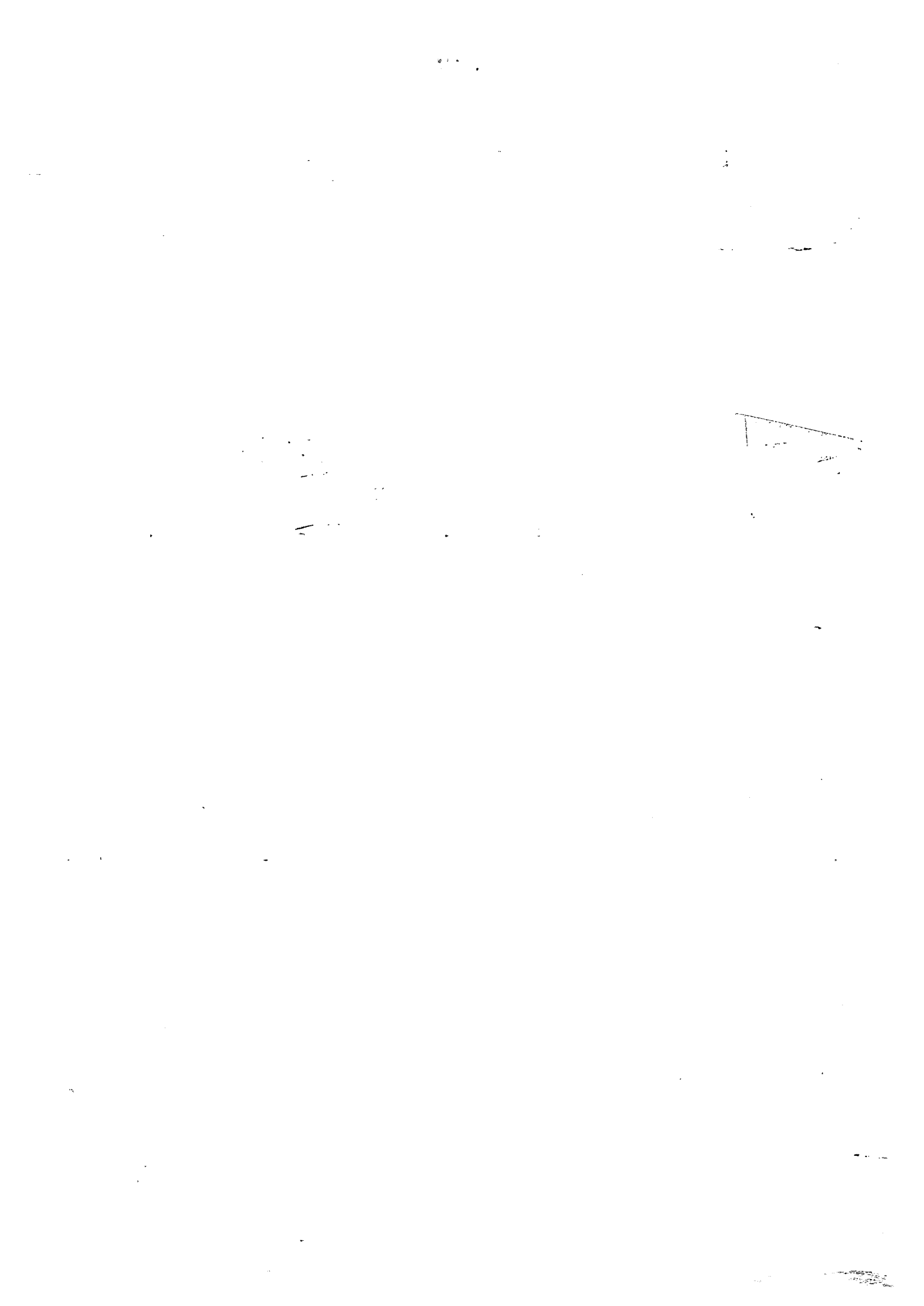
Et annet dilemma er at den "vide" sykepleierrollen, i form av mange arbeidsoppgaver og ulike delroller, kan gi opphav til rollestress og psykisk belastning i arbeidet. Det kan se ut som sykepleierne velger individuelle løsninger på dette forventningspresset. Samtidig som sykepleierne er opptatt av omsorg for pasientene, framkom det en tendens til at sykepleierne løser forventningspresset i arbeidet ved at de blir opptatt av å sette grenser overfor pasientene og pårørende.

Arbeidspresset hos sykepleierne og den vide sykepleierrollen, reiser spørsmålet om man bruker sykepleiernes kompetanse på en god måte. På den ene siden er sykepleiernes brede kompetanse og mangfoldige oppgaver en styrke ved dagens utforming av sykepleierrollen. Den gir variasjon i arbeidet og sykepleieres mangfoldighet og koordinerende funksjon er av avgjørende betydning i en kompleks sykehusorganisasjon. Undersøkelsen kan likevel tyde på at det er nødvendig å avgrense sykepleierrollen i sykehusorganisasjonen slik at man bruker større andel av sykepleieres tid og kompetanse til oppgaver som gir bedre pasientkvalitet, og ikke til å bøte på systemsvikt i form av oppsplittet og desintegreert tjenesteproduksjon.

Et annet dilemma er gapet mellom sykepleiernes egne ønsker og forventninger om å utføre psykososial omsorg til pasientene og deres muligheter for denne type arbeid i sykehuset. Misforholdet kan skyldes at sykehusets organisering i for liten grad tilrettelegger for god ivaretagelse av psykososiale behov, og at disse arbeidsoppgavene i for liten grad inngår i kunnskapsgrunnlaget for organisering av sykehus. Det kan samtidig skyldes et misforhold mellom utdanningens fokus på den helhetlige og den psykososiale sykepleien, og sykepleiernes faktiske arbeidsinnhold.

Resultatene i undersøkelsen bekrefter i hovedsak annen forskning om sykepleiere i sykehus, og det synes ikke som det har skjedd *grunnleggende* endringer i utforming av sykepleierrollen i sykehusene til tross for organisatoriske endringer i helsetjenesten. Sykepleiernes beskrivelser av sin arbeidssituasjon og arbeidsbelastninger på de store sengepostene gjenspeiler også mer generelle og langvarige tendenser ved sykepleieres arbeidsforhold i sykehus. Dette kan tyde på at man også må endre de grunnleggende organisatoriske arbeidsbetingelsene for sykepleie i sykehus gjennom målrettet endringsarbeid.

Variasjonene i sykepleiernes beskrivelser av arbeidsbelastninger bør tas hensyn til i lokalt utviklingsarbeid i sykehus, og kan tyde på at man bør konsentrere seg om de postene som har størst arbeidspress. Dette gjelder særlig de store, og minst spesialiserte, medisinske og kirurgiske postene.



DEL I INNLEDNING OG METODE

1 Innledning og målsettinger for undersøkelsen

1.1 Bakgrunn

Sykepleieryrket er i stadig forandring i tråd med samfunnet og helsetjenestenes utvikling. Sykepleierfunksjonen i sykehus berøres også av de interne organisatoriske endringer som sykehusene gjennomgår, og sykehusets organiseringsformer vil påvirke sykepleiernes muligheter til å utøve sykepleiefaget de er opplært til.

I løpet av 1990-tallet har helsetjenesten, og ikke minst sykehusene, gjennomgått flere organisatoriske endringer som kan påvirke utformingen av sykepleierrollen (Hansen 2000). Det er blant annet innført et nytt finansieringssystem gjennom ISF-reformen. Andelen poliklinisk behandling har økt og liggetiden har gått ned. For mange sengeposter har dette ført til økt pasientgjennomstrømning og endringer i pasientsammensetningen, blant annet ved at andelen pleietrengende pasienter har økt. Dette vil ha innvirkning på sykepleien som utøves. I det siste tiåret har også sammensetningen av yrkesgruppene i sykehusene vært under endring, hvor det for eksempel er blitt flere sykepleiere og færre hjelpepleiere. Dette kan få betydning for samarbeidet mellom yrkesgruppene, og også for bruk av sykepleiernes kompetanse i sykehuset. Samtidig utfordres sykepleiefaget innenfra av økende spesialisering.

Det har videre kommet nye helselover som kan påvirke sykehusenes og sykepleiernes virksomhet. Disse lovene stiller nye krav til helsepersonell. Generelt økt fokus på pasientrettigheter kan føre til at forventningene fra pasienter og pårørende tar nye former, som for eksempel et økt krav om brukertilpasset individuell behandling og pleie.

På samme tid som sykehusene har gjennomgått organisatoriske endringer står sykehusene fortsatt overfor problemet med å rekruttere, opplære og beholde sykepleiere, og å sikre sykepleiere gode arbeidsforhold. Det vil derfor være av betydning å se på faktorer som kan bidra til å bedre sykepleieres arbeidssituasjon for å redusere det høye gjennomtrekket av sykepleiere i sykehusene og sikre en god bruk av sykepleiernes kompetanse overfor pasientene og pårørende.

Det er i Norge gjort en del forskning som belyser sykepleiernes arbeidsforhold, men mindre forskning som sikter mot å gi et mer helhetlig bilde av sykepleierrollen i sykehus, herunder sykepleiernes funksjon, bruken av deres kompetanse og sykepleiernes yrkesidentitet. Det er derfor behov for å øke kunnskapen om dagens sykepleierrolle i sykehus, både for å tilrettelegge for en god organisering av sykepleietjenesten i sykehus og for å styrke sykepleierutdanningens forberedelse av studentene.

1.2 Målsettinger og problemstillinger

Målsettingene for denne undersøkelsen er for det første å øke kunnskapen om sykepleieres arbeid i dagens sykehus og hvordan sykepleiernes kompetanse anvendes for å imøtekomme pasienters og pårørendes behov. Dette skal bidra til å styrke vurderingsgrunnlag for organisering av sykepleietjenesten i sykehusene og for sykepleierutdanningens forberedelse av studenter til den yrkesrolle de skal ut i. For det andre forsøkes det gjennom undersøkelsen å utvikle et metodisk verktøy for kartlegging av sykepleiernes arbeidsinnhold og bruk av tid.

Undersøkelsen vil både omhandle hva sykepleierne faktisk gjør i sykehusene, og hvordan de opplever sin egen arbeidssituasjon. Vi vil videre undersøke hvordan sykepleierne opplever at de får brukt sin sykepleiefaglige kompetanse i sykehuset, og hva som kjennetegner deres identitet som sykepleier. Dette innebærer også å se på samsvaret mellom det faktiske innholdet i sykepleiernes arbeid og deres oppfatning av hva som er hensiktsmessig arbeidsinnhold for å dekke pasientenes behov på en best mulig måte.

Undersøkelsen vil ta form som en empirisk og eksplorative studie hvor vi søker svar på følgende 4 hovedproblemstillinger:

1. Hvordan bruker sykepleiere sin arbeidstid, og hvordan opplever de sin arbeidssituasjon?

Et av de viktigste siktepunktene ved undersøkelsen er å kartlegge hva sykepleiere gjør i løpet av arbeidstiden. Dette omfatter følgende spørsmål:

- Hvilke funksjoner og konkrete arbeidsoppgaver utfører sykepleiere i løpet av arbeidstiden?
- Er det forskjeller i arbeidsoppgaver mellom døgnetts ulike vakter?
- Er det forskjeller i sykepleieres arbeidsoppgaver og arbeidssituasjon mellom ulike typer sykehusavdelinger?

I undersøkelsen er vi også opptatt av sykepleieres egne opplevelser av arbeidet som sykepleier og deres arbeidssituasjon på posten. Dette innebærer spørsmål som:

- Hvordan opplever sykepleiere sin arbeidssituasjon på posten?
- Hvordan opplever de at sykehuset tilrettelegger for at sykepleierne kan ivareta sitt ansvar overfor pasienter og pårørende i tilstrekkelig grad?
- Hva opplever sykepleiere givende i arbeidet?
- Hva opplever sykepleiere krevende eller tappende i arbeidet?
- Opplever sykepleiere at de utfører arbeidsoppgaver som andre burde ha ivaretatt?
- Hvordan påvirker samarbeidet mellom yrkesgruppene deres arbeidsoppgaver og arbeidssituasjon?
- Hvilke trekk ved sykehusorganisasjonen mener sykepleiere påvirker deres arbeidssituasjon?

2. Hvordan brukes sykepleieres kompetanse i sykehus?

Hva sykepleiere utretter i et sykehus avhenger av kompetansen de har ervervet gjennom utdanningen, men også av den yrkesrollen de går inn i. Sykepleieres kompetanse vil dermed påvirkes av sykehusenes behov for kompetanse og sykehusorganisasjonens utforming. Vi vil derfor se på:

- Hvilke deler av sykepleierkompetansen brukes i sykehuset?
- I hvilken grad opplever sykepleiere at de får brukt sin kompetanse?
- I hvilken grad får sykepleiere utviklet sin kompetanse?
- I hvilken grad opplever sykepleiere at de savner kompetanse?
- Hvordan påvirker sykehusorganisasjonen bruken av sykepleieres kompetanse?

3. Hva er viktige kjennetegn ved sykepleieres yrkesidentitet i sykehus, og hvordan påvirker sykehusorganisasjonen denne identiteten?

I undersøkelsen ønsker vi å få et bilde av sentrale elementer i sykepleieres yrkesidentitet på sykehus, og hvordan sykepleiere møter eventuelle spenninger mellom den sykepleiefaglige identiteten og sykehusets tilretteleggelse for utøvelse av sykepleie. For å få et bilde av dette vil vi i undersøkelsen blant annet se nærmere på spørsmål som:

- Hva opplever sykepleiere som sin unike kompetanse?
- Hva framholder de som sentrale arbeidsoppgaver for sykepleiere?
- Hva oppleves som sentrale verdier i sykepleie?
- Hva mener de kjennetegner en god sykepleier på sykehus?

4. Er det samsvar mellom sykepleieres forventninger til arbeidsoppgaver og deres faktiske arbeidsinnhold?

Sykepleieres forventninger til innholdet i arbeidet er påvirket av deres personlige motiver og interesser, men også av utdanningens innhold og yrkeskulturens idealer og normer. Samtidig legger sykehusorganisasjonen sine rammer for sykepleiefaget og sykepleieutøvelsen, og med dette også bestemte forventninger til sykepleierrollen. Sykepleiere står dermed mellom ulike forventninger fra forskjellige hold. Disse forventningene kan samsvare, men kan også gi opphav til spenninger i sykepleierrollen og eventuelt frustrasjoner hos sykepleiere. Dette kan påvirke ønsket om å være i arbeidet ved sykehuset eller i sykepleieryrket som sådan. Vi er derfor interessert i å se på spørsmål som:

- Er det samsvar mellom sykepleieres forventninger til arbeidet og faktisk arbeidsinnhold?
- Er det samsvar mellom sykepleieres forventninger til bruk av egen kompetanse i forhold til faktisk bruk av kompetanse?
- Hvordan samsvarer sykepleieres sykepleiefaglige identitet med sykepleierrollen i sykehus?

For å svare på problemstillingene i undersøkelsen er det gjennomført tre delstudier:

- a) en tids- og oppgaveregistrering av sykepleienes arbeidstid, samt noe observasjon gjennom fotfølging.
- b) en spørreskjemaundersøkelse.
- c) dybdeintervjuer med et mindre utvalg sykepleiere.

Med bakgrunn i de tre delstudiene vil vi avslutningsvis drøfte viktige kjennetegn og dilemmaer ved sykepleierrollen i sykehus, for deretter å anbefale noen områder for videre diskusjon når det gjelder sykepleierutdanningen og organisering av sykehus.

1.3 Sentrale begreper i undersøkelsen

I presentasjonen av undersøkelsens målsettinger og problemstillinger foran fremkommer det noen begreper som vil stå sentralt i undersøkelsen; *sykepleierrollen*, *kompetanse* og *yrkesidentitet*. Dette er begreper som det knytter seg ulik forståelse og ulike teoretiske tilnærminger til. Vi gir derfor en kort presentasjon av den forståelse av begrepene som legges til grunn i denne undersøkelsen.

1.3.1 Sykepleierrollen

I undersøkelsen vil vi nærme oss spørsmålet om sykepleieres arbeid, kompetanse og yrkesidentitet ved å benytte et rolleperspektiv, fordi rolleperspektivet rommer alle disse tre elementene. Vi vil

imidlertid understreke at vi avgrensner oss til å studere utformingen av sykepleierrollen i sykehus, og ikke sykepleieryrket generelt. Det må i tillegg påpekes at selv innenfor sykehusene vil sykepleierrollen ha flere ulike former, selv om vi med bruk av typetenkning snakker om sykepleierrollen.

Rolle omhandler altså både arbeid, kompetanse og identitet. Sykepleiere utøver sin rolle gjennom det *arbeid* de gjør som ansatte i sykehuset. For å kunne utøve rollen er det nødvendig å tilegne seg ulike former for teoretisk og praktisk *kompetanse* gjennom utdanningen, men også gjennom yrkesutøvelsen. Under utdanningen internaliseres sentrale perspektiver, verdier og forventninger til yrkesrollen. Dette legger basis for utviklingen av en felles *yrkesidentitet* med felles perspektiver på sykepleieryrket og dets innhold. (Se forøvrig 1.3.3) Denne yrkesidentitet vil påvirke de forventninger sykepleiere har til arbeidet sitt. Rollens elementer av arbeid, kompetanse og identitet vil dermed påvirke hverandre gjensidig.

Et annet aspekt ved sosiale roller er at de alltid står i et forhold til andre roller. Sykepleierrollen vil derfor defineres og utformes i relasjon til for eksempel pasientrollen og legerollen. Dersom andres forventninger til sykepleierrollen er ulike og motstridende, kan dette gi grunnlag for rollestress" eller rollekonflikt.

Gjennom utdanningen utvikler altså sykepleiere både sykepleiefaglig kompetanse og sykepleiefaglig identitet som de bringer med seg til sykehuset (se forøvrig 1.3.3). I sykehuset utøver imidlertid sykepleierne sin rolle innenfor dette bestemte systemet, med sine særegne funksjoner og oppgaver innen helsetjenesten. Man kan si at sykepleierne dermed inngår i en ny institusjonell kontekst for sykepleiefaget, hvor sykehusorganisasjonen legger rammer for den sykepleie som utøves. Sykehusorganisasjonen består både av den strukturelle oppbygningen av systemet, og av kulturen innenfor sykehuset. På sykehusene møter sykepleierne dermed også en annen organisasjonskultur enn den de er kjent med fra sykepleierutdanningen.

Siden sykehus er komplekse og sammensatte organisasjoner, vil sykehusorganisasjonen bestå av ulike subsystemer og subkulturer. Avdelinger og poster vil dermed kunne variere både med hensyn til struktur og kultur. Dette gjør at utformingen av sykepleierrollen vil kunne være forskjellig innenfor ulike deler av sykehuset. Både organiseringen av sykehuset som helhet, av den enkelte avdeling eller post, og av sykepleietjenesten spesielt, påvirker da sykepleiernes arbeid og bruk av den sykepleiefaglige kompetansen.

I overgangen fra utdanning til arbeid kan sykepleierne oppleve at arbeidsorganisasjonen gir føringer til en yrkesrolle som står i et spenningsforhold til den sykepleiefaglige identiteten de har utviklet gjennom studiet. Dette er en vanlig overgang ved alle yrkesutdanninger. Ulike undersøkelser har imidlertid pekt på at dette er en særlig utfordring for profesjonelle yrker med en utdanning som er basert på profesjonelle verdier og kunnskap, samtidig som utdanningen er relativt løsrevet fra den virksomhet, eller organisatoriske kontekst, som man etterpå skal inn i. Utfordringen forsterkes ytterligere i de profesjonelle yrker som er kjennetegnet ved mindre frihet i arbeidet, og hvor organisatoriske begrensninger i yrkesutøvelsen er store, slik tilfellet ofte er for omsorgsyrker (Hvinden 1985, Svensson 1998).

Overgangen fra utdanning til arbeid som nyutdannede sykepleiere er ofte omtalt som "realitetssjokket". På 1980-tallet og framover fikk realitetssjokket stor oppmerksomhet både innenfor sykepleien og samfunnsvitenskapene, og ble sett i sammenheng med faren for utbrenthet i sykepleieryrket (Fagermoen 1984, Hvinden 1985). Man har derfor forsøkt å bøte på dette problemet gjennom å styrke sykepleierstudentenes forberedthet gjennom utdanningen, samt bedre ivaretagelse av de nyutdannede i sykehus. I de senere årene har man innenfor den samfunnsvitenskapelige forskningen samtidig blitt mer opptatt av nødvendigheten av å endre de

organisatoriske betingelsene for sykepleiere i sykehusene. Det påpekes her at for å bedre kvaliteten på sykepleien, og sykepleieres arbeidssituasjon, er det behov for lokalt utviklingsarbeid i sykehusorganisasjonen som sådan (Sørensen 2000b). Både overgangen fra utdanning til arbeid og organisatoriske betingelser for sykepleie vil bli belyst i undersøkelsen. Dette vil utgjøre et kunnskapsbidrag til diskusjonene om utdanningens innhold og sykehusenes organisering.

1.3.2 Sykepleierkompetanse

Kompetanse brukes ofte som en generell betegnelse på produktive og skapende evner hos individer og organisasjoner. I undersøkelsen tar vi utgangspunkt i en bred og generell forståelse av kompetansebegrepet, hvor kompetanse hos individer forstås som kunnskaper, ferdigheter og evner som kan bidra til å løse problemer og/eller utføre arbeidsoppgaver (NOU 1997:25).

Sykepleierkompetanse kan beskrives som en svært sammensatt kompetanse, noe som har sammenheng med sykepleiens mangfoldige oppgaver innenfor helsevesenet. I følge Rammeplan og forskrift for sykepleierutdanningen av 2000, omhandler sykepleiernes oppgaver følgende områder som vil kreve kompetanse av sykepleieren:

- helsefremmende og forebyggende oppgaver
- behandling
- lindrende oppgaver; ved smerte og sorg ved sykdom, lidelse og død. Dette omfatter også psykososiale tiltak som kan bidra til å bedre pasientens og pårørende opplevelse av situasjonen.
- rehabiliterende og habiliterende oppgaver
- undervisning og veiledning til pasienter og pårørende
- administrative oppgaver
- fagutviklende oppgaver; hvor sykepleieren tar del i virksomhetens kvalitetsutvikling av tjenestene. Sykepleiere har også plikt til å holde seg faglig á jour, og den kliniske sykepleieutøvelsen skal dokumenteres, evalueres og formidles og utøves i samsvar med krav i lover og forskrifter.

Rammeplanen fremhever at mangfoldet i sykepleiernes oppgaver krever en variert og sammensatt sykepleiekompetanse som består av:

- *Teoretisk – analytisk kompetanse*; som er basert på teoretisk forståelse, kunnskaper og analytisk evne.
- *Praktisk kompetanse*; som er evne og dyktighet til å iverksette sykepleiespesifikke tiltak og handlinger.
- *Læringskompetanse*; som er knyttet til evne og vilje til selv å kunne tilegne seg ny kunnskap og anvende denne i nye sammenhenger.
- *Yrkesetisk kompetanse*; som viser evnen til å fatte etisk velbegrunnede valg og tiltak.
- *Sosial kompetanse*; som kjennetegnes av evne og vilje til å etablere, gjennomføre og være utholdende i menneskelige forhold. I tillegg fordrer det evne til samarbeid med andre faggrupper, samt evne til empati og mellommenneskelig kommunikasjon. Sistnevnte kan også omtales som *relasjonskompetanse* eller *kommunikativ kompetanse* (se også Skaug1991).

Sykepleiefaget er også sammensatt i den forstand at den teoretiske kunnskapen i faget har sterke elementer både fra naturvitenskapelige, humanistiske og samfunnsvitenskapelige vitenskaps-tradisjoner.

I tillegg til de ovennevnte kompetanseområder vil vi også fremheve betydningen av at sykepleiere arbeider innenfor en større sykehusorganisasjon. Å forstå og forholde seg til denne organisasjonen

på en profesjonell måte vil også kreve *system-* og *organisasjonskompetanse* hos sykepleierne, ikke bare en egen rollekompetanse.

Selv om det innenfor sykepleien er mulighet for videreutdanning som gir spesialisering innen bestemte medisinske- teknologiske områder, er sykepleierne oppgaver altså sammensatte og fordrer ulike former for kompetanse. Det er mulig at det nettopp er i sykepleiefagets sammensatte karakter at fagets styrke ligger. Den bestemte kombinasjonen av kompetanse som fagutøverne trenes opp til er spesiell i sin sammensetning, men inneholder også generalistens styrke. I sistnevnte ligger også et potensiale for koordinerende oppgaver og for fleksibilitet innenfor en arbeidsorganisasjon. Dette representerer imidlertid også utfordringer for faggruppen, både innad og utad. Det kan nemlig innebære en mulighet for at man i stor grad får "restoppgavene", uten at det nødvendigvis blir foretatt vurderinger av om dette er god og riktig bruk av kompetansen, og ikke minst god videreutvikling av kompetansen.

I tillegg vil man i syntesen mellom ulike fag- og vitenskapsretninger, med tilhørende forståelsesramme, verdier og målestokker, gjerne finne mye *taus kunnskap*. Med dette menes at man forholder seg til et sett av regler som ikke er kjent for dem som følger dem (Polanyi 1962). Dette vil kunne gjelde en stor del av den erfaringsbaserte kunnskapen, samt ferdigheter og holdninger. Kunnskap og kompetanse kan dermed eksistere uten at den er nedskrevet eller artikulert, fordi hverken en selv eller andre er klar over denne kunnskapen. I en del tilfeller vil taus kunnskap *kunne* artikuleres ved økt bevisstgjøring om denne kunnskapen. Men i en del sammenhenger vil den forbli vanskelig å artikulere og derfor også vanskelig å eksplisitt lære bort. Sykepleieryrket er ofte beskrevet som et yrke som er preget av mye taus kunnskap. I fagets funksjonsorientering ligger også en utstrakt bruk og videreutvikling av hverdagskunnskap som vi kjenner fra dagliglivets gjøremål. Dette er kunnskapsformer som ofte ikke umiddelbart anerkjennes som kunnskap på linje med annen type vitenskapelig basert kunnskap. Innslagene av taus kunnskap og videreutviklet hverdagskunnskap kan gjøre det vanskelig for sykepleiere å beskrive sitt eget arbeidsinnhold og den kompetanse sykepleierne arbeid krever.

I undersøkelsen reiser vi også spørsmålet om sykepleieres muligheter til å få benyttet og videreutviklet sin kompetanse innenfor sykehuset, noe som også er avhengig av den organisasjon man arbeider innenfor og det arbeid man utøver (Argyris og Schön 1978). Sykepleieres kompetanse kan derfor også studeres som noe som produseres i organisasjonen, i relasjonene mellom ansatte med ulike fagbakgrunn og i samhandlingen mellom tjenesteytere og tjenestemottaker (Holmer og Karlsson 1991). Hvordan man samarbeider, og hvilken organisasjonsmodell man arbeider innenfor, har derfor betydning for både kompetanseanvendelse og -utvikling. Ut fra hvilke forhold man i ettertid har mulighet til å påvirke, vil vi i undersøkelsen rette fokus mot visse organisatoriske forhold av slik betydning, og tilsvarende når det gjelder samarbeid med andre yrkesgrupper.

1.3.3 Yrkesidentitet

Identitet er et begrep som er nært knyttet til rollebegrepet, og som brukes både med henvisning til individ og til gruppe. Generelt kan vi si at identitet, som utvikles gjennom sosiale erfaringer, handler om en bevissthet om seg selv, eller gruppen, som noe bestemt. Sentralt i identiteten står bevissthet om de perspektiver, holdninger og verdier som er underliggende, og styrende, for handling og samhandling.

Med begrepet *sykepleiefaglig identitet* sikter vi til personlige verdier og faglig-etiske standarder hos den enkelte sykepleier, og som påvirker handling, motivasjon og interaksjon med pasienter og pårørende. Den sykepleiefaglige identiteten innebærer også en opplevelse av seg selv som "bærere, formidlere og utøvere av et bestemt fag med bestemte karakteristika" og av "bestemte

kunnskaper, erfaringer og verdier” (Skaug 1991;18). Videre innebærer det en bevissthet om fagets vitenskapelige metoder og om hvilke bestemte funksjoner man ivaretar. Det er en målsetting for sykepleierutdanningen at studentene gjennom studiet skal utvikle en identitet som sykepleier (Rammeplanen for for sykepleierutdanningen av 2000).

Vi kan si at den sykepleiefaglige identitet er underliggende, eller ”stikker dypere”, enn yrkesrollen, fordi man som sykepleier kan gå inn i flere type roller, for eksempel rollen som sykepleier i sykehus, i sykehjem eller i hjemmesykepleie, og samtidig ha en grunnleggende sykepleiefaglig identitet på tvers av de forskjellige yrkesrollene. Samtidig vil sykepleiere gjennom yrkesrollen møte andre identitetskapende forhold. Sykepleieren utvikler da en *yrkesidentitet*, hvor den sykepleiefaglige identiteten vil inngå (i relativt sett større eller mindre grad) sammen med identiteten som for eksempel arbeidstaker og kollega. Gjennom å inngå i en bestemt yrkesutøvende rolle, og dermed utvikle sin yrkesidentitet innenfor en bestemt kontekst, kan også den sykepleiefaglige identiteten hos den enkelte sykepleier påvirkes.

Spørsmålet om yrkesidentitet hos den enkelte sykepleier impliserer også en relasjon til en gruppe; de andre medlemmene av faggruppen. Sykepleierne inngår i en felles yrkeskultur, også etter utdannelsen, hvor man utvikler en felles yrkesidentitet, eller felles perspektiv på yrket og yrkesutøvelsen. Man kan da snakke om en gruppes yrkesidentitet. I utviklingen av gruppeidentitet står individets forhold til både den gruppe man oppfatter seg å være en del av, og til andre grupper, sentralt. Både likhet til og forskjellighet fra, er altså mekanismer av betydning (Gioia 1998, m/ ref. til Erickson 1964). For utviklingen av en yrkesidentitet utgjør kompetanse én av linjene som man vurderer henholdsvis likhet og ulikhet langs. En annen linje er hvilke arbeidsoppgaver man faktisk utfører. Er grensene mellom vi og de andre klare, vil dette bidra til at opplevelsen av identiteten styrkes. Et godt samsvar mellom kompetanse og arbeidsoppgaver vil også styrke begge faktorenes betydning for yrkesidentiteten. Gruppemedlemmenes grad av identifisering med en gruppe vil videre ha konsekvenser internt i gruppen, for relasjonen mellom grupper og atferdsmessige konsekvenser for den enkelte medlem (Hernes 1995 m/ref til Brewer 1991). Dette impliserer at gruppeidentitet har betydning for samarbeid på flere nivåer i et system som helsevesenet.

I denne undersøkelsen vil vi anvende en bred forståelse av yrkesidentitet som omhandler både individ og gruppenivå. Ikke minst er vi interessert i å se om sykepleiernes sykepleiefaglige identitet bekreftes i arbeidet som sykepleier eller om det foreligger spenninger mellom den generelle sykepleiefaglige identiteten som erverves gjennom utdanning og yrkesfelleskap, og utformingen av sykepleierrollen i sykehuset.

1.4 Gjennomføring av prosjektet

Prosjektet har hatt en referansegruppe bestående av representanter fra de fire sykehusene som deltar i undersøkelsen, samt én fra Institutt for Sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo. Referansegruppen har samarbeidet tett med prosjektgruppen i SINTEF Unimed. I februar 2001 hadde vi oppstartsmøte hvor representantene fikk introdusert prosjektets formål og innhold. I den påfølgende fasen med utforming av metodedesign, deltok referansegruppens medlemmer med innspill og kommentarer. Representantene fra sykehusene viderefremidlet kontakt med sykepleiere ved de utvalgte postene, slik at vi fikk gjennomført pilotstudier (om utvalg se kapittel 2.1.). Videre hadde de ansvar for å informere og motivere sykepleiere til å delta i undersøkelsen.

Prosjektet har blitt gjennomført som tre delstudier. Delstudie 1 består av en tids- og oppgaveregistrering. I tilknytning til denne ble det også gjennomført en spørreskjemaundersøkelse som utgjør delstudie 2. Deretter ble resultater fra disse delstudiene framlagt

for referansegruppen og for avdelingene som hadde deltatt. Ved vår framleggelse til avdelingene ble sykepleierne som deltok i undersøkelsen oppfordret til å delta og til å gi tilbakemeldinger på de foreløpige resultatene, sammen med avdelingssykepleierne og de øvrige sykepleierne i avdelingen. Tilbakemeldingene fra referansegruppen og avdelingene utgjorde nyttige bidrag i den videre analysen av data, og som innspill til prosjektets tredje delstudie, en intervjuundersøkelse. Presiseringer av problemstillingene for intervjuundersøkelsen ble også diskutert med referansegruppen. Etter gjennomførte intervjuer og analyser av disse ble referansegruppen presentert for en foreløpig rapport for tilbakemelding til oss før foreliggende prosjektrapport ble ferdigstilt.

1.5 Rapportens struktur

I kapittel 2 gis en presentasjon av utvalget i studien, dvs. hvilke sykehusavdelinger, poster og sykepleiere som er plukket ut til å delta. Deretter går vi nærmere inn på gjennomføringen av de tre delstudiene, etterfulgt av en metodediskusjon.

I kapittel 3, 4 og 5 framlegges resultater fra prosjektets tre delstudier. Hvert kapittel inneholder en kort oppsummering.

Kapittel 6 inneholder en oppsummering av undersøkelsen med en påfølgende diskusjon rundt noen av de mest framtreende funnene i undersøkelsen. Avslutningsvis vil vi, på bakgrunn av resultatene, diskutere noen fremtidige utfordringer for innholdet i sykepleierutdanningen og organisering av sykehus.

2 Utvalg og metode

Da undersøkelsens problemstillinger er sammensatte og omfattende, har vi valgt å gjennomføre prosjektet i form av tre delstudier med ulike tilnæringsmåter og metoder. I dette kapitlet vil vi gi en kort presentasjon av de sykehusene, avdelingene og postene som sykepleierne i studien tilhører, for deretter å gå nærmere inn på metodiske sider ved de tre delundersøkelsene. Avslutningsvis i kapitlet vil vi diskutere styrker og svakheter ved metodevalg i undersøkelsen, og hvilke erfaringer disse har gitt.

2.1 Utvalg

I dette underkapittelet beskriver vi kort utvelgelsesprosessen før noen trekk ved de valgte avdelingene framlegges, med vekt på karakteristika for sykehusene de tilhører. Ulikheter mellom disse avdelingene vil bidra til tolkningsgrunnlaget for de likheter og variasjoner som framkommer mellom avdelingene i delstudienes resultater.

2.1.1 Valg av sykehus, avdelinger og poster

I samtaler forut for prosjektstart framkom det fra oppdragsgiver et ønske om å inkludere i studien sykepleiere som jobber ved sykehus med riksdekkende funksjoner så vel som mindre sykehus med lokal- og sentralsykehusfunksjoner. I fellesskap kom vi da fram til et utvalg bestående av fire sykehus.

Videre forelå det et ønske om å inkludere både medisinske og kirurgiske sykehusavdelinger.¹ Samlet sett kan dette gi et forholdsvis generelt og allmenngyldig bilde av sykepleieres arbeidsoppgaver og tidsbruk i sykehus, samtidig som det åpner for mulighet til å sammenligne disse to store avdelingstypene. Til studien ble det derfor valgt å inkludere sykepleiere fra kirurgisk avdeling ved to av sykehusene, og fra medisinsk avdeling ved de to andre. I rapporten vil disse bli kalt henholdsvis medisinsk avdeling I, medisinsk avdeling II, kirurgisk avdeling I og kirurgisk avdeling II. Det ble besluttet å begrense utvalget av sykepleiere til sengepostene ved disse avdelingene. Sykepleiere ved poliklinikk, intensivavdelinger o.a. er altså ikke inkludert i utvalget. Dette for å begrense variasjonen i utvalget mht. hvilke typer funksjoner postene har. De fire avdelingene er representert ved sykepleiere fra inntil tre poster.

2.1.2 De fire avdelingene

Medisinsk avdeling I

Sykehuset har lokalsykehusfunksjon, og medisinsk avdeling har akutt mottaksfunksjon for det samme området. Målt i innbyggertallet i det geografiske området sykehuset skal dekke, og i antall årsverk, er dette det minste sykehuset som er representert i undersøkelsen.

I studien deltar sykepleiere fra 2 relativt store poster.

¹ Ved norske sykehus finner man noe varierende benevnelse på den organisatoriske enheten vi her kaller avdeling, f.eks. "klinikk". Det samme vil være tilfelle for benevnelsen "post", som vi refererer til som en organisatoriske enhet innenfor en avdeling.

Medisinsk avdeling II

Avdelingen tilhører et universitetssykehus med både landsdekkende spesialistfunksjoner og regional-, sentral- og lokalsykehusfunksjoner.

Fra sykehusets medisinske avdeling er 3 poster representert. Postene har noe ulik størrelse. Behandlingen ved de to postene er i all hovedsak elektiv.

Som tilfellet er ved flere universitetssykehus, er antallet hjelpepleiere ved disse postene svært lite.

Kirurgisk avdeling I

Også denne avdelingen tilhører et universitetssykehus med landsdekkende spesialistfunksjoner så vel som lokal-, sentral-, og regionalsykehusfunksjoner.

I studien deltar sykepleiere fra 2 poster, hvorav én er forbeholdt cancerpasienter. Behandlingen ved de to postene er i hovedsak elektiv.

I perioden hvor tids- og oppgaveregistreringen pågikk var de to postene slått sammen. Sammenslåingen medførte at den onkologiske posten var i drift kun på dagtid, og i all hovedsak benyttet til cytostatica-kurer, ulike undersøkelser og mottakelse av nye pasienter. Sykepleierne ved den onkologiske posten utførte i perioden sine kvelds- og nattevakter ved den andre posten.

Denne avdelingen vil, sammen med Medisinsk avdeling II, i denne rapporten bli omtalt som "høyspesialiserte avdelinger". Begge avdelingene tilhører store sykehus i norsk målestokk, mens Medisinsk avdeling I og Kirurgisk avdeling II tilhører noe mindre sykehus. Selv om behandlingen ved de høyspesialiserte sykehusene i hovedsak er elektiv, vil det også ved disse avdelingene være poster med stor pasientgjennomstrømning.

Kirurgisk avdeling II

Sykehuset har sentralsykehusfunksjoner i tillegg til lokalsykehusfunksjon for 5 kommuner med til sammen ca 135 000 innbyggere.

Fra sykehuset er sykepleiere fra 3 poster ved kirurgisk avdeling representert. Alle postene har lokalsykehusfunksjoner så vel som sentralsykehusfunksjoner. Andelen øyeblikkelig hjelp-innleggelse er på ca 60 prosent. Andelen pasienter med cancerdiagnoser er høy ved to av postene.

2.1.3 Erfaring og ansettelsestid ved avdelingene

Utvalget i undersøkelsen består av sykepleiere med ulik sykepleierfaring og ulik ansettelsestid i avdelingen. Da erfaringen blant sykepleierne varierer relativt mye mellom avdelingene, har vi valgt å tydeliggjøre disse forskjellene. Følgende tabell viser henholdsvis gjennomsnittlig ansettelsestid ved avdelingen og gjennomsnittlig antall års erfaring som sykepleier for sykepleierne som deltok i tids- og oppgaveregistreringen.

	Sykepleiererfaring (antall år)	Ansettelsestid (antall år)
Med.avd. I	3,1	2,5 ²
Med.avd. II	3,9	1,8
Kir.avd. I	7,5	5,4
Kir.avd. II	6,6	3,0

Tabell 1 Gjennomsnittlig erfaring og ansettelsestid i avdelingene

Det bør legges til at ved enkelte avdelinger er forskjellen mellom postene relativt stor mht. sykepleierens erfaring og ansettelsestid. Desidert størst variasjon finner vi ved Kirurgisk avdeling II, hvor gjennomsnittlig ansettelsestid ved de enkelte postene varierer fra 1,1 til 4,5 år, og gjennomsnittlig antall års erfaring som sykepleier varierer fra 1,6 til 10,1 år.

2.2 Tids- og oppgaverregistreringsstudie

Prosjektets første fase bestod av forberedelser og gjennomføring av tids- og oppgaverregistrering med det formål å beskrive hvilke typer oppgaver og funksjoner sykepleierne utfører, og hvordan deres arbeidstid fordeler seg på disse.

Den metodiske utfordringen i forberedelsene til denne delstudien lå særlig i utarbeidelsen av et registreringsskjema som sykepleierne skulle benytte ved egenregistrering av sin aktivitet gjennom arbeidsdagene.

2.2.1 Registreringsskjema

Det er tidligere gjennomført to lignende kartleggingsstudier av *legers* tidsbruk og arbeidsoppgaver (Røhme, Kjekshus og Bjørngaard 2000 og Kjekshus, Bjørngaard og Johnsen 1999). Disse studiene utgjorde et utgangspunkt i arbeidet, samtidig som det ble nødvendig å foreta relativt store endringer for å lage et registreringsskjema som var tilpasset de aktuelle sykepleierens oppgaver og funksjoner. I dette arbeidet deltok referansegruppen aktivt. I tillegg ble det nedsatt en arbeidsgruppe bestående av et referansegrupped medlem, en representant for oppdragsgiver og en av SINTEF Unimed's prosjektarbeidere. Underveis i utviklingen av skjemaet ble dette pilot-testet av to sykepleiere ved en av de utvalgte sykehusavdelingene. Sykepleierne ble da fotfulgt av en prosjektarbeider som fikk tilbakemeldinger fra sykepleierne vedrørende registreringsskjemaet og veiledningen som fulgte skjemaet. Samtidig fikk prosjektmedarbeiderne på denne måten et visst innblikk i praksisfeltet. Sykepleieren og prosjektarbeideren fylte gjennom dagen ut hvert sitt skjema som deretter ble sammenlignet og diskutert.

I det endelige registreringsskjemaet finner vi følgende 5 hovedkategorier med tilhørende rubrikker (underkategorier):

² Vi må ta et lite forbehold mht. gjennomsnittlig ansettelsestid ved denne avdelingen. Ved den ene av postene bygger utregningen på informasjon om sykepleiererfaring og *alder*. Det er mulighet for at gjennomsnittlig ansettelsestid derfor er noe lavere. Samtidig kan det legges til at forskjellen mellom de to postene her er relativt stor. Ved den ene posten er gjennomsnittlig ansettelsestid 3,3 år, mens ved den andre posten er denne anslått til å være 1,8 år (eventuelt litt i underkant av dette).

Pasientbehandling

- 1.1 Pleie og personlig hygiene
- 1.2 Sykepleietiltak
- 1.3 Ernæring
- 1.4 Medisinering og prøvetaking
- 1.5 Observasjon og overvåking
- 1.6 Opplæring/info/samtaler m/ pasient og/eller pårørende
- 1.7 Mottakelse av pasient
- 1.8 Følge pasient og/ eller pårørende
- 1.9 Sykepleiedokumentasjon
- 1.10 Rapport
- 1.11 Previsitt og visitt
- 1.12 Koordinering av tiltak internt
- 1.13 Koordinering av tiltak eksternt

Undervisning og veiledning for helsepersonell

- 2.1 Oppfølging av nyansatte
- 2.2 Veilede studenter og kolleger
- 2.3 Undervise studenter og kolleger
- 2.4 Rådgivning og opplæring overfor øvrig hjelpeapparat

Egen fagutvikling

- 3.1 Motta veiledning
- 3.2 Delta på kurs og videreutdanning
- 3.3 Eget forsknings- og fagutviklingsarbeid

Personal

- 4.1 Personalmøter og personalarbeid
- 4.2 Arbeidstidsplanlegging

Diverse

- 5.1 Renhold og vedlikehold av utstyr etc.
- 5.2 Hente og bringe utstyr etc.
- 5.3 Forefallende arbeid
- 5.4 Pauser og beredskap
- 5.5 Utfylling av dette tidsregistreringsskjemaet

Figur 1. Oppgaverubrikkene i tids- og oppgaveregistreringsskjema kategorisert i hovedrubrikker (som på skjema)

Det er viktig å merke seg at hovedkategorien "Pasientbehandling" inneholder både *direkte* og *indirekte* pasientbehandling. Det er her altså inkludert tid for forberedelser og etterarbeid knyttet til arbeidet som foregår i direkte kontakt med pasientene, samt pasientadministrasjon. Denne hovedkategorien må derfor ikke forveksles med tid brukt utelukkende sammen med pasientene. I analysen vil vi imidlertid slå sammen rubrikker til underkategorier innenfor hovedkategoriene.

Tidsregistreringsskjemaet er bygd opp som et ruteark i A3-format, med tidsskala langs den ene siden og rubrikkene samlet i hovedkategorier langs den andre (se vedlegg 1). Ferdig utfyllt gir skjemaet en grafisk framstilling av tid brukt på ulike arbeidsoppgaver, ved at det i ruter som tilsvarer fem minutter hadde blitt streket av for hvilken, eller hvilke to, oppgaver som ble viet hoveddelen av tiden i dette tidsintervallet. Det var altså mulig å registrere to oppgaver i samme tidsintervall. Dette ble gjort fordi sykepleiere understreket at det er et karakteristisk trekk ved deres arbeid at de ofte utfører flere oppgaver samtidig. Av metodiske hensyn valgte vi likevel å begrense antallet arbeidsoppgaver som kunne registreres i samme tidsintervall, til to.

Tidlig i registreringsperioden ble tilfeldig utvalgte sykepleiere ved tre av avdelingene fotfulgt av en prosjektmedarbeider gjennom hele eller deler av en arbeidsdag.

2.2.2 Gjennomføring av registreringen

Tids- og oppgaveregistreringen ble gjennomført i perioden 23.april til 6.mai 2001 etter omfattende informasjons- og motivasjonsarbeid utført av våre kontaktpersoner ved sykehusene, Norsk Sykepleierforbund og SINTEF Unimed. Dette arbeidet ble tillagt stor betydning da registreringsmetoden medførte aktiv deltakelse, og en ikke ubetydelig tilleggsoppgave, for sykepleierne. I tillegg var det av avgjørende betydning at sykepleierne hadde blitt godt kjent med skjemaet og dets oppgavekategorier før registreringen startet.

Hver enkelt respondent fikk utdelt sju skjemaer for å kunne registrere de sju første vaktene i løpet av den avsatte to-ukers perioden. I tillegg fikk de vedlagt en veiledning som forklarte skjemaet og de ulike rubrikkene nærmere (vedlegg 2). Tidlig i registreringsperioden var prosjektmedarbeidere til stede ved avdelingene for å besvare eventuelle spørsmål og for å fotfølge en sykepleier gjennom en vakt. Vi registrerte da sykepleierens gjøremål på samme type registreringsskjema som sykepleierne, og sammenlignet i ettertid skjemaene. Dette ble gjort for å kvalitetssikre metoden samtidig som observasjon ga data som supplerer datamaterialet i tidsregistreringen. Vi får med disse dataene økt kunnskap om arbeidsprosessens forløp, noe som bidrar til grunnlaget for å tolke data.

2.2.3 Oppslutning

Alle sykepleierne i klinisk praksis ved de utvalgte postene ble oppfordret til å delta. Avdelingssykepleierne deltok ikke i den faktiske registreringen, men var viktige deltakere i kraft av å motivere, informere og praktisk tilrettelegge. Opprinnelig var målsettingen at utvalget skulle bestå av 40 sykepleiere fra hver av de fire avdelingene. Når vi samtidig stilte krav om at respondentene som skulle delta måtte arbeide sju vakter i løpet av en to-ukers periode, ble dette imidlertid vanskelig uten å måtte spre utvalget over flere poster eller avdelinger. Den opprinnelige deltakerlista inneholdt derfor 129 sykepleiere. Innen registreringen startet var det én sykepleier som valgte å trekke seg med den begrunnelse at man ikke fikk anledning til å registrere mer enn to oppgaver samtidig. Ytterligere to falt fra som følge av sykdom. Listen talte dermed 126 personer når registreringen startet. Av disse returnerte 117 sykepleiere utfylte skjemaer. Dette gir samlet en svarandel på 93 prosent, noe som må sies å være svært tilfredsstillende i en undersøkelse som krever mye av deltakerne. Av tabell 2 framgår det hvordan disse fordeler seg på de fire avdelingene i studien.

Avdeling	Antall
Medisinsk avdeling I	30
Medisinsk avdeling II	36
Kirurgisk avdeling I	21
Kirurgisk avdeling II	30
Totalt	117

Tabell 2. Deltakende sykepleiere fordelt på avdelingene

Ikke alle sykepleierne hadde ført skjemaer for sju vakter i registreringsperioden, men skjemaene ble likevel inkludert i data etter at det ble kontrollert for mulige systematiske skjevheter som følge

av mindre antall vakter. Totalt ble det registrert 763 vakter, bestående av både dag-, kvelds- og nattevakter. Dette gir et gjennomsnitt på 6,5 vakter pr. sykepleier.

De registrerte vaktene fordeler seg på avdelingene, og på type vakter, som vist i tabell 3.

Type vakt	Med.avd. I	Med.avd. II	Kir.avd. I	Kir.avd. II	Sum
Dagvakt	56 (113)	54 (124)	68 (93)	49 (97)	56 (427)
Kveldsvakt	30 (60)	36 (83)	29 (39)	37 (72)	33 (254)
Nattevakt	14 (29)	9 (21)	3 (4)	14 (28)	11 (82)
Sum	100 (202)	100 (228)	101 (137)	100 (201)	100 (763)

Tabell 3: Registrerte vakter fordelt på avdelinger og type vakter. Prosent (Antall i parentes)

Når man sammenligner de to medisinske avdelingene med de to kirurgiske, finner man at fordelingen mellom henholdsvis dag-, kvelds- og nattevakter er relativt lik.

Type avdeling	Andel dagvakter	Andel kveldsvakter	Andel nattevakter
Medisinske avd.	55 %	33 %	12 %
Kirurgiske avd.	56 %	33 %	10 %

Tabell 5: Fordeling av type vakter på medisinske og kirurgiske avdelinger

2.2.4 Registrert tid

Som nevnt ovenfor, gir et ferdig utfylt skjema en grafisk framstilling av tid brukt på ulike arbeidsoppgaver gjennom en vakt. Dette betyr også at man ser av skjemaet hvilke to oppgaver som er registrert parallelt, dvs. i samme 5-minuttsintervall. Ved dataregistrering av de innkomne skjemaene ble det etter nøye overveielser besluttet å registrere på en slik måte at registrert tid ikke lenger direkte knyttes til et bestemt tidsintervall. Vi har altså i analysene ikke tatt i betraktning *når* i løpet av vekten de ulike oppgavene er registrert. Det er særlig tre argumenter som har veiet tungt i denne avgjørelsen. Det ene argumentet er av datateknisk art, av hensyn til å ha en håndterlig database å foreta analysene på grunnlag av. For det andre viste vår fotfølging av sykepleierne at den samlede tiden de selv registrerte på de ulike rubrikkene samsvarte relativt godt med vår registrering av deres aktiviteter gjennom vekten, men at deres og vår registrering ofte avvek fra hverandre mht tidsfastsettelsen, altså nøyaktig *når* de ulike oppgavene ble utført. Vi tolker dette dithen at sykepleierne, som oftest måtte registrere aktiviteten i ettertid, hadde en god følelse med hva de hadde brukt tiden i et tidsrom til, men at det ble vanskelig å knytte dette til eksakt tidspunkt. En av mulighetene som bortfaller med vår måte å dataregistrere datamaterialet på, er analyser av hvilke oppgaver som har blitt registrert parallelt. Med erfaringen fra fotfølgingen hadde det likevel vært vanskelig å ha særlig tiltro til denne type analyse av datamaterialet. For det tredje skulle det vise seg at sykepleierne i relativt liten grad førte to rubrikker parallelt. (Se under.) I mange av tilfellene der dette har blitt gjort, reiser det også en del tolkningsspørsmål og gir mindre informasjon av substansiell art. (For eksempel er rubrikken "Utfylling av dette registreringsskjemaet" ofte brukt i samme tidsperiode som andre rubrikker.)

Sykepleierne kunne altså registrere inntil 2 aktiviteter i samme 5-minuttsintervall. Vår dataregistrering av skjemaene gir mulighet til å sammenligne summert registrert tid for hver vakt,

med vaktens lengde. Vaktens lengde ble fastsatt som tiden mellom første og siste registrerte tidspunkt på registreringsskjemaet. Registrert tid ut over vaktens lengde blir da et mål på den tiden hvor det har blitt registrert to oppgaver i samme tidsintervall.

Gjennomsnittlig lengde for alle registrerte vakter var nøyaktig 8 timer. Vaktlengden varierte fra 3 timer til 11 timer og 25 minutter. Halvparten av vaktene var mellom 7 timer og 35 minutter, og 8 timer og 25 minutter lange. Gjennomsnittlig registrert tid sammenlagt for alle rubrikkene i hvert skjema var knappe 9 timer. Dette betyr at for hver vakt ble det gjennomsnittlig i nesten 1 time registrert to gjøremål samtidig.

I presentasjonen av resultatene fra tids- og oppgaveregistreringen (kapittel 4) vil vi presentere tall som viser gjennomsnittlig hvor stor andel av vaktens lengde som er registrert på den enkelte rubrikk i skjemaet, dersom vi ikke gjør oppmerksom på annet. Når vi f.eks. viser til at "Sykepleietiltak" ble registrert i 7 prosent av tiden, vil dette bety at det i en mindre del av denne tiden også kan være registrert en annen aktivitet samtidig.

Selv om mange har benyttet muligheten til å registrere 2 oppgaver i samme tidsintervall, så er dette gjennomført for kun en relativt liten del av arbeidstiden.³ Vi vil komme tilbake til at dette ikke nødvendigvis er ensbetydende med at sykepleierne ikke utfører flere oppgaver innenfor hver 5-minutts-periode.

2.2.5 Fotfølging

Som nevnt ble et utvalg sykepleiere fotfulgt av prosjekt medarbeidere både under selve registreringsperioden og ved en utprøving av registreringsskjema under utarbeidelsen av dette. I tillegg til at fotfølging i registreringsperioden har en kvalitetssikrende funksjon, gir den også supplerende observasjonsdata i tillegg til det tallmaterialet som selve registreringen gir. (Se kapittel 3.5) I tillegg ga det prosjektmedarbeiderne et verdifullt grunnlag for intervjuundersøkelsen. Vi vil her kommentere observasjoner som særlig er av metodisk betydning.

Under fotfølgingen framkom det i svært liten grad spørsmål fra sykepleierne med hensyn til selve registreringsskjemaet. På spørsmål fra oss etter gjennomført vakt bekreftet også sykepleierne i stor grad at rubrikkene i skjemaet var lett forståelige. Vi fikk et klart inntrykk av at de fleste sykepleierne hadde satt seg godt inn i veiledningen til registreringsskjemaet. Videre fikk vi et bilde av at sykepleierne var svært pliktoppfyllende i utfyllingen av skjemaene, og brukte om nødvendig ekstra tid etter vekten for å føre på de siste timers arbeid. Det vil imidlertid variere hvor hyppig sykepleierne fant anledning til å registrere sine gjøremål, og ved spesielt travle vakter vil sykepleierne ha samlet opp flere timer som de så registrerte retrospektivt. Samtidig fant vi ved sammenligning av sykepleiers og fotfølgers registreringsskjema at den samlede tiden registrert på den enkelte rubrikk samsvarte relativt godt. Fotfølger hadde i større grad enn sykepleier ført opp 2 gjøremål for samme tidsintervall. Tilbakemeldinger fra sykepleiere bekrefter en hypotesen om at det for sykepleierne ble for tidkrevende å analysere sin egen arbeidstid så nøyaktig at de følte seg trygge på at det ble riktig når de skulle registrere 2 gjøremål i samme tidsintervall.

³ I 70 prosent av alle vaktene overgikk den samlede registrerte tiden vaktens lengde. Denne andelen varierte noe mellom avdelingene, fra 63 prosent til 77 prosent. På den annen side var den samlede registrerte tiden mindre enn vaktens lengde i 23 prosent av vaktene. Dvs. at det da ikke hadde blitt registrert tidsbruk for hele vaktens lengde. Blant de 70 prosent av vaktene hvor den samlede registrerte tiden overgikk vaktens lengde, dreier dette seg i 50 prosent av tilfellene om inntil 1 time og 10 minutter.

Gjennom fotfølgingen fikk prosjektmedarbeiderne styrket hypotesen om at de klareste tidsavgrensede gjøremål trolig vil være best rapportert. I tråd med denne logikken vil andre gjøremål kunne være noe underrapporterte, som følge av at disse i stor grad er innevevet i andre gjøremål. I tillegg må vi huske at når gjøremål er innevevet i hverandre, betyr det hyppig veksling mellom disse. Gjøremål som ofte utføres i kortere tid enn 5 minutter om gangen vil bli underrepresentert i registrering som har hele 5-minutter som registreringsintervall. Fotfølgingen bidro til at prosjektmedarbeiderne i større grad rettet oppmerksomheten mot nettopp denne *oppstykketheten* i sykepleiernes arbeidsdag. Da dette synes å ha betydning for hvordan denne datainnsamlingsmetoden eventuelt kan viderutvikles, vil vi utdype dette nærmere i metodediskusjonen i slutten av dette kapittelet.

2.3 Spørreskjemaundersøkelse

I tilknytning til tids- og oppgaveregistreringen ble de deltakende sykepleierne bedt om å besvare et kort spørreskjema ved endt registreringsperiode (se vedlegg 3). Tematikken i spørsmålene er prioritering av oppgaver, fordeling av arbeidsoppgaver mellom ulike yrkesgrupper ved sykehuset, utnyttelse av egen kompetanse og opplevelse av eventuelle behov for kompetansestyrking. Vi var her ute etter sykepleiernes erfaringer omkring dette fra den perioden tids- og oppgaveregistreringen hadde pågått. Spørreskjemaet inneholdt en kombinasjon av lukkede hovedspørsmål og åpne spørsmål, og ble besvart av 104 sykepleiere.

2.4 Intervjuundersøkelse

I undersøkelsen ble det også gjennomført semi-strukturerte dybdeintervjuer med et mindre utvalg sykepleiere. På den ene siden er de intervjuene ment å skulle bidra til å styrke vårt grunnlag for tolkning av data fra tids- og oppgaveregistreringen. Minst like viktig er det at intervjudata belyser prosjektets problemstillinger på en supplerende måte. Ved å sammenholde data fra studiens tre datainnsamlingsmåter mener vi å få et bedre grunnlag for en diskusjon om studiens problemstillinger. Det dreier seg her altså om metodetriangulering.

2.4.1 Utvalg i intervjuundersøkelsen

Fra hver av de 4 sykehusavdelingene ble det intervjuet 4 sykepleiere som alle hadde deltatt i tids- og oppgaveregistreringen. Av disse 4 var det ønskelig at 2 var relativt nyutdannede, mens de 2 andre hadde relativt lang erfaring som sykepleiere og var godt kjent med posten. Det må understrekes at erfaring i denne sammenhenger er et svært relativt begrep. Ved én post kan f.eks. den mest erfarne sykepleieren ha 2 års erfaring fra den aktuelle posten, mens ved en annen post kan den minst erfarne ha vært ved posten like lange. Ut over dette utvalgsriteriet ble informantene trukket ut tilfeldig blant de som var på jobb de aktuelle intervjudagene, og som samtidig sa seg villige til å bli intervjuet.

I tillegg ble det gjennomført intervjuer med én avdelingssykepleier ved hver avdeling. Gjennom disse intervjuene ønsket vi å hente synspunkter og erfaringer fra personer med personalansvar, i tillegg til at de selv er sykepleiere med egne erfaringer fra klinisk sykepleie.

Det totale antall intervjuer er 20. Alle de intervjuede er kvinner.

2.4.2 Gjennomføring og analyser

Med utgangspunkt i prosjektets problemstillinger (jf kap.1.2) ble intervjuguider (vedlegg 4 og 5) utviklet med innspill fra referansegruppen. På dette tidspunktet forelå også de første resultatene

fra tids- og oppgaveregistreringen og spørreskjemaundersøkelsen. Disse dannet også grunnlag for spørsmål i intervjuene. Intervjuene hadde en eksplorerende karakter hvor vi også benyttet varierende oppfølgende og utdypende spørsmål som ikke framkommer av intervjuguiden. Gjennom serien av intervjuer påvirket også de gjennomførte intervjuene innholdet i de påfølgende. Dette er et innebygd trekk ved denne type eksplorerende, kvalitative studier, hvor datainnsamling og analyse overlapper hverandre i tid, og veves inn i hverandre i arbeidsprosessen (Grønmo 1985).

Intervjuene ble hovedsakelig gjennomført i perioden fra 13.06 til 03.07 (2001). Hvert intervju varte i 1- 1 ½ time. Det ble gjort lydopptak under intervjuene.

Intervjuene ga et stort og omfangsrikt datamateriale. I analysen av data har vi derfor vært opptatt av å samle sykepleiernes utsagn rundt sentrale tema i problemstillingene. Deretter så vi etter likheter og variasjoner i sykepleiernes opplevelser, både i forhold til hvor erfarne de er, og i forhold til kjennetegn ved den aktuelle avdeling eller post for kontekstualisere deres opplevelser i så stor grad som mulig. Vi har i fremstillingen forsøkt å finne sitater som både synes sentrale og representative for hovedtendensene i materialet. Kvalitative analyser er imidlertid særlig åpen for fortolkning, og vil preges av den forutforståelse man nærmer seg sykepleiernes fortellinger med. Vi har derfor i fremstillingen forsøkt å redegjøre for hovedtendensene på en eksplisitt måte slik at leseren kan ha mulighet for å trekke andre konklusjoner enn det vi selv gjør.

Videre vil vi gjøre oppmerksom på at det å stykke opp sykepleiernes fortellinger i form av sitater kan føre til at deres mer komplekse betraktninger ikke kommer tydelig nok frem. Videre gjenspeiler sitatene et muntlig språk, og en første refleksjon over uventede spørsmål. Sykepleierne vil dermed trolig brukt andre formuleringer i en mer offentlig sammenheng enn de gjør i disse sitatene.

2.5 Metodediskusjon

Selv om tidsregistreringsstudier tidligere har blitt benyttet også for å kartlegge sykepleiernes arbeidsdag, er det fremdeles en utfordring å finne metodiske design som gir gode kvantifiserbare data basert på store utvalg. Særlige utfordringer er knyttet til at virksomhet er av svært sammensatt karakter, at ulike oppgaver og funksjoner i stor grad er vevet inn i hverandre og at det anvendes en stor grad av "taus kunnskap" i utøvelsen av sykepleie. I denne metodediskusjonen vil vi derfor trekke fram styrker og svakheter som har framkommet ved metoden som er benyttet i dette prosjektets tids- og oppgaveregistrering, og erfaringer som vil kunne være av betydning ved eventuelle senere studier med lignende design.

Et vanlig ankepunkt mot bruk av tidsregistreringsskjema er at metoden i begrenset grad evner å fange opp kompleksiteten i en arbeidsdag (Evt. Harvey, Andrew m.fl. 1984). Delvis er dette knyttet til den utfordringen som ligger i at arbeid ofte innebærer parallele aktiviteter, eller det forhold at det innenfor en gitt tidsperiode vi vil kunne bli utført flere gjøremål. Vi opplevde også tidlig i prosjekt perioden at sykepleierne var opptatt av muligheten til å kunne registrere flere gjøremål i samme tidsintervall. Det skulle imidlertid vise seg at dette ble gjort kun i beskjeden grad. Én erfaring synes å være at dersom man skal samle data for analyser av parallele gjøremål, f.eks. hvilke gjøremål som utføres "samtidig", så må trolig tidsintervallene være lenger enn 5 minutter⁴. Det høye detaljeringsnivået som 5-minuttsintervaller innebærer, synes å medføre at parallellføring av gjøremål i praksis blir vanskelig.

⁴ Det kan legges til at vi også testet ut et registreringsskjema med tidsintervaller på 10 minutter, men at sykepleierne fant dette vanskeligere å bruke.

En annen ting man bør være oppmerksom på i utarbeidelsen av registreringsskjemaet, er distinksjonen mellom *funksjon* og (arbeids)*oppgave* eller *enkeltoppgaver*. I tidsregistreringer, og særlig de med høyt detaljeringsnivå, er funksjoner i større eller mindre grad spaltet ned til konkrete gjøremål eller enkeltoppgaver. Samtidig må det lages registreringsrubrikker som utgjør grupper av enkeltoppgaver. I utarbeidelsen av tidsregistreringsskjemaet valgte vi å betone funksjoner i relativt stor grad. For å ta et eksempel valgte vi f.eks. å ha en rubrikk for "Medisinering og prøvetaking" som skulle inkludere det å sette fram, dobbeltsjekke og å gi pasienten medisiner, i tillegg til prøvetaking. Ved å samle funksjonene "medisinering og prøvetaking" til en rubrikk, gir man samtidig avkall på andre analysedimensjoner på tvers av disse funksjonene. Et eksempel er at man da gir avkall på å få fram mål på tid brukt i direkte kontakt med pasientene.

At det både i egenregistrerings- og fotfølgingsstudier av tidsbruk ligger en metodisk utfordring knyttet til å gjennomføre tidsregistrering med vekt på sammenligninger av tid brukt på ulike funksjoner, henger også sammen med at det i slike registreringer ligger en innebygget tendens til å registrere (ytre) handling i langt større grad enn tankemessig aktivitet. I fotfølgingsstudier er problemet knyttet til at man ikke vet hva andre tenker (uten at de hele tiden sier det høyt). I egenregistreringer er problemet mer knyttet til kapasitet til å være bevisst egne tanker, og til å analysere disse i henhold til kategoriene i et registreringsskjema. Utfordringen blir ytterligere forsterket hvis det dreier seg om virksomhet med stort innslag av taus kunnskap.

Med så høyt detaljeringsnivå som i denne tids- og oppgaveregistreringen, ble vi gjennom fotfølgingen imidlertid mer og mer oppmerksomme på hvor stor grad sykepleiernes handlingsaktive arbeid var preget av *oppstykkethet* og stadige omstillinger med hensyn til hva oppmerksomheten var rettet mot. Metodetrianguleringen i undersøkelsen gjorde det mulig å få utdypet dette gjennom den etterfølgende delundersøkelsen, altså intervjuundersøkelsen. Et ytterligere supplement ved en senere undersøkelse vil kunne være å foreta frekvenstillinger av de mest vanlige former for avbrudd i sykepleiernes arbeid, for å få et kvantifisert uttrykk for oppstykketheten. Eksempler på avbrudd vil være å ta telefoner eller å svare på spørsmål fra nyansatte.

Når vi nå har framhevet særlig utfordringer knyttet til tids- og oppgaveregistrering, og egenregistrering, bør det på den andre siden understrekes at disse metodene i kombinasjon gir tilgang til et stort datamateriale om sykepleiernes tidsbruk ved medisinske og kirurgiske sengeposter i sykehus. I tillegg ligger det en stor styrke i at det i prosjektet er tatt i bruk flere metoder.

DEL II RESULTATPRESENTASJON

3. Resultater fra tids- og oppgaveregistreringen

For å få et bilde av sykepleiernes arbeid og bruk av sykepleieres kompetanse i sykehus, ble det gjennomført en tids- og oppgaveregistreringen av sykepleieres arbeidsoppgaver gjennom 763 vakter.

Vi vil i dette kapittelet først framlegge det grunnleggende tallmaterialet om sykepleieres arbeidsoppgaver. Deretter vil vi kommentere og samtidig supplere med resultater fra mer detaljerte analyser.

3.1 Grunnlagsmaterialet

I tabell 6 ser vi det grunnleggende tallmaterialet om sykepleieres bruk av tid på de ulike arbeidsoppgavene. Første tallkolonne viser den gjennomsnittlige andel tid av en arbeidsvakt registrert på den enkelte rubrikk, samt for hver hovedkategori i registreringsskjemaet. Andre tallkolonne viser denne andelen omregnet i timer og minutter. Deretter viser tabellen gjennomsnittlig andel av tid registrert på rubrikkene og hovedkategoriene for henholdsvis dag-, kvelds- og nattevakter.

	Prosent av vakt	Antall timer og minutter pr. vakt	Prosent av vakt for ulike type vakter		
			Dag	Kveld	Natt
Pasientbehandling					
1.1 Pleie og personlig hygiene	8	36 min	8	8	6
1.2 Sykepleietiltak	13	63 min	12	15	12
1.3 Ernæring	5	25 min	5	8	1
1.4 Medisinering og prøvetaking	13	61 min	11	15	15
1.5 Observasjon og overvåking	8	37 min	6	8	15
1.6 Opplæring/info/samtaler m/ pasient og/eller pårørende	6	26 min	5	7	2
1.7 Mottakelse av pasient	2	11 min	3	2	2
1.8 Følge pasient og/ eller pårørende	1	7 min	1	2	1
1.9 Sykepleiedokumentasjon	6	31 min	6	7	6
1.10 Rapport	11	54 min	11	12	10
1.11 Previsitt og visitt	5	22 min	7	1	1
1.12 Koordinering av tiltak internt	3	15 min	5	2	1
1.13 Koordinering av tiltak eksternt	< 1	4 min	2	< 1	< 1
Totalt for hovedkategorien	82	6t 34min	82	88	69
Undervisning og veiledning for helsepersonell					
2.1 Oppfølging av nyansatte	< 1	3 min	< 1	< 1	1
2.2 Veilede studenter og kolleger	4	19 min	4	4	1
2.3 Undervise studenter og kolleger	< 1	1 min	< 1	< 1	< 1
2.4 Rådgivning og opplæring overfor øvrig hjelpeapparat	< 1	< 1 min	< 1	< 1	0
Totalt for hovedkategorien	5	24 min	6	5	2
Egen fagutvikling					
3.1 Motta veiledning	< 1	2 min	< 1	1	< 1
3.2 Delta på kurs og videreutdanning	3	14 min	4	1	0
3.3 Eget forsknings- og fagutviklingsarbeid	2	10 min	3	1	< 1
Totalt for hovedkategorien	6	27 min	8	2	< 1
Personal					
4.1 Personalmøter og personalarbeid	1	6 min	2	1	0
4.2 Arbeidstidsplanlegging	1	6 min	2	1	< 1
Totalt for hovedkategorien	3	12 min	3	2	< 1
Diverse					
5.1 Renhold og vedlikehold av utstyr etc.	2	8 min	2	1	4
5.2 Hente og bringe utstyr etc.	1	7 min	1	2	1
5.3 Forefallende arbeid	4	20 min	3	4	8
5.4 Pauser og beredskap	7	34 min	6	6	14
5.5 Utfylling av dette tidsregistreringskjemaet	3	12 min	2	3	3
Totalt for hovedkategorien	17	1t 21min	15	16	30

Tabell 6. Gjennomsnittlig andel av vakttid registrert på rubrikkene og hovedkategoriene, gjennomsnittlig tid registrert på rubrikkene og hovedkategoriene per vakt, samt gjennomsnittlig andel for de ulike typer vakter.⁵

Av tabellen ser vi at sykepleierne har oppgitt at de i 82 prosent av arbeidstiden er beskjeftiget med de gjøremål som omfattes av hovedrubrikken "Pasientbehandling". Vi ser også at dette i tid utgjør ca 6 ½ timer av en gjennomsnittsvakt på 8 timer. Videre viser tabellen at andelen tid som går med til disse gjøremålene er størst på kveldsvakter, og minst på nattevakter.

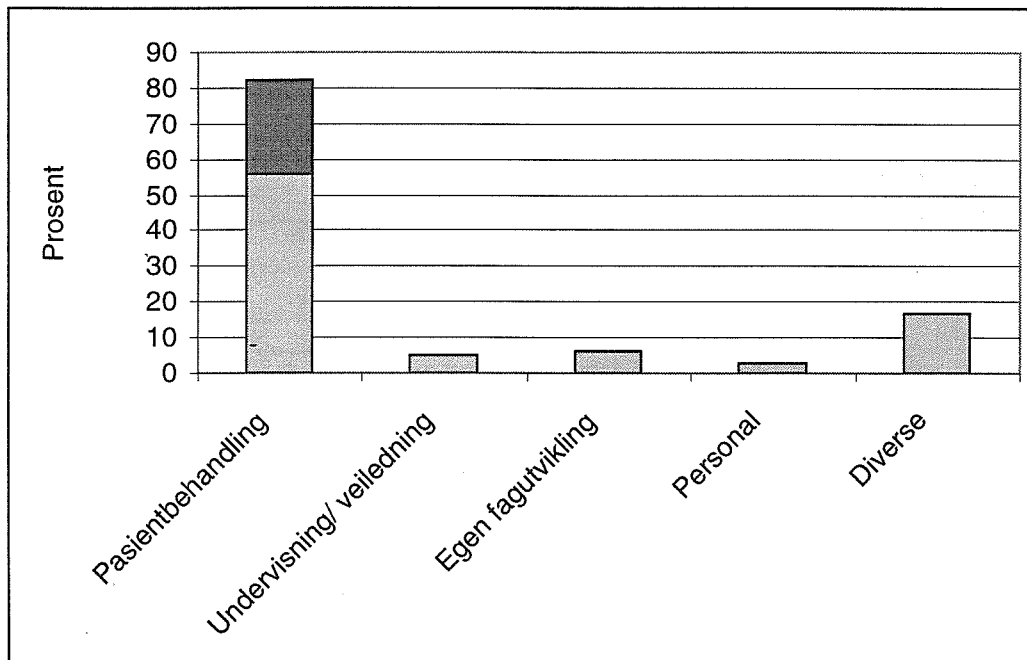
⁵ At samlet andel tid summeres opp til over 100 prosent skyldes at det for en mindre periode av tiden er registrert to gjøremål samtidig. Se kapittel 2. 4.

Dette framkommer ikke av tabellen, men vi kan legge til at for halvparten av alle de registrerte vaktene var tiden rapportert til "Pasientbehandling" på mellom 5 timer og 20 minutter, og 7 timer.⁶

Hovedkategorien "Pasientbehandling" omfatter altså gjøremål som tar en stor del av sykepleiernes arbeidstid. Denne hovedkategorien omfatter både direkte pasientkontakt, forberedelser og etterarbeid til tiltak i møte med pasientene, og pasientadministrasjon. Det er derfor interessant å se nærmere på ulike grupperinger av rubrikker innenfor denne hovedkategorien. For å få et bedre bilde av hvor mye av tiden sykepleierne tilbringer i møte med pasientene, og på direkte forberedelser og etterarbeid til dette, kan vi se på den samlede andel tid som er registrert på rubrikkene f.o.m. 1.1 t.o.m. 1.8. Dette kan vi kalle "Direkte pasientrettet arbeid". Ut fra tallene i tabell 6 summeres dette til 56 prosent. Det bør da tas med i betraktningen at særlig "Medisinering og prøvetaking", hvor det er anført relativt mye tid (13 prosent), også vil inkludere en del tid som ikke er i direkte møte med pasientene.

De resterende rubrikkene i hovedkategorien (rubrikk 1.9 til 1.13) har vi valgt å gi samlebenevnelsen "Pasientadministrasjon". Dette omfatter rapportering og koordinering av pasientrettet virksomhet, i tillegg til dokumentasjon som også har funksjoner ut over dette⁷. Den sammenlagte andel arbeidstid som dekkes av disse fem rubrikkene er 26 prosent.

I følgende figur gis en visuell framstilling av andel arbeidstid som er registrert på de fem hovedkategoriene, hvor kategorien "Pasientbehandling" også er delt inn i "Direkte pasientrettet virksomhet" og "Pasientadministrasjon" (mørkest grå).



Figur 2 Andel av arbeidstid som brukes på de ulike typer virksomhet

⁶ Standardavviket, som er et mål på spredning, er her på 2 timer og 22 minutter.

⁷ Vi har valgt å inkludere "Visitt og previsit" (rubrikk 1.11) da dette for sykepleierne i hovedsak synes å ha en planleggings- og koordineringsfunksjon, og i mindre grad kan karakteriseres som utøvende klinisk sykepleie selv om noe av denne tiden foregår i møte med pasientene.

I neste tabell framkommer variasjoner mellom de kirurgiske og de medisinske avdelingene, og mellom hver av de fire avdelingene.

	Prosent av vakt ved type avd.		Prosent av vakt pr avdeling			
	Medisinsk	Kirurgisk	Med.avd.I	Med.avd.II	Kir.avd.I	Kir.avd.II
Pasientbehandling						
1.1 Pleie og personlig hygiene	8	7	12	4	6	7
1.2 Sykepleietiltak	13	14	11	14	10	16
1.3 Ernæring	7	4	8	6	3	4
1.4 Medisinering og prøvetaking	14	12	12	15	10	13
1.5 Observasjon og overvåking	9	6	7	9	7	6
1.6 Opplæring/info/samtaler med pas. og/eller pårørende	6	6	4	7	7	5
1.7 Mottakelse av pasient	2	3	1	2	5	2
1.8 Følge pasient og/ eller pårørende	1	2	<1	1	2	2
1.9 Sykepleiedokumentasjon	6	7	6	6	6	7
1.10 Rapport	11	11	11	11	10	12
1.11 Previsitt og visitt	4	5	6	3	4	5
1.12 Koordinering av tiltak internt	2	5	2	2	7	3
1.13 Koordinering av tiltak eksternt	1	1	1	<1	<1	1
Totalt for hovedkategorien	83	81	82	83	79	83
Utdanning og veil. for helsepersonell						
2.1 Oppfølging av nyansatte	1	<1	<1	2	<1	<1
2.2 Veilede studenter og kolleger	<1	8	1	<1	4	11
2.3 Undervise studenter og kolleger	<1	<1	<1	<1	<1	<1
2.4 Rådgivning og opplæring overfor øvrig hjelpeapparat	<1	<1	<1	<1	<1	<1
Totalt for hovedkategorien	3	8	2	3	4	11
Egen fagutvikling						
3.1 Motta veiledning	<1	<1	<1	1	<1	<1
3.2 Delta på kurs og videreutdanning	3	3	5	2	6	<1
3.3 Eget forsknings- og fagutviklingsarbeid	1	3	<1	2	7	<1
Totalt for hovedkategorien	5	7	6	5	13	2
Personal						
4.1 Personalmøter og personalarbeid	1	2	1	<1	3	<1
4.2 Arbeidstidsplanlegging	2	<1	1	2	1	<1
Totalt for hovedkategorien	3	2	2	3	4	1
Diverse						
5.1 Renhold og vedlikehold av utstyr etc.	2	<1	2	3	<1	<1
5.2 Hente og bringe utstyr etc.	1	1	1	2	2	1
5.3 Forefallende arbeid	5	3	4	6	3	3
5.4 Pauser og beredskap	7	7	6	9	5	8
5.5 Utfylling av dette tidsregistreringsskjermat	3	3	3	3	3	2
Totalt for hovedkategorien	18	15	16	21	14	15

Tabell 7. Gjennomsnittlig andel av vakttiden registrert på rubrikkene og hovedkategoriene fordelt på medisinske og kirurgiske avdelinger, samt hver enkelt avdeling. Prosent.

Det ble naturlig nok ikke brukt tid på alle gjøremålene i registreringskjemaet ved alle vakter. For å gi et inntrykk av hvordan den gjennomsnittlige tiden registrert for hver rubrikk fordeler seg utover vaktene, gis det i tabell 8 gir en framstilling av hvor stor andel av alle vaktene det ble registrert tid på den enkelte rubrikk. Det vil si andel av det samlede antall vakter hvor den enkelte rubrikken har vært i bruk. (Se eksempel under.) I samme tabell framstilles den tilsvarende andelen for henholdsvis dag-, kveld- og nattevakter. Vi minner om at det i datamaterialet er ulikt antall dag-, kveld- og nattevakter, og at antall registrerte nattevakter er kun 82.

	Alle vakter	Dag	Kveld	Natt
Pasientbehandling				
1.1 Pleie og personlig hygiene	65	62	70	68
1.2 Sykepleietiltak	86	83	90	90
1.3 Ernæring	67	66	82	27
1.4 Medisinering og prøvetaking	88	83	92	99
1.5 Observasjon og overvåking	60	52	64	93
1.6 Opplæring/info/samtaler m/ pasient og/eller pårørende	61	62	69	28
1.7 Mottakelse av pasient	30	28	33	30
1.8 Følge pasient og/ eller pårørende	28	29	32	11
1.9 Sykepleiedokumentasjon	80	77	84	84
1.10 Rapport	96	94	98	100
1.11 Previsitt og visitt	49	69	27	18
1.12 Koordinering av tiltak internt	41	50	31	23
1.13 Koordinering av tiltak eksternt	18	27	9	1
Totalt for hovedkategorien	98	96	99	99
Undervisning og veiledning for helsepersonell				
2.1 Oppfølging av nyansatte	4	4	3	2
2.2 Veilede studenter og kolleger	15	18	12	7
2.3 Undervise studenter og kolleger	4	5	2	1
2.4 Rådgivning og opplæring overfor øvrig hjelpeapparat	1	1	2	0
Totalt for hovedkategorien	21	24	19	10
Egen fagutvikling				
3.1 Motta veiledning	7	8	7	2
3.2 Delta på kurs og videreutdanning	7	11	3	0
3.3 Eget forsknings- og fagutviklingsarbeid	8	11	5	2
Totalt for hovedkategorien	21	28	16	5
Personal				
4.1 Personalmøter og personalarbeid	13	19	8	0
4.2 Arbeidstidsplanlegging	20	22	20	10
Totalt for hovedkategorien	30	37	26	90
Diverse				
5.1 Renhold og vedlikehold av utstyr etc.	25	23	20	50
5.2 Hente og bringe utstyr etc.	29	29	27	33
5.3 Forefallende arbeid	47	44	48	66
5.4 Pauser og beredskap	83	84	83	82
5.5 Utfylling av dette tidsregistreringskjemaet	60	56	65	69
Totalt for hovedkategorien	95	94	96	99

Tabell 8. Andel av vaktene hvor det har blitt registrert tid på den enkelte rubrikk. For vaktene samlet sett, og for de ulike typer vakter. Prosent.

Som et eksempel på bruk av tabellen kan vi gå til rubrikk 1.9, "Sykepleiedokumentasjon". Av første tallkolonne ser vi at i 80 prosent av vaktene har det blitt registrert tid til sykepleiedokumentasjon. Fra neste tallkolonne leser vi at ved 77 prosent av dagvaktene har det vært registrert noe tid på denne aktiviteten. Tabellen kan også leses med motsatt fortegn; At det har blitt registrert tid til sykepleiedokumentasjon i 77 prosent av dagvaktene, betyr at det *ikke* har blitt registrert noe tid på sykepleiedokumentasjon ved 23 prosent av dagvaktene.

Med bakgrunn i de tabellene som har blitt presentert skal vi nå se nærmere på hver enkelt hovedkategori og på utvalgte rubrikker i registreringsskjemaet. Vi vil da supplere med resultater fra mer detaljerte dataanalyser. Samtidig vil vi kommentere noen av funnene, selv om hoveddiskusjonen av funnene er å finne i kapittel 6.

3.2 I nærmere detaljer

3.2.1 Pasientbehandling

I tråd med den inndelingen vi tidligere har gjort av denne hovedkategorien, har vi også i framstillingen i dette underkapittelet valgt å skille mellom "Direkte pasientrettet arbeid" og "Pasientadministrasjon".

Direkte pasientrettet virksomhet

I gjennomsnitt for alle avdelingene oppgis tid som brukes til "Direkte pasientrettet virksomhet" (rubrikkene 1.1 til 1.8) å omfatte 56 prosent av arbeidstiden (jf tabell 6). Dette tilsvarer 4 ½ timer av en 8 timers vakt. Sammenligner vi de medisinske med de kirurgiske avdelingene, finner vi at andel tid brukt til "Direkte pasientrettet virksomhet" er noe større ved de medisinske avdelingene (henholdsvis 60 mot 54 prosent).⁸

Tid som er registrert til "Pleie og personlig hygiene" utgjør gjennomsnittlig 7,5 prosent av arbeidstiden. I tid utgjør dette drøyt 36 minutter per vakt. Går vi til tabell 8 ser vi at det ved over 1/3 av vaktene ikke er registrert noe tid på denne rubrikken, og videre at rubrikken har blitt benyttet ved relativt sett færre dagvakter enn kvelds- og nattevakter. Bak disse tallene skjuler det seg en forskjell mellom de kirurgiske og de medisinske avdelingene. Ved de medisinske avdelingene er rubrikken benyttet ved relativt sett flere dagvakter enn hva tilfellet er ved de kirurgiske avdelingene.⁹ På kveldsvakter er dette forholdet omvendt.¹⁰

"Sykepleietiltak" (1.2) er den rubrikken hvor det har blitt registrert størst andel tid. Forskjellen mellom de medisinske og de kirurgiske avdelingene er relativt liten, men er derimot stor mellom de to kirurgiske avdelingene (jf tabell 7). Det er ved den minst spesialiserte av de to avdelingene registrert størst andel tid på "Sykepleietiltak".

Av tabell 8 ser vi at det ved 67 prosent av vaktene har blitt registrert tid på rubrikken "Ernæring" (1.3). Dette betyr at det ved 1/3 av vaktene *ikke* har blitt registrert noe tid til denne virksomheten. Vi ser videre at dette gjelder for langt flere dagvakter enn kveldsvakter. Supplerende analyser har vist at forskjellen mellom de medisinske og de kirurgiske avdelingene er relativt store når det gjelder andel vakter hvor det ikke er registrert tid på ernæringsoppgaver. Ved de kirurgiske avdelingene er denne andelen 47 prosent, mens den ved de medisinske avdelingene er 22 prosent.

⁸ Når vi påpeker forskjeller mellom de medisinske og de kirurgiske avdelingene innebærer dette at tendensen er den samme for *begge* de medisinske avdelingene og for *begge* de kirurgiske.

⁹ Ikke benyttet ved 45 prosent av dagvaktene ved de kirurgiske avdelingene, mot 33 prosent ved de medisinske.

¹⁰ Ikke benyttet ved 20 prosent av kveldsvaktene ved de kirurgiske avdelingene, mot 37 prosent ved de medisinske.

Ser vi kun på dagvakter, er denne forskjellen enda større, med henholdsvis 53 og 20 prosent. Ved de kirurgiske avdelingene er altså sykepleierne ikke involvert i ernæring ved over halvparten av dagvaktene.¹¹ Ved de medisinske avdelingene finner vi også at rubrikken har blitt benyttet *flere* ganger pr. vakt når den først har blitt benyttet, i sammenligning med de kirurgiske avdelingene. I tråd med dette ser vi også av tabell 7 at en noe større andel tid er registrert på rubrikken ved de medisinske avdelingene.

Dersom vi slår sammen de to rubrikkene ”Ernæring” og ”Pleie og personlig hygiene”, ser vi at den minst spesialiserte av de medisinske avdelingen skiller seg ut ved en større samlet andel tid registrert på disse rubrikkene. Dette kan være et uttrykk for større pleietyngde ved de medisinske postene eller gjenspeile bruk av personellressurser.

Også når det gjelder rubrikken ”Medisinering og prøvetaking” er det en viss forskjell mellom de medisinske og de kirurgiske avdelingene. Ved de medisinske avdelingene er det registrert tid på rubrikken ved 93 prosent av vaktene. Det tilsvarende tallet ved de kirurgiske avdelingene er 82 prosent. Fra tabell 7 ser vi imidlertid at forskjellen ikke er på mer enn 2 prosent når vi sammenligner andel av tid brukt på medisinering og prøvetaking.

Det bør bemerkes at i veiledningen til registreringsskjemaet ble sykepleierne instruert om å registrere tid under rubrikken ”Observasjon og prøvetaking” (1.5) kun når det gjaldt observasjon uten at mer aktive tiltak var involvert (se veiledning i vedlegg 2). Svært mye av sykepleierens virksomhet involverer selvsagt observasjon uten at det dermed blir registrert her. En noe ulik praksis mellom sykepleierne når det gjaldt registrering av tid i denne rubrikken gjør at vi må være svært forsiktige med sammenligninger mellom avdelingene, og med tolkningen av tiden som er ført opp her. (Se for øvrig metodediskusjon i kapittel 6).

Det kan bemerkes at andel tid registrert på rubrikk 1.6 ”Opplæring, informasjon og samtaler med pasient og/eller pårørende” er 6 prosent, og dermed gjennomsnittlig 26 minutter i løpet av en vakt. Selv om sykepleierens kommunikasjon med pasientene i stor grad også vil falle inn under andre rubrikker, kan dette synes som relativt lite tid til utelukkende kommunikasjon. Det er her mulig at vi har et eksempel på at noen type gjøremål er underrapporterte fordi de ofte foregår i kort tid om gangen (jf kap. 2.2.5). I tilfelle vil dette være et uttrykk for at sykepleierne i relativt liten grad har lengre, sammenhengende samtaler med pasienter og pårørende. For øvrig ser vi av tabell 7 at andel tid ført på rubrikken er størst ved de høyspesialiserte avdelingene Medisinsk avdeling II og Kirurgisk avdeling I.

Pasientadministrasjon

Andelen tid som har blitt brukt til ”Pasientadministrasjon” (rubrikkene 1.9 til 1.13) er oppgitt til å utgjøre 26 prosent for alle avdelingene sett under ett (jf tabell 6). I tid utgjør dette drøyt 2 timer av en vakt på 8 timer. Andelen er noe høyere ved de kirurgiske avdelingene enn ved de medisinske, med henholdsvis 24 og 29 prosent. Dette er det motsatte av hva vi fant gjeldende for ”Direkte pasientrettet virksomhet”.

Av tabell 8 kan vi finne at det ved 23 prosent av dagvaktene ikke er registrert tid på rubrikken ”Sykepleiedokumentasjon” (1.9). Ved de medisinske avdelingene er denne andelen 18 prosent, mens den er 30 prosent ved de kirurgiske avdelingen. Det er for øvrig registrert tid på sykepleiedokumentasjon ved en større andel kvelds- og nattevakter enn ved dagvakter. Dette reiser spørsmål om det på dagtid er vanskelig å finne tid til dette, og at det derfor flyttes til kveld og natt.

¹¹ Dette er tilfelle for begge de kirurgiske avdelingene.

Som vi ser av tabell 8 er rubrikken "Rapport" registrert i hele 96 prosent av alle vaktene. (Blant de resterende 4 prosent av vaktene er over halvparten dagvakter ved Kirurgisk afd. I.) I andel av arbeidstid utgjør dette gjennomsnittlig 11 prosent. Dette vil igjen si gjennomsnittlig drøyt 50 minutter i løpet av en 8 timers vakt. Andel tid brukt på rapport er oppgitt til å være lik for medisinske og kirurgiske avdelinger, og varierer lite mellom de 4 avdelingene (jf tabell 7).

Andel tid brukt til "Visitt og previsit" varierer noe mer mellom avdelingene, og er lavest ved de høyspesialiserte avdelingene (jf tabell 7).

Andel tid oppgitt til koordinering av tiltak internt og eksternt (rubrikk 1.12 og 1.13) er samlet sett for alle avdelingene henholdsvis 3 og under 1 prosent (jf tabell 6). Dette synes å være lite, sett i forhold til generell kjennskap til sykepleiernes arbeid og det inntrykket vi fikk gjennom å fotfølge noen av sykepleierne (se også kap. 3.3).

3.2.2 Undervisning og veiledning for helsepersonell

Ved de kirurgiske avdelingene ble det praktisk talt ikke registrert noe tid på oppfølging av nyansatte (rubrikk 2.1 i tabell 7¹²). En mulig forklaring på dette kan være å finne bak tallene i tabell 1, hvor vi ser at både gjennomsnittlig erfaring og ansettelsestid er høyere ved de kirurgiske avdelingene enn ved de medisinske. Gjennomsnittlig ansettelsestid er aller lavest ved Medisinsk avdeling II, hvor det er registrert mest tid på oppfølging av nyansatte. Ved de kirurgiske avdelingene er det imidlertid registrert betydelig mer tid på veiledning av studenter og kolleger enn ved de medisinske avdelingene (rubrikk 2.2 i tabell 7). Det må påpekes at det her også er relativt stor forskjell mellom de to kirurgiske avdelingene, der henholdsvis 4 og 11 prosent av tiden er registrert på rubrikken.

Vi ser av tabell 6 at det er svært lite tid registrert til "Undervisning av studenter og kolleger" (rubrikk 2.3). Det samme gjelder "Rådgiving og opplæring overfor øvrig hjelpeapparat" (rubrikk 2.4), og vi ser av tabell 8 at det kun i 1 prosent av vaktene har blitt registrert tid på denne rubrikken. Både tid og andel vakter denne rubrikken er benyttet ved kan synes lite i lys av at dette er en lovpålagt oppgave for sykepleiere i spesialisthelsetjenestene. Det kan også være verdt å merke seg at de to rubrikkene i tabell 6 som til sammen dekker tiden som går med til samarbeid med hjelpeapparatet utenfor egen post, rubrikk 1.13 og 2.4, ikke summerer opp til mer enn gjennomsnittlig 1 prosent av arbeidstiden.

3.2.3 Egen fagutvikling

Andel tid brukt på denne hovedkategorien varierer relativt mye mellom de fire avdelingene, fra knapt 2 prosent til over 13 prosent (jf tabell 7). Av tabell 6 ser vi at det er lite tid registrert på å "Motta veiledning" (rubrikk 3.1). Andel tid registrert på kurs, videreutdanning (3.2) og eget forsknings- og fagutviklingsarbeid (3.3) varierer betydelig mellom avdelingene, uten at det framtrer klare forskjeller om man sammenligner de medisinske med de kirurgiske avdelingene (jf tabell 7). Kirurgisk avd.I skiller seg betydelig fra de andre avdelingene i tid brukt til eget forsknings- og fagutviklingsarbeid (3.3). Denne mest spesialiserte av de to kirurgiske avdelingene kommer ut med klart størst andel tid bruk til eget forsknings- og fagutviklingsarbeid.

Når man sammenligner avdelingene bør det tas i betraktning at kurs, videreutdanning og egen fagutvikling ofte foregår over hele dager. Når slike dager falt innenfor registreringsperioden vil dette dermed få relativt stor innvirkning på resultatene fra tidsregistreringen, selv om det da eventuelt kunne gå lang tid til neste gang noe tid ble brukt til denne type virksomhet.

¹² Den eksakte andelen registrert tid var 0,0 prosent.

Samlet sett utgjør tiden til egen fagutvikling fra 2 til 13 prosent av arbeidstiden ved avdelingene, med et gjennomsnitt på 6 prosent. At gjennomsnittlig 6 prosent av arbeidstiden vies egen fagutvikling kan synes lite med tanke på de sammensatte kravene dette yrket stiller, og ikke minst med tanke på den medisinske utviklingen. Til sammenligning kan det nevnes at i en sammenlignbar tidskartleggingsstudie blant leger ble andel tid til egen fagutvikling beregnet til 20 prosent (Røhme et al. 2000).¹³

3.2.4 Personal

Den tiden som er registrert under denne hovedkategorien fordeler seg praktisk talt likt mellom de to rubrikkene "Personalmøter og personalarbeid" (4.1) og "Arbeidstidsplanlegging" (4.2), som vist i tabell 6. Andel tid registrert på hovedkategorien varierer lite mellom avdelingene, og det er ikke noen systematisk forskjell mellom de medisinske og de kirurgiske avdelingene.

Vi ser av tabell 8 at tiden brukt til "Arbeidstidsplanlegging" fordeler seg over noe flere vakter enn tilfellet er for "Personalmøter og personalarbeid". Dette kan trolig forklares med at sistnevnte i større grad utgjøres av møtevirksomhet. Vi ser videre at tiden til "Arbeidstidsplanlegging" også i større grad er spredt ut over både dag-, kvelds- og nattevakter.

3.2.5 Diverse

Fra denne hovedkategorien synes det interessant å lage en samlekategori av rubrikkene "Renhold og vedlikehold av utstyr etc" (5.1), "Hente og bringe utstyr etc" (5.2) og "Forefallende arbeid" (5.3). Vi finner da at disse gjøremålene har blitt utført i gjennomsnittlig 7 prosent av arbeidstiden (basert på tallene i tabell 6). Vi finner også en forskjell mellom de medisinske og de kirurgiske avdelingene. Ved Medisinsk avdeling I og II er denne tiden beregnet til å utgjøre henholdsvis 7 og 11 prosent av arbeidstiden.¹⁴ Ved de kirurgiske avdelingene er de tilsvarende tallene 6 og 5 prosent. Det kan legges til at andel tid brukt til "Hente og bringe utstyr etc" ikke er større ved de medisinske enn ved de kirurgiske avdelingene.

Selv om dette ikke framkommer i tabell 8, kan vi legge til at denne tendensen til forskjell mellom de medisinske og de kirurgiske avdelingene i enda større grad gjelder for andelen vakter hvor de aktuelle rubrikkene har blitt benyttet. Ved de medisinske avdelingene er rubrikk 5.1 og 5.3 benyttet ved en større andel vakter enn hva tilfellet er ved de kirurgiske avdelingene.

Vi ser av tabell 6 at andelen tid registrert på rubrikkene "Renhold og vedlikehold av utstyr etc" (5.1) og "Forefallende arbeid" (5.3) er større på nattevakter enn på dag- og kveldsvakter. Det kan derfor synes som om nettene i noen grad blir brukt til oppgaver som det er vanskelig å finne tid til på dagtid. Antall vakter registrert ved den ene kirurgiske avdelingen er så lite at det her vanskelig kan sies noe om forskjellen mellom medisinske og kirurgiske avdelinger.

Når det gjelder tid til "Pauser og beredskap" (5.4) utgjør dette gjennomsnittlig 7 prosent av arbeidstiden (tabell 6). Med gjennomsnittlig vaktlengde på 8 timer, betyr dette drøyt 30 minutter. For dag- og kveldsvakter er imidlertid gjennomsnittlig tid registrert på pauser og beredskap noe lavere (jf tabell 6). I mange tilfeller forlater ikke sykepleierne avdelingen for å ha pause i løpet av vekten, og det er derfor ofte vanskelig å skille mellom pauser og beredskap. Av tabell 8 kan vi regne ut at det ved 17 prosent av de registrerte vaktene ikke er markert tid for pauser og beredskap. Ved de medisinske avdelingene er dette tallet 12 prosent, ved de kirurgiske

¹³ Studien ble gjennomført ved Kvinneklubben og medisinsk avdeling ved Regionsykehuset i Trondheim.

¹⁴ Man kan også merke seg at det er ved den høyspesialiserte Medisinsk avdeling II det brukes mest tid på disse gjøremålene.

avdelingene 23 prosent. For kveldsvakter er tallet for de medisinske avdelingen 11 prosent, mot hele 26 prosent ved de kirurgiske avdelingene. Samlet sett ved alle avdelingene er det ved 18 prosent av nattevaktene ikke registrert tid for pauser og beredskap.

3.2.6 Døgnvariasjoner

Tabell 6 gir en oversikt over hvordan tidsbruken varierer mellom dag-, kvelds- og nattevakter. Vi ser her at de 3 gjøremålene som tar størst andel av tiden på dagvakter, nemlig "Sykepleietiltak", "Medisinering og prøvetaking" og "Rapport", også tar mest tid både på kvelds- og nattevakter. Når det gjelder "Direkte pasientrettet arbeid (rubrikkene 1.1 til 1.8) tar disse oppgavene relativt sett større del av kveldsvaktene enn av dagvaktene. Prosenttallene er henholdsvis 65 og 51. Andel tid bruk til "Sykepleiedokumentasjon" og "Rapport" er omtrent den samme på kveldsvakter som på dagvakter, men samlet sett er tiden brukt til "Pasientadministrasjon" (rubrikk 1.9 til 1.13) relativt mindre på kveldsvakter enn på dagvakter.

Den relative andelen av tiden brukt til "Undervisning og veiledning for helsepersonell" er nærmest identisk for dag- og kveldsvakter. At tid brukt til "Egen fagutvikling" er relativt mindre på kveldsvakter enn dagvakter skyldes ikke bare at tiden til kurs og videreutdanning da er mindre, men også at det i mindre grad er registrert tid for "Eget forsknings- og fagutviklingsarbeid" på kveldsvaktene.

Andel tid brukt på "Husholdningsoppgavene" (rubrikk 5.1 til 5.3) varierer ikke nevneverdig mellom dag- og kveldsvakter (henholdsvis 6 og 7 prosent), men tiden til disse gjøremålene utgjør en større andel av arbeidstiden på nettene (13 prosent). Det gjør også tiden til "Pauser og beredskap" (rubrikk 5.4).

Et generelt inntrykk er at det er relativt få av oppgavene som blir redusert i betraktelig grad på kveldsvaktene, sammenlignet med på dagvaktene. Dette gir inntrykk av at det på kveldsvaktene eksisterer en tilnærmet like sammensatt og kompleks arbeidssituasjon som på kveldsvakter som på dagvakter.

3.3 Samlet inntrykk fra fotfølging av sykepleierne

Det generelle inntrykket fra fotfølgingen av sykepleieren er først og fremst at deres arbeidsdag er svært preget av oppstykkethet og mange avbrytelser. De fikk mange spørsmål og andre henvendelser, både fra pasienter og pårørende, og ikke minst fra kolleger. Dette inkluderte forespørsel fra pasienter eller fra kolleger som følge av akutte situasjoner som dukket opp, eller fordi arbeidsrekkefølgen måtte legges om som følge av andre endringer. Andre behov enn de som man først planla å ivareta, oppsto eller ble avdekket etter at de startet med et gjøremål.

Gjennom mye av tiden foregikk det en nærmest kontinuerlig utveksling av informasjon og beskjeder, både av sykepleiefaglig og mer administrativ art. Dette kan beskrives som en form for kontinuerlig sykepleiefaglig og administrativ koordinering. Inntrykket er derfor at mer tid ble brukt til koordinering av tiltak internt på sykehuset, enn hva som framkom av tids- og oppgaveregistreringen.

Det samme gjelder observasjon. Observasjonene var imidlertid ikke avgrenset til å gjelde observasjon av pasientene. Sykepleierne syntes å observere for å få et slags overblikk over hva som skjer på posten når det gjelder hvem som gjør hva, hvor kolleger befinner seg, hvilke administrative beslutninger som fattes etc. Både observasjon og intern koordinering synes altså å pågå mye av tiden, parallelt med andre gjøremål.

Det syntes også som om "husholdningsoppgaver" i stor grad ble integrert i andre gjøremål, eller utført i korte tidsintervall innimellom andre gjøremål. Delvis syntes dette som relativt automatiserte handlinger. Generelt ga fotfølgingen et inntrykk av at slike gjøremål ble ivaretatt i større del av arbeidstiden enn det som framkom gjennom tallene fra tids- og oppgaveregistreringen.

Et annet hovedinntrykk var at sykepleierne står overfor krav til hyppige vekslinger mellom hvilke former for kompetanse de anvender, men også krav til å mobilisere ulike former for kompetanse samtidig. F.eks. så det ut til å være mange situasjoner som fordret både teknisk, organisatorisk og kommunikativ kompetanse.

Fotfølgingen ga også en opplevelse av variasjoner i sykepleiernes arbeidssituasjon sykehuspostene i mellom, særlig med hensyn til tempoet i postene og hvor hektisk eller rolig stemningen var. Stemmeleiet i posten var her en medvirkende årsak til at posten ble opplevd som hektisk, men det var også relativt stor variasjon med hensyn til hvor raskt sykepleierne beveget seg gjennom posten og hvor langt de syntes å gå i løpet av en vakt. De største postene framsto oftest som de mest hektiske. De mest spesialiserte avdelingene framsto som roligere enn de mindre spesialiserte. Det bør samtidig legges til at prosjektmedarbeidernes fotfølging av sykepleierne begrenset seg til 7 vakter, og at stemning og tempo i postene kan variere.

3.4 Oppsummering

Samlet sett er gjennomsnittlig 82 prosent av sykepleiernes arbeidstid registrert å omfatte det som i registreringsskjemaet er kalt "Pasientbehandling", som omfatter sykepleiernes kliniske virksomhet. Her inkluderes både tid til direkte pasientkontakt, forberedelser og etterarbeid knyttet til dette, samt pasientadministrasjon. Dersom vi fra hovedkategorien "Pasientbehandling" avleder de to underkategoriene "Direkte pasientrettet virksomhet" og "Pasientadministrasjon", finner vi at gjennomsnittlig 56 prosent av arbeidstiden oppgis å inneholde "Direkte pasientrettet virksomhet". Tid til "Pasientadministrasjon" er registrert i 26 prosent av arbeidstiden. Omregnet til gjennomsnittlig tid per vakt utgjør dette drøyt 2 timer. Andelen av tid brukt til "Direkte pasientrettet virksomhet" er noe større ved de medisinske avdelingene enn ved de kirurgiske, mens tendensen er den motsatte når det gjelder andel tid til "Pasientadministrasjon".

I til sammen nærmere 40 prosent av arbeidstiden oppgir sykepleierne å være beskjeftiget med sykepleietiltak, medisinerings, prøvetaking eller rapport. I 35 prosent av vaktene har sykepleierne ikke oppgitt noe tid til pleie og personlig hygiene, mens det i 33 prosent av vaktene ikke er oppgitt noe tid til ernæring.

Sykepleierne oppgir å bruke omtrent samme andel tid på undervisning og veiledning av andre, som de bruker på egne fagutvikling, dvs. 5-6 prosent av arbeidstiden. I gjennomsnittlig tid per vakt tilsier dette omtrent 25 minutter. Variasjonen mellom avdelingene er relativt stor når det gjelder tiden som vies egen fagutvikling.

Gjennomsnittlig 3 prosent av arbeidstiden er registrert til å omfatte personalarbeid.

Samlet sett er drøyt 7 prosent av arbeidstiden anslått brukt til det man kan kalle "husholdningsoppgaver". Andel tid brukt til dette er større på nattevakter enn på kvelds- og dagvakter. For en relativt stor del av vaktene er det ikke oppgitt tid til "Pauser og beredskap".

Vi har i resultatpresentasjonen over påpekt nevneverdige variasjoner i tidsbruk mellom dag-, kvelds- og nattevakter, mellom de 4 avdelingene, og mellom de medisinske og de kirurgiske avdelingene. Når det gjelder sistnevnte kan man likevel si at det generelle inntrykket er at disse variasjonene ikke er spesielt store.

Fra observasjonene vi gjorde under fotfølgingen av sykepleiere under tidsregistreringsperioden satt vi igjen med et inntrykk av at sykepleiernes arbeidsdag er preget av oppstykkethet og stadige avbrudd i arbeidet, samt utstrakt observering og koordinerende virksomhet integrert i det øvrige arbeidet.

4. Resultater fra spørreskjemaundersøkelsen

For å utdype problemstillingene om sykepleieres arbeidsoppgaver og tidsbruk og kompetanse ble det også gjennomført en spørreskjemaundersøkelse av 104 sykepleiere. Spørreskjemaundersøkelsen er knyttet til erfaringer sykepleierne gjorde i løpet av den perioden tids- og oppgaveregistreringen pågikk. Den består av 4 hovedspørsmål som skulle besvares ved avkryssing blant svaralternativer gradert fra 1 ("I svært liten grad") til 6 ("I svært stor grad"). Avhengig av svarene som ble avgitt på hovedspørsmålene ble sykepleierne eventuelt bedt om å besvare 1-2 underspørsmål. (Se spørreskjema i vedlegg 3)

Under de senere intervjuene skulle det vise seg at ett av spørsmålene hadde blitt forstått på to ulike måter. Dette gjaldt spørsmål 1; "I hvilken grad har du blitt forhindret i å prioriterer hensynet til pasienter og pårørende?" Noen har forstått spørsmålet å gjelde hvorvidt tids- og oppgaveregistreringen har vært til hindring for å prioritere hensynet til pasienter og pårørende, mens andre har forstått spørsmålet uavhengig av det ekstraarbeidet som lå i tids- og oppgaveregistreringen. Vi ser derfor ingen hensikt i å framlegge svarene på dette spørsmålet. Vi vil likevel ta med at på underspørsmålet om hvilke hindringer som oppleves, er "tidspress" den årsaken som i de fleste tilfeller gis som svar. (57 av totalt 104 sykepleiere svarte på dette underspørsmålet.) Som årsaker til tidspress oppgis det at følgende oppgaver beslaglegger for mye tid: Administrativt papirarbeid, dokumentasjon, legevisitt, pleie og stell, samt henting og bringing av utstyr. I tillegg vises det til avbrytelser i form av spørsmål og telefoner. Flere nevner også at bemanningen er for liten.

I de følgende 3 tabeller framstilles de 4 avdelingenes svarfordeling for de resterende 3 hovedspørsmålene i spørreskjemaundersøkelsen, samt gjennomsnittsscore for svarene fra hver avdeling. I tillegg oppgis, under raden merket N, antall sykepleiere som har besvart det aktuelle spørsmålet ved den enkelte avdeling, og i parentes antall sykepleiere som deltok i spørreskjemaundersøkelsen fra denne avdelingen. I tabellens siste kolonne oppgis de tilsvarende tallene for hele utvalget i spørreskjemaundersøkelsen.

4.1 Arbeidsoppgaver andre burde utført

Spørreskjemaundersøkelsens andre hovedspørsmål lød: *I hvilken grad har du utført arbeidsoppgaver som burde vært ivaretatt av annet personell?* Svarfordelingen framkommer av tabell 8.

	Med.avd. I	Med.avd. II	Kir.avd. I	Kir.avd. II	Totalt
I svært liten grad 1	11	24	37	4	19
2	27	28	21	29	27
3	46	27	21	29	31
4	4	18	10	29	16
5	8	3	11	9	7
I svært stor grad 6	4	-	-	-	1
N	26 (26)	33 (34)	19 (19)	24 (25)	102 (104)
Gjennomsnitt	2,8	2,5	2,4	3,1	2,7

Tabell 8. Arbeidsoppgaver burde vært ivaretatt av andre (Svarfordeling i prosent)

Den samlede gjennomsnittscoren er på 2,7 og 77 prosent av svarene ligger på den nedre del av skalaen, altså 3 eller lavere. Dette må tolkes som et uttrykk for at sykepleierne i beskjedne grad mener de har utført oppgaver som burde blitt ivaretatt av annet personell. Tabellen viser også at det er relativt små variasjoner i svarene avdelingene i mellom, men det kan bemerkes at Kirurgisk avdeling II har en noe større del av svarene plassert på den øvre del av skalaen, altså fra og med 4 og oppover. Her ser vi også at kun 4 prosent valgte svaralternativ 1. Dette må sees som et uttrykk for at sykepleierne ved denne avdelingen i noe større grad ønsker at arbeidsoppgaver blir overtatt av andre, enn hva tilfellet er ved de andre avdelingene. Når det gjelder prosenttallene for hver enkelt avdeling, er det viktig å merke seg at antall sykepleiere ved hver avdeling er svært lavt. F.eks. vil 4 prosent utgjøres av kun én sykepleier.

De som hadde svart verdien 2 eller høyere ble bedt om å angi *hvilke oppgaver* dette gjaldt og *hvilket personell* de mente burde ivaretatt oppgavene.

Andel sykepleiere som oppga minst 1 oppgave: 95 % (79 sykepleiere)

Andel sykepleiere som oppga minst 2 oppgaver: 71 % (59 sykepleiere)

Andel sykepleiere som oppga minst 3 oppgaver: 30 % (25 sykepleiere)

Over halvparten av de oppgavene som oppgis er knyttet til rydding, vasking og matservering (inkludert forefallende arbeid på kjøkken, lager, skyllerom og reing av senger). Disse oppgavene oppgis å burde blitt ivaretatt av assistenter, hjelpepleiere, renholds-personell og/eller av ekstravakter.

Dernest oppgir en stor andel at henting og bringing av pasienter burde vært ivaretatt av portørene.

Som en tredje kategori oppgaver nevnes diverse kontoroppgaver, som f.eks. bestilling av blodprøver, utfylling av rekvisisjoner og henvisningsskjema, telefoner, leting etter journaler og bestilling av timer. De fleste mente at dette er oppgaver som kan utføres av postsekretærer.

Noen peker også på henting og bringing av utstyr, og her foreslås sekretærer eller portører til å utføre oppgavene. Kun et par sykepleiere oppgir at personlig hygiene og stell er oppgaver de mener burde blitt ivaretatt av annet personell.

Videre ble de som hadde svart verdien 2 eller høyere bedt om å grunngi *hvorfor* det hadde vært en fordel at andre yrkesgrupper hadde tatt seg av disse oppgavene. 90 prosent (75 sykepleiere) av disse besvarte spørsmålet. Det var i stor grad de samme begrunnelsene som gikk igjen i svarene. De fleste svarte at dersom andre yrkesgrupper hadde tatt seg av de nevnte oppgavene, kunne de selv fått frigjort tid som på ulike måter kunne komme pasienter og pårørende til gode. Det nevnes at de ville brukt mer tid til å informere og snakke med pasienten, ivaretatt det psykososiale pleieaspekter bedre, og til å være mer tilgjengelig for pasienter og pårørende. I tillegg ble det pekt på at friggitt tid burde vært brukt til faglige utvikling og arbeid med pleieplaner.

4.2 Uutnyttet kompetanse

Neste hovedspørsmål i spørreskjemaundersøkelsen omhandlet opplevelse av uutnyttet kompetanse, og var formulert som: *I hvilken grad har du opplevd at du har kompetanse som du ikke har fått utnyttet?*

	Med.avd. I	Med.avd. II	Kir.avd. I	Kir.avd. II	Totalt
I svært liten grad 1	44	44	61	61	51
2	4	34	11	13	17
3	28	16	11	18	18
4	20	3	11	-	8
5	-	3	6	4	3
I svært stor grad 6	4	-	-	4	2
N	25 (26)	32 (34)	18 (19)	23 (25)	98 (104)
Gj.snitt	2,4	1,9	1,9	1,9	2,0

Tabell 9. Uutnyttet kompetanse (Svarfordeling i prosent)

Ut fra tabellens siste kolonne kan vi lese at over halvparten av sykepleierne har oppgitt at opplevelse av uutnyttet kompetanse har eksistert i svært liten grad (svaralternativ 1), og også at hele 86 prosent av sykepleierne har gitt svar som ligger på den nedre halvdelen av skalaen. Svarene gir altså et klart bilde av at opplevelse av uutnyttet kompetanse ikke har vært framtreddende.

Av tabellen ser vi også at hele 61 prosent ved de to kirurgiske avdelingen har valgt svaralternativ 1; "I svært liten grad". Dersom vi ser nærmere på hvordan svarene ved de enkelte avdelingene fordeler seg på den øvre og nedre delen av svarskaalen, så finner vi at i avdelingene ved de høyest spesialiserte sykehusene (Medisinsk avd.II og Kirurgisk avd. I) er det en noe større andel svar i den nedre delen av skalaen. Med andre ord synes opplevelsen av uutnyttet kompetanse å være noe mindre ved disse avdelingene enn ved de to andre. Medisinsk avdeling I er den avdelingen hvor størst andel svar befinner seg i den øvre delen av skalaen, sammenlignet med de andre avdelingene. Her finner vi at 24 prosent har svart alternativ 4 eller høyere.

De som hadde svært verdien 2 eller høyere ble bedt om å beskrive *hva slags kompetanse* dette gjaldt, noe 79 prosent (38 sykepleiere) av disse gjorde. I svarene vises det særlig til uutnyttet kommunikativ kompetanse. Mer konkret vises det til at de i for liten grad får gått inn i samtaler med pasienter og pårørende, og/eller drevet opplæring og informasjon overfor pasienter og pårørende. Dette må sies å være i tråd med svarene på det foregående hovedspørsmålet, hvor mange pekte på behovet for å få friggitt tid til kontakt med pasienter og pårørende.

Av annen kompetanse som oppleves utnyttet i for liten grad nevnes generell sykepleiekompetanse, veiledningskompetanse, erfaring de har med spesielle prosedyrer/ diagnoser (evt. fra tidligere arbeid andre steder).

4.2 Savn av kompetanse

Neste hovedspørsmål handlet også om kompetanse, og nå ble sykepleierne bedt om å svare på ” I hvilken grad har du opplevd å måtte utføre arbeidsoppgaver hvor du savnet mer kunnskap eller annen kompetanse?”

	Med.avd. I	Med.avd. II	Kir.avd. I	Kir.avd. II	Totalt
I svært liten grad 1	33	53	53	55	48
2	25	28	16	25	24
3	25	13	16	20	18
4	17	3	10	-	7
5	-	3	-	-	1
I svært stor grad 6	-	-	5	-	1
N	24 (26)	32 (34)	19 (19)	20 (25)	95 (104)
Gj.snitt	2,3	1,8	2,1	1,6	1,9

Tabell 10: Savn av kompetanse (Svarfordeling i prosent)

Samlet sett befant 72 prosent av svarene seg på verdi 1 eller 2 på skalaen. Hele 90 prosent har gitt svar av verdien 3 eller lavere. En gjennomsnittscore på 1,9 må sies å være lavt. Med andre ord synes ikke savnet av kompetanse å ha vært stor blant sykepleierne. Vi ser at savnet synes å være minst ved Medisinsk avdeling II og Kirurgisk avdeling II, men variasjonen mellom avdelingene er liten, og kan være tilfeldig.

De som hadde svart verdien 2 eller høyere ble bedt om å oppgi hvilke oppgaver dette gjaldt. Flere har imidlertid svart i form av å vise direkte til hvilke former for kompetanse de da har savnet. 83 prosent (40 sykepleiere) av disse oppga da minst én oppgave eller type kompetanse, mens 30 prosent (15 sykepleiere) oppga minst 2. Kun 2 sykepleiere oppga 3 oppgaver eller kompetanseområde..

Disse svarene kan deles i 3 kategorier, rangert etter antall svar innen hver kategori: 1) Savn av kunnskap om sykdom, medisiner og medisinerings. Dette kompetanseområdet oppgis av halvparten av de som har besvart underspørsmålet. De to neste kategoriene viser til oppgaver, ikke kompetanseområde. 2) Ulike former for sykepleietiltak som f.eks. sondeernæring, stell av tracheostomi, cytostaticabehandling, cvk stell og sårstell. 3) Møte med pasienter i sorg eller krise, eller døende.

De som hadde svart verdien 2 eller høyere ble også spurt om hvilke tiltak de mente kunne ha vært iværksatt for å ivareta oppgaven(e) bedre.

Omlag halvparten av de som har svart oppgir at intern opplæring ved å observere erfarne kolleger kunne bidratt til bedre ivaretagelse av oppgaven. Den andre halvparten nevner kurs/ undervisning/ etter- og videreutdanning som aktuelle tiltak.

Vi ser for øvrig av tabellen at dette er det spørsmålet flest har unnlatt å svare på. Dette *kan* tyde på at dette spørsmålet var det vanskeligste å besvare.

4.3 Oppsummering og drøfting

Svarene i spørreskjemaundersøkelsen gir inntrykk av at sykepleierne i tids- og oppgaveregistreringsperioden ikke opplevde særlig mye av arbeidsoppgaver som de mente andre burde utført, siden svaralternativene som ble valgt i så stor grad befinner seg på den nedre delen av svarskalaen. Imidlertid besvarte hele 95 prosent av de spurte det åpne spørsmålet om hvilke oppgaver dette gjaldt, og hvem som burde ha utført oppgavene. Nesten like mange oppga grunner til at andre burde ivareta de aktuelle oppgavene. Denne bevisstheten rundt hvilke oppgaver det gjelder, og hva frigitt tid burde brukes til, kan være et uttrykk for at dette er en velkjent problemstilling som opptar sykepleierne. Disse svarene kan samlet sett også være en indikator på at andelen av oppgaver som de syntes andre burde ha utført, ikke har vært spesiell stor i registreringsperioden, men at de mer generelt opplever at dette er tilfelle. I den grad det i tids- og oppgaveregistreringen framkommer at sykepleierne bruker tid på oppgaver som er utenfor kjerneområdet til sykepleierne, er det derfor grunn til å tro at denne tidsandelen ikke er spesielt stor i denne perioden. Vi synes samtidig det er grunn til å forsøke å få utdypet spørsmålet gjennom intervjuundersøkelsen.

Når vi ser videre på besvarelsene i spørreskjemaundersøkelsen, ser vi at sykepleierne i enda mindre grad ga uttrykk for å savne kompetanse, eller å ha kompetanse de ikke fikk benyttet. Svarene på sistnevnte spørsmål kan synes noe overraskende i lys av at spørsmålene er knyttet til en tidsbegrenset periode på to uker, og at man kunne tenke seg at det ville være flere sider ved sin kompetanse de ikke fikk benyttet på en så kort periode. Dette kan tolkes dithen at sykepleierne relativt kontinuerlig får brukt mange sider av sin sammensatte kompetanse. Samtidig ser vi at også på disse spørsmålene er det relativt mange av sykepleierne som kan konkretisere hvilken type kunnskap de henholdsvis savner og opplever at de ikke får utnyttet. Bildet som framkommer er da at mange ønsker å få utnyttet bedre sin kommunikative kompetanse i møte med pasientene, og at den kompetansen de fleste opplever å savne er tekniske ferdigheter knyttet til ulike sykepleietiltak, samt kunnskap om sykdommer og medisiner. Det er viktig å minne om at svarene ikke avdekker om sykepleierne opplever at kompetansen på disse områdene da er for liten til å gjøre en god jobb, eller om savnet er et uttrykk for et ønske om å lære mer, ut over det som er tilstrekkelig for å gjøre en god jobb.

Felles for alle de åpne spørsmålene som etterfulgte hovedspørsmålene, er at det ikke framkommer noen systematiske forskjeller i svargivningen avdelingene i mellom. Et annet trekk i disse svarene er at de, på tvers av spørsmålene som er stilt, direkte eller indirekte vitner om en opplevelse av for lite tid sammen med pasientene.

Det forhold at sykepleierne i så stor grad velger svaralternativer som ligger lavt på skalaen, og dermed ikke uttrykker sterk misnøye med disse forholdene, kan tyde på at det følelsesmessige engasjementet rundt de spørsmålene som reises er lite. Gjennom intervjuundersøkelsen får vi en mulighet til å supplere, og eventuelt nyansere, dette inntrykket.

5. Resultater fra intervjuundersøkelsen

I denne delen av rapporten skal vi utdype spørsmålene om sykepleiernes arbeidssituasjon, kompetanse og yrkesidentitet på grunnlag av sykepleiernes egne beskrivelser i den tredje og siste delstudien hvor vi har gjennomført dybdintervjuer med 20 sykepleiere fra de ulike avdelingene.

Hensikten med intervjuundersøkelsen har vært tosidig. For det første skal denne kvalitative undersøkelsen utdype, og eventuelt korrigere, det bildet som framkom av sykepleiernes arbeidsdag gjennom resultatene fra tids- og oppgaveregistreringen. For det andre ønsket vi gjennom intervjuene alene å få fram et bilde av sykepleierollen i sykehus, i tråd med undersøkelsens delproblemstillinger som ikke lar seg besvare av tids- og oppgaveregistreringen (jf kap.1.2).

I de to første punktene presenterer vi to hovedinntrykk fra møtene med sykepleierne. Dette omhandler deres forhold til sitt yrke og deres beskrivelse av innholdet i arbeidet sitt. Deretter går vi nærmere inn på sentrale kjennetegn ved arbeidet som sykepleier i sykehus. Videre tar vi for oss sykepleiernes forhold til yrkesgrupper de samarbeider med i jobben og arbeidsfordelingen mellom disse, før vi tar opp forholdet til pasienter og pårørende. Deretter går vi inn på bruk av sykepleiernes kompetanse og videreutvikling av denne. Gjennom kapitlet trekker vi fram verdier og normer i sykepleiernes yrkesidentitet slik disse framkommer i tilknytning til arbeidsinnhold, møte med kolleger, pasienter og pårørende og i deres beskrivelse av kompetanse. Avslutningsvis ser vi spesielt på sykepleiernes faglige identitet i møte med sykehusorganisasjonen.

5.1 Et givende arbeid og godt kollegialt fellesskap

Gjennom intervjuene ga sykepleierne noe ulike beskrivelser av jobbens sin. Noen var tydelig slitne og frustrerte, andre var nyutdannede og overveldet over de mange oppgavene, mens andre igjen fremstod som ubetinget positive og entusiastiske over alt det de kunne lære på posten.

På spørsmålet om hva som gjorde at de trivdes i yrket fortalte mange sykepleiere at arbeidet er givende fordi det er svært variert og derfor aldri kjedelig. Sykepleierne hadde også en opplevelse av at sykepleieryrket ga mange ulike muligheter i arbeidsmarkedet over et livsløp.

De fleste sykepleierne fremhevet at kontakten med pasientene er det mest berikende med sykepleiarbeidet. Pasientene er derfor en viktig kilde til arbeidsmotivasjon og arbeidsglede. "*Fornøyde pasienter*" og "*det å kunne være der og bety noe for pasienten*" er viktige drivkrefter i arbeidet. Sykepleierne opplevde det som fint å jobbe med mennesker, og at det er godt å være til hjelp og nytte for pasientene. De ville ikke jobbe på kontor.

En annen viktig yrkesmotivasjon for sykepleierne var muligheten for å tilegne seg ny kunnskap og kompetanseutvikling. En sykepleier fortalte her at selv om hun visste at jobben ville bli slitsom og masete, så valgte hun å arbeide på en medisinsk post i sykehus i stedet for andre deler av helsevesenet fordi arbeidsoppgavene er mer utfordrende og fordi man på sykehuset lærer "*basiskunnskap*" som er viktig i andre jobber som sykepleier.

Flere sykepleierne, både erfarne og nyutdannede, fremholdt også betydningen av godt samarbeid og kollegialt samhold i posten, og at dette omhandler både et sosialt og et faglig fellesskap. Jobben beskrives som "*koselig*", og at trivselen er god. Humor og "*en god tone*" framheves som viktige

faktorer i fellesskapet på posten. Sykepleierne fortalte også at de støtter og avlaster hverandre i vanskelige situasjoner og at de gir hverandre faglige råd.

På avdelinger med mange unge nyansatte ble det fortalt at samvær mellom de nyansatte i fritiden bidro til at disse var fornøyd med jobbn sin. Én beskriver dette slik: ”...*jeg opplever jo at miljøet her er veldig godt. Vi er jo jevngamle og har ganske mye felles, sånn... ganske nyutdanna. Så vi har en god tone opplever jeg, sånn på jobb og utenom.*”

I intervjuene fremstod sykepleierne i all hovedsak som fornøyd med sykepleiefaget, og de fleste beskrev det kollegiale samholdet som godt. Misnøye med arbeidet som sykepleier, og tanken om å slutte i arbeidet, ble i større grad knyttet til sider ved arbeidsforholdene. Samtidig framkom det at de fleste, og særlig de yngre, hadde et kortvarig perspektiv på ansettelsesforholdet selv om de trivdes godt i jobben. Dette vil vi komme tilbake til.

5.2 Oppgavemangfold i en vid sykepleierrolle

Sykepleiernes beskrivelser kan tyde på at et viktig kjennetegn ved sykepleieres arbeid i sykehus er at de utfører mange ulike arbeidsoppgaver og ivaretar flere ulike funksjoner innenfor hovedområder som:

- pleie og personlig hygiene av pasienter (ofte omtalt som stell)
- samtale med pasienter og pårørende
- deltakelse i medisinsk behandling
- administrering og koordinering av posten
- opplæring og fagutvikling enten av studenter, seg selv eller utvikling av posten
- ”husholdningsoppgaver”, dvs. arbeidsoppgaver som for eksempel rydding av kjøkken, lager og pasientrom.

Sykepleierne vektla imidlertid de ulike arbeidsoppgavene og sammensetningen av arbeidsoppgavene noe forskjellig.

Videre framsto det som karakteristisk for sykepleiernes arbeid at mange arbeidsoppgaver ”*gjøres samtidig*”, eller ivaretas parallelt, og flettes inn i hverandre i handlingskjeder. Det beskrives også at mye arbeidet består av mange ”*småoppgaver*”, altså oppgaver av kortere tids varighet. Eksempler på dette er kortere telefonsamtaler man tar for å gi beskjeder eller purre på servicefunksjoner, og det å hente et glass vann til en pasient eller en urinflaske fra skyllerommet. Sykepleierne beskrev generelt også arbeidsdagen sin som preget av mange avbrytelser og hyppige vekslinger mellom ulike oppgaver og funksjoner, og at de måtte ”*håndtere mange baller i luften på en gang*”. På de mest travle postene ble disse avbrytelsene framsatt som en kilde til stress for sykepleierene.

Flere sykepleiere understreket også at det er mange funksjoner og oppgaver som ivaretas nærmest kontinuerlig gjennom arbeidsdagen. Dette gjelder særlig observasjon og koordineringsfunksjoner som beskrives som integrert i de fleste gjøremål.

I tillegg beskrev sykepleierne arbeidet som både fysisk, emosjonelt og mentalt utfordrende. Sykepleierne bruker altså mange sider ved seg selv i arbeidet, og det stilles dermed også krav til ulike former for kompetanse. Dette innebærer hyppige skiftninger mellom arbeidsutfordringer av svært ulik karakter og til samtidig bruk av ulike former for kompetanse. En sykepleier beskrev dette slik:

"Du gjør en sykepleieprosedyre og du informerer pasienten samtidig om cellegiften i morgen. Og pårørende er der, og du instruerer dem samtidig. Du rer opp en seng samtidig som du spør hvordan det går psykisk. Du er på en måte i mange roller samtidig, pluss at du hele tiden blir avbrutt."

Tilsammen gir dette en kompleks arbeidssituasjon som stiller store krav til konsentrasjon for å få gjennomført arbeidsoppgavene og ivaretatt sykepleierfunksjonene på en god måte.

Mangfoldet og spennvidden i arbeidsoppgaver reflekterer en "vid" sykepleierrolle i sykehusene. Denne spennvidden, og variasjonene i arbeidet, var også noe sykepleierne framholder som en positiv side ved yrket. Samtidig fremkom det også at mangfoldet i arbeidsoppgaver, og den hyppige vekslingen, bidro til en tappende arbeidssituasjon, og en opplevelse av å ikke få utført arbeidet på en tilfredsstillende måte. Flere sykepleiere fortalte at dette kunne gi dårlig samvittighet over alt de ikke fikk gjort. Dette kom tydeligst fram i de store og/eller mindre spesialiserte sengepostene. En god dag ble gjerne karakterisert ved at *"alt etter planen er gjort"* og at de har hatt kontroll over arbeidsoppgavene. En sykepleier fra en medisinsk post beskrev denne situasjonen slik:

"Det er jo det jeg synes tærer i lengden. Å gå og føle at jeg gjør et venstrehåndsarbeid hele tiden. At alt skal gå i en så voldsom fart at man får ikke den roen. Både det når det gjelder seg selv og kunne sitte og konsentrere seg helt og fullt om den tingen, og at pasienten merker at jeg er tilstede og på en måte kan være med å snakke om litt andre ting samtidig. For det er vondt å sitte på nåler og vite at jeg har egentlig tre andre ting jeg skulle gjort samtidig. Og så er det kanskje noen som caller på meg og så er det to telefoner, og så er det liksom så veldig mye. Så det synes jeg er slitsomt. Å hele tiden måtte være på sparket... alltid måtte være på sprang til et annet sted. Og da skjer det jo lett glipper også når man jobber under sånne forhold, og det kan jo få konsekvenser på et sånt sted som det her. Og det er jo klart at når man får gjort ting ordentlig i utgangspunktet, så sparer en på en måte tid senere. Det er jo sånn en merker på rolige dager når man får gjort ting skikkelig, så merker pasienten at det er en bedre dag, og de også blir rolige og det blir en helt annen stemning. Så det blir enten en veldig god sirkel eller en veldig ond sirkel."

Det å ikke rekke alle oppgavene, og dermed måtte sende disse videre til neste arbeidsskift, ble beskrevet som vanskelig og som en kilde til selvbebreidelser over å ikke ha greid å prioritere bedre. I tillegg sa enkelte sykepleiere at de var redde for at arbeidspresset og oppstykketheten ville føre til at de gjør feil i behandling og pleie, noe som kan få alvorlige følger. Flere sykepleiere, og da særlig de mer uerfarne, var også noe engstelige for det ansvaret som ligger i å være eneste sykepleier på vakt, eller eneste sykepleier til å ha ansvar for svært dårlige pasienter.

5.3 Sykepleieres administrative og koordinerende funksjon

Ivaretakelse av administrative og koordinerende funksjoner er et stort og viktig arbeidsområde for sykepleierne i sykehus. Hvordan disse funksjonene utformes har derfor stor betydning for sykepleierens arbeidssituasjon og bruk av deres kompetanse. Sykepleierens administrative og koordinerende funksjonen ble av noen sykepleiere beskrevet i fysiske metaforer som de også sa de hadde lært i utdanningen; sykepleieren er en *"blekksprut"* som skal gjøre mange ulike arbeidsoppgaver på en gang, eller at sykepleieren er *"edderkoppen"* i et spindelvev og skal kunne *"holde i alle disse trådene rundt omkring"*. Den administrative og koordinerende funksjonen ble på den ene siden beskrevet som en kilde til variasjon og utfordring i arbeidet. På den andre siden

kunne den også føre til at sykepleierne følte seg dratt i mange ulike retninger og mellom mange ulike forventninger. Dette kunne føre til mer eller mindre uttalt "rollestress".

"Edderkoppfunksjonen" oppgis å utgjøre en svært stor del av sykepleiernes arbeid. Dette kom også frem under spørsmålet om det å være nyutdannet og nyansatt sykepleier i en større kirurgisk post:

"Det som kanskje overrasket meg mest var den... hva skal jeg si, edderkoppfunksjonen eller hva jeg skal kalle den. Det at vi ... for det første mer ansvar, mye mer selvstendig arbeid enn jeg kanskje hadde trodd. Fordi for eksempel legene er så lite i avdelingen og hos pasienten at vi gjør veldig mange selvstendige vurderinger, og det på godt og vondt, ikke sant. Og det spesielt når du er nyutdannet. Og stort arbeidspress. Veldig travelt til å begynne med når ting går litt tregt og man skal bli kjent på posten. Og det at vi på en måte, når jeg ser hvor viktige vi faktisk er, er den som står mellom pasient, pårørende, lege, faglige støttefunksjoner, bydelen. Vi er på en måte den som skal ha kontakten med alle og se til at dette maskineriet fungerer. Det var vel litt overraskende, hvor sentralt vi egentlig sto."

Det å kunne samle og holde disse trådene opplevdes som krevende for de fleste sykepleierne. Flere sykepleiere fremholdt også at kampen for å holde oversikten over "masse småting" er en viktig side ved sykepleierarbeidet, men ofte kan oppleves tappende i hverdagen. Det samme ble sagt om det å måtte "dobbeltsjekke" igjen og igjen for å unngå å gjøre feil.

Den koordinerende funksjonen innebærer også at sykepleierne møter samtidige forventninger fra ulike yrkesgrupper, pasienter og pårørende. "Alle har krav, og sykepleierne blir gående i mellom". Sykepleierne opplevde ikke forventningene som urimelig i seg selv. Dette kunne imidlertid føre til en stressende arbeidssituasjon hvor sykepleieren følte at det ble umulig å leve opp til alle forventningene samtidig, eller at den samlede arbeidsmengde da ble for stor.

Sykepleierne fremholdt også at den koordinerende funksjonen kunne føre til at sykepleieren lett får tildelt oppgaver fra ledelsen eller de andre yrkesgruppene, både fra støttefunksjonene og behandlingspersonalet. Dette kan også være oppgaver sykepleierne ikke selv har definert som sine, men som de, mer eller mindre motvillig, får overgitt av andre; "Alt det vi får av ekstraoppgaver som vi aldri har bedt om.". Dette ga en følelse av at de andre yrkesgruppene styrer sykepleiernes arbeidsinnhold, og at de selv i mindre grad kan legge premissene for nye arbeidsoppgaver:

"Vi er jo alltid der, som du sier, og vi får kjempegod hjelp og støtte fra de faglige støttefunksjonene. Så det er jo en god hjelp for oss, og de gir oss tips og råd om hvordan vi skal følge opp videre. Så de betyr jo veldig mye for summen av det som blir gjort. Men det er jo noe med at vi... Det er jo veldig lett å komme inn å si at nå foreslår jeg at dere gjør sånn og sånn og sånn, og så går de. Og så kommer legen inn og sier at sånn og sånn. Så sitter vi der fordi at vi bor på en måte her. Og så er det hundre ting som skal gjøres. Vi får vel på en måte et litt annet ansvarsforhold kanskje. Man er vant med å være fast stasjonert her. Vi har våre pasienter på vår gruppe som vi føler at dette skal vi følge opp. Men det er jo ikke sånn å forstå at jeg føler at de andre har noen enkel jobb. Fysioterapeutene har mange de skal til i løpet av en dag og jeg har veldig forståelse for deres situasjon også."

Dette kan bekrefte vår antakelse innledningsvis om at sykepleierenes koordinerende funksjon også gjør de sårbare for å måtte ta "restoppgavene" i organisasjonen, dvs. oppgaver som ikke er knyttet til en bevisst bruk av sykepleiernes kompetanse, men som noen må ta.

5.4 For lite tid til den enkelte pasient

Mangfoldet i sykepleiernes oppgaver ble også, ved siden av en mer generell opplevelse av tidspress, fremholdt som en viktig årsak til at de ikke får ivaretatt de enkelte pasienter og pårørende i den grad de ønsker. Denne følelsen av utilstrekkelig ivaretagelse av den enkeltes behov framsto som det forhold sykepleierne fant mest energitappende i sin arbeidssituasjon. Dette gjelder både savn av mer tid sammen med pasientene, av å kunne gå i dybden overfor den enkelte pasient, og av kontinuitet i oppfølgingen av den enkelte pasient og pårørende.

Sykepleierne etterlyste mer tid og ro rundt pleie og stell, men særlig tid til samtaler med pasienter og pårørende. Dette gjaldt spesielt tilstrekkelig rolig og uavbrutt tid til hver enkelt pasient og pårørende. Eller som én sa: *"Selv når man prioriterer pasienter og pårørende, kan man ikke prioritere alle samtidig."* Sykepleierne etterlyste særlig mulighet til å gå inn i møtene med de som har fått alvorlige diagnoser og deres pårørende, noe som krever ro og tid.

Flere sykepleiere oppga at det ble for liten tid til pleie og pasientenes personlige hygiene, og til å være sammen med pasientene. En sykepleier fortalte: *"Jeg har lyst til å være mer ute i stellet. For å se hele pasienten."* En annen sykepleier sa dette slik:

"Og det er jo det jeg savner. Det er jo det som er kanskje er litt overraskende også. At vi går tre år på skole og skal bli gode på pleie. På å utøve morgenstell både fordi at det skal være hygienisk bra, men også det her med observasjoner, samtale, den psykososiale biten. Altså, alt det her vi lærer rundt måltid, rundt aktivisere, ja veldig mye, men vi får ikke tatt det i bruk for vi er ikke der. Og det synes jeg er veldig synd. Ja, altså...fordi jeg synes det er en viktig del av sykepleie. Altså, det er jo det det dreier seg om i bunn og grunn. Og jeg tror at det er en viss kvalitetsforskjell på det en sykepleier og det en ufaglært gjør. I forhold til å ha et helhetssyn ... ja. Selvfølgelig har vi masse gode ekstravakter, men jeg synes det blir veldig fragmentert. Jeg føler at jeg er veldig lite til stede. Og det merker pasientene og de unnskylder seg. "Jeg skal ikke hefte deg, beklager, men jeg trenger litt smertestillende (...). Jeg synes det er en viss tilfredsstillelse i å gjøre en grundig og skikkelig jobb. Jeg vet at nå ligger pasienten godt, han har fått et godt morgenstell... Han har fått i seg mat. Jeg vet at nå er det skikkelig gjort. Og den kontrollen mister man litt når man sender inn en franskstudent på 20 år som ikke har stelt et menneske før."

Flere sykepleiere fortalte at tidspresset fører til at ivaretagelse av de psykososiale behov begrenses tross idealet om helhetlig sykepleie, og at de mer konkrete arbeidsoppgavene, og spesielt de som omhandler den medisinske behandlingen, blir prioritert foran samtaler med pasientene. En sykepleier svarte slik på spørsmålet om anledningen til ivareta det helhetlige sykepleien, inkludert det psykiske og åndelige som sykepleieren var opptatt av :

"Det er jo sånne ting vi må nedprioritere da. Og det er vel det jeg føler mest på. At vi går inn og tar det stellet, vi tar det såret, vi henger opp intravenøst, og så snur vi ryggen til og går. Vi har ikke tid til å sette oss ned og ...ja. Men man blir god til å utnytte tida óg, når man først er der. For det er jo viktig å gi mye informasjon ..."

Sykepleieren samtykket på spørsmålet om tidspress fører til at de krevende samtalene omgås i en travelt hverdag:

Jo, og det er jo på en måte det man faller ned på kanskje. At man ser bare det såret. Orker ikke... har ikke tid til å forholde seg til det andre. For sånn blir det nødvendigvis mange ganger fordi at man må tenke at jeg må få gitt de medisinene, jeg må få gjort... det er ting jeg bare må få gjort i løpet av den dagen her. Og så får alt det andre komme etterpå, og det blir det som regel ikke tid til da..."

Andre viste til administrative oppgaver som årsak til at "det kan gå mange timer mellom hver gang man ser pasienten".

Opplevelsen av å ikke få nok tid sammen med pasientene, og da særlig til de psykososiale tiltakene, synes å stå i et motsetningsfylt forhold til sykepleiernes opplevelse av dette som en viktig kjerne i sykepleien, og dermed til sykepleiernes sykepleiefaglige identitet. To sykepleiere sa dette slik: "Vi må gjøre så mye annet enn det vi er best på, nemlig å ta oss av pasientene" og "Grunnen til at man ikke holder ut er at man ser at man ikke har anledning til å gi det man ser at man skal gi, fordi alt man må gjøre kommer først!". Det er imidlertid viktig å understreke at sykepleierne oppga å få mye positiv tilbakemelding fra pasienten, og at pasientene stort sett syntes å være fornøyde selv om sykepleierne opplevde å ha for lite tid til ivaretagelse av dem.

Opplevelsen av å ikke få gitt hver pasient og pårørende så mye tid som de burde ble uttrykt av nesten alle sykepleierne, på tvers av ulike poster og avdelinger. Det synes imidlertid som dette ble sterkes opplevd på de store og travle sengepostene med høyest andel pleietrengende pasienter og alvorlig syke og døende. Sykepleierne opplevde ofte liten mulighet til å styre arbeidsoppgavene slik at de kunne få endret på dette: "Man er så avhengig av så mange faktorer rundt seg. Så vanskelig å skape noe selv."

Både dette forholdet og opplevelsen av generelt tidspress og for lite tid sammen med pasientene, kan sees i sammenheng med organisatoriske forhold ved sykehuset.

5.5 Sykehusorganisasjonens betydning for sykepleiernes arbeid

I innledningen fremhevet vi at sykepleieres arbeidssituasjon er påvirket av organiseringen av sykepleiertjenesten i sykehus, men også av organiseringen av sykehuset mer generelt. I dette underkapitlet vil vi se på noen organisatoriske forhold som sykepleierne trakk frem når de beskrev arbeidet som sykepleier.

5.5.1 Arbeidspress

En av de mest fremtredende trekk i sykepleiernes beskrivelser av arbeidssituasjonen, var et høyt arbeidspress, eller høyt tempo. Selv om høyt arbeidspress synes å være tilstede ved de fleste postene, beskrev likevel sykepleierne graden av tids- og arbeidspress noe forskjellig fra post til post.

Ved poster som ble beskrevet som rolige, knyttet sykepleierne dette til at det var en liten post, at det var stabilt personale, at de ikke hadde pleietrengende eller døende pasienter, og/eller at det var periodevis lav behandlingsaktivitet.

Sykepleierne var også bevisste på forskjeller mellom poster med hensyn til arbeidspress og tempo i posten. En sykepleier betraktet større naboposter som mer hektiske enn sin egen post:

"Ja, i alle fall på post x hvor du flyr beina av deg hele tiden. Hos oss er det nok det at vi er så liten plass, med få pasienter, og det er litt roligere og mer skjermet. Vi er en luksusavdeling i forhold til dem, så vi har det nok enklere."

De store, og da særlig de minst spesialiserte postene, med mange eldre og døende fremstod som postene med høyest arbeidspress og mas. På disse postene var alle sykepleierne opptatt av

arbeidspresset når de beskrev sin arbeidssituasjon. Blant annet ble det sagt at *"Det som sliter mest er det jevne maset, tempoet og høyt stemmeleie."*, og *"Hele systemet er preget av for mye masing!"*. Videre at *"Det er et tøff jobb!"* og *"Vi løper!"*. En sykepleier fremholdt også at man må være fysisk sterk for å kunne jobbe i posten fordi det er så *"mye gåing"*.

På de mest hektiske postene oppga også sykepleierne arbeidspresset som en vesentlig faktor for at de hadde sagt opp, eller tenkte seg en begenset tid i posten. Sykepleierne ville over til deler av helsevesenet med mindre arbeidspres og mas, de vil ha en *"roligere"* jobb. En sykepleier som har sagt opp knyttet oppsigelsen til høyt arbeidspres, lav bemanning, tredelt turnus og mange alvorlig syke og døende pasienter. Hun fant dette vanskelig å kombinere med omsorg for egen familie. Hun var også pessimistisk med tanke på mulige endringer; *"Blir aldri noe bedre her"*. Det synes for øvrig som om maset og travelheten tolereres av de nyansatte (og ofte nyutdannede) i en viss periode, men at dette er en faktor som blir mer slitsomt etterhvert.

5.5.2 Stabilitet i personalgruppa

Et annet kjennetegn ved sykehusorganisasjonen som ble fremhevet av sykepleierne på tvers av postene, var betydningen av stabilitet i gruppen av pleiepersonale. Der de hadde hatt en stabil gruppe over flere år, ble dette framhevet som svært betydningsfullt. I poster med stort gjennomtrekk og mange relativt nyutdannede ga noen av sykepleierne uttrykk for at dette var krevende. Det ble da vist til at opplæring av nyansatte reduserer, eller stykker opp, tiden sammen med pasientene. Avdelingssykepleierne fremholdt at de erfarne da ble svært viktig for posten siden de utgjør *"bæreveggene i avdelingen"*. Samtidig understreket flere nyansatte at de føler seg svært godt mottatt i posten, og det *"det er lov å være ny her"*. Det kan synes som ivaretagelse av nye er godt rotfestet i sykehuskulturen. Det å være ny, og det å lære opp nye og finne rutiner for å følge opp nyansatte på en god måte, var et viktig tema i sykepleiernes beskrivelse av sykehushverdagen. De fortalte at sykepleiere med ulik spesialkompetanse og erfaringsbakgrunn lærer opp hverandre, og at dette er en sentral kjerne i kompetanseutviklingen for sykepleierne.

5.5.3 En kompleks og fragmentert sykehusorganisasjon

Sykehusets størrelse, kompleksitet og byråkratiske preg ble trukket fram som hindringer for å få til endringer og konkrete løsninger på organisatoriske forhold som ikke fungerer tilfredsstillende. En sykepleier sa for eksempel at: *"tregheten i systemet er forferdelig slitsomt!"*. Andre påpekte at kompleksiteten i systemet også kan gjøre det vanskelig å få til en flyt i sykepleiernes arbeid: *"Det er så svært system. Du er så avhengig av så innmari mange andre, at det alltid er en eller annen brist."* Selv om sykepleierne påpekte viktigheten av dokumentasjon, mente de samtidig at det økte kravet om dokumentasjon også forsterker arbeidspresset.

Avdelingenes avhengighet av hverandre ble også aktualisert i beskrivelsene av hvordan *"alle"* presser på støttefunksjoner for raskest mulig å få gjennomført f.eks. blodprøver og røntgen for *"sine"* pasienter. På bakgrunn av dette tok flere til orde for å få til mer hensiktsmessige rutiner og informasjonsflyt. En avdelingssykepleier påpekte at: *"Det er ikke rollene som trengs å endres, men rutinene."*

Noen av sykepleierne fremholdt at den utilfredsstillende behandlingsflyten får følger for deres egen arbeidssituasjon, eller at de blir frustrerte på pasientenes vegne. Ved de kirurgiske avdelingene ble dette knyttet til at pasientene blir utsatt for mye venting; *"All ventingen pasientene må gjennom er veldig frustrerende både for pasienten og oss sykepleiere."* Sykepleierne er de som ofte må møte pasienters og pårørendes misnøye over ventingen.

I tillegg påpekte sykepleiere, særlig ved de medisinske postene, at sykehusorganiseringen i liten grad tilrettelegger for tilfredsstillende pleie av eldre pleietrengende og døende, eller tar høyde for at mange pleietrengende pasienter krever mer grunnbemanning. En sykepleier sier dette slik:

”... på en medisinsk avdeling så er gjennomsnittsalderen veldig høy på pasientene. Det blir mye tung pleie og får litt sykehjemspreget. Og når man jobber på sykehus så, selvfølgelig man er jo innstilt på det, men det er ikke tilrettelagt for det sånn systemmessig, og det er slitsomt. Nei, jeg bare tenker å ha gamlemor på 90 og senil dement virrende rundt i en korridor her med alle andre og ... det er ikke bra i det hele tatt. Selvfølgelig har vi pasienter som skal ha pleie og alt det er, men når de blir liggende sånn... Dette er jo et bydelsproblem selvfølgelig da. Så det er vel det jeg tenker mest på da. Men det går jo også på at bemanningen ikke er – synes jeg i hvert fall – justert i forhold til det pleiebelegget som er, så det. Ting tar tid når man skal vaske fra topp til tå, og mate og følge på do og gjøre alt.”

Sykepleiernes arbeidspress og frustrasjoner i arbeidet ble altså knyttet både til den grunnleggende organiseringen av posten, grunnbemanningen og til samordningen mellom nivåene i helsevesenet. Alle forholdene får dermed betydning for sykepleiernes arbeid, og for muligheten for å gi god pleie til pasientene.

5.5.4 Turnusarbeid og overtid

Viktige spørsmål som ofte har vært diskutert i forbindelse med sykepleieres arbeidsforhold i sykehus, er bruk av overtid og belastninger ved å gå i turnus. I denne undersøkelsen er dette mindre fokusert, men fremkom i intervjuene som betydningsfullt for sykepleiernes opplevelse av jobben sin.

Alle intervjuede sykepleiere, med unntak av avdelingssykepleierne, gikk vakter, og de fleste i tredelt turnus. Holdningen til å gå vakter varierte mye mellom sykepleierne. For noen var det helt greit, mens andre opplevde det belastende. De sistnevnte beskrev turnusarbeid, og særlig nattevakter, som energikrevende i hverdagen, og med negative følger for deres sosiale liv og hjemmesituasjon. De to sykepleierne som hadde sagt opp jobben, oppga begge dette som medvirkende årsak til å slutte.

Det er også interessant at sykepleiere ved de store postene opplevde arbeidspresset like stort, om ikke større, på kveldsvakter sammenlignet med dagvakter. Det ble vist til at det da ofte er få sykepleiere på mange pasienter, og at mangfoldet i oppgaver fortsatt er stort. Nettene framstilles noe annerledes, med noe redusert omfang av arbeidsoppgaver. Ved siden av det å være oppe på natten, framheves særlig utfordringen i det å da være eneste sykepleier på post. Spesielt de mest uerfarne sykepleierne påpeker dette.

Sykepleierne oppga ulikt omfang av overtidsarbeid og ulik grad av press fra ledelsen rundt dette. Overtid utover arbeidstid skyldtes ofte at man ikke har rukket å gjøre alt ferdig, og at det da var vanskelig å gå. Behov for, og bruk av, overtid blir for øvrig knyttet til den generelle bemanningssituasjonen på posten og sykdom hos personalet, men også til dårlige pasienter som må følges opp særskilt. For noen sykepleiere representerte ikke overtid noe problem, og de syntes overtid var greit innenfor visse grenser. Andre fortalte at stadige spørsmål om overtid var ubehagelig og at det er vanskelig å si nei, da dette kan gå utover pasientene eller kollegene. Noen tok derfor på seg overtid som de følte de ikke hadde krefter til. Det syntes også å være en utbredt oppfatning at det er vanskeligere å si nei til overtidsarbeid hvis man er enslig og ikke har barn. Det ble også sagt at presset er større på nyansatte. Noen av sykepleierne beskyttet seg mot presset

om å ta ekstra vakter ved å ha telefonsvarer hjemme, eller ved å ikke ta telefoner som de så kom fra jobben.

5.5.5 Arbeidsoppgaver andre burde utført

Siden de mangfoldige arbeidsoppgavene og høyt arbeidspress framsto som kjennetegn ved sykepleiernes arbeidsdag, spurte vi sykepleierne om de mente at andre kan utføre noen av deres arbeidsoppgaver, og i så fall hvilke arbeidsoppgaver som er egnet for å overføres til andre.

Sykepleierne ga relativt sterkt uttrykk for at andre burde overta noen av deres arbeidsoppgaver. Synspunktene varierte imidlertid mellom sykepleiere fra de forskjellige postene, avhengig av hvordan posten var organisert og tilgang på støttefunksjoner. Noen sykepleiere var svært irriterte over arbeidsoppgaver de mente falt utenfor sykepleierens ansvarsområde, mens det for andre syntes fremmed å se på det på denne måten. På spørsmålet om hvilke arbeidsoppgaver som kunne overlates til andre, svarte sykepleierne i all hovedsak det samme som i spørreskjemaundersøkelsen. Dette var oppgaver som:

Oppfylling av utstyrlageret og portøroppgaver

Et oppgaveområde som mange av sykepleierne mente kunne overlates til andre var bestilling, rydding og mottak av varer på utstyrlageret. Dette var oppgaver som ofte ble gitt til en enkelt sykepleier eller til en av gruppene på posten, eventuelt med assisterende avdelingssykepleier som ansvarlig for bestillinger. Et hjertesukk fra en av sykepleierne lød: *"Det er da litt underlig at vi skal bruke så mye tid på å stå og brette pappkartonger!"*. Noen sykepleiere fortalte også at det går mye tid til å *"løpe rundt og hente utstyr"* fra andre poster når lageret ikke er komplett. I tillegg mente sykepleierne at de brukte mye tid på å hente og bringe pasienter. Dette mente de var en åpenbar portøroppgave, men som de ofte gjorde selv fordi ventetiden på portører var for lang. Når det gjelder sistnevnte lot det imidlertid til å være svært stor forskjell mellom avdelingene fra de ulike sykehusene.

Sekretæroppgaver

Et annet viktig arbeidsområde som sykepleierne mente kunne overgis til andre er mer administrative sekretæroppgaver som å ta innkommende telefoner, fylle ut henvisnings- og rekvisisjonsskjema, bestille andre tjenester m.m. Sykepleiere ved poster som har postsekretær viste stor tilfredshet med dette, samtidig som ikke alle mente at sekretærtjenesten var tilstrekkelig. Postsekretærer ble tilsvarende etterlyst ved poster som ikke hadde dette.

Kjøkken og matservering

Et tredje område som ble trukket frem var arbeid på kjøkken og matservering til pasientene. På én post var en større andel av kjøkkenoppgavene lagt til posten, delvis i form av tilberedning av halvfabrikata. Dette gjør at flere kjøkkenoppgaver tilfaller postens personale, inkludert sykepleierne. Slike type kjøkkenoppgaver ble ofte opplevd som negativt.

"Alt det drittarbeidet vi gjør. Vaske på et kjøkken, pakke søppelsekker. Det er ikke noe artig. Det er altfor mye. Litt er OK. Å gjøre så mye av det er helt talentløst. Intervjuer: Vil du si at det går utover andre ting du kunne ha brukt din kompetanse på? Helt klart. Fagutvikling, dokumentasjon."

Dette fører altså til at sykepleierne ikke synes de får brukt kompetansen sin. En annen sykepleier sier det slik: *"Men for eksempel i dag har jeg brukt sinnssykt mye tid på å lage havresuppe. Det kan jo alle gjøre!"*

Forefallende arbeid

Samtidig som sykepleierne stilte seg negativt til for mye av denne type arbeid, mente de at mengden forefallende arbeid, som håndtering av mat og av søppel, hadde økt i den senere tid. Dette var særlig tydelig ved den ovenfornevnte posten hvor man hadde lagt flere av de forefallende oppgavene til postnivå:

"De som tidligere bærte søpla, kom og hentet det. Nå må vi brenne det inne på avdelingen selv i en ovn, sterilisere det. Alt dette tar sabla lang tid. Før fikk vi tallerkene direkte fra kjøkkenet ferdig vasket, nå driver vi og setter inn i en vanlig husholdningsmaskin flere ganger i døgnet. Det er jo ikke særlig spennende. Det er jo en tilbakegang. Jeg har tatt det opp, men det skjer liksom ingen ting med det. (...) Mer halvt tilberedt mat som vi må tilberede selv, sånne ting tar også lang tid. Før fikk vi jo frukttallerken, nå må vi skjære og ordne det til. Sånne ting kommer snikende tror jeg. Men det blir ikke tatt tak i."

Økte arbeidsoppgaver – problem med avgrensning

Flere sykepleiere hadde en opplevelse av økt mengde arbeidsoppgaver de senere årene. Dette kan ha sammenheng med at andre yrkesgrupper som hjelpepleiere og fast rengjøringspersonale har blitt redusert ved postene, eller reduksjon i støttefunksjoner som for eksempel kjøkken- og portørtjenester. Dette øker spennvidden i sykepleierrollen og den samlede arbeidsmengden for sykepleierne.

En avdelingssykepleier knyttet også sykepleiernes økte oppgaver til nedskjæringer i annet behandlingspersonale. Bredden i sykepleiernes kompetanse synes å gjøre det lett å overføre disse behandlingsoppgavene til sykepleierne:

"Alle har oppdaget at vi kan gjøre alt. Og så kutter man litt ned på andre tjenester, så får vi det også. Det er ingen av oss som sier at vi ikke skal trene opp en pasient, men det er kanskje ikke vi som burde gjort det mest. Men det er kanskje fordi man har kuttet i fysioterapi og slike ting."

Flere sykepleiere ved ulike avdelinger hevdet også å måtte overta stadig flere oppgaver fra legene. Dette var ulike former for papirarbeid, for eksempel rekvirering av prøver.

Sykepleierne hadde også en del tanker rundt hvorfor ikke mer var gjort for å overføre de nevnte typer arbeidsoppgaver til andre yrkesgrupper i sykehuset. Det var særlig tre hovedårsaker som ble framsatt.

Den første hovedårsaken gikk på at sykepleiere har problemer med å sette grenser for seg selv. Noen mente dette hadde sammenheng med sosialiseringen til sykepleieryrket, eksemplifisert gjennom utsagnene "vi er opplært til å skulle gjøre alt", "det er lettere å gjøre det selv enn å be noen andre" og "Du sier ikke nei til en oppgave!". De mente at dette gir et problem når sykepleiere stadig får nye arbeidsoppgaver (jf kapittel 5.3). En sykepleier sa dette slik: "Dessuten blir vi hele tiden pådyttet nye oppgaver. Det er snillisme fra vår side". En annen: "Vi burde begynne å si klarere fra hva vi burde gjøre og ikke gjøre". Én sykepleier mente også at NSF burde bidra til å sette grenser for hva sykepleierne skulle gjøre.

Den andre hovedårsaken som ble trukket fram var at pleie, observasjon og samtaler med pasientene ofte skjer integrert i "husholdningsoppgavene". Rydding av rom gir for eksempel anledning til å snakke med pasientene. Særlig matserving ble diskutert som et område hvor det kan være vanskelig å skille pleie fra rene husholdningsoppgaver. Skillet blir vanskeligst når man

har pasienter som er spesielt dårlige eller pleietrengende: *"Det å servere mat er ikke bare å gi et brett. Det er for eksempel mange som ikke vil spise, man kan ikke bare ta et "nei" og ta maten ut igjen."* Sykepleierne syntes derfor det ble vanskelig å overføre disse arbeidsoppgaver til andre, da de gjennom disse oppgavene benytter sin pleie- og kommunikasjonskompetanse i møte med pasientene.

Den tredje hovedårsaken til at sykepleiere ville beholde "husholdningsoppgaver" er nært beslektet med den foregående, nemlig ivaretagelse av helhetstenkingen og prinsippene bak primærsykepleie. *"Vi er svært opptatt av helhetlig sykepleie og da blir det mye som er vanskelig å delegere bort"*. Primærsykepleie er også ved noen poster organisert slik at sykepleierens ansvarsområde for ivaretagelse av pasienten blir såpass vid at det inkluderer for eksempel vasking og rydding rundt pasientens seng.

Grensene for hva som ut fra disse hensynene burde tilhøre sykepleiernes arbeidsoppgaver var tydeligvis gjenstand for diskusjon blant sykepleierne. Avgrensningene fremstod som dilemmaer for sykepleierne, hvor det er flere hensyn som skal ivaretas samtidig og hvor viktige sykepleieprinsipper i møte med den enkelte pasient må avveies mot hensynet til en best mulig samlet anvendelse av sykepleiernes kompetanse og tid.

5.6 Nære samarbeidspartnere

Nært knyttet til spørsmålet om arbeidsfordeling mellom yrkesgruppene, er spørsmålet om hvordan sykepleierne samarbeider med andre. Som tidligere omtalt har sykepleiere, på grunn av sin koordinerende funksjon og tilstedeværelse i posten gjennom hele døgnet, mye kontakt med de andre yrkesgruppene. Forholdet til de andre yrkesgruppene vil derfor ha stor betydning for deres arbeidssituasjon, og for bruk av deres kompetanse. Gjennom forholdet til de andre yrkesgruppene defineres også sykepleierrollen og sykepleiernes egen identitet. Forholdet til leger og hjelpepleiere har vært sentrale elementer i diskusjoner om sykepleieryrkets utforming. Det var derfor interessant å spørre hvordan sykepleierne erfarte samarbeidet med hjelpepleiere og leger.

5.6.1 Forholdet til hjelpepleierne

I de senere årene har det vært en endring i stillingsstrukturen i sykehusene, hvor andelen sykepleiere har økt og andel hjelpepleiere har blitt kraftig redusert. Denne tendensen er også til stede ved undersøkelsens fire avdelinger. Noen poster har svært få hjelpepleiere, og ved én av postene er det ingen. På de store og minst spesialiserte postene har også andel hjelpepleiere gått ned, men der har sykepleierne likevel mer samarbeid med hjelpepleiere og pleieassistenter enn ved de mer spesialiserte postene.

Ulike, men overlappende funksjoner

Rolle- og arbeidsfordelingen mellom hjelpepleiere og sykepleiere har vært stadig gjenstand for debatt innen helsevesenet. For å få et nærmere bilde av sykepleiernes yrkesidentitet og syn på egen kompetanse var vi interessert i å se hvordan sykepleierne avgrenset sin egen rolle og sitt arbeidsinnhold fra hjelpepleiernes, i tillegg til hvordan sykepleierne beskrev samarbeidet mellom de to yrkesgruppene.

Sykepleierne skilte i stor grad mellom de to yrkesgruppene gjennom begrepene oppgaver, ansvar og administrasjon. Noen sykepleiere fremhevet at hjelpepleiere og sykepleiere hadde mange felles arbeidsoppgaver, men at sykepleiere også har arbeidsoppgaver som kun er forbeholdt sykepleiere. Spesielt medisinerings ble framhevet som en sykepleieroppgave, og sykepleierne skilte gjerne mellom de to yrkesgruppene ved at sykepleierne deltar mer i den medisinske behandlingen, mens

hjelpepleierne gjør mer av stell og ernæring. På spørsmål om de kunne se seg selv som hjelpepleier, sa sykepleierne at de ønsker mer ansvar enn hjelpepleierne har, og at sykepleieryrket gir mer varierte arbeidsoppgaver og flere muligheter på arbeidsmarkedet. Noen påpekte også det tilfredsstillende i et større teoretisk kunnskapsgrunnlag.

At sykepleiere og hjelpepleierne har overlappende arbeidsoppgaver i pleie og omsorg for pasientene, kan føre til uklarhet mellom rollene som igjen kan lede til samarbeidsproblemer, eller til profesjonskamp som reflekteres i samarbeidsklimaet. Sistnevnte var vanskelig å spore i sykepleierens beskrivelse av samarbeidet på postene. Sykepleierne syntes på mange måter å betrakte seg selv og hjelpepleierne som tilhørende en felles gruppe; "vi pleierne". I størst grad synes dette å være tilfelle i poster med få hjelpepleiere. Sykepleierne fortalte at de lærer mye av flinke, erfarne hjelpepleiere, og at det både er en trygghet og en stor avlastning i arbeidet å ha erfarne hjelpepleiere på vakt:

"Og hjelpepleiere kan komme inn og gjøre enormt mye, de. Selvfølgelig. Jeg har jobbet med to stykker, og de var fantastisk flinke. Så med dem på jobb hadde jeg det bra. Jeg var trygg på at pasientene fikk det de skulle, og det var ikke noen problemer med å overlåte hele vekten og ansvaret til dem. Du gjør det og det, og så ordner jeg medisiner. Det er forferdelig trist at det ikke er flere hjelpepleiere."

Flere sykepleiere påpekte at de savnet hjelpepleiergruppen på grunn av deres pleiekompetanse, men også fordi hjelpepleierne har ivaretatt husholdningsoppgavene. Reduksjonen i antall hjelpepleiere har derfor gitt økt press på sykepleierne om å ta slike oppgaver. I tillegg ivaretar hjelpepleierne pleie- og husholdningsoppgavene på en mer grundig og tilfredsstillende måte enn ufaglærte pleieassistenter, som i noen tilfeller blir alternativet. Der det er relativt mange hjelpepleiere synes dette å gi mye avlastning for sykepleierne, og da særlig i de store postene.

Uklare rolleforventninger

Selv om samarbeidet beskrives som godt, synes det også som utydighet mellom rollene kan skape litt usikkerhet hos sykepleierne, og noen ganger lede til spenninger og konflikter. For det første syntes noen av de nyutdannede sykepleierne at det var vanskelig å ta en lederrolle overfor de erfarne hjelpepleiere. En nyutdannet sykepleier sa dette slik: "Vi sykepleiere må, når vi er nye, lene oss en del på dem, samtidig som vi skal ta ansvaret og på en måte ha styringa". Noen av de yngre uerfarne sykepleierne syntes at det var vanskelig å be erfarne hjelpepleiere om å utføre arbeidsoppgaver. Dette forholdet var samtidig ikke helt entydig. Hjelpepleierne ble også beskrevet som en form for sykepleierens "håndlanger" hvor det for eksempel var lettere å spørre en hjelpepleier om å ta maten for sykepleieren, enn å be en annen sykepleier.

For det andre framkom det at sykepleierne opplevde noen grad av motstridende forventninger og spenninger knyttet til sykepleierens deltakelse i stell og matservering. Flere sykepleiere opplevde et press fra hjelpepleierne (og pleieassistentene) om at sykepleierne skal ta større del i dette arbeidet;

"Hjelpepleierne forventer at vi skal ha akkurat de samme oppgavene og gjøre like mye av det som dem, pluss at vi har andre oppgaver. De ser ikke alltid at de oppgavene som vi har av koordinering, kliniske observasjoner, administrering og medisiner."

Denne konflikter var tydeligst i poster med størst pleietyngde, hvor arbeidsoppgavene til de to yrkesgruppene også er mest overlappende. Dette kunne føre til gnisninger når hjelpepleierne synes de fikk for mye stell og matservering.

"Jeg vet ikke om du er kjent med hvordan det er på posten her jeg. Men vi har på en måte fire grupper. Hvor vi er ansatt på den gruppa. Men på kveldstid så har man ofte lite sykepleiere, så én sykepleier har to grupper, og da er det snakk om kanskje en 16 opp til 17 pasienter man har per sykepleier pluss to kanskje ufaglærte ekstravakter. Og det sier seg selv at vi da må delegere vekk all pleie til de ekstravaktene fordi vi gjør da ikke annet enn å stå på medisinerrommet nesten, og snakke med pårørende og ta legevisitt og sånt. Og da får vi en del protester på at, jammen du har alle de selvstelte, vi må ta all den tunge pleien. Du har færre pasienter enn oss. Det er noe.. at de skal forstå at det er faktisk vi som sitter en time på overtid etter at dere har gått hjem om kvelden og gjør de siste ... ja. Så det, noen sånne runder har vi gått. Og jeg vil ikke si at jeg synes det, altså jeg skulle gjerne ha tatt del i pleien, men det har jeg ikke mulighet til på sånne vakter"

Sykepleierne var bevisste på disse forventningene som kom fra de andre i pleiegruppen, og strevde med å håndtere disse sammen med øvrige forventninger til sykepleierne. For noen ble dilemmaet forsterket ved at de gjerne vil delta mer i stellet, og at de synes at dette er en viktig sykepleieroppgave, men at de ikke rekker det på grunn av de andre arbeidsoppgavene. Dette gjorde det også vanskeligere å sette grenser i forhold til hjelpepleiernes forventninger om at sykepleierne skulle delta mer i stellet.

Reduksjon i andel hjelpepleiere framstår som den største endringen i sykepleietjenesten i sykehus de senere årene, med de endringer det medfører for sykepleierne. I de poster hvor det finnes flere hjelpepleiere synes det som om samarbeidsformene mellom de to yrkesgruppene er relativt tradisjonelle. Det bør imidlertid nevnes at ved én av postene var man opptatt av å utvide hjelpepleiernes arbeidsinnhold gjennom opplæring i oppgaver som tradisjonelt sett har vært sykepleieroppgaver, som f.eks. sårstell og kateterisering. Avdelingssykepleier der fremhevet også at hun er opptatt av å innføre en modell for pleiegruppen som et "team" hvor man fordeler de oppgaver som teamet har ansvar for, med mindre vekt på å skille oppgavene i sykepleier eller hjelpepleieroppgaver. Hun sa da at hun må lære opp sykepleierne til at de ikke lenger skal "delegere" arbeidsoppgaver til hjelpepleierne, men at de skal "fordele" arbeidsoppgaver i gruppen. Dette kan muligens tyde på en begynnende endring i det tradisjonelle samarbeidet mellom de to yrkesgruppene, men dette framkommer ikke som en tydelig tendens alle postene sett under ett.

5.6.2 Forholdet til legene

En annen viktig samarbeidspartner for sykepleierne er legene. For å få et bilde av sykepleieres arbeid, kompetanse og yrkesidentitet vil det derfor være av interesse å se på forholdet til legene. Samarbeidet mellom lege og sykepleier gjenspeiler også den grunnleggende organiseringen av sykepleietjenesten og legetjenesten i sykehus, som vil ha betydning for sykepleieres arbeidssituasjon og kvalitet på tjenestene.

Sykepleieres rolle i den medisinske behandlingen

For å få et bilde av sykepleiernes rolle og yrkesidentitet gjennom en avgrensning til legerollen, spurte vi sykepleierne om de kunne tenke seg å være lege. I intervjuene sa alle sykepleierne at de ikke kunne tenke seg det. Dette ble hovedsakelig knyttet til to forhold. Noen sykepleiere sa at de heller vil være i en omsorgsrolle hvor de får mer mulighet for pleie og kontakt med pasientene. Den hyppigst påpekte årsaken var imidlertid at sykepleierne ikke ønsket legenes ansvar. De synes det ansvar de selv har er stort nok, og så det ikke som ønskelig å være i en posisjon hvor de hadde hatt det overordnede ansvar for behandlingen: " jeg vil helst slippe å ha det totalansvaret som legene har" .

Sykepleierne synes dermed å ville ha "mellomposisjon" i arbeidsfordelingen. De ønsker mer ansvar enn hjelpepleierne, men ikke legenes overordnede behandlingsansvar. Samtidig var sykepleierne også opptatt av medisinske oppgaver og medisinsk kunnskap som en spennende side ved arbeidet, og samarbeidet med legene, for eksempel gjennom previsitt, ble ofte beskrevet som interessant fordi de her kunne tilegne seg mer medisinsk kunnskap.

Sykepleierne fortalte at de ser på sykepleiere som et mellomledd mellom pasientene og legene i sykehuset, og at de har et stort ansvar for å sikre kontinuitet i den medisinske behandlingen: "Vi må være mellomledd begge veier og som gjør at sykepleierne får et stort ansvar." Dette skyldes at legene ser mindre til den enkelte pasient, mens sykepleieren blir værende i posten. En sykepleier fremhevet dette ved at: "Mye står og faller på oss. Nesten alle observasjonene er det jo vi som gjør." For å gjøre dette arbeidet godt kreves medisinsk kompetanse.

Sykepleierne så det som en av sine oppgaver å ivareta pasienters og pårørendes følelsesmessige reaksjoner på sykdom. Det framkom imidlertid at de også opplever å ta noe av det de betrakter som legenes ansvar på dette området. Sykepleierne forklarte at de gjorde dette fordi mange pasienter finner at sykepleierne er "lettere å snakke med enn legene", eller at de måtte bøte på legenes mangelfulle kommunikasjon med pasientene. "Vi må i blant glatte over hva legen har sagt til pasientene. Gå etterpå og rydde når pasienter ikke har forstått, eller sitter igjen og er redde og engstelige." Ved én post påpekte sykepleierne at legene også har forandret seg i positiv retning med hensyn til tid, informasjon og forklaringer til pasientene; "Tidligere så måtte vi ta en runde rundt etter visitten, men nå har legene blitt flinke til å ta seg tid og forklare på en forståelig måte".

Spenningen mellom underordning og selvstendighet

Sykepleierne beskrev seg selv både som selvstendige og som underordnede i forholdet til legene. Sykepleierne er i stor grad knyttet til assistentrollen ved medisinsk behandling, og ble i all hovedsak akseptert som en del av sykepleierrollen.

Samtidig kan det synes som underordningen også gjenspeiler en slags ambivalens til legene som autoritetspersoner.

"De har jo lengst utdanning og vet best. Vi blir jo underdanige for vi må jo alltid gå til legen når vi har spørsmål om medisiner og slikt. Og det er alltid legen som har det siste ordet, så de er jo overordnet oss".

Ambivalensen synes også å være knyttet til at legene har stor autoritet også utenfor rekkevidden av sitt spesialfelt medisinsk behandling, og sykepleierne opplever det som viktigere å få anerkjennelse fra legene enn fra f.eks. fysioterapeutene. Dette kom tydeligst fram blant de mest uerfarne sykepleierne. En sykepleier omtalte møtet med legene i sykehus slik:

"Man får mye mer respekt for dem, og de har ofte ikke så mye tålmodighet. Man har lyst til å vise legene at man er flink, og at man tar til seg den infoen de gir og utfører handlingene med en gang. Men det er kanskje mest sånn for oss unge."

Selv om ikke alle var så tydelige på dette forholdet, var flere sykepleiere, og særlig de nyutdannede, opptatt av at det er vanskelig å forstyrre eller spørre legene. Det er derfor en utfordring å "tørre å si ifra til legene" eller "å ta igjen med legene", noe som de mer erfarne sykepleierne påpekte er lettere med noe erfaring bak seg. Det fremheves samtidig også hos dem at man må være forsiktig med å korrigere legene, men at man da må "bruke kvinnelist".

Sykepleierne motsatte seg samtidig underordning ved å reagere på forventninger om å skulle stå parat for legene til enhver tid, og de ble provoserte når de opplevde at leger undervurderte sykepleie som selvstendig fagutøvelse. Flere sykepleiere ga uttrykk for misnøye med måtte være "alltid beredt" på tross av egne oppgaver, for eksempel ved at legene forventer at sykepleierne skal stå klare til visitten når legen er klar. Dette opplevdes som manglende respekt for at sykepleierne har andre oppgaver, eller at legene ikke respekterer sykepleiernes tid. I denne sammenheng ble det også trukket inn en opplevelse av forventninger om å være "legenes håndtlanger". Dette er forhold som støter deres yrkesstolthet og tanken om sykepleiernes selvstendighet. En sykepleier fortalte for eksempel om et tilfelle hvor en lege sa at sykepleiedokumentasjonen skulle tas ut av pasientmappene fordi de bare tok plass. Én uttrykte at "man fremdeles driver å sloss for å få det til å være et selvstendig fag. Den tror jeg sitter dypt hos alle, og til med hos sykepleiere som ikke har fått det inn i skolen".

Samarbeid, men lite samordning

I intervjuene framstod samarbeidet med legene som betydningsfullt for sykepleiernes trivsel på arbeidsplassen. Forholdet til legene ble i hovedsak opplevd som positivt, men varierte noe mellom de ulike avdelingene og postene, og overfor de enkelte leger. Det kan synes som det var en viss forskjell i lege- og sykepleiersamarbeidet ved henholdsvis medisinske og kirurgiske avdelinger. På de medisinske postene beskrev sykepleierne flere uformelle møteplasser med legene, og nære og mer avslappet forhold mellom de to yrkesgruppene. "Vi jobber i team på en måte, leger og sykepleiere mer på samme nivå". På de kirurgiske postene ble samarbeidet mellom legene og sykepleierne beskrevet som mer avstandspreget, og at kirurgene er mindre interessert i samarbeid med sykepleiere utover selve operasjonen. Det synes imidlertid som det også er forskjell mellom de ulike kirurgiske postene. Sykepleierne fremhevet også at det er stor forskjell mellom de enkelte leger når det gjelder samarbeid, og at sykepleiernes syn her er svært sammenfallende. "De aller fleste er annerledes, men noen er også litt som oss". Noen sier at legenes alder har betydning for samarbeidet, i positiv retning for de yngre legene; "Yngre leger tenker mer helhetlig etterhvert".

Vi spurte også sykepleierne om hvilke forventninger de opplevde at legene hadde til dem i samarbeidet, og hva de syntes om disse forventningene. Forventningene som framkom kan oppsummeres som at sykepleierne skal "ha et totalbilde", "gjøre riktige observasjoner", "kontakte legen når det er behov", og "rapportere skikkelig". Dette er forventninger som de mente at legene i størst grad vurderer sykepleierne etter, og som har betydning for om de får anerkjennelse og respekt, og for om det oppstår et godt tillitsforhold i samarbeidet. En sykepleier fremhever her at: "Respekten mellom leger og sykepleiere er størst når sykepleieren er faglig sterk".

I sykepleiernes beskrivelser kom det frem noen samarbeidsproblemer som kan gjenspeile en avstand mellom sykepleietjenesten og legetjenesten i sykehusene mer generelt, hvor behandling og er adskilt som separate virksomhetsområder og hvor det er problemer med å integrere de to tjenestene på en tilfredsstillende måte. Flere sykepleiere, på tvers av avdelinger og poster, beskrev det som et problem at legene ikke var mer tilstede i posten, og mente at det burde være et tettere samarbeid mellom sykepleierne og legene. Flere var oppgitte over at legene ikke dukket opp når de skulle. Dette er viktig fordi gjennomtrekken av pasienter er stor og man derfor trenger raske avgjørelser fra legene fordi mye skal gjøres på kort tid. I tillegg til at sykepleierne opplevde at legene var for lite tilgjengelige, ble det også sagt at samarbeidet ofte var preget av uklarheter. En sykepleier forklarte dette slik: "Kanskje dette med at legene er langt unna og blir lei av at vi ringer så mye. Av og til har de glemt å gi beskjed, andre ganger har de gjort det, men det når ikke frem". Problemet med god informasjonsflyt knyttes også til at posten er stor: "Ja, for det er så veldig mange, og så mange som jobber på posten. Både leger og sykepleiere."

Sykepleierne fortalte at dette gjør at de bruker mye tid på å følge opp kontinuiteten i den medisinske behandlingen for den enkelte pasient. En sykepleier fremholdt at *"vi må ta ansvar når legene ikke gjør det"*. Dette innebærer også at en del av sykepleiernes tid går med til å minne leger på hva som må gjøres i forhold til den enkelte pasient: *"Av og til blir vi litt mye "mamma", og må foreslå og passe på det som er legens bord"*.

Sykepleierne beskrev organiseringen av legetjenesten og sykepleietjenesten som to ulike systemer, hvor behandlingen er løsrevet fra pleien *"Legene ser ikke at de er en del av pleietjenesten"*. Sykepleierne opplevde at denne avstanden mellom behandling og sykepleie påvirker kvaliteten på tjenestene, blant annet ved at informasjonsflyten blir dårligere. I tillegg påpekes det at dårlig tilrettelegging av medisinsk behandling også vil gå utover kvaliteten på sykepleien, for eksempel flyten i behandlingsprosessen og mottaksrutinene ved innleggelse. Behandling og pleie beskrives dermed som mer gjensidig påvirket av hverandre enn det sykehuset organisatorisk tilrettelegger for.

5.7 Forholdet til pasientene og pårørende

Som vi så i underkapittel 5.4, står forholdet til pasienter og pårørende svært sentralt i sykepleiernes arbeid, og i dette forholdet ligger også viktige aspekter ved sykepleiernes yrkesidentitet. Gode tilbakemeldinger fra pasientene verdsettes høyt av sykepleierne, og kritikk fra pasienter og pårørende kan være vanskelig og sårende. Møtet med pasientene og pårørende er dermed en viktig kilde til arbeids glede, men kan altså også være krevende eller frustrerende. I intervjuene prøvde vi derfor å få frem hvilke forventninger de opplevde fra pasientene og pårørende, og hvilke forventninger de selv hadde til pasientene og pårørende.

Flere sykepleiere mente at pasientene i dag stiller større krav i behandling og pleie enn hva tilfellet har vært tidligere, og at kravene er større fra de yngre pasientene enn fra de eldre. Mange pasienter har store forventninger til informasjon om sykdom og behandling, og disse stilles ofte til sykepleierne. I tillegg har pasientene forventninger om at sykepleierne skal være blide, hyggelige og omsorgsfulle.

Sykepleierne ga generelt uttrykk for at pasienters og pårørendes krav er rimelige, og har stor forståelse for deres behov for ivaretagelse og støtte gjennom sykdom som ofte innebærer sorg og opplevelse av krise. Sykepleiernes holdninger til de forventningene de blir møtt med fra pasientene og pårørende kan likevel sies å være sammensatte. På den ene siden fremhevet de at pasientene trenger omsorg og støtte, særlig de alvorlig syke og døende, og de uttrykker også et sterkt *ønske* om å ivareta pasienter og pårørende spesielt godt med hensyn til deres reaksjoner på sykdom. På den andre siden mente flere sykepleiere at det er for sterke forventninger fra pasienter og pårørende om at sykepleierne skal gjøre alt, være service-minded og oppofrende, eller som en sykepleier sier: *"de (sykepleierne) skal stå på pinne for dem"*. De var derfor opptatt av å sette grenser i møte med pasientenes forventninger.

Noen sykepleiere mente at pasientene og pårørende i for stor grad forventer at sykepleierne skal være *"snille og gode og ikke tøffe med dem"*, og at de i for liten grad er opptatt av hva de kan forsøke å gjøre selv; *"dem ser det ikke sånn at vi skal hjelpe dem til å gjøre mer selv, men vi skal gjøre det for dem, for de er jo syke."* Flere sykepleiere var derfor opptatt av at sykepleierne *"skal stille krav, ikke bare jatte med"*, og at *"Vi påtar oss mye ansvar som egentlig er pasientens"*. De påpekte også faren for at passiviteten kunne føre til at pasientene ikke ble bedre, eller ikke gjenvant sin selvstendighet i tilstrekkelig grad. Den erfarne og gode sykepleier har derfor lært seg å sette grenser overfor pasienten, og for pasienten, slik at pasientene ikke går inn i sykerollen i overdreven grad.

"Mange pasienter kler av seg sin identitet når de kommer på sykehus. De kler ikke bare av seg klærne. De begynner å oppføre seg helt annerledes enn de ellers gjør. De kan kaste søppel på gulvet, eller bind. De kan gå rund i bare en t-skjorte. Selv om det er her oppe. Menn til besvær, pleier jeg å si. De hadde aldri gjort slikt om de var hjemme. Jeg prøver å få de til å slutte med å legge fra seg sin identitet. Intervjuer: Så du stiller grenser – da strekker du deg ikke så langt du kan? Nei. Jeg setter noen grenser."

En annen type forventninger som kunne være frustrerende å møte, og som særlig kommer fra de yngre pasientene, er at en del ting skal være som hjemme. Eksempler var å ha kameratflokken på besøk, eller å ha kjæresten til overnatting. Disse ble av et par sykepleiere omtalt som *"unge som finner seg vel godt til rette"*.

Både at pasienter ble passive i pasientrollen eller *"finner seg vel godt til rette"*, ble i en viss grad også knyttet til merarbeid for sykepleierne. Sykepleierne opplevde også at det kunne bli vanskelig når pasientene og pårørende ikke så sykepleiernes arbeidssituasjon: *"Noen blir sure når de må vente så lenge. Litt vanskelig at de ikke ser vår situasjon også, når det er lite folk og mye å gjøre"*. Samtidig var det også flere som påpekte at det oppleves vanskelig at pasientene er så oppmerksom på sykepleiernes mangel på tid, og dermed blir redde for å spørre om hjelp.

Mange sykepleiere fortalte at møte med pasientenes, men særlig pårørendes, sinne var en av de vanskeligste situasjonene å håndtere, og at dette kunne representere en belastning i hverdagen: Årsaken til sinne hos pasienter og pårørende ble forklart med at pasientene og pårørende er i en sorg og krisereaksjon: *"Pårørende som ikke aksepterer virkeligheten, har mye sinne i seg og lar det gå utover oss."* Pårørendes aggresjon ble opplevd som rimelig i noen grad, men også ubehagelig og noe de *"blir lei av"*. Pasienters og pårørendes sinne og frustrasjon ble også satt i sammenheng med hvordan sykehuset fungerer som system, og er vanskelig å møte når de omhandler forhold ved systemet som ligger utenfor sykepleiernes kontroll. Eksempler er misnøye med *"all ventingen"* under opphold på kirurgisk post eller at systemet ikke er lagt tilstrekkelig til rette for pleietrengende og døende. Da opplever sykepleierne at det ikke bare er pasienters og pårørendes reaksjon på sykdom og livssituasjon de skal ivareta, men også deres reaksjoner på mangelfulle sider ved hvordan sykehuset som system fungerer. Sykepleierne må dermed *"bære"* frustrasjonene over systemet.

Samlet sett kan vi si at vi gjennom intervjuene så en spenning i sykepleiernes forventninger til pasientrollen mellom retten til å få hjelp og omsorg og det å måtte klare seg selv. Sykepleiernes synes å ønske en mer aktiv pasientrolle enn den tradisjonelle sykerollen. Ønsket om en mer aktiv pasientrolle begrunnes med tre ting; dette kan hjelpe pasienten til å bli bedre, det reduserer sykepleierens arbeidsmengde, og det handler om respekt for sykepleieren.

5.8 Sykepleiernes kompetanse

Et viktig siktepunkt ved undersøkelsen har vært å se på bruk av sykepleieres kompetanse i sykehuset. I intervjuene fulgte vi derfor opp spørsmålene fra spørreskjemaundersøkelsen om sykepleierne savner kompetanse, eller om de opplever å sitte inne med kompetanse som de ikke får benyttet. I tillegg ønsket vi å få vite hvordan sykepleierne beskrev innholdet i sin egen kompetanse, og hvordan de opplevde innholdet i utdanningen å samsvare med de utfordringer de møter i praksis.

5.8.1 Sykepleiernes unike kompetanse

I intervjuene var vi spesielt opptatt av sykepleiernes beskrivelse av sin egen unike kompetanse, da dette vil gjenspeile sentrale aspekter ved sykepleierrollen og sykepleiernes identitet. Hva slags kompetanse opplever sykepleierne da at de besitter, og som ikke de andre fagutøverne på sykehuset har? Hva er deres felt?

Det var i svært stor grad vanskelig for sykepleierne å finne presise svar på disse spørsmålene. De startet ofte med å svare at *"det er mye"* eller *"vi kan litt om alt"*. Noen omformulerte spørsmålet til det nærliggende *"Hva er sykepleie?"*, og kom via dette fram til at svaret hadde to hovedkomponenter: 1) kunnskap om sykdom og medisinsk behandling og 2) sosiale/mellommenneskelige egenskaper som *"god til å kommunisere"*, *"omsorgsfull"* og med *"et helhetlig menneskesyn"*. Sykepleierne skal med bruk av disse hovedkomponentene henholdsvis assistere legen ved behandling og ha en mer selvstendig sykepleiefunksjon med et sterkere omsorgsaspekt og helhetlig tenkning som basis.

Andre sykepleiere besvarte spørsmålet med å vise til det sammensatte i sykepleiernes fagfelt, eksempelvis *"Det er mange forskjellige felt, uten at vi har et eget felt."*, *"Faget" kaller vi det, men det er jo bygget opp av mange andre fag.*, og *"Vi kan veldig mange biter. At vi kan mye om mennesker generelt."*

Sykepleiernes evne til å kunne *"litt om alt"* ble videre knyttet til sykepleierens koordinerende rolle i sykehuset, hvor man skal være *"edderkopp"* som holder i alle trådene (jf underkapittel 5.2). Det var imidlertid noe ulike oppfatninger rundt hvor vidt administrativ kompetanse er en del av sykepleiernes unike kompetanse. På direkte spørsmål om dette ble det f.eks. sagt at *"vi driver jo mye med det"*, eller *"det er greit, men jeg vil ikke ha for mye av det"*. At sykepleierne variere i synet på hvor sentral del av sykepleiekompetansen den administrative og koordinerende kompetansen er, kan ha sammenheng med at denne type kompetanse oppleves som mindre konkret enn flere andre kompetanseområder. Det kan også ha sammenheng med at en del av de koordinerende oppgavene oppleves som restoppgaver sykepleierne må gjøre uten at dette er definert som spesifikke sykepleiefaglige oppgaver (jf kap. 5.3).

Et viktig element i *"edderkopp-kompetansen"* synes å være mer klinisk rettet, hvor sykepleieren unike kompetanse er knyttet til evnen til å observere og å *"ha overblikket"* over pasientenes tilstand til enhver tid, både medisinsk og psykososialt. Sykepleieren skal kunne gjøre de kontinuerlige observasjoner og forstå et sykdomsbilde som grunnlag for å anbefale eller starte tiltak (jf underkapittel 5.6.2). En sykepleier sier dette slik: *"Vi ser pasientene mye, i motsetning til legene. Og vi har kunnskap til å vurdere, i motsetning til hjelpepleierne. Sykepleieren er også hos pasienten hele døgnet og må takle pasientene der de er."*

Noen viste til sykepleiernes selvstendige kompetanse ved å avgrense seg fra legenes medisinske kompetanse, og hvor sykepleierens unike kompetanse da knyttes til psykososiale kompetanse; *"Vi er ikke ekspertene på sykdom og behandling, men først og fremst er vi gode på å hjelpe pasientene med å takle deres reaksjon på sykdom og behandling"*.

Sykepleierens unike kompetanse ble også beskrevet som evnen til å veve sammen ulike former for kompetanse og et vidt kunnskapsgrunnlag, i motsetninger til de andre yrkesgrupper som har omfattende kompetanse på et mer avgrenset område.

"Jeg tenker at vi kan ta vare på pasienten sine behov for pasienten når de er syke, hele kroppen. Vi kan håndtere psykiske reaksjoner for eksempel, det kan en psykolog også, men han kan ikke samtidig vaske en pasient eller stelle en pasient. Intervjuer: Kan eller vil

ikke? Begge deler. Kan ikke heller, for det er en kunnskap bak. Mange hensyn å ta. Vi er gode på å observere sammenhenger. Vi er ganske gode på kommunikasjon med pasienten. Vi kan håndtere syntes jeg reaksjoner på det å bli syk, å få en sykdom. Symptomer og fysiske og psykiske ting. Jeg tror ikke en lege er veldig god til å stille med en kvalm pasient for eksempel. Han trenger ikke det, men vi har lært en masse tiltak i forhold til det. Masse ikke-medisinske tiltak også som på en måte er riktig i den sammenhengen. Intervjuer: Er det det sykepleiefaglige du nå tenker på? Ja. .. Intervjuer: Det er ikke veldig lett å få tak i hva dette er for noe? Mye medisin, litt fysioterapi, litt ernæringsfysiologi. Intervjuer: Så dere kan litt av det alle andre kan? Hver for seg kan kanskje faggruppene mer enn vi kan, men det som kanskje er unikt at vi kan litt av hvert. Det ser vi jo når fysioterapeuten kommer inn til en som har kastet opp eller hva som helst. De kan fortsette å trene, men de ringer i snora for de vet ikke hva de skal gjøre, er det lurt å ligge, sitte, drikke kaldt eller hva. Da kommer vi som reddende engler. Da vet vi ofte hva kvalmen skyldes, vi vet hvordan vi kan hjelpe det, gi medikamenter i passe dose og fart."

Det ble i tillegg pekt på at sykepleierne har en spesiell evne til å omstille seg raskt, eller til "å skifte fokus" fordi man møter mange pasienter med svært ulike behov og fordi arbeidsdagen inneholder mange forstyrrelser og endringer av opprinnelige planer. Man kan for eksempel måtte veksle mellom teknisk krevende prosedyrer og samtaler med pasienter i dyp sorg. En sykepleier sa derfor at det spesielle ved sykepleieres kompetanse er:

"Det å omstille seg slik, jeg tror nesten det er det som gjør det. Sammenlignet med en fysioterapeut som får en rekvisisjon som han kan sette seg ned og lese, og går så ut til pasienten. Det samme med sosionom. En lege må også sette seg inn i ting, men da er det f.eks. den blindtarmen eller det beinet. Jeg tror det er mer helheten vi..."

De sammensatte arbeidsoppgavene innebærer dermed at sykepleierne skal gripe over en mer helhetlig situasjon enn de mer spesialiserte yrkesgruppene, og hvor denne helheten nettopp krever en særegen kompetanse.

5.8.2 Ønsker om mer kompetanse

Sykepleierne er samstemte i at de absolutt har nok kompetanse til å utføre den jobben de er satt til å gjøre. Dette betyr ikke at de opplever seg som ferdig utlært, og i tillegg kreves det at de holder seg oppdatert innen sitt felt. Sykepleierne etterlyste imidlertid mer kompetanse på flere områder. Vi understreker at dette ikke nødvendigvis betyr at sykepleierne opplevde seg selv som inkompetente på disse områdene, men like mye at dette er områder de ønsket å styrke, samt uttrykk for det vi oppfattet som et mer generelt ønske om "kunnskapspåfyll" og kompetanseutvikling.

Organisasjonskompetanse

Et forhold som kunne framkalle usikkerhet i jobben var opplevelsen av manglende kjenneskap til organisasjonen og rutinene, og kodene for samspillet der. Dette gjaldt naturlig nok mest for de som hadde kortest fartstid på postene. For de minst erfarne sykepleierne synes det å bli kjent med organisasjonen, dens rutiner, prosedyrer og koder å være den største utfordringen, og noen ganger så stor at de føler seg svært tappet av det. "Det vanskeligste i starten har vært det administrative papirarbeidet. Det å vite hvordan legene vil ha det, og å få det til å gå fort nok." Det framheves at det er krevende å ha oversikt over alle administrative oppgaver som skal gjøres, og dette krever trening.

Medisinsk kunnskap og medisinsk-tekniske prosedyrer

Flere sykepleiere oppga at de manglet kunnskap om de sykdommene som posten hadde spesielt ansvar for, men at de fikk opplæring i dette gjennom internundervisningen, og ikke minst i praksis. Mange påpekte at de fant sykdomslære interessant, og derfor var svært motiverte for å lære mer. Når det gjaldt medisinske og tekniske prosedyrer fortalte sykepleierne at de bruker mye tid og krefter på å bli trygge på å utføre disse prosedyrene. Disse ferdighetene bør også beherskes så godt at de klarer å gjøre flere arbeidsoperasjoner samtidig, for eksempel snakke med pårørende samtidig som man setter venflon. Dette er viktig for å gjøre sykepleierne trygge, men det er også viktig for å gi pasienten trygghet, og for å ha overskudd til å konsentrere seg om pasientenes følelsesmessige behov. I tillegg er dette nødvendig ut fra tidspresset i arbeidet. En sykepleier sa dette slik: *"Etterhvert så slapper man jo mer av og klarer å få til et helhetsblikk. Som student ble jeg imponert over hvor mye de erfarne sykepleierne så samtidig."* Å beherske prosedyrer med stor trygghet inngår dermed som et sentralt element i sykepleierens erfaringsbaserte kompetanse.

Noen sykepleiere fremhevet derfor at det blir lagt for liten vekt på konkret, teknisk og praktisk sykepleie i utdannelsen, inkludert i studentpraksisen, og at de nyutdannede mangler kliniske ferdigheter. Flere fremhevet samtidig at tekniske prosedyrer ikke er det mest krevende i jobben, og at dette læres gjennom erfaring: *"De praktiske tingene kommer jo etterhvert"*. I denne sammenhengen trekkes det fram at det derimot er vanskeligere å bli god til å snakke med alvorlig syke og døende.

Relasjons- og kommunikasjonskompetanse

Utfordringene i møter med alvorlig syke og døende, og pårørende i sorg, ble trukket fram av flere sykepleiere. *"Noe av det vanskeligste er å ha full oversikt over en pasient som er ordentlig dårlig. Og det å stå overfor døende og pårørende"*. Sykepleierne fremhevet at det tar tid og erfaring å gå inn i disse vanskelige situasjonene som er følelsesmessig utfordrende. Det kan være vanskelig *"å tørre å gå ordentlig inn i pasienten"*. I tillegg fortalte sykepleierne at mange pasienter trenger at man er *"litt tøff med dem"* for at de skal kunne komme videre i sykdoms- og sorgforløpet. Dette er vanskelig å gjøre på en god måte, men dersom det gjøres riktig kan det ha stor betydning for pasientene og for pasientenes opplevelse av trygghet til sykepleierne. Noen viste også til behov for kompetanse for å formidle informasjon og kunnskap på en forståelig måte.

Sykepleierne ønsket å utvikle sin relasjons- og kommunikasjonskompetanse både teoretisk og erfaringsmessig, dette gjaldt også de erfarne sykepleierne. En sykepleier sa dette slik:

"Etter 2-3 år trenger man noe mer. Da kommer du lenger ved å ta tak i det som er vanskeligst av alt: De vanskeligste pasientene, og de som skal dø. De sykeste og familiene som har det verst. Men du blir jo rimelig sliten av det. Å gå inn det tunge og vanskelige så mye."

Relasjons- og kommunikasjonskompetanse etterlyses derfor av flere sykepleiere som tema for kurs og videreutvikling.

Å kunne bære ansvaret

Sykepleierne, og særlig de minst erfarne, ga i stor grad uttrykk for at noe av det mest utfordrende i arbeidet handler om det å mestre det ansvaret de opplever å få. Dette ansvaret omhandlet flere områder; for virksomheten i posten, pasientene, oppfølging av behandlingsvedtak og av studenter.

Sykepleierne utdypet ansvaret særlig med henvisning til det å være eneste sykepleier på vakt, og til det å ha sykepleieransvaret for svært syke pasienter. De benyttet også uttrykk som å være *"alene på vakt"* som kan gjenspeile en følelse av stå alene om å bære et overordnet ansvar. Én av sykepleierne fortalte at hun etter 4-5 dagers opplæring var eneste sykepleier på vakt og fant dette

litt skremmende. *"Det gikk fra å ikke ha noe ansvar til å ha et stort ansvar"*. Sykepleierne opplever også et ansvar knyttet til å være mellomledd mellom leger og pasienter (jf 5.6.2). Noen av de nyutdannede sykepleierne var derfor også noe engstelig for gå legevisitt, da de var usikre på om de ville klare å oppfatte beskjedene riktig. Andre var opptatt av at man blir satt til å være veileder for studenter lenge før man føler seg klar for det. Eksempelvis sa én at hun hadde fått ansvar for studenter allerede 2-3 måneder etter at hun selv hadde avsluttet sykepleierskolen.

Vi har i kapittel 5.3 også sett at sykepleiernes koordinerende funksjon innebærer et ansvar for å ha en oversikt over virksomheten i posten. At sykepleierne opplever å få mye ansvar tidlig ble derfor ikke bare knyttet til bestemte oppgaver, men også til en mer generell følelse av at det er mye å holde kontroll over. Én beskrev den første tiden slik:

"Første tiden i arbeid var ganske fæl, egentlig. Alt var helt kaos. Mye mer å sette meg inn i enn jeg trodde. Det sier alle nye. Jeg spurte mye. Måtte det, for jeg ble bare kastet uti det. Kanskje litt for fort. Særlig de første to ukene etter at jeg hadde gått sammen med noen hele tiden."

Det synes som ansvar er en viktig dimensjon ved sykepleieres kompetanse. Kompetansegrunnet for å bære ansvar er like sammensatt som kompetansekravene til sykepleieren, og omhandler både et ansvar for pasientens sikkerhet eller lidelse, for medisinsk behandling, eller for at virksomheten ved posten blir godt administrert. Dette ansvaret opplever sykepleierne positivt når det er tilpasset sykepleierens forutsetning, men blir belastende når ansvar ikke står i sammenheng med sykepleierens kompetanse eller muligheter for å ivareta oppgavene på en god måte. I sykepleiernes beskrivelser synes det som grunnlaget for å oppleve seg trygg med et stort ansvar er erfaringsbasert kompetanse. Dette er knyttet til kunnskap. Som en avdelingssykepleier pekte på, kan opplevelsen av et overveldende ansvar samtidig også betraktes som et behov for mer psykisk støtte, enn uttrykk for manglende faglig forberedthet. Uerfarne sykepleierne som hadde sluppet å være alene med ansvar de ikke følte de behersket, eller som hadde fått en mer gradvis overgang til mer ansvar, beskrev derfor dette som et godt og viktig trekk ved posten.

Kompetansegrunnet fra sykepleierutdanningen

Sykepleierne ble også stilt overfor spørsmålet om sykepleierutdannelsen på noen måte burde ha prioritert annerledes i vektleggingen av de ulike fagene for å tilpasse utdannelsen bedre til de krav som stilles i praksis. Svarene på dette var noe variende. Noen viste til at det var for lite sykdomslære på skolen, mens andre viste til behov for mer psykologi. Noen sykepleiere, men ikke alle, syntes sykepleierutdannelsen inneholdt sykepleieteorier som har lite relevans for praksis. De aller fleste oppga imidlertid at praksisperioden burde vært lenger og/eller i større grad integrert i undervisningsopplegget. Noen etterlyste et fjerde år i sykepleien for å være mer forberedt til praksis. Flere sykepleiere og avdelingssykepleiere nevnte også at de nye sykepleierne har ulik kompetanse og forberedthet ettersom hvilken skole og hvor de har hatt praksissted.

Til tross for at sykepleierne hadde en sterk oppfatning av at sykehusorganisasjonen påvirker arbeidsdagen deres og at den administrative funksjonen har representert den største overgangen til yrkesaktiv, var det ingen sykepleiere som etterlyste mer teoretisk organisasjonskunnskap i utdanningen. Dersom kunnskap om sykehusets organisering ble nevnt overhodet, ble kompetansen i hovedsak knyttet til erfaringsbasert og praktisk kompetanse. Én sykepleiere mente at den administrative og koordinerende funksjonen *"kan ikke læres i utdanningen, men må læres i praksis. Praksisperioden under studiet kan bidra, men svært ulikt hvor heldig man er med praksisplass"*. Det synes dermed ikke som sykepleierene tenker på den organisatoriske siden ved sykepleierrollen som et teoretisk fagområde.

5.8.3 Utnyttet kompetanse

Eventuell opplevelse av å ikke få brukt sider ved sin kompetanse kan vise til et misforhold mellom utdanningens forberedelse yrkesrollen og sykepleieres arbeid i sykehus, men også til spørsmålet om sykehusene klarer å nyttiggjøre seg sykepleiernes kompetanse på en god måte. Dersom sykepleiere ikke får brukt kompetanse de selv er interessert i, kan dette også føre til mindre trivsel i arbeidet, og dermed øke gjennomtrekken av sykepleiere i sykehus.

De fleste sykepleierne opplevde at de får brukt sin kompetanse i arbeidet som sykepleier på sykehuset, både gjennom medisinsk behandling, administrasjon og pleie. De syntes også at de hadde lært mye og fått utviklet seg gjennom arbeidet. De opplevde at *"vi får gjøre mye"*, dvs. at de har mange ulike arbeidsoppgaver (jf kap. 5.2). Det synes derfor ikke som om sykepleierne sitter med en opplevelse av ha kompetanse som ikke blir benyttet, men heller at deler av kompetansen blir brukt i for liten grad. Sistnevnte forhold gjelder samtidig kompetanse som framstår som kjerneområder i sykepleiernes faglige identitet.

For det første mente sykepleierne at de hadde kompetanse som ble for lite brukt fordi de ikke fikk tilstrekkelig mulighet til å fordype seg i utførelsen av sykepleiearbeidet. Dette kan beskrives som en form for *"rutinisering"* av sykepleien, hvor man bare får gjort de presserende arbeidsoppgavene uten å kunne gå i dybden i den enkelte pasient eller pårørendes problemer, eller uten å få tilstrekkelig kontinuitet i oppfølging av pasienten. En erfaren sykepleier knyttet dette til sykepleiefagets posisjon i organisasjonen: *"Sykepleieroppgavene blir underprioritert. Vi gjør det samme som pleieassistenter, bortsett fra at vi har det med medisiner"*. Dette fører til frustrasjon hos samme sykepleier: *"Vi surner på en måte. Føler at vi blir brukt på en måte. Eller at kompetansen ikke blir tatt vare på"*. Den manglende muligheten til å få jobbe sykepleiefaglig knyttes til det store arbeidspresset. Sykepleierne får dermed brukt sin vurderingskompetanse i mindre grad enn de selv hadde ønsket.

Det andre hovedområdet hvor sykepleierne oppga at de ikke får brukt kompetansen sin, gjelder kommunikasjons- og relasjonskompetanse. Dette samsvarer også med sykepleiernes beskrivelse av sin arbeidssituasjon hvor de får for liten tid til å ivareta pasientens og pårørende psykososiale behov. Sykepleierne beskrev imidlertid psykososial støtte til pasientene som en sentral del av sykepleierrollen og hadde store forventninger til å få benyttet denne kompetansen, som oppleves interessant og meningsfull, og som helt nødvendig for å utøve helhetlig sykepleie. Vi så samtidig i kapittel 5.8.2 at sykepleierne ønsker å videreutvikle sin kommunikasjons- og relasjonskompetanse i større grad enn de opplever å få mulighet til.

5.8.4 Tilbakemeldinger i arbeidet

Tilbakemeldinger i arbeidet er viktig for opplevelsen av egen kompetanse og for generell jobbtilfredshet. I tillegg er tilbakemeldinger et betydelig element i kompetanseutvikling og i kvalitetssikring av behandling og pleie. Hvilke former for tilbakemelding i arbeidet beskriver så sykepleierne?

Tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende synes å bli betraktet som den vanligste og viktigste kilden for tilbakemelding på den jobben sykepleierne gjør. En annen viktig kilde er hverandre; *"Vi spør hverandre hvis vi er i tvil. Vi diskuterer oss frem til en løsning."* Å spørre og diskutere inngår dermed som en viktig del av tilbakemeldingssystemet. Evnen til å spørre ble også fremhevet som en svært viktig egenskap ved sykepleieren mer generelt, både for å lære, for å trekke veksler på hverandres kompetanse og for å sikre at man ikke gjør noe galt. Det synes derfor at det å spørre

inngår som en del av sykepleierkulturen. Samtidig kan dette føre til at sykepleierne stadig avbryter hverandre i arbeidet.

En sykepleier fremhevet at det er særlig viktig å få tilbakemelding i alvorlige og akutte situasjoner:

"I de situasjonene man ikke har mestret ting, for eksempel, hvis det har vært akutt og det har gått dårlig, og man sitter igjen med at man gjorde en dårlig jobb. Da er vi kanskje ikke så flinke til å backe hverandre opp. Tror egentlig alle vet at vi ikke kunne gjøre noe. Man det er jo den følelsen av at man ikke har strukket til. Hvis jeg har følt det, så har de andre rundt vist at det ikke var noe man kunne gjøre. Man føler seg likevel alene."

Sykepleierne oppga at de generelt var flinke til å gi positiv tilbakemelding til hverandre, men at det kunne være vanskelig å komme med kritikk og korrigeringer av hverandres arbeid. En sykepleier sier at det *"ikke er så åpent som man kunne ønske at det var, når man tenker på hva vi driver med og hva slags kvaliteter vi tror vi har"*. En annen sykepleier sa at:

"Hvis det virkelig er en feil, tror jeg du kan få støtte. Men det er ingen som går deg i sømmene og sier at det der var ikke spesielt lurt, eller du kunne kanskje gjort det slik. Du får på en måte lite evalueringen underveis på det du gjør. Hvis det er positivt får du kanskje høre det."

Noen etterlyste derfor mer konkret tilbakemelding fra ledelsen om de gjør en god jobb. Andre sykepleiere ønsket mer ros for arbeidet *"annet enn når man jobber overtid"*. Flere etterlyste også en mer systematisk evaluering av arbeidet. Dette for å ivareta muligheten til forbedringer, men også for å reflektere over hendelser på jobben i stedet for å ta med seg de tankene hjem.

5.8.5 Kompetanseoppbygging og fagutvikling

En viktig oppgave for sykehuset er å sikre opplæring av nyansatte og videreutvikling av sykepleiernes kompetanse. I tillegg skal sykepleiere drive fagutvikling av sykepleietjenesten ved posten.

Tiltak for opplæring og kompetanseutvikling

I alle postene i undersøkelsen fantes systemer for opplæring og videreutvikling av kompetanse hos sykepleiere, både på sykehusnivå, avdelingsnivå og postnivå. Dette kan ta form som systematiske etter- og videreutdanningstilbud, eksterne kurs og konferanser, interne kurs eller undervisning på posten. Ved noen avdelinger og poster var det ansatt undervisnings-sykepleier eller fagutviklings-sykepleier med spesielt ansvar for disse virksomhetsområdene.

Den mest vanlige formen for opplæring var internundervisning som ble gjennomført ved alle postene. Internundervisningen var organisert noe forskjellig, men den utgjorde flere steder ca. en time på dagtid med varierende antall uker i mellom. Internundervisningen kunne f.eks bestå av at leger underviste om aktuelle sykdommer og behandlingsformer i posten, av presentasjon fra andre poster, og av tilbakemelding fra eksterne kurs og seminarer. Ved noen poster eksisterte det også opplæringsprogram for nyansatte og for erfarne sykepleier, om enn i noe mindre omfang.

Utformingen av etter- og videreutdanningstilbud var noe forskjellig ved de ulike avdelingene og tilbudet varierte også noe mellom postene innenfor samme avdeling. En tendens var at man knyttet etter- og videreutdanningskurs til en formell kompetanseheving som kan gi vekttall i universitets- og høyskolesystemet, mulighet for stillingsopprykk eller bedre lønn. Ved alle avdelingene var man også opptatt av å lage et videreutdanningsprogram innen klinisk sykepleie,

både for nyutdannede og erfarne sykepleiere, i form av "klinisk stige". Dette var innført ved to avdelinger. En annen avdeling "leide" plasser for sykepleiere på klinisk stige ved et annet sykehus. Ved den siste avdelingen hadde man ansatt en person er ansatt i halv stilling for å utvikle klinisk stige. Man ønsket her å lage to karriereveier for sykepleiere i sykehus, en administrativ og en klinisk.

Begrenset tid til faglig fordypning og fagutvikling

Sykepleierne i undersøkelsen hadde varierende opplevelser av muligheter til kompetanseoppbygging og fagutvikling. Dette varierte mellom de ulike poster og avdelinger, men også mellom unge og erfarne sykepleiere. Mange mente at opplegget for kompetanseoppbygging var godt, og viste da i hovedsak til internundervisning og tilbud om ulike kurs. Flere fremhevet at kurs er morsomt fordi det ga avbrekk i hverdagen, og at det er morsomt å lære mer både for å få utvikle seg og for å kjenne at man blir satset på. Det ble samtidig fremhevet at den viktigste delen av fagutviklingen er integrert i arbeidet. Man lærer med andre ord hovedsakelig gjennom praksis og av hverandre. I tillegg viste sykepleierne til at legene er en viktig kilde til kunnskap gjennom previsitt og visitt.

Det fremgikk likevel at det på de fleste postene var vanskeligere å få integrert mer omfattende rutiner for sykepleiefaglig fordypning for den enkelte sykepleier i arbeidstiden. Kun én avdeling hadde systematisk tilrettelegging for dette ved at sykepleierne skal ha en dag per 12 uke til studier eller fagutvikling. Selv om ledelsen hadde gode intensjoner om dette, fremhevet flere sykepleiere at dette er vanskelig å få realisert; "Mye god mening, men lite gjennomføring". Dette foklarte sykepleierne med at lav bemanning og høyt arbeidspresset gjør det vanskelig å trekke seg tilbake fra arbeidet over lengre tid eller å legge inn faste videreutviklingsdager i turnusen. Flere viste også til at selv om det er mulig å få delta på eksterne kurs eller konferanser, vil det bli en stor belastning for hverandre hvis mange skal gå på kurs.

Det syntes særlig vanskelig å finne tid i arbeidstiden til egen lesing for å holde seg faglig oppdatert eller for fordypning. På spørsmålet om det var vanskelig å få sykepleierne til å følge opp faglig fordypning og fagutvikling svarte en avdelingssykepleier slik:

"Ja, det er vanskelig. Det er vanskelig å gi dem tid. Til kurs, det blir veldig, veldig prioritert, men å gi dem tid til selvstudie, det er vanskelig. For det er så opp og ned. Er det lite pasienter, får dem selvfølgelig det. Men vi skal ha pasienter, så det er rett og slett ikke budsjett til det. Det er vel det som er meningen på lang sikt at det skal inn i budsjettene, så det jobber vi enormt mye med for å få en prosedyre på dette å sette av tid til fagutvikling. En kjempejobb bare å finne ut hva som er fagutvikling. Det har avdelingssykepleierne jobbet mye på her på medisinsk avdeling."

Mangel på en etablert tradisjon, eller erfaring og rutiner, synes også å ligge bak det begrensede omfanget av eget, selvstendig fagutviklingsarbeid. En erfaren sykepleier beskrev dette slik:

"Jeg mener vi har bemanning til å kunne kanskje gå ut av avdelingen og gjøre egne prosjekter og ting, men det blir til at vi går i tralten og får input fra de som sitter i stigene. Intervjuer: Dere blir undervist i stedet for at dere driver egen fagutvikling? Ja. Det er noen som selv tar initiativ til det, som gjør det. Det er ikke så lett å få en dag i biblioteket for å sette seg inn i noe, du må stå på selv."

Enkelte sykepleiere påpekte også sykepleiernes manglende tradisjon på dette ved å sammenligne seg med legene "Her ved dette sykehuset er det kanskje en tradisjon på at satsingen på kompetanse er forbeholdt leger". Mer tid til formalisert kompetanseutbygging og faglig fordypning innebærer dermed en endring av den tradisjonelle sykepleierrollen i sykehus.

De fleste sykepleierne oppga også at de i liten grad benyttet arbeidstiden til lesing utover prosedyrepermer og lignende, og at lesing dermed må skje på fritiden. Det synes å være aksept for dette, selv om mange sa at de syntes det var vanskelig å få gjort dette, og at lesingen dermed var av svært varierende omfang. Det ble også påpekt at de nyutdannede i større grad krever at dette skal kunne utføres innenfor arbeidstidens rammer. På noen poster var det fagutviklingsgrupper som jobbet med forskjellig tema. Dette krevde imidlertid at sykepleierne noen ganger måtte komme på jobb utenom sin faste turnus, noe enkelte syntes var vanskelig ut fra sin familie-situasjon.

Faglig utvikling foregår som nevnt i stor grad gjennom praksis, men vi så også i kapittel 5.8.3 at sykepleierne savnet mer tid til å fordype seg i utførelsen av sykepleiearbeidet i møte med den enkelte pasient. Noen pekte på at mer tid til dette, og til annen individuell fagutvikling, vil kreve reduksjon i andre arbeidsoppgaver.

"Ja, det er litt vanskelig. Alt som er ordinert, kommer først. Det må vi gjøre, hvis ikke dør pasienten. Vi bruker for mye ting på andre ting. Hadde vi ikke gjort det, hadde vi sett at vi har god tid og hva vi kan finne på, eller hva det er lurt å gjøre. Da kunne vi hatt flere grupper, hatt veiledning, samarbeidet mer oss imellom og kommet frem til en bedre behandling for pasienten sammen. Da måtte vi fridd fra alt det andre vi gjør."

Erfarne sykepleiere savner utfordringer

Det synes som de erfarne sykepleierne var noe mindre fornøyd med opplærings- og utviklingsmulighetene i sykehuset enn hva de yngre og mer uerfarne var. Det var imidlertid forskjell i hvor sterkt sykepleierne markerte dette som et viktig ønske. En av de erfarne hadde for eksempel ikke ønske om å gjennomføre klinisk stige. Hun måtte nærmest pålegges dette, men synes det har vært svært positivt når hun først kom i gang. Det var imidlertid flere av de mer erfarne sykepleierne som synes at tilbudet om fagutvikling i form av kurs var for lite; *"Vi som har jobbet her en stund får ikke tilbud om kurs eller noe, mens de nyansatte går på det ene kurset etter det andre."*

En erfaren sykepleier fremholdt at de erfarne sykepleierne ikke får tilstrekkelig utfordrende oppgaver til at de får brukt og utviklet sin kompetanse; *"Jeg ser det er vanskelig å beholde folk som har vært her en stund. De har ikke nok utfordringer."* En annen sykepleier sier at: *"Vi har veldig mange ressurspersoner som kan mye fra før, som har masse kompetanse, men som ikke blir brukt skikkelig."* Det blir for lite tid til utvikling av pleietjenesten ved posten og til å gå inn i sammenhenger hvor man får brukt sin erfaring og kompetanse i utviklingsarbeid ved sykehuset. Det ble derfor etterlyst et større fokus fra ledelsens side på at sykepleierarbeidet ved posten skulle være mer rettet mot utviklingsarbeid og ikke bare mot å gjennomføre rutinene på posten.

Et par avdelingssykepleiere ga uttrykk for en viss bekymring for hvordan posten greier å anvende kompetansen som spesialiseringsstudiene gir sykepleierne, noe som er viktig både for posten og for den enkelte sykepleier med videreutdanning. Videreutdanning av sykepleiere kan gi et dilemma fordi økt utdanning øker forventningene til å jobbe i dybden med sykepleiefaglige problemstillinger, samtidig som organiseringen av posten ikke gir rom for dette. Det var imidlertid kun én av de intervjuede sykepleierne som hadde videreutdanning/spesialiseringstillegg, så vi har her for lite grunnlag for å si noe om disse sykepleierne opplevelse av hvordan de får anvendt denne kompetansen.

Kortvarig ansettelsesperspektiv

Selv om opplæring og utvikling kan være et middel til å beholde sykepleiere i posten, kan det også synes som sykepleierne knytter videreutdanning til noe som skjer *utenfor* arbeidet i posten. Flere sykepleierne styrket sin kompetanse gjennom kurs og videreutdanning uten at dette var direkte knyttet til jobben, og dette ble også begrunnet med utsikter til andre type jobber. Det å flytte over på en ny post ble også av flere sykepleiere framholdt som en måte å få nye utfordringer, ny kunnskap og utviklingsmuligheter.

Sykepleierne hadde generelt et kortvarig perspektiv på ansettelsesforholdet i sykehus. Dette var mest merkbart hos sykepleierne på de store postene med høyt arbeidspress. Flere sykepleiere refererte til to til tre år som det å være lenge på posten, og en erfaren sykepleier beskrives som en som har jobbet på sykehus i to til tre år. Også nyansatte fremhevet at de ikke hadde tenkt å være i posten for lenge; ” *Kan tenke meg å prøve litt forskjellig. Blir ikke her alltid*”. De var ikke blinde for å jobbe i andre type jobber selv om de trives som sykepleier: ” *Hvis jeg ser noe spennende, så gjør jeg det...*”.

5.9 Sykepleiefaglig identitet i møte med sykehusorganisasjonen

I intervjuene ønsket vi også å få frem viktige kjennetegn ved sykepleiernes yrkesidentitet i sykehus. Vi ønsket også å få fram hva som skjer med sykepleiernes oppfatning av sykepleieryrket i møte med sykehuset som arbeidsorganisasjon, sett i forhold til den sykepleiefaglige identiteten de har utviklet gjennom utdanningen.

5.9.1 Idealsykepleieren i sykehus

For å få et bilde av hva sykepleierne anser som de viktigste verdier og normer knyttet til sykepleierrollen ble sykepleierne bedt om å beskrive egenskaper ved en rollemodell de har verdsatt, eller gi et idealbilde av en sykepleier. Svarene var i stor grad sammenfallende på tvers av avdelinger og poster. Sykepleierne kan derfor sies å være relativt samstemte i synet på hva som kjennetegner en god sykepleier.

Sykepleierne fremhevet at en god sykepleier skal være kunnskapsrik, og ”*faglig dyktig*”. Dette ble ofte presisert ved at ”*hun bør kunne sin sykdomslære*”, men også ved at sykepleieren er allsidig og kan mye om mye forskjellig. Sykepleieren bør være lærevillig, erfaren og ha evnen til å lære fra seg. En sykepleier sa det slik:

”Du må innse at du må lære alltid. Fint å se et menneske som har denne holdningen. Intervjuer: Faglig dyktig, kan du forklare det nærmere? Hun bør kunne sykdomslæren sin. Da vet man hva som feiler pasienten og skjønner konsekvensen og rekkevidden av det. I tillegg kunne klarere pasienten. Her har vi mange dårlige og nyopererte pasienter. Sykepleieren må derfor ha evne til å observere og handle. Du må kunne sykdomslære, fysiologi, osv. Samtidig må du ha det medmenneskelig slik at du handler fornuftig og rolig. Slik at du ikke skremmer pasienter og medarbeidere. Intervjuer: De medisinske basisfagene er viktige? Du må vite hvordan kroppen fungerer og reagere. Det er viktig her oppe. I tillegg hvordan hodet virker, for eksempel krisereaksjoner. Prøve å gjøre noe når pasienten er nede.”

Selv om sykepleierne fremhevet viktigheten av medisinsk kunnskap og tekniske prosedyrer, ble evnen til omsorg og kommunikasjon i like stor grad fremholdt som en sentrale viktig egenskap ved en god sykepleier; ”*Man bør være faglig dyktig, men det er like viktig å være menneskelig.*” I en ansettelsessituasjon ville derfor flere sykepleiere heller ansatt den sykepleieren som framstod med

verdsatte mellommenneskelige egenskaper: " *Du kan lese prosedyrer, så går det bra. Jeg tror ikke det er så lett å lære deg respekt, omsorg og de ulne tingene. Det er ikke noe som kommer til deg hvis du ikke har evne til det.*" Even til å kommunisere ble ansett som mulig å videreutvikle, men sykepleierne mente også at dette er knyttet til personlig egnethet og til en interesse for å arbeide med mennesker.

Sykepleierne knytter dermed sykepleieryrket nært til evnen til kommunikasjon og omsorg, og til å sette pasienten i fokus. Dette kommer frem i utsag som: "*Sykepleiens kjerne er kommunikasjon, kontakt og omsorg på det mellommenneskelige plan.*" og "*Sykepleieren skal bry seg om pasientene sine!*". En god sykepleier står på for alle pasientene sine og strekker seg langt for pasienten. Hun skal også holde det hun lover. En sykepleier fortalte her at det koster mye å følge opp, men at det er "*pinlig*", ja "*direkte forferdelig*" hvis hun glemmer noe hun har sagt hun skal gjøre, som for eksempel å komme inn med en urinflaske.

Sykepleierne mente også at en god sykepleier er kjennetegnet ved at hun viser respekt, tar pasienten på alvor og har et "helhetlig menneskesyn". Sykepleieren får raskt et bilde av hvem pasienten er, og må kunne se hva pasienten trenger: "*Hun kan på en måte lese pasienten.*". Sykepleieren må også kunne evne å forstå pasienten og prøve å få et bilde av hvem menneske pasienten er. Sykepleieren skal dermed se pasienten som person, ikke bare pasient, og "*tørre å gå inn på pasienten – tørre å kommunisere*".

En god sykepleier skal også kunne beherske de administrative oppgavene og ha oversikten over sine pasienter og postens rutiner og prosedyrer. Sykepleieren skal kunne lede andre, og fordele ansvar og arbeidsoppgaver. Sykepleierne er også opptatt av at den ideelle sykepleier skal ha evne til "*å organisere dagen godt*", og til å kunne prioritere godt. Dette gjelder også poster med høyt arbeidspress hvor sykepleierne føler seg mislykket hvis de ikke har klart å prioritere godt nok.

En annen egenskap ved den flinke sykepleier, og som ble fremhevet av de fleste sykepleierne, er evnen til å være rolig og behersket slik at sykepleieren ikke gjør pasienten nervøs, og at hun makter å gi pasientene en opplevelse av trygghet. Sykepleieren må være trygg på seg selv og ikke være for stresset, også uavhengig av hvordan man opplever situasjonen. Sykepleieren skal ha tid eller gir uttrykk for tid, til den enkelte pasient, og ha fokus på den ene pasienten. Noe av dette kan læres, men sykepleierne knytter dette også til personlighet.

Sykepleierne gir videre noe mer varierende beskrivelser av viktige egenskaper ved sykepleierens måte å forholde seg til pasienter og pårørende, samt til andre yrkesgrupper. Noen sykepleiere vektlegger egenskaper som "blid", "omgjengelig" og "seviced-minded", mens andre er mer opptatt av at sykepleierne skal sette grenser og stille krav. Dette kommer for eksempel frem i utsagnet om at sykepleierne skal "*stille krav, og ha en stolthet i det de gjør. Ikke bare går rundt og gjøre det andre sier du skal gjøre. Det innebærer å være litt upopulær.*". Flere sykepleiere fremhevet at de ikke lenger ser på sykepleie som et kall, men at de stiller mer krav individuelt og som gruppe.

Blant de mer erfarne sykepleierne, inkludert avdelingssykepleierne, eksisterte det for øvrig en oppfatning av at de unge sykepleierne i dag stiller større krav ved ansettelse enn tilfellet var for noen år tilbake. Dette knyttes til at mangelen på sykepleiere gjør at sykepleierene kan velge mellom flere jobber. Kravene som framsettes er særlig:

- mer bekvem arbeidstid, gjerne uten nattevakter
- individuelt tilrettelagt turnus
- ikke overtidssjobbing
- mulighet til videreutdanning i jobben
- muligheter til permisjon

Én av avdelingssykepleierne påpeker samtidig at de unge sykepleierne framstår med klarere krav i intervju situasjonen, og at de stiller færre krav til arbeidssituasjonen etter at de har kommet i arbeid.

5.9.2 Like idealer – ulike faglige interesser

Sykepleierne varierte i sine beskrivelser av hva de selv synes er interessant i arbeidet. Noen fremhevet betydningen av at sykepleie er et praktisk arbeide. Andre sykepleiere fremhevet mer betydningen av å kunne veksle mellom praksis og teori. Dette gjør at ønsket om teoretisk videreutdanning også er noe forskjellig. Det kan synes som de yngste sykepleierne i størst grad påpeker at sykepleie også er et teoretisk fag.

Det er få som omtaler de mer overordnede teoriene om sykepleiefaget, eller sykepleie som et selvstendig fag. Ved én avdeling kan det se ut som sykepleierne er mer bevisste dette, og knytter arbeidet sitt tettere opp mot idealer om sykepleiens selvstendige funksjon, krav til fagforydning og dokumentasjonsarbeid. Disse temaene er imidlertid mer uvanlig i intervjuene som helhet, og gjenspeiler trolig en mer lokal sykehuskultur enn sykepleiere generelt. Den selvstendige sykepleierfunksjon knyttes i størst grad til at sykepleierne skal gjøre psykososialt arbeid.

Sykepleierne hadde forskjellige holdninger til stell av pasienter, og det synes som om dette er en arbeidsoppgave hvor sykepleierne har størst grad av rolledistanse hvor de skiller mellom hva en god sykepleier skal gjøre og hva de selv liker. Noen sykepleiere fremhevet at det å stelle var en viktig årsak til at de ble sykepleiere, og at de derfor savner stell når de ikke får gjort dette. Andre fremhevet at stell er kjedelig og at de derfor er glad for at de er på poster hvor det er lite stell, eller skuffet når det er mer stell enn forventet. Lite stell er dermed en årsak til at disse sykepleierne søkte posten der de er, enten fordi man jobber mer med medisinsk behandling eller fordi de liker "mer action". Det synes imidlertid som det er knyttet et tabu til å si at man synes stell er kjedelig utad.

Det var også forskjeller mellom hvor opptatt sykepleierne var av medisinsk behandling og tekniske prosedyrer, sammenlignet med psykososiale og relasjonelle aspekter ved sykepleien. Den ulike vektleggingen gjenspeiler også mangfoldet i utformingen av sykepleierrollen innenfor helsetjenesten. På spørsmålet om hvor fleksibelt sykepleieryrket er med hensyn til å kunne fylle rollen på en personlig måte, og mulighetene til å velge din egen nisje, svarte en sykepleier:

"Ja, det har du. Veldig syntes jeg. Jeg ser det blant kollegaer, noen er veldig tekniske og som vi alltid spør om hjelp av. Men du vil ikke spørre den samme personen hvis det er en som ligger og dør og familien er i oppløsning, hvordan du skal håndtere barna eller... Da vil du spørre en annen. Det blir i hvert fall slik at vi blir gode på litt forskjellige ting."

Forskjellene i de ulike individuelle utformig av sykepleierrollen ble ikke oppgitt som et problem, men noe som også kan gjøre at de utfyller hverandre, og som inngår i den samlede kompetansen i sykepleierteamet

5.9.3 Forventningenes møte med virkeligheten

Vi ba også sykepleierne om å tenke tilbake på de forventningene de under studietiden hadde til jobben som ventet dem, og hvordan disse forventningene eventuelt avvek fra arbeidet som sykepleier i sykehus.

For mange sykepleierne hadde forventningene blitt innfridd på en positiv måte. Sykepleierne syntes de hadde fått utviklet seg selv gjennom jobben både kunnskapsmessig og menneskelig, i tillegg til at de fant jobben variert og spennende. Flere hadde jobbet i helsevesenet før sykepleierstudiet, og noen så det slik at viktige sider ved arbeidet var de samme nå som da. *"Ja, stort sett. Det gir kontakt med pasienter og mennesker. Å yte omsorg."* Noen framhevet også at de var forberedt på at det ville bli travelt.

Det samlede inntrykket er at den administrative delen av arbeidet har blitt større enn forventet for sykepleierne, og at tiden sammen med pasientene har blitt mindre: *"Det har blitt mer masete og støyende enn jeg trodde."*, *"Mer koordinering og telefoning enn jeg tenkte."* En annen stor overgang fra studiene er som nevnt tidligere å ha ansvaret for posten og for pasientene.

For mange sykepleiere var det størst gap mellom arbeid og utdanningens vektlegging og sine egne forventninger om å få gjøre psykososialt eller helhetlig arbeid, eller å kunne gjøre det på en selvstendig måte. En sykepleier fortalte: *"Følte i begynnelsen at her var det veldig mye medisinsk og veldig fokus på det fysiske. Ikke så helhetlig som jeg hadde lært på sykepleien. Psykisk og sosialt er mindre inne i bildet. Ikke noe rom eller særlig åpenhet for det. En annen sykepleier sa dette slik:"* *"Vi lærte om den ideelle hverdagen, men slik er det ikke. For vi har jo ikke tid til å drive sånn helhetlig sykepleie."*

Noen fremhevet at utdanningen ikke i tilstrekkelig grad klarer å forberede dem på den virkeligheten de møter: *"Mange lærere kjenner ikke den virkelige verden. Mange har ikke vært i praksis. Vi lærer om den ideelle hverdagen, men slik er det ikke, og de fleste av oss forstår at slik er det ikke"*. Det fremheves også at spriket mellom dagens studentrolle i praksis og arbeidet som sykepleier har blitt større. Nyutdannede sykepleiere har liten erfaring med ansvaret, eller det å gå fulle dager eller fem dagers uke.

Den pressede arbeidssituasjonen og manglende muligheter for å kunne gjøre et mer grundig arbeid bidro dermed til en stor og vanskelig overgang for mange av sykepleierne. To avdelingssykepleierne fremhevet også i denne sammenhengen at en av de største utfordringene er sykepleiernes dårlige samvittighet, fordi sykepleierne er svært ansvarlige og pliktoppfyllende. Flere sykepleierne på de store postene fortalte også at de enten måtte omgjøre sine egne forventninger eller avgrense sitt fagområde gjennom spesialisering, for å tilpasse seg arbeidet som sykepleier: *"Man har lært hvordan det skal være, men man overlever ikke hvis man skal gjøre det slik. Man lærer seg etterhvert på en måte å bli litt sløv(...) Noen takler det aldri. Da kan det være at de slutter, eller at de spesialiserer seg for å avgrense feltet."*

5.10 Avslutning

I denne delen av rapporten har vi belyst ulike sider ved sykepleierrollen i sykehus på grunnlag av intervjuer med sykepleiere. I det neste og avsluttende kapitlet vil vi gå nærmere inn på disse områdene ved å knytte de tre delstudiene sammen, og deretter se på hvilke implikasjoner dette kan gi for utdanning og organisering av sykehus.

Del III OPPSUMMERING OG DRØFTING

6 Sykepleierrollen i sykehus; utfordringer og dilemmaer for utdanningen og sykehusene

Formålet for denne undersøkelsen har vært å gi et bilde av sykepleierrollen i sykehus i en tid hvor både helsetjenesten og sykehusene gjennomgår organisatoriske endringer, hvor mange sykehus fortsatt har problemer med å rekruttere og beholde sykepleiere, og hvor helsetjenestenes kvalitet og effektivitet står høyt på den politiske dagsorden. I undersøkelsen er dette formålet forsøkt oppnådd gjennom å besvare følgende hovedproblemstillinger:

1. Hvordan bruker sykepleiere sin arbeidstid, og hvordan opplever de sin arbeidssituasjon?
2. Hvordan brukes sykepleieres kompetanse i sykehus?
3. Hva er viktige kjennetegn ved sykepleieres yrkesidentitet i sykehus, og hvordan påvirker sykehusorganisasjonen denne identiteten?
4. Er det samsvar mellom sykepleieres forventninger til arbeidsoppgaver og deres faktiske arbeidsinnhold?

I de tre foregående kapitlene ble problemstillingene belyst gjennom resultater fra undersøkelsens tre delstudier: 1) En tids- og oppgaveregistrering av sykepleiernes arbeidsoppgaver gjennom 763 vakter, 2) en spørreskjemaundersøkelse av 104 sykepleiere og 2) dybdeintervjuer av 20 sykepleiere med ulik sykepleiererfaring, fra 10 ulike poster ved de fire avdelingene. I dette siste kapitlet vil vi først oppsummere de viktigste funnene i undersøkelsen, for deretter å diskutere noen dilemmaer og utfordringer undersøkelsens resultater peker mot for sykepleierutdanningen og for organisering av sykehus.

6.1 Oppsummerende betraktninger

6.1.1 Likheter og variasjoner

Tids- og oppgaveregistreringen viste at sykepleiere i de ulike avdelinger og poster i hovedsak utfører de samme hovedfunksjoner og derigjennom bruker mye av den samme type kompetanse i arbeidet. I intervjuene kom det også frem at sykepleierne har forholdsvis like yrkesperspektiver og yrkesverdier. Sykepleiernes fortellinger preges generelt av en positiv holdning til sykepleieryrket. Mange viste stor interesse for faget og et ønske om å utvikle sin sykepleiefaglige kompetanse. De trivdes godt med kollegaene på posten, og det å arbeide med mennesker var en viktig yrkesmotivasjon. Dette kan tyde på en relativt lik sykepleierrolle i sykehusene.

I dybdeintervjuene kom det samtidig fram at det er forskjeller i sykepleiernes opplevelser av arbeidet som sykepleier, og i synet på sin arbeidssituasjon. Dette gjaldt også innenfor samme post. Mange trivdes godt ved posten. Noen var nye og overveldet over alle oppgavene de måtte ivareta. Noen var ivrige over alt de kunne få lære. Andre virket mer misfornøyd med arbeidet som sykepleier i sykehus. Sykepleierne ga også ulike beskrivelser av arbeidssituasjonen. Faktorer som arbeidsbelastninger, Faktorer som syntes betydningsfulle for hvordan sykepleierne opplevde sin arbeidssituasjon var for det første knyttet til "type" post, som hvorvidt det var en kirurgisk eller medisinsk avdeling eller om posten hadde øyeblikkelig hjelp- funksjon. I tillegg ble arbeidet i posten påvirket av behandlingsaktivitet, grad av medisinsk spesialisering og størrelse på posten. For det andre ble sykepleiernes arbeidssituasjon påvirket av trekk ved pasientsammensetningen,

som andel pleietrengende pasienter eller alvorlig syke og døende i posten. For det tredje synes det som stabilitet i personalet på posten hadde betydning både for arbeidsforhold og arbeidsmiljøet i posten.

Noen oppga forholdsvis lite belastning i arbeidet, mens andre ga uttrykk for høyere arbeidspress og mer tappende arbeidsforhold. Det synes som størrelse på posten, høy gjennomtrekk av ansatte, lav spesialiseringsgrad og mange pleietrengende og døende, er faktorer som bidrar til større arbeidspress og som fører til mer stress og følelse av utilstrekkelighet i arbeidet for sykepleierne. Sykepleierne på de store postene ga i dybdeintervjuene også uttrykk for at det gikk mye tid til koordinerende funksjoner. Arbeidspresset ble oppgitt av sykepleierne som en viktig årsak til at man ville slutte, eller tenkte at man ikke ville være lenge i posten. Vi har imidlertid for lite utvalg til å si noe systematisk om forskjellene mellom postene, og hvordan faktorene innvirker på sykepleiernes arbeidssituasjon i denne undersøkelsen.

6.1.2. En "vid" sykepleierrolle

Et viktig kjennetegn ved sykepleierrollen i sykehusene synes å være at denne rollen er "vid" i den forstand at den spenner over mange ulike funksjoner og arbeidsoppgaver som:

- pleie og personlig hygiene (stell) av pasienter
- samtale med pasienter og pårørende
- deltakelse i medisinsk behandling
- administrering og koordinering av posten
- opplæring og fagutvikling enten av studenter, seg selv eller utvikling av posten
- "husholdningsoppgaver" dvs. arbeidsoppgaver som for eksempel rydding av kjøkken, lager og pasientrom.

De ulike oppgavene gjør at sykepleie i sykehus består av både fysisk, mentalt og emosjonelt arbeid, og stiller krav til ulike former for kompetanse. Noen av disse arbeidsoppgavene er nært knyttet sammen og understøtter hverandre, mens noen er mer løsrevet fra hverandre. Arbeidet til sykepleierne er også kjennetegnet ved at de utfører flere ulike funksjoner og oppgaver samtidig. I tids- og oppgaveregistreringen var det dermed vanskelig å registrere alt det arbeid som sykepleierne gjør. Dette gjaldt særlig oppgaver av kort varighet, men som til sammen kan ta mye tid, samt sykepleiernes mentale og emosjonelle arbeid.

Tids- og oppgaveregistreringen viste også at sykepleierne ikke utfører alle type arbeidsoppgaver gjennom en vakt, men at dette skifter mellom ulike poster og på ulike vakter. Det kan ut fra sykepleiernes egne beskrivelser også synes som om innholdet i sykepleierrollen varierer noe mellom de ulike postene avhengig av hvor mange av de nevnte arbeidsområdene som sykepleierne må ivareta. Graden av arbeidsintensitet øker i de poster hvor sykepleierne må favne over et større mangfold av oppgaver på samme tid.

De ulike arbeidsoppgavene opplevdes på mange måter positivt av sykepleierne fordi dette gir variasjon i arbeidet. Den vide sykepleierrollen kan samtidig gi problemer for sykepleierne. En av de største problemene synes å være at mangfoldet i arbeidsoppgaver gir en *oppstykket* arbeidsprosess fordi mange funksjoner skal utføres samtidig. Dette gjør at arbeidet stadig blir preget av avbrytelser som igjen kan føre til at arbeidet oppleves fragmentert og "kaotisk". Dette kan føre til både fysisk og psykisk belastning i arbeidet, hvor mange sykepleiere opplevde at dagen bestod av mye "gåing", eller at de fikk en følelse av utilstrekkelighet i den forstand at "når man skal gjøre alt, går det utover alt man skal gjøre".

Ut fra sykepleiernes beskrivelser kan det synes som arbeidsområdene som er lagt til sykepleierne er blitt utvidet de senere årene, selv om vi mangler systematiske og sammenlignbare data på dette

området. Sykepleierne ga uttrykk for at de stadig får flere arbeidsoppgaver utenom direkte pasientbehandling, og at det er vanskelig å avgrense seg fra disse oppgavene. Dette gjaldt særlig administrative oppgaver og husholdningsoppgaver som kan ha sammenheng med at effektiviseringen i sykehus har ført til en reduksjon i støttefunksjoner. I tillegg er andel hjelpepleiere redusert, noe som fører til en utvidelse av sykepleiernes arbeidsoppgaver til personlig hygiene av pasienter og husholdningsoppgaver. Sykepleierne opplevde at hjelpepleiere, særlig i poster med mer pleie, er en god støtte i posten fordi de har mer pleiekompetanse enn pleieassistenter og derav gjør sykepleierne tryggere på at pasienten blir ivaretatt på en god måte.

6.1.3 Tre hovedfunksjoner

Gjennom å gruppere de ovennevnte arbeidsoppgavene kan man skille ut tre funksjoner knyttet til sykepleierrollen. Dette er stell og psykososial omsorg, administrasjon og koordinering, og medisinsk behandling. Disse tre funksjonene gjenspeiler også et sykehussystem som inneholder tre "søylor"; sykepleie, behandling og administrasjon, og hvor sykepleiernes arbeidssituasjon i stor grad påvirkes av sykehusenes organisering av den enkelte søyle og samordningen mellom dem (Eriksen og Ulrichsen 1991).

Stell og psykososial omsorg

I undersøkelsen kom det frem at sykepleierne mente at pleie – og omsorg overfor pasienter og pårørende er en av de viktigste sidene ved sykepleierrollen. Sykepleierne opplevde samværet med pasientene som noe av det mest givende i arbeidet som sykepleier.

De fleste sykepleierne ønsket mer tid til å være sammen med pasienten, og til å følge opp pasienter og pårørende mer kontinuerlig. Mange sykepleiere fremhevet at de ikke hadde tilstrekkelig tid til å ivareta pasienter og pårørende i den grad de selv ønsker eller mener er nødvendig på grunn av arbeidspress generelt, eller at det gikk for mye tid til andre oppgaver. Dette gjaldt både for dag- og kveldsvakter. Samtidig oppga de at pasientene i hovedsak ga god tilbakemelding på behandling og pleie i posten, selv om dette varierte noe, særlig fra pårørendes side.

Sykepleierne hadde noe varierende oppfatninger av hvor interessert de var i ivaretagelse av pasientens personlige hygiene, ofte omtalt som stell. Noen sykepleiere synes dette var mer kjedelige oppgaver, mens andre ønsket å få bedre muligheter til å delta i stell, også fordi de mente dette ville gi bedre kvalitet på stellet enn når ufaglærte måtte gjøre dette. Ingen sykepleiere oppga stell som en arbeidsoppgave som andre burde utføre for dem. Selv om tids- og oppgaveregistreringen viste at sykepleierne bruker gjennomsnittlig 82 prosent av vakttiden til pasientbehandling, opplevde ikke sykepleierne dette tilstrekkelig for at de skal kunne ivareta den enkelte pasient behov for stell. Dersom man sammenligner sykepleiernes beskrivelser med tids- og oppgaveregistreringen sammenfaller dette i noe grad med at sykepleierne gjennomsnittlig kun benytter 8 prosent av vakttiden til pleie og personlig hygiene, og at sykepleierne ved 35 prosent av vaktene ikke hadde registrert tid til pleie og personlig hygiene, selv om det er noe mer tid til dette på de medisinske avdelingene.

De fleste sykepleierne fremhevet viktigheten av helhetlig sykepleie (ivaretagelse av pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov), eller psykososial omsorg overfor pasientene - og da særlig overfor alvorlig syke og døende. Dette var dermed sentrale verdier i sykepleiernes yrkesfaglige identitet ved alle postene. Sykepleiernes ønske om å gi psykososial omsorg omfatter da mer enn det å gi informasjon, noe som er mest fremtredende i den helsepolitiske debatten og i ny lov om pasientrettigheter, men omhandler omsorg for pasientens lidelser i videre forstand, og den sorg og krise pasienter og pårørende erfarer. Dette kan også tolkes dit at sykepleierne vil gjøre

mer ”terapeutisk” arbeid enn de har mulighet for i dag. Sykepleierne opplevde at oppstykketheten i arbeidet stod i stor kontrast til ønsket om helhetlig ivaretagelse av den enkelte pasient.

De fleste påpekte derfor at de ønsket mer tid til samtaler med den enkelte pasient og pårørende, og at det kunne være mer ro og kontinuitet i disse samtaler. I tidsregistreringen er det også kun registrert et gjennomsnitt på 6 prosent av vakttiden til samtaler med pasienter, for eksempel i form av opplæring og informasjon, og 2 prosent til mottak av pasient. Denne tidsandelen reflekterer trolig ikke all den tiden sykepleierne bruker til kommunikasjon med pasientene, men kun tiden til mer omfattende samtaler. Det synes imidlertid som kun en mindre andel av sykepleiernes arbeidsdag går til denne type direkte pasientarbeid, og det utgjør også liten tid dersom man deler andel tid på alle pasienter og pårørende som sykepleieren har ansvar for.

Mangelen på tid til å gjøre psykososial omsorg gjør også at sykepleierne opplevde at de i for liten grad får brukt eller utviklet sin kommunikasjons- og relasjonskompetanse, noe de synes er en meget interessant side ved arbeidet, samtidig som det er krevende.

Administrering og koordinering

En sentral side ved sykepleierrollen i sykehus er den administrative og koordinerende funksjonen.

I følge tids- og oppgaveregistreringen brukte sykepleierne gjennomsnittlig 26 prosent av vakttiden (pkt.2.1.1.) til pasientadministrasjon, med litt mer tid til dette på kirurgisk avdeling. Det ble registrert forholdsvis lite tid til den koordinerende funksjon, hvor interne koordinerende tiltak ble registrert som gjennomsnittlig knapt en prosent og eksterne koordinerende tiltak som 3 prosent av vakttiden ved avdelingene. I følge sykepleiernes beskrivelser var dette likevel en sentral side ved arbeidet. Det foreligger her et misforhold mellom tidsregistreringen og sykepleiernes opplevelser. Dette kan skyldes en underrapportering av koordinerende oppgaver i tids- og oppgaveregistreringen fordi de koordinerende oppgavene tar form som oppgaver av kortere varighet, eller som noe de nærmest gjør kontinuerlig gjennom arbeidsdagen. Vi kan imidlertid ikke utelukke at det benyttes mindre tid til koordinerende tiltak, og da særlig eksterne tiltak, enn tidligere antatt.

Sykepleierne fortalte at de trivdes med deler av de administrative og koordinerende oppgavene som ga økt ansvar og varierte arbeidsoppgaver. De opplevde imidlertid at den administrative funksjonen til tider tar for mye tid, særlig når dette er knyttet til koordinering av oppgaver som gjenspeiler de mer fungrode sider ved systemet. Ikke minst ble dette opplevd som en hindring for å ivareta omsorgen for pasientene i tilstrekkelig grad. Samtidig kan man få inntrykk av at de administrative oppgavene kan gi ”pusterom” fra omsorgsoppgavene som til dels inneholder svært krevende involvering.

Sykepleierne fortalte også at den administrative og koordinerende funksjonen representerte en av de største overgangene fra sykepleierutdanningen, og at den utgjorde en større andel av arbeidet enn de hadde forventet. Den første tiden som sykepleier ble dermed brukt til å bli kjent med organisasjonens rutiner, og sykepleierne fremhevet at det tok tid å lære seg å ”ha overblikk” og følge opp oppgavene som skulle gjøres.

Sykepleierne beskrev den koordinerende funksjonen som at de skulle være en ”edderkopp” som holdt trådene sammen, eller en ”blekksprut” som holdt en hånd i alt. Koordineringen av de mange oppgavene på posten kunne føre til at sykepleierne ble dratt i mange ulike retninger gjennom vekten. Dette kom særlig fram på de store postene til tross for lav tids- og oppgaveregistrering av dette arbeidet.

Det synes å være en spenning i den koordinerende rollen i forhold til mulighet for å utøve administrativt lederskap. Det ligger til koordinatørrollen å ha overblikk og en viss mulighet til å kunne ta avgjørelser, delegere oppgaver, kort sagt mulighet til å kunne ta styringen. Det synes imidlertid ikke som den koordinerende rollen betyr at sykepleierne kan styre hva som skal skje gjennom dagen, og ha kontroll over egen arbeidssituasjon. Mange av sykepleiere beskrev heller en situasjon hvor de er overlatt til rollen som tilgjengelig for andre, og til å utføre oppgaver som andre bestiller, eller som skal gjøres når de andre behandlerne har forlatt avdelingen. Sykepleierne var dermed i begrenset grad reelle styrende koordinatører. Det synes dermed som at den koordinerende funksjoner bærer preg av en mer generell tendens til at sykepleierne får en viss "residualfunksjon" hvor sykepleierne blir stående igjen med "rest-oppgavene" i systemet. Dette innebærer blant annet å plukke opp trådene der de andre slipper dem, og til å ta de oppgaver andre ikke tar.

I undersøkelsen beskrev sykepleierne flere forhold ved sykehusets organisering som påvirker deres arbeidssituasjon. Dette omhandlet for det første manglende flyt i behandlingsprosessen av pasientene eller dårlig tilretteleggelse av forholdene for pleietrengende eller døende pasienter., hvor sykepleierne som er systemets ansikt utad, må ta imot pasienter og pårørendes klager, for eksempel ved venting på behandling og undersøkelser.

For det andre gjør den administrative og koordinerende funksjonen at sykepleiernes arbeidssituasjon mer direkte berøres av uhensiktsmessig organisering av sykehus. Sykehusenes generelle problem med informasjonsflyt eller manglende koordinering av sykehusets tjenester mellom avdelinger fører da til at de administrative og koordinerende oppgavene blir mer omfattende og tungrodd for sykepleierne. Dette synes også å være en konsekvens av at svært mange personer er involvert i svært mange funksjoner og oppgaver

Undersøkelsen bekrefter derigjennom et inntrykk av sykepleierne blir et viktig "lim" i sykehus-systemet gjennom den koordinerende rollen, men også at de til dels kompenserer for uhensiktsmessig organisering av sykehuset.

Medisinsk behandlingsfunksjon

Sykepleierne hadde et positivt forhold til sin medisinske behandlingsfunksjon. Mange sykepleiere syntes det medisinskfaglige området var spennende, og ønsket mer kompetanse, både gjennom utdannelsen og gjennom arbeidet som sykepleier. Interessen for det medisinsk faglige gjorde også samarbeidet med legene spennende. Sykepleierne ville imidlertid ikke overta legenes kjerneoppgaver som for eksempel diagnostikk og behandlingsvedtak, men var glad over å slippe å ha det formelle og overordnede medisinsk- faglige behandlingsansvaret som legene har.

Spenningen i sykepleiernes medisinske rolle synes i større grad å være knyttet til det organisatoriske forholdet mellom de to største "søylene" i sykehuset; legetjenesten og sykepleietjenesten som består av sykepleiere, hjelpepleiere og pleieassistenter. Sykepleierne representerer her, gjennom sin medisinske funksjon, møtetpunktet mellom den medisinske tjenesten og sykepleietjenesten i sykehusorganisasjonen. Hvordan man har samordnet legetjenesten og sykepleietjenesten vil dermed påvirke sykepleiernes arbeidssituasjon i posten.

I intervjuene opplevde sykepleierne samarbeidet med legene i hovedsak som positivt. Sykepleiernes forhold til legene var samtidig også preget av ambivalens, hvor de beskrev flere problemer i samarbeidet med legene som påvirket deres arbeidssituasjon. For det første syntes mange sykepleierne at legene var for lite tilstede i posten, og noen mente at samarbeidsforholdet med legene kunne være utydelig. Det var også på flere poster et problem med å samordne legenes og sykepleiernes oppgaver. Dette kom for eksempel til uttrykk ved at legene avbrøt sykepleierne i deres arbeid, og at sykepleierne ikke var klare når legene skulle ha previsitt eller visitt. Noen

sykepleiere fortalte også at det var dårlig informasjonsflyt mellom legene og sykepleierne. Dette gir problemer i et system med høy pasientgjennomstrømming som er avhengig av raske avgjørelser.

Forholdet mellom legene og sykepleierne synes fortsatt å være påvirket av det tradisjonelle hierarkiske forholdet mellom yrkesgruppene, hvor legene har hatt mest strukturell makt i systemet, og hvor sykepleiernes arbeid og yrkesidentitet utformes gjennom en spenning mellom underordning og selvstendighet (Svensson 1998). Flere sykepleiere, særlig de nyutdannede, beskrev samarbeidet med legene på en måte som kan karakteriseres av underordning hvor legene har høyest status og autoritet, for eksempel ved at sykepleierne er redde for å forstyrre og spørre legen. De kunne også føle at de ble behandlet nedlatende av legene eller at legene ikke hadde respekt for deres tid eller fag. De erfarne sykepleierne hadde mindre preg av underordning i forhold til legenes autoritet. Sykepleierne var også opptatt av hvordan de skulle sette grenser for denne type underordning i samspillet med legene. Sykepleierne forstod forøvrig sykepleiers medisinske funksjon som en underordnet assistentfunksjon. Dette ble ikke opplevd som problematisk. Den selvstendige sykepleierfunksjon ble så knyttet opp til sykepleiefaget, sykepleiedokumentasjon og da særlig at sykepleierne kan psykososialt arbeid.

Sykepleierne beskrev også en forskjell mellom legene og sykepleierne ved at sykepleierne i større grad enn legene var orientert mot pasientens følelsesmessige behov, eller informasjonsbehov. Dette førte til at sykepleierne tok på seg rolle hvor de gikk etter for å utfylle informasjon som ikke var gitt, eller ivareta pasientens følelsesmessige reaksjoner på noen legene hadde sagt. Sykepleierne oppga ikke at de hadde forsøkt å endre denne rollen på ledelsesnivå, men at dette utgjorde en del av det uformelle samspillet mellom leger og sykepleiere.

Sykepleiernes beskrivelser kan tyde på at behandling og sykepleie er forholdsvis adskilte virksomheter i sykehuset. Dette forholdet ved sykehusene er ofte omtalt som "to-delingen" av sykehuset hvor man har splittet opp behandling og pleie som to forskjellige verdener som lever side om side i sykehuset (Svensson 1998). Behandling og pleie organiseres da som adskilte oppgaver, og ikke som integrerte oppgaver som er gjensidig avhengig av hverandre for å skape kvalitet på tjenestene. Det ser samtidig ut som at sykepleierne selv opplever at disse to verdene henger sammen ved å understreke at man må bedre organiseringen av behandlingen for å bedre kvaliteten på pleien. Siden sykepleierrollen utgjør møteplassen mellom disse to verdene får dermed en manglende integrering og samordning av de to tjenestene på organisatorisk nivå betydning for sykepleiernes muligheter til å ivareta disse to hovedfunksjonene på en tilfredsstillende måte.

Det synes som om den enkelte sykepleier finner det mulig å fordype seg i en eller to av disse delrollene ut fra egen personlige interesser. Det å gå dypere inn i en av delrollene representerer dermed også en form for spesialisering av den vide sykepleierrollen, hvor noen f.eks. er flinkere på det medisinsk-tekniske og andre på det relasjonelle området. Denne variasjonen i kompetanse syntes å bli benyttet av sykepleierteamet i hverdagen.

6.1.4 Kompetanse

I intervjuene kom det frem at sykepleiere generelt er opptatt av kunnskap og å utvikle sin kompetanse. Det å være faglig dyktig utgjorde en viktig side ved den sykepleiernes identitet. Samtidig strevde de fleste sykepleierne med å beskrive sykepleieres unike kompetanse. Dette kan gjenspeile et stort omfang av "taus kunnskap" i sykepleieryrket (jf kap. 1.3.2.). Etterhvert beskrev de sykepleieres unike kompetanse ved at den er bred og sammensatt, bestående av mange ulike fagområder, og inkluderer både teoretisk, praktisk og relasjonell kunnskap. I tillegg kjennetegnes sykepleieres unike kompetanse av evnen til overblikk og til å kunne omstille seg kontinuerlig i forhold til ulike oppgaver og pasientbehov. Dette gir sykepleiere et større handlingsberedskap ved

ulike situasjoner i posten enn dersom de bare kan ett fagområde i dybden. Sykepleierne hadde en lik forståelse av sykepleieres kompetanse og yrkesverdier. Dette gir grunnlag for en felles yrkesidentitet på tvers av ulike former for spesialisering i sykehuset.

Sykepleierne opplevde at de i stor grad får brukt sin kompetanse i sykehuset, bortsett fra noen erfarne sykepleiere som vi skal komme tilbake til i neste punkt. Det synes dermed som sykepleierne kun savner å få brukt deler av sin kompetanse. En stor andel av sykepleierne, både i spørreskjemaundersøkelsen og i intervjuene, oppga at de særlig savnet å få brukt sin kommunikasjons- og relasjonskompetanse i form av samtaler og opplæring/informasjon til pasienter og pårørende. Dette er naturlig i forhold til at de ikke synes de har nok tid til å ivareta pasientenes og pårørendes psykososiale behov.

Sykepleierne, både i spørreundersøkelse og i intervjuene, opplevde at de i hovedsak har nok kompetanse til å utføre arbeidet som sykepleier. Nyutdannede sykepleierne opplevde også at de har nok kunnskap gjennom utdanningen. Både de nyutdannede og de andre sykepleierne mente imidlertid at nyutdannede sykepleiere har for lite praksis og at de trenger mer medisinsk kunnskap og praktiske ferdigheter i kliniske prosedyrer, samt administrasjon. Dette samsvarer med andre undersøkelser om nyutdannede sykepleiere i sykehus (Havn og Vedi 1997). Det å lære praktiske kliniske og administrative ferdigheter tok mye tid som nyutdannet i posten. En annen viktig overgang for nyutdannede sykepleierne var å ta et administrativt ansvar eller ansvar for svært syke pasienter. Både de erfarne og de mer uerfarne sykepleierne var imidlertid mindre bekymret for at de ikke kunne de kliniske prosedyrene fordi dette er noe som læres naturlig gjennom erfaring. De understreket dermed i større grad det krevende ved det relasjonelle arbeidet og savnet videre kompetanseoppbygging i relasjons- og kommunikasjonskompetanse både teoretisk og praktisk, særlig etter noe tid i arbeidet som sykepleier ved posten.

Selv om den største overgangen for nyutdannede sykepleiere er alle de organisatoriske oppgavene i sykehuset, og det å forholde seg til sykehusorganisasjonen, nevnte ikke sykepleierne betydningen av organisasjonskompetanse eller at det finnes teoretisk organisasjonskunnskap. Dette knyttes til praktiske ferdigheter og i liten grad til kunnskap om organisasjonsutvikling, noe som kan forklare at sykepleiere i så stor grad velger individuelle strategier som løsninger på vanskelige arbeidsforhold.

6.1.5 Opplæring og fagutvikling

Alle avdelingene i undersøkelsen brukte tid til opplæring og fagutvikling av sykepleierne og hadde etablert ulike kompetanseutviklingsmuligheter i posten, i tillegg til muligheter for videreutdanning. Man hadde også, eller var i ferd med, å etablere to karriereveier for sykepleierne i sykehus gjennom administrasjon eller som klinisk spesialist, for eksempel gjennom "klinisk stige". Registreringen av tid- og oppgaver til fagutvikling tok imidlertid gjennomsnittlig kun 6 prosent av sykepleiernes vakttid. Dette varierte imidlertid fra 2 til 14 prosent mellom de ulike avdelingene. Sykepleierne understreket imidlertid at mye av opplæringen og egen fagutvikling skjedde gjennom de daglige arbeidsoppgavene.

Mange sykepleiere var fornøyde med mulighetene for kurs eller internundervisning, og ut fra deres beskrivelser kan det synes som om noen poster bruker mye tid til opplæring av nyansatte. Dette gjenspeiler trolig gjennomtrekket av personalet ved disse postene. Omfanget av disse oppgavene var samtidig liten i tids- og oppgaveregistreringen, noe som kan forklares metodisk ved at denne opplæringen tar form som en "spørrekultur" blant de ansatte og derfor ikke ble registrert, eller at det faktisk er mindre eller mer varierende grad av dette, for eksempel ved at utskifting av sykepleiere "går i bølger" og at det i perioden for undersøkelsen ikke var noen nye under opplæring. I følge sykepleiernes beskrivelser omhandler ivaretakelsen av de nye både at

erfarne lærer opp nye, men også gjennom undervisning. I tillegg synes det som det på visse poster er en "være ny-kultur" bestående av unge og nyansatte sykepleiere. Gjennomtrekket i postene er dermed nedfelt i systemet.

De erfarne sykepleierne var i minst grad fornøyd med tilbud om videreutvikling. Det synes derfor som den største utfordringen for avdelingene er å få til en organisasjonsstruktur som er rettet mot å sikre oppfølging for de som har vært i sykehuset over noe lengre tid. Dette gjelder etterutdanning, men også at de erfarne får mer krevende oppgaver over tid, også utenom posten. Det kan i undersøkelsen synes som at sykepleiere gjør tilnæringsvis de samme arbeidsoppgaver uansett fartstid i posten. Dette kan føre til et overforbruk av de nyansattes kompetanse og et underforbruk av de erfarnes. Dette kan forklare hvorfor flere av de uerfarne sykepleierne sliter med for omfattende oppgaver og ansvar den første tiden, men de erfarne savner utfordringer etter to til tre år.

Et hovedproblem var at arbeidspresset gjorde det vanskelig å være borte fra posten. Sykepleierne fortalte at det er vanskelig å få tid til egen fagutvikling, og at det er liten tradisjon for å gjøre selvstendig faglig fordypning i arbeidstiden, som for eksempel lesing, prosjektarbeid o.l. I likhet med psykososialt arbeid, synes det som at fagutvikling tar form som et ad hoc arbeid, det er noe man gjør i den grad man har tid til det.

Sykepleierne oppga også at arbeidspresset kan føre til en form for "rutinisering av arbeidet" hvor de ikke får anledning til å fordype seg i sykepleiefaglige problemstillinger rundt pasienten. Det fører til et sprik mellom det å inneha kompetanse, og mulighetene for å utøve disse oppgavene gjennom arbeidet. Den manglende muligheten til sykepleiefaglig fordypning ble opplevd som en utilfredstillende side ved arbeidet i posten.

Dersom det er for lite tid til å fordype seg igjennom arbeidet i posten til vanlig, kan dette gi et dilemma med videreutdanning fordi økt utdanning øker forventningene til å jobbe i dybden på sykepleiefaglige problemstillinger. Det var imidlertid kun én av de intervjuede sykepleierne som hadde videreutdanning/spesialiseringstillegg, så vi har her for lite grunnlag for å si noe om disse sykepleierne opplevelse av hvordan de får anvendt denne kompetansen.

6.2 Utfordringer og dilemmaer

Den foregående oppsummering har pekt på sentrale sider ved sykepleiere i sykehus. I de neste punktene skal vi diskutere noen områder vi finner sentrale når det gjelder den fremtidige utformingen av sykepleierrollen. En sentralt oppgave er også hvordan man skal håndtere de sentrale paradokser og dilemmaer som sykepleietjenesten står ovenfor. Disse dilemma og paradokser er delvis skapt av tjenesten selv, gjennom egne strategier og veivalg i tidligere prosesser, og delvis skapt "utenfra" gjennom andre strukturelle betingelser. Valgene man tar i forhold til disse dilemma vil påvirke den fremtidige sykepleierrollen.

6.2.1 Teori vs. praksis: tilretteleggelse av sykepleiefaglig fordypning og fagutvikling

Undersøkelsen viser at sykepleie i stor grad tar form som et praktisk fag, og bekrefter slik sett en spenning mellom et teoretisk fokus i utdanningen og et hovedsakelig praktisk yrkesliv. Samtidig må ikke disse to elementer i sykepleieryrket settes opp mot hverandre, da de kan understøtte hverandre på en god måte.

I debatten om teori og praksis har man ofte sett på betydningen av mer praksis i utdanningen for å forberede studentene til arbeidet som sykepleier. Spenningen mellom teori og praksis omhandler samtidig også spørsmålet om organiseringen av sykepleieres arbeid i sykehus. Det synes her som problemet med rutinisering av arbeidet er nært knyttet til sykehusenes organisering, og til arbeidspress, mer enn problem med sykepleiefaget selv. Teori må derfor knyttes til praksis. Dette kommer særlig til syne i spørsmålet om mulighetene for sykepleiefaglig ferdypning og fagutvikling i arbeidet, hvor en styrking av sykepleiernes muligheter for å utføre denne type arbeid kan bidra til å integrere teori og praksis i yrkesutøvelsen etter utdanning.

I følge tids- og oppgaveregistreringen er det lite tid til denne type arbeid i dag. Dette er imidlertid viktig arbeid for å imøtekomme de økte kravene til helsetjenestene, og for å sikre faglig forsvarlig virksomhet. Siden kunnskaputvikling oppleves som nødvendig og givende i arbeidet som sykepleier, kan det også synes viktig at sykehusene i større grad tilrettelegger for at sykepleierne får utnytte og øke sin kompetanse for å beholde sykepleiere over lengre tid i hver post. Dette gjelder særlig sykepleiere som har vært i posten i ca. to til tre år.

Økt vekt på fagferdypning og fagutvikling i praksis vil måtte innebære en frigjøring av tid til dette. Sykehusene synes ikke å ha kommet langt i dette arbeidet. Det ser imidlertid her ut til å ligge et uutnyttet potensiale i form av klinisk stige og organisering av sykepleieres arbeid i hverdagen.

6.2.2 Helhet vs. avgrensning: psykososial omsorg til pasientene

Et viktig funn i undersøkelsen er gapet mellom sykepleiernes egne ønsker og forventninger om å utføre psykososial omsorg til pasientene og deres muligheter for denne type arbeid i sykehuset.

Misforholdet mellom sykepleiernes forventninger og faktiske arbeidsinnhold kan knyttes til flere forhold. For det første kan dette skyldes at sykepleierne har for høye forventninger til sykepleierrollen på dette område fordi yrkesidentiteten er så nært knyttet opp til ivaretagelse av pasientenes psykososiale behov uten at den er avgrenset til de reelle muligheter sykepleierne har for å gjøre dette arbeidet i sykehus. Dette kan skyldes at utdanningen legger stor vekt på helhetlig sykepleie og pasientens psykiske og eksistensielle behov. Samtidig er sykehusene preget av økende spesialisering, kortere liggetid og økt pasientgjennomstrømning. Dette står i kontrast til mulighetene for å utføre helhetlig sykepleie, herunder psykososial omsorg, på den måten sykepleierutdanningen vektlegger dette.

Ivaretagelse av pasientenes psykososiale behov utgjør også mindre målbare arbeidsoppgaver. Konsekvensene er at sykepleierne i mindre grad har klare kriterier for når de har gjort et godt arbeid på dette område, og hvor de strever med forholdet mellom idealet om helhet og nødvendigheten av et fokus i den praktiske hverdagen. Det kan derfor også være slik at sykepleiernes forventninger representerer svært ambisiøse mål om være sammen med pasienten, eller å gi psykososial omsorg, men at pasienten eller pårørende ikke har tilsvarende forventninger til sykepleieren, og føler at deres psykososiale behov i all hovedsak blir dekket. Pasienten er da fornøyd med det som blir gitt av hjelp, men ikke sykepleieren.

Misforholdet mellom forventninger og arbeidsinnhold kan samtidig skyldes at sykehusets organisering i for liten grad tilrettelegger for god ivaretagelse av psykososiale behov, og at disse arbeidsoppgavene i for liten grad inngår i kunnskapsgrunnet for organisering av sykehus. Sykepleiernes dilemma gjenspeiler dermed også en stor utfordring hvordan man skal nedfelle pasientenes psykososiale behov i sykehusenes organisering mer generelt. Det vil trolig være et minstemål av psykososial støtte og menneskelig omsorg som må ivaretas for at pasienter og pårørende ikke skal føle seg krenket i møte med helsevesenet. I tillegg vil sykepleiere og annet

pleiepersonale i stor grad måtte stå overfor pasientens og pårørendes lidelse fordi de er i posten kontinuerlig. Møtet med lidelsen vil fremtvinge et ønske om å hjelpe hos sykepleierne, eller følelse av utilstrekkelighet når vedkommendes lidelse ikke ivaretas.

De klager på tjenestetilbudet som er fremkommet fra pasienter og pårørende i ulike undersøkelser, særlig i store sengeposter og knyttet til problemene rundt eldre i sykehus, kan dermed sees i sammenheng med sykepleiernes opplevelser av manglende muligheter for å gi god behandling og pleie som en følge av sykehusenes organisering (bl.a. NOU 1997:2, Ugland 2000, Hernæs 2001, Statens helsetilsyn 1999, Pedersen 2000). Sykehusenes organisering kan altså være en medvirkende årsak til at sykepleierne opplever at de får for liten tid til psykososialt arbeid, og at dette arbeidet i større grad får et adhoc-preg; det blir noe som gjøres i den grad man har tid, og som forsvinner i en presset hverdag når andre arbeidsoppgaver blir mer påtrengende, fordi arbeidet ikke er nedfelt i sykehusorganisasjonens rutiner i tilstrekkelig grad. I tillegg vil det være viktig at spørsmålet om omsorg ikke knyttes opp til sykepleien alene, men også til at alle som er involvert i behandling og pleie av pasientene i større grad må integrere en omsorgsorientering overfor pasienten.

Misforholdet mellom sykepleiernes forventninger og reelle arbeidsbetingelser gjenspeiler dermed trolig dilemmaer knyttet til valg av helhet og fokus både innenfor sykepleieryrket spesielt og i sykehusets organisering mer generelt, noe vi skal komme tilbake til i slutten av kapitlet.

6.2.3 Individ vs. organisasjon: håndtering av forventningspresset

Den "vide" sykepleierollen, i form av mange arbeidsoppgaver og ulike delroller, fører til at sykepleierne stilles overfor mange ulike forventninger som kan være vanskelig å oppfylle samtidig. Dette kan gi opphav til "rollestress" og psykisk belastning i arbeidet (Mykletun og Bru 1990, Sørensen 2000b).

Ut fra beskrivelsene i intervjuene kan det se ut som sykepleierne velger individuelle løsninger på dette forventningspresset. Det framkom heller ikke at sykepleierne drev omfattende organisatoriske utviklingstiltak for å bedre rammene for sykepleiernes arbeidssituasjon, selv om mange av dem var opptatt av organiseringen betydning for sykepleien.

Sykepleierne beskrev ulike individuelle strategiene for å løse forventningspresset. En strategi var å forlate avdelingen ved oppsigelse. Andre strategier som sykepleierne fortalte om, var at de prøver å omgjøre forventningene fra utdanningen ved å redusere kravene til hva de har lært er god sykepleie, eller at de finner jobber som gir mer avgrensede arbeidsområder.

Det synes også som sykepleierne individualiserte forventnings- og arbeidspresset til et spørsmål om egne individuelle ferdigheter og egenskaper, selv når problemene sannsynligvis handlet om forhold på organisatorisk nivå. Å få utført arbeidsoppgavene ble da et spørsmål om evnen til å prioritere riktig, og en stresset hverdag handlet om sykepleierens evne til å "fremtre rolig" selv om man er stresset, "late som man har tid til pasienten", og til ikke å la seg stresse mer generelt. Det kan dermed synes som sykepleierne forsøkte å bøte på systemets problemer gjennom individuell innsats. Dette vil imidlertid innebære en ekstra arbeidsinnsats for sykepleierne. Møtet mellom en ansvarlige og pliktoppfyllende sykepleier, og et presset og til tider dårlig tilrettelagt system for pleie, kan dermed føre til store individuelle omkostninger for sykepleierne i form av dårlig samvittighet, stress og tretthet. Dette viser derfor til behovet for å styrke både den organisatoriske tilretteleggelsen av sykepleien og den organisatoriske kompetansen hos sykepleiere for å finne frem til mer hensiktsmessige problemløsninger.

6.2.4 Forskyvning av systemets problemer over på pasienter og pårørende?

Sykepleiernes forhold til pasientene var preget av ulike forventninger, og disse var bla avhengig av pasientens tilstand og sykepleierens vurdering av deres behov. De ulike forventningene gjenspeiler muligens at dagens pasientrolle på mange måter er uklar; pasienten er syk og omsorgstrengende, pasienten skal stimuleres til mestring og selvstendighet, og eventuelt også en kunde med krav på service. Ut fra et komplementært rollesyn er det da naturlig at sykepleiernes forventninger til seg selv, og kravene til hva de skal bidra med, blir vekslende.

Det kan samtidig synes som det er en tendens til at sykepleierne løser forventningspresset i arbeidet ved at de blir opptatt av å sette grenser overfor pasientene og pårørende. Det er stor forskjell i beskrivelsene til flere av sykepleierne når de snakker om forholdet til til pasienter og pårørende sammenlignet med forholdet til andre yrkesgrupper. Der de strevde med å sette krav og grensesetting overfor andre yrkesgrupper, var de mer offensive når det gjaldt å stille krav og sette grenser overfor pasientene og pårørende. Samtidig var de også opptatt av omsorg i mer vanlig forstand.

Fokuset på krav og grensesetting kan skyldes at det har skjedd en endring i synet på pasientrollen hvor den tradisjonelle sykerollen med vekt på pasientens rett på avlastning og omsorg nedtones. Det legges økt vekt på at pasientene skal være selvstendige og møte krav, og at dette er viktig for at de skal bli bedre. Sykepleiernes fokus på grensesetting overfor pasienter og pårørende kan samtidig også tolkes som at sykepleierne *ubevisst* skyver problemene i arbeidssituasjonen og problemene i systemet over på pasienter og pårørende som de nederste i hierarkiet, og at de her finner en mulighet til å skape motstand mot systemkravene og avskjerme seg fra forventninger på en mer offensiv måte. Sykepleiernes reaksjoner er da en utilsiktet konsekvens av sykehusets organisering. Dette samsvarer i såfall med andre undersøkelser i sykehus som viser at overbelastning i arbeidssituasjonen, samarbeidsproblemer med leger eller den administrative ledelsen, kan føre til at sykepleierne overfører problemene til pasienter og pårørende (Svensson 1998). Data i vår undersøkelse er for begrensede til å si om dette er en generell tendens hos sykepleierne, eller om det skyldes individuelle holdninger hos den enkelte sykepleier. Dette er imidlertid en viktig side når man ser på konsekvenser av sykepleiernes forventningspress og/eller arbeidspress. Selv om pasientrollen kan være for passiv i sykehuset, er det viktig at pasienter og pårørende kan være omsorgstrengende ved sykdom, og at de ikke får for stort grad av ansvar for å ivareta sykepleiernes behov i en presset arbeidssituasjon (Hernæs 2001). Det er derfor nødvendig at sykehussystemet tilrettelegger for pleie og omsorg på organisatorisk nivå for å styrke sykepleiernes muligheter for å utøve omsorg.

6.2.5 Generalisering vs. spesialisering: avgrensning av sykepleierrollen?

Et annet viktig dilemma som fremkommer i undersøkelsen er forholdet mellom en generalistfunksjon sett i forhold til en mer spesialisert sykepleierrolle i sykehusene. Dette aktualiseres av den vide sykepleierrollen, og reiser spørsmålet om man bruker sykepleiernes kompetanse på en god måte.

På den ene siden er sykepleiernes brede kompetanse og mangfoldige oppgaver en styrke ved dagens utforming av sykepleierrollen. Den gir variasjon i arbeidet og sykepleieres mangfoldighet og koordinerende funksjon er av avgjørende betydning i en kompleks sykehusorganisasjon. Breddekompetansen kan derfor utgjøre et sentralt og nødvendig element i sykepleiernes unike kompetanse. Den kan sikre en nødvendig koordinering som er bra fordi den skaper helhet på en effektiv måte. Mangfoldet er dermed en distinkt kvalitet ved sykepleierrollen. Samtidig gir den vide sykepleierrollen også problemer i forhold til å spre seg over for mange arbeidsoppgaver, og kan gi en opplevelse av at "når en skal gjøre alt, går det ut over alt en skal gjøre". Dette kan føre

til økt arbeidsmengde i et allerede presset system, eller føre til en oppstykket arbeidssituasjon som igjen kan påvirke kvaliteten på arbeidsoppgavene fordi man ikke får jobbet tilstrekkelig konsentrert med hver enkel oppgave.

Problemene som sykepleierne oppgir som resultat av de mangfoldige arbeidsoppgavene kan tyde på at det er nødvendig å avgrense sykepleierrollen i sykehusorganisasjonen slik at man bruker større andel av sykepleieres tid og kompetanse til oppgaver som gir bedre pasientkvalitet, og til å bøte på systemsvikt i sykehusene hvor sykehustjenestene er for oppsplittet og desintegret (NOU 1997:2). Sykepleierne selv mente at avgrensningen av sykepleierrollen kunne gjøres ved å redusere andelen av husholdningsoppgaver, sekretær/kontoroppgaver og portør oppgaver. Det synes samtidig som det er avgrensingsproblemer mellom konkrete arbeidsoppgaver og ivaretagelse av viktige sykepleiefunksjoner, for eksempel at matservering inneholder sykepleiefaglige tiltak for å sikre en god ernæringstilstand hos pasienten. Hvordan man skal avgrense og sikre en god bruk av sykepleieres kompetanse vil dermed være en viktig utfordring fremover.

Bedre bruk av sykepleiernes tid og kompetanse kan gjøres ved å endre utformingen av sykepleierrollen i posten. Samtidig viste tids- og oppgaveregistreringen at sykepleiere gjennomsnittlig allerede bruker så mye som 82 prosent av vakttiden til pasientbehandling. Det kan da reises spørsmål om sykepleiernes opplevelse av lite tid til pasienter og av arbeidspress, kan knyttes til grunnbemanningen i posten mer generelt.

6.2.6 Utfordringer for utdanningen

Sykepleierne opplevde generelt at utdanningen hadde gitt en god forberedelse til arbeidet som sykepleier. Det var imidlertid noen områder hvor overgangen fra utdanningen til arbeidet som sykepleier i sykehus var stor. Dette gjaldt særlig praktiske sykepleieferdigheter, organisatoriske oppgaver. Videre synes det som at de nyutdannede sykepleierne hadde liten erfaring med å bære ansvaret som sykepleier både når det gjaldt administrative oppgaver og ivaretagelse av alvorlig syke pasienter. Dette samsvarer med tidligere forskning og en mer generell debatt om sykepleierutdanningen (Havn og Vedi 1997). Flere sykepleierne savnet også en bedre forberedelse fra skolen til den arbeidet de skulle ut i fordi det var for stort gap mellom skolens idealer om sykepleie og arbeidets realiteter. Dette gjenspeiler debatten om realitetssjokket for sykepleiere som ble nevnt i innledningen.

Det største problemet synes som tidligere nevnt misforholdet mellom utdanningens fokus på den helhetlige og psykososiale sykepleien som legger vekt på eksistensielle behov hos den enkelte pasient, og sykepleiernes faktiske arbeidsinnhold. Vekten på helhetlig sykepleie og psykososial sykepleie synes å være verdier som studentene tar opp i seg og som de gjør til sentrale sider ved sin yrkesfaglige identitet. Flere av de nyutdannede sykepleiere var samtidig overrasket over hvor lite selvstendige muligheter de har til å utføre psykososial sykepleie, og da kjernen i sykepleien, på en selvstendig måte.

Misforholdet mellom forventninger og arbeid kan vise til en utfordring for sykepleieforskningen og utdanningen. Sykepleierutdanningen har i de senere årene vært opptatt av et holistisk omsorgsperspektiv som i stor grad er basert på et filosofisk og psykologisk ståsted. Vekten på det helhetlige og psykososiale blir dermed ofte knyttet til ontologiske og eksistensielle perspektiver, og i mindre grad kontekstualisert til de institusjonelle og organisatoriske rammene sykepleierne arbeider innenfor, for eksempel i sykehus. Det kan da synes som sykepleiernes streven med å avgrense forventningene til helhetlig og psykososial sykepleie i sykehus også kan forklares med at de i for liten grad har fått hjelp til å avgrense sykepleiernes oppgaver på disse områdene gjennom utdanningen. Dette kan gjøre at de nyutdannede sykepleierne er for lite forberedt på hvordan de

skal ivareta de psykososiale behovene innenfor en organisatorisk ramme, eller hvordan de skal arbeide for å tilrettelegge for psykososiale tiltak innenfor sykehusorganisasjonen. Samtidig er det en utfordring å finne en hensiktsmessig avgrensning av psykososial omsorg hvor man setter klare mål for dette arbeidet men samtidig unngår et instrumentelt forhold til det.

Hvordan skal da utviklingen av sykepleietjenesten gripes an? Skal en beskrive en ideell verden og en ideell rolle og la denne henge som en ledestjerne for utviklingen, eller skal en ta utgangspunkt i en mer vanskelig, konfliktfylt og presset virkelighet for å finne veien videre? Dette vil i så fall gi et behov for å styrke det organisatoriske perspektivet i utdanningen mer generelt for å øke sykepleiernes organisasjonskompetanse og handlingsberedskap i forhold til å realisere idealene.

6.2.7 utfordringer for sykehusenes organisering

Resultatene i undersøkelsen bekrefter i hovedsak annen forskning om sykepleiere i sykehus, og det synes ikke som det har skjedd *grunnleggende* endringer i utforming av sykepleierollen i sykehusene til tross for organisatoriske endringer i helsetjenesten. Dersom man ser på sykepleiernes beskrivelser av sin arbeidssituasjon og særlig de arbeidsbelastninger som er på de store sengepostene, gjenspeiler disse også mer generelle og langvarige tendenser i beskrivelser av sykepleieres arbeidsforhold innenfor sykehusene (Norvoll 1994, Sørensen 2001a).

Dette kan tyde på at det ikke er tilstrekkelig å endre utdanningens forberedelse av studentene, men at man også må endre de grunnleggende organisatoriske arbeidsbetingelsene for sykepleie i sykehus gjennom målrettet endringsarbeid. Forskjellene i sykepleiernes beskrivelser kan tyde på at utformingen av sykepleierrollen varierer mellom ulike avdelinger og poster, og at man må ta hensyn til dette når man arbeider med lokalt utviklingsarbeid i sykehus (Sørensen 2000b). Variasjonene i sykepleiernes beskrivelser av arbeidsbelastninger kan også tyde på at man bør konsentrere seg om de postene som har størst arbeidspress. Dette gjelder særlig de store medisinske og kirurgiske postene.

Beskrivelsene til sykepleierne viser at det er mulig å søke konkrete løsninger på arbeidssituasjonen for å forhindre at disse problemene vedvarer. Dette gjelder både endringer av sykepleierrollen og organisering av sykepleietjenesten i sykehus, men også endringer av sykehusenes organisering generelt, fordi sykepleiernes arbeidspress trolig gjenspeiler et generelt tidspress i sykehusorganisasjonen forøvrig (Mathisen 2000).

Denne undersøkelsen har ikke gått i dybden på organisering av sykehusene. Avslutningsvis vil vi imidlertid på basis av resultatene i undersøkelsen antyde noen områder for videre diskusjon når det gjelder behov for organisatoriske endringer i sykehus sett i forhold til sykepleieres arbeidsoppgaver og bruk av sykepleieres kompetanse. Dette kan være at man :

- styrker faktorer som sykepleierne synes er givende i arbeidet, og hvor man øker sykepleieres muligheter for å ivareta pasienter og pårørende på en tilfredsstillende måte.
- Setter mer konkrete mål for psykososial omsorg, og vurderer muligheter for å styrke den strukturelle og organisatoriske tilretteleggingen for helhetlig sykepleie.
- vurderer muligheter for å avgrense sykepleierrollen til arbeid av betydning for pasientkvalitet.
- vurderer muligheter for å tilrettelegge for roligere arbeidsprosesser ved redusere oppstykketheten i arbeidet.
- vurderer muligheter for en bedre samordning av legetjenesten og sykepleietjenesten i sykehus, og avklarer samarbeidsproblemer på ledelsesnivå.
- avklarer forventninger til arbeidsfordeling mellom sykepleiere og øvrig pleiepersonale.
- styrker ulike former for tilbakemelding i arbeidet.

- vurderer bedre grunnbemanning på de poster som oppviser sterkest arbeidspress, også kveldsvakter (Sørensen 2001), og forholdet mellom hjelpepleiere og pleieassistenter på aktuelle poster.
- vurderer ressurstilgangen til de mest travle postene mer generelt.
- vurderer bruk av personale til støttefunksjoner og rutiner for utstyrlager.
- vurderer hensiktsmessigheten av størrelsen på postene for å gi mer oversiktlige og avgrensede arbeidsoppgaver når det gjelder ivaretagelse av pasienter, men også for å redusere transaksjonskostnader og koordineringsoppgaver i posten.
- forenkler og bedrer kommunikasjonsrutiner og informasjonsflyt for å redusere uhensiktsmessige koordineringsoppgaver.
- styrker mulighetene for sykepleiefaglig fordypning og fagutvikling av posten for å unngå at arbeidet får et for stort ad hoc preg.

Det mangler imidlertid forskning på hvordan man på en best mulig måte skal løse disse utfordringene på organisatorisk nivå. Det synes derfor som at videre forskning bør være rettet mot konkrete former for organisasjonsendring av sykehusene for å løse utfordringene sykepleietjenesten i sykehusene står overfor.

Referanser

- Argyris, Chris og Schön, Donald A., 1978: *Organizational learning. A theory of action perspective*, Reading, Mass., Addison-Wesley Pub
- Eriksen, H. og Ulrichsen, H. (1991): *Tre kulturer i helsesektoren. Sykepleie-, administrasjons- og lægesølje*. København: Handelshøjskolens Forlag og Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck
- Fagermoen, M.S. (1984): Realitetsjokket. I: *Sykepleien*, nr. 12, s.4-9
- Gioia, D.A. (1998): From individual to Organisational Identity, I: Whetten and Godfrey (eds.), *Identity in Organisations*, Thousands Oaks: Sage Publications
- Hansen, F.H.(red.). (2000): *Samdata sykehus: rapport: sykehussektoren på 1990-tallet : sterk vekst, stabile fylkesvise forskjeller*. NIS-rapport nr.1/00, Trondheim : SINTEF - Unimed
- Havn, V. og Vedi, C.(1997): *På dypt vann – om nyutdannede sykepleieres kompetanse i møtet med en somatisk sengepost*. SINTEF rapport STF 38 A97516.
- Hernes, H. (1995): *Identifikasjoner til profesjoner og organisatoriske enheter i sykehus*, Norges Handelshøyskole, Bergen/ Høgskolen i Agder, Kristiansand: Paper til doktorgradsprosjekt.
- Hernæs, N.(2001): Å kjempe for verdighet. I: *Sykepleien* nr. 9 – 2001, s. 42-43
- Holmer, Jan og Jan Chr. Karlsson (red), 1991: *Kvalifikation. Hur kompetens och meriter värderas i det moderna samhället*. Uppsala, Konsultförlaget AB
- Hvinden, B. (1985): Utbredthet i velferdsstaten – et nødrop med ære? I: Denstad, B. og Terum, L.I. (red.): *Omsorgsyrkene. Dilemma i utdanning og arbeid*. Oslo: INAS, 1985:
- Kjekshus, L.E., Bjørngaard, J.H. og Johnsen, A (1999): *Med stetoskop og diktafon. Bruk av legenes spesialkompetanse*. SINTEF-rapport STF78 A99502.
- Kirke- utdannings- og forskningsdepartementet (2000): *Rammeplan og forskrift for 3-årig sykepleierutdanning*
- Mathisen, V. (2000) *Pasientopplevd kvalitet og service i sykehus. En kvalitativ pasientundersøkelse ved Oppland sentralsykehus, avd. Lillehammer*. ØF-Rapport nr.10/2000
- Mykletun, R. og Bru E. (1990) *Psykiske faktorerens betydning for belastninger på typiske kvinnearbeidsplasser*. Fremdriftsrapport. Rogalandforskning
- Norges Offentlige utredninger (NOU). *Ny kompetanse*. 1997: 25.
- Norges Offentlige Utredninger (NOU). *Pasienten først!* NOU 1997:2
- Norvoll, R. (1994): *Sykepleierkulturen – en barriere for bedre arbeidsforhold?* Hovedoppgave i sosiologi. Institutt for sosiologi. Oslo: Universitetet i Oslo

Pedersen, A.R. (2000): *Den udfoldende praksis. Policy-fortællinger om pleje og behandling av svage gamle i social- og sundhedssektoren*. Roskilde: Institut for Samfundsvidenskab og Erhvervsøkonomi, Roskilde Universitetscenter

Polanyi, Michael (1962): *Personal Knowledge: Towards a Post-Critical Philosophy*. New York: Harper Torch books.

Røhme, K., Kjekshus, L.E. og Bjørngaard, J.H. (2000): *Når tiden telles. En kartlegging av legers tidsbruk og arbeidsoppgaver ved Medisinsk avdeling og Kvinneklinikken, Regionsykehuset i Trondheim*. SINTEF-rapport STF78 A00534

Skaug, E-A. (1991): *Sykepleiefaglig identitet- en studie av betegnelsen "sykepleiefaglig identitet", og av sykepleiestudenters oppfatning av sykepleie som fag*, Hovedoppgave til embedseksamen i sykepleievitenskap, Universitet i Oslo.

Statens helsetilsyn (1999) *Gamle i sykehus. Innlagte 75 år og over i medisinsk avdeling 1998*. I Helsetilsynets utredningsserie nr. 7-99

Svensson, R. (1998): *Samfunn, medisin, sykepleie – en introduksjon til medisinsk sosiologi*. Oslo: Ad Notam Gyldendal

Sørensen, B. Aase (2000a): *"...en dag i helse-Norge." Hverdagliv i et tilnærmet representativt utvalg norske somatiske sykehusenheter: arbeidsforhold, pasientreaksjoner og reell bemanning*. Delrapport 1. Notat 7/2000. Oslo: AFI-WRI

Sørensen, B. Aase (2000b): *Internasjonale strømninger i helsepolitikk – sykepleie i en brytningstid*. Arbeidsforskningsinstituttets skriftserie nr. 8/2000. Oslo: AFI-WRI

Ugland, R.L. (2000) Å stelle er en kunst. I *Sykepleien* nr.15, s. 59-62

Vedlegg

Vedlegg 1: Tids- og oppgaveregistreringsskjema

Vedlegg 2: Veiledning til tids- og oppgaveregistreringsskjema

Vedlegg 3: Spørreskjemaundersøkelse

Vedlegg 4: Intervjuguide sykepleiere

Vedlegg 5: Intervjuguide avdelingssykepleiere

Vedlegg 1: Tids- og oppgaveregistreringsskjema (Forminsket fra A3-format)

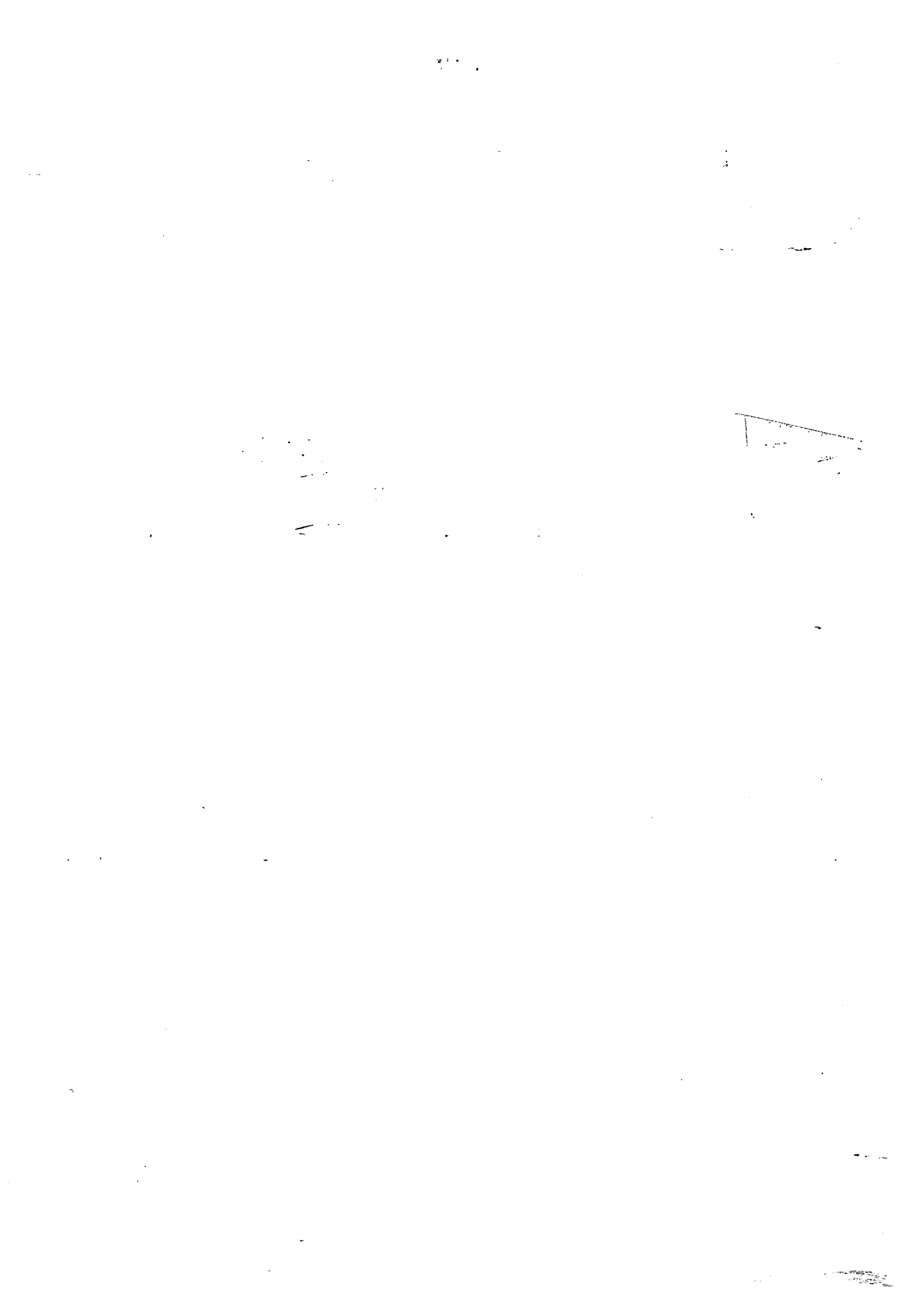
Tid:	DIVERSE					PERSONAL		EGEN FAG-UTVIKLING			UNDERVISNING OG VEILEDNING FOR HELSEPERSONELL			PASIENTBEHANDLING															
	5.5 Utfylling av dette tidsregistreringsskjemaet	5.4 Pauser og beredskap	5.3 Forefallende arbeid	5.2 Hente og bringe utstyr etc.	5.1 Renhold og vedlikehold av utstyr etc.	4.2 Arbeidsplanlegging	4.1 Personalmøter og personalarbeid	3.3 Eget forsknings- og fagutviklingsarbeid	3.2 Delta på kurs og videreutdanning	3.1 Møta veiledning	2.4 Rådgivning og opplæring overfor øvrig hjelpepersonell	2.3 Undervise studenter og kolleger	2.2 Veilede studenter og kolleger	2.1 Opplæring av nyansatte	1.13 Koordinering av tiltak eksternt	1.12 Koordinering av tiltak internt	1.11 Previsitt og visit	1.10 Rapport	1.9 Sykepleiedokumentasjon	1.8 Følge pasient og/eller pårørende	1.7 Mottakelse av pasient	1.6 Opplæring, informasjon og samtaler med pasient og/eller pårørende	1.5 Observasjon og overvåking	1.4 Medisinske og prøvetaking	1.3 Ernæring	1.2 Sykepleietiltak	1.1 Pleie og personlig hygiene		
07:00																													
07:15																													
07:30																													
07:45																													
08:00																													
08:15																													
08:30																													
08:45																													
09:00																													
09:15																													
09:30																													
09:45																													
10:00																													
10:15																													
10:30																													
10:45																													
11:00																													
11:15																													
11:30																													
11:45																													
12:00																													
12:15																													
12:30																													
12:45																													
13:00																													
13:15																													
13:30																													
13:45																													
14:00																													
14:15																													
14:30																													
14:45																													
15:00																													
15:15																													
15:30																													
15:45																													
16:00																													
16:15																													
16:30																													
16:45																													
17:00																													
17:15																													
17:30																													
17:45																													
18:00																													
18:15																													
18:30																													
18:45																													
19:00																													
19:15																													
19:30																													
19:45																													
20:00																													
20:15																													
20:30																													
20:45																													
21:00																													
21:15																													
21:30																													
21:45																													
22:00																													
22:15																													
22:30																													
22:45																													

TIDS- OG OPPGAVEREGISTRERING

Dag - og aftenvakter (Nattevakter føres på baksiden)

Tid: 07:00, 07:15, 07:30, 07:45, 08:00, 08:15, 08:30, 08:45, 09:00, 09:15, 09:30, 09:45, 10:00, 10:15, 10:30, 10:45, 11:00, 11:15, 11:30, 11:45, 12:00, 12:15, 12:30, 12:45, 13:00, 13:15, 13:30, 13:45, 14:00, 14:15, 14:30, 14:45, 15:00, 15:15, 15:30, 15:45, 16:00, 16:15, 16:30, 16:45, 17:00, 17:15, 17:30, 17:45, 18:00, 18:15, 18:30, 18:45, 19:00, 19:15, 19:30, 19:45, 20:00, 20:15, 20:30, 20:45, 21:00, 21:15, 21:30, 21:45, 22:00, 22:15, 22:30, 22:45

Personalet (kodes ved registrering): _____
 Dato: _____ Navn: _____
 Sykehus: Sykehus I Sykehus II Sykehus III Sykehus IV
 Post: _____
 Døgnvakt Kveldsvakt Nattevakt



Hva betyr de enkelte kategoriene?

Generelt for alle kategoriene

Under hver kategori skal du inkludere eventuell tid brukt til forberedelser og etterarbeid knyttet til arbeidsoppgaven.

Telefonhenvendelser registreres i forhold til hvem som ringer og hva saken gjelder. Er det f.eks. en pårørende som ringer registreres dette under 1.6 Opplæring, informasjon og samtaler med pasient og/ eller pårørende. Hvis en sykepleier fra et sykehjem eller et annet sykehus ringer deg for å få råd angående behandling av en pasient registreres dette i 2.4 Rådgivning og opplæring ovenfor øvrig hjelpeapparat.

Hovedkategori I Pasientbehandling

Denne hovedkategorien inneholder både direkte og indirekte arbeidsoppgaver som er rettet mot pasienter og pårørende.

1.1 Pleie og personlig hygiene

I denne kategorien registreres pleietiltak for å ivareta pasientens hygiene. Dette omfatter tilrettelegging, hjelp og/ eller gjennomføring av kroppsvask, tannpuss, bruk av kosmetikk, påkledning og hjelp til å komme seg ut av seng o.l.

1.2 Sykepleietiltak

Kategorien inkluderer planlegging, gjennomføring, evaluering og revidering av sykepleietiltak, herunder også utarbeiding av planer for nye tiltak. Her registreres oppgaver som sårstell, kateterisering, veneflon m.m. og undersøkelser av typen puls, blodtrykk, temperatur og vekt. I tillegg inkluderes forberedelser knyttet direkte til medisinske undersøkelser som f.eks. klystør, barbering og tilretteleggelse av utstyr i seng.

1.3 Ernæring

I denne kategorien føres alle aktiviteter knyttet til ernæring og total parenteral føde (TPN), inkludert registrering av inntak. Dette omfatter også evaluering av ernæringsmessige tiltak, revidering av disse, samt utarbeiding av planer for nye tiltak.

1.4 Medisinering og prøvetaking

Medisinering inkluderer både å sette fram, kontrollere, dobbeltkontrollere og å gi medisiner. Eksempelvis intravenøs behandling registreres i denne kategorien. Prøvetaking inkluderer f.eks. blodprøver og urinprøver.

1.5 Observasjon og overvåking

Kategorien benyttes når sykepleier går inn til pasient og gjør visuelle observasjoner og vurderinger av pasientens tilstand uten å foreta aktive handlinger utover berøring og tilsnakk for å sjekke f.eks. bevissthetstilstand. Mer aktive handlinger eller undersøkelser registreres i de respektive kategorier.

1.6 Opplæring, informasjon og samtaler med pasient og/ eller pårørende

Kategorien omfatter strukturert og planlagt opplæring av pasient, enten individuelt eller i gruppe, med eller uten pårørende tilstede. Dette kan være opplæring i forbindelse med insulininjeksjoner ved diabetes, ernærings- og kostholdsveiledning ved en rekke sykdommer, spiseteknikker ved slag, treningsopplegg ved livsstilssykdommer, rehabilitering ved kirurgiske lidelser, gåtøring, sårbehandling osv.

Med informasjon og samtaler menes kommunikasjon med pasient og/ eller pårørende som går utover det å veksle noen ord i forbifarten. Her inngår medisinsk- og sykepleiefaglig informasjon

og rådgivning, personlig støtte og samtaler med pasient og/ eller pårørende i forbindelse med f.eks. utskriving. Telefonhenvendelser fra pårørende registreres i denne kategori.

1.7 Mottakelse av pasienter

Dette inkluderer forberedelser til mottak av pasient, møte med pasient og/ eller pårørende ved innkomst samt innkomstsamtale.

1.8 Følge pasient og/ eller pårørende

Her inkluderes det å følge pasient f.eks. fra sengepost til operasjonsstue, poliklinikk eller røykerom, eller det å følge pårørende dersom en pasient har byttet post eller avdeling.

1.9 Sykepleiedokumentasjon

Kategorien omfatter tid til skriftlig dokumentasjon når dette ikke foregår som en integrert del av arbeidsoppgaver som dekkes av de øvrige kategoriene. Eksempler er skriving av pleieplan, rapport eller andre dokumentasjonssystemer.

1.10 Rapport

Her registreres det å gi og motta muntlig rapport.

1.11 Previsitt og visitt

Tid som benyttes til forberedelser av visitt (previsitt) og gjennomføring av visitt i diskusjon med lege registreres i denne kategorien.

1.12 Koordinering av tiltak internt

I denne kategorien registreres arbeid som er knyttet til å koordinere tjenester og tiltak for enkeltpasienter eller grupper av pasienter internt på sykehuset. Dette kan bestå i å gjøre avtaler med f.eks. sykepleiere eller andre yrkesgrupper, og vil ofte være spontane (ikke planlagte) samtaler. Koordineringen kan gjelde avtaler med ansatte fra andre avdelinger og ekspedisjonen, og vil som oftest ikke foregå i kontakt med pasienten. Sendt og lese sykehusintern e-post fra kolleger inkluderes her.

1.13 Koordinering av tiltak eksternt

På lik linje med forrige kategori omhandler denne kategorien ulike typer koordineringsoppgaver, hvor to eller flere parter er involvert, men her registreres tid brukt til samarbeid med aktører utenfor sykehuset. Eksempelvis avtaler med hjemmesykepleie i bydeler eller ved andre sykehus/ institusjoner i forbindelse med utskriving av pasient registreres her.

Hovedkategori II Undervisning og veiledning for helsepersonell

I denne hovedkategorien dreier det seg om undervisning og veiledning som du yter overfor andre. Dvs. den tid du bruker til å undervise og veilede studenter, kolleger og annet fagpersonell. Det er altså trukket et skille mellom undervisning og veiledning du tilbyr og gjennomfører *for andre* (nyansatte, studenter, kolleger og øvrig hjelpeapparat) og *egen fagutvikling* (se neste hovedkategori). Dette for å skille mellom undervisning og veiledning du gjennomfører og står ansvarlig for og den fagutviklingen hvor du utvikler din egen kompetanse gjennom selv å delta på kurs/ videreutdanning etc.

2.1 Oppfølging av nyansatt

Denne kategorien benyttes dersom du har som oppgave å gi en innføring om sengeposten, vise rundt, forklare rutiner/ prosedyrer overfor en nyansatt. Oppfølging av ekstravakter inkluderes også her.

2.2 Veilede studenter og kolleger

Denne kategorien benyttes når du veileder studenter som er ute i praksis eller når du utøver sykepleiefaglig veiledning overfor kolleger på din post. Sistnevnte kan gjelde f.eks. viderefremidling av informasjon/erfaringer fra kurs eller opplæring i nytt medisinsk utstyr på posten. Tid brukt som praksisveileder eller kontaktsykepleier registreres her.

2.3 Undervise studenter og kolleger

Her inkluderes planlagt og strukturert undervisningsaktivitet, som ikke finner sted som følge av konkrete oppgaver som må løses der og da. Kategorien benyttes når det er du selv som gjennomfører og står ansvarlig for undervisningen overfor studenter og kolleger.

2.4 Rådgivning og opplæring ovenfor øvrig hjelpeapparat

Kategorien inkluderer tid brukt til å gi faglige råd eller opplæring til personell utenfor din post, det være seg i andre avdelinger på sykehuset eller aktører utenfor sykehuset. Eksempler kan være når hjemmesykepleien ringer for å få råd angående prosedyrer i hjemmet, eller når noen fra et sykehjem eller andre sykehus ringer for å få råd angående en pasient. Tid brukt til oppfylging av veiledningsplikt overfor 1. linjetjenesten inkluderes her.

Hovedkategori III Egen fagutvikling

Denne kategorien omfatter aktiviteter knyttet til din egen fagutvikling og spesialisering ut over det å opprettholde et generelt godt sykepleiefaglig nivå for den daglige virksomheten på posten.

3.1 Motta veiledning

Dersom du blir veiledet av en kollega som har mer erfaring innenfor et bestemt område, eller du gjennomfører videreutdanning og mottar veiledning fra en sykepleier på posten registreres tiden til dette her.

3.2 Delta på kurs og videreutdanning

Kategorien inkluderer deltakelse på kurs og/ eller videreutdanning, enten internt på sykehuset eller eksternt.

3.3 Eget forskning- og fagutviklingsarbeid

Planlagt tid som benyttes til eget forskning- og fagutviklingsarbeid registreres her.

Hovedkategori IV Personal

4.1 Personalmøter og personalarbeid

Kategorien inkluderer det å delta på personalmøter og personalarbeid som f.eks. helse, miljø sikkerhetsarbeid. I tillegg til verneombudsjobben inkluderer HMS arbeidet tid brukt til å ivareta psyko-sosiale forhold på arbeidsplassen og tid til refleksjon alene eller med kolleger.

4.2 Arbeidstidsplanlegging

Inkluderer endring av turnus, bytting av vakter, skaffe vikarer ved uforutsett fravær etc.

Hovedkategori V Diverse

5.1 Renhold og vedlikehold av utstyr etc.

Her inngår generelt renhold og vedlikehold av f.eks. kjøkken, lager, skyllerom og tøy med tanke på infeksjonsforebygging og estetikk. Videre inkluderes renhold (desinfeksjon og sterilisering) og vedlikehold av medisinsk teknisk utstyr for å ivareta sikkerhetsaspektet ved pasientbehandlingen. Dette er renhold og vedlikehold som ikke er direkte knyttet til tiltak som iverksettes overfor den enkelte pasient, men som er fellesoppgaver for posten.

5.2 Hente og bringe utstyr etc.

I denne kategorien registreres tid brukt på bestilling, henting og bringing av skjemaer, medisiner, senger, forbruksvarer, utstyr etc. utenfor posten.

5.3 Forefallende arbeid

Dette er en restkategori hvor du registrerer tid til forefallende arbeid som ikke fanges opp i de andre kategoriene. Eksempel rydding og lesing av dagens post registreres her.

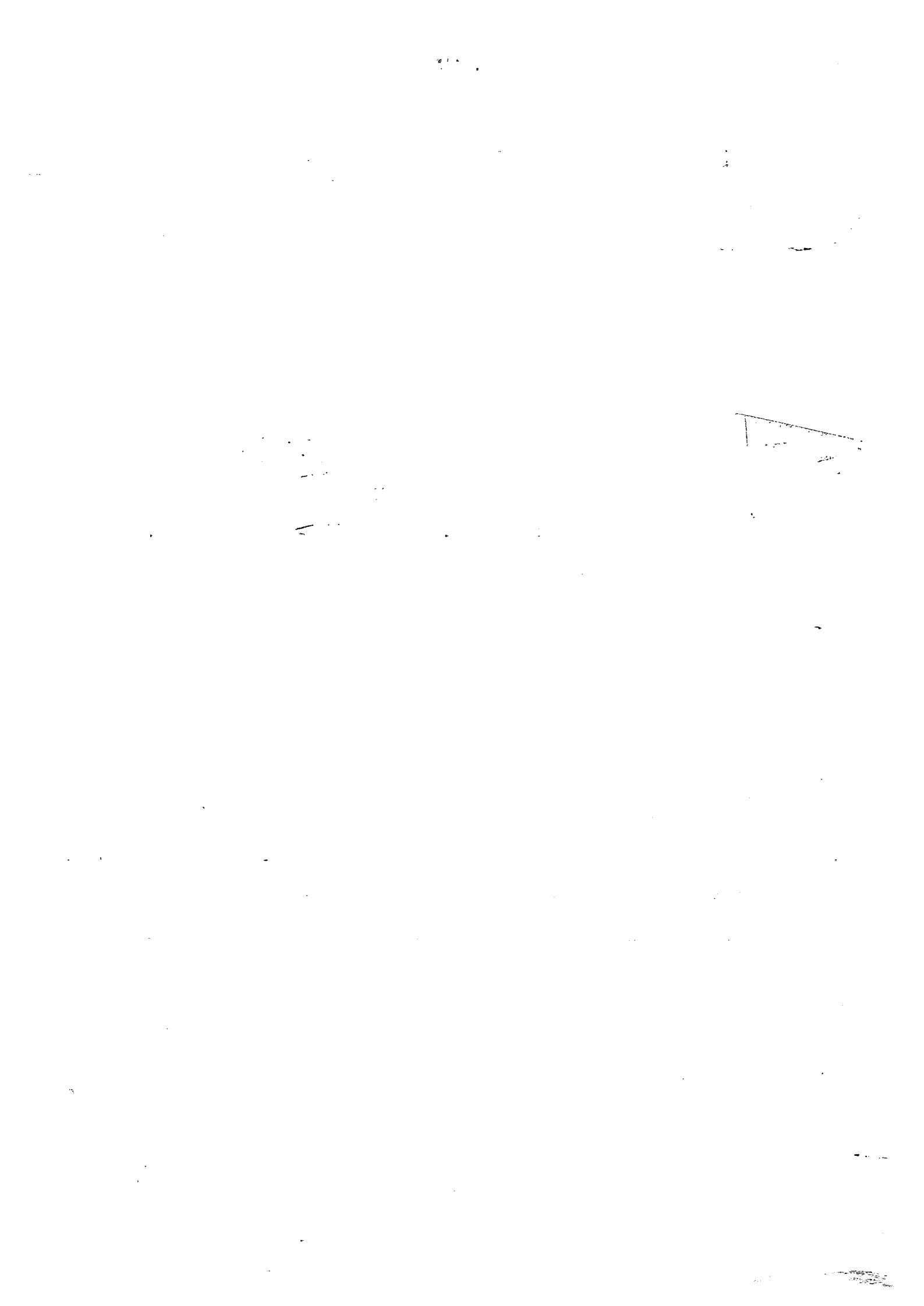
5.4 Pauser/ beredskap

Her registreres f.eks. lunsjpauser samt andre pauser hvor sykepleieaktivitet ikke utøves spesifikt, men hvor sykepleier er i beredskap. Kategorien inkluderer også venting. Årsaken til venting kan være alt fra prøvesvar som ikke er kommet til operasjonsteam som ikke er klare eller røntgenbilder som ikke er ferdige.

5.5 Utfylling av dette tidsregistreringsskjemaet

Tid som brukes til å fylle ut skjemaet registreres slik at vi kan korrigere for denne tidsbruken i analysen.

Lykke til med utfyllingen!



Vedlegg 3: Spørreskjemaundersøkelsen
SPØRSMÅL KNYTTET TIL REGISTRERINGSPERIODEN

Nedenfor ber vi deg svare på noen spørsmål på bakgrunn av erfaringer i registreringsperioden. **Du skal derfor fylle ut dette skjemaet først etter at du har registrert dine sju arbeidsdager.**

De fire hovedspørsmålene vurderes på en skala fra 1 til 6, hvor 1 er i svært liten grad og 6 er i svært stor grad. Sett ring rundt det tallet som uttrykker ditt svar best. For hvert av de fire hovedspørsmålene følger ett eller flere åpne underspørsmål. Bruk eksempler fra registreringsperioden i svarene.

1. I hvilken grad har du blitt forhindret i å prioritere hensynet til pasienter og pårørende?

1 2 3 4 5 6

I svært liten grad

I svært stor grad

Hvis du har svart verdien 2 eller høyere:

Hvilke hindringer har du opplevd?

.....

.....

.....

.....

.....

2. I hvilken grad har du utført arbeidsoppgaver som burde vært ivaretatt av annet personell?

1 2 3 4 5 6

I svært liten grad

I svært stor grad

Hvis du har svart verdien 2 eller høyere:

a) Angi hvilke oppgaver dette gjaldt og hvilket personell du mener burde ivaretatt disse oppgavene:

Arbeidsoppgave:	Hvilket personell:

OBS: Spørsmål også på baksiden av arket!

b) Hvorfor hadde det vært en fordel at andre yrkesgrupper hadde tatt seg av disse oppgavene?

.....

.....

.....

.....

3. I hvilken grad har du opplevd at du har kompetanse som du ikke har fått utnyttet?

1 2 3 4 5 6

I svært liten grad

I svært stor grad

Hvis du har svart verdien 2 eller høyere:

Hva slags kompetanse gjaldt dette?

.....

.....

.....

.....

.....

4. I hvilken grad har du opplevd å måtte utføre arbeidsoppgaver hvor du savnet mer kunnskap eller annen kompetanse?

1 2 3 4 5 6

I svært liten grad

I svært stor grad

Hvis du har svart verdien 2 eller høyere:

Angi hvilke oppgaver dette gjaldt og hvilke tiltak du mener kunne ivaretatt oppgaven:

Oppgave:	Tiltak:

Personalialia (kodes ved registrering):

Navn.....

Post:.....

Sykehus: Sykehus I Sykehus II Sykehus III Sykehus IV

Vedlegg 4: Intervjuguide sykepleiere

1. Bakgrunnsvariabler

- Alder
- Yrkeserfaring, evt. annen utdanning, etter-/videreutdanning

2. Stilling; innhold og organisering

- Heltid/deltid
- Dag/kveld/natt
- Spes. ansvarsområder/oppg.?
- Ulike ansv.områder på ulike vakter? Alle vakter i sykepl.funksjon?

3. Beskriv "den perfekte sykepleier" for denne jobben?

- Egenskaper, kunnskap, erfaring
- Begrunne beskrivelsen (Få tak i funksjonene som skal oppfylles)

4. Hva skal til for å få en gruppe "perfekte sykepleiere" på en sykehuspost?

- Hva hemmer og fremmer?
- Mangler ved utdanningen? Organisatoriske forhold? Fysiske forhold?

5. Hva forventer pasientene av sykepleierne?

- Andre forventninger enn dine?
- Hvordan tror du pasientene opplever sykepleien på denne posten?

6. Hvordan opplever du at du selv lever opp til ditt bilde av "den perfekte sykepleier"?

- Hva er det vanskeligste?
- Hva er de vanskelige situasjonene? (Hvem inngår i situasjonene? Hva gjør det vanskelig? Dekomponér)
- Hva kunne ha gjort det lettere? Samarbeid, kollegastøtte, omorganisering, avlastning, utdanningen, opplæring, videreutdanning? Kan det læres?
- Vis til svarene på sp.undersøkelse om opplevelse av savn av kunnskap eller kompetanse, og be om kommentar.

7. Opplæring og kompetanseutvikling blant sykepleierne på din post.

- Hva består det av?
- Hva mangler?
- Muligheter som ikke utnyttes?

8. Hvordan tror du pasientene opplever deg som sykepleier?

- Hvilke av deres forventninger er vanskeligst å oppfylle? Er dette rimelige forventninger?
- Hva er hindringene?
- Vis til svarene på sp.undersøkelsen, og be de kommentere disse.

9. Hvilke krav eller forventninger opplever du sterkest fra andre hold (andre enn pasientene)?

- Fra hvem? (Sykepl.kolleger, andre kolleger, ledere, "udefinert kilde")
- Krav til hva?

- Sammenfaller de med egne krav? (Ikke direkte spørsmål. Invitér til en sammenligning av egne, pasientens og andres krav.)

10. Krav som innebærer samarbeid mellom ulike faggrupper?

- Hvordan fungerer samarbeidet med de ulike yrkesgruppene?
- Hva er bremseklosser i samarbeidet? (Organisering, faglig tenkning/språk, annet?)

11. Hvordan tror du pasientene opplever samarbeidet mellom de ulike faggruppene her?

12. Hva skiller sykepleie fra

- a) hjelpepleie?
- b) legenes virksomhet?

(Underliggende: Hva er sykepleie?)

- Funksjon, fagenes innhold
- Burde det vært endringer i funksjonsfordeling? I arbeidsoppgaver? (Trekk inn svarene fra spørreundersøkelsen og be om kommentarer.)
- Kompetanse som du ikke får utnyttet? (Vis til svarene i sp.undersøkelsen og be om kommentar.)

13. Kan du se deg selv i en

- a) hjelpepleierrolle? (som hjelpepleier)
- b) legerolle? (som lege)

14. Sykepleierrollen; har den rom for ditt personlige preg?

15. Sykepleiernes fellesskap

- Har sykepleierne egen forum som feks sykepleiermøter?
- Viktig? Hvorfor?
- Kontakt med sykepleiere fra andre poster? (Formelt/uformelt)

Nyutdannede sykepleiere; hva er deres styrke og svakheter?

- Til erfarne: Tanker om å være nyutdannet i dag? Hva sliter de med?
- De største forskjellene på en uerfaren og en erfaren sykepleier i måten de jobber på?

16. Husk tilbake til studietiden; har forventningene til arbeidet som sykepleier blitt oppfylt?

17. I hvilken grad eksisterer overtidsarbeid, forskøvet arbeidstid, tilleggsvakter?

- Uønsket eller kjærkomment?
- I hvilke situasjoner kan overtid være aktuelt?
- Hva får deg til å si ja, selv om det passer dårlig?

Vedlegg 5: Intervjuguide avdelingssykepleiere

1 Bakgrunnsvariabler

- Alder
- Yrkeserfaring, evt. annen utdanning, etter-/videreutdanning

2 Framlegg noen hovedtrekk fra tidsregistreringen og spørreundersøkelsen, og be om respons.

- Inkl. inntrykk av sykepleiernes opplevelse av tids- og oppgavereg.
- Kommentarer til reg.skjema?
- Egen fagutvikling. (Fagutvikling for hva? Hvordan brukes kompetansen?)
- Hente og bringe utstyr etc

3 Hvilke egenskaper ønsker du at en god rollemodell for dine sykepleiere skal ha?

- Egenskaper, kunnskap, erfaring
- Begrunne beskrivelsen (Få tak i funksjonene som skal oppfylles)

4 Alderssammensetning/erfaring blant postens sykepleiere

- Erfarne vs. uerfarne sykepl. (Hva er mest avh. av erfaring? Hva det største handicapet for de uerfarne vs de erfarne? Hva sliter de med?)
- Eldre vs. yngre; endringer i forbilder, holdninger etc over tid? Holdninger til arb.oppg. i endring?
- Utdanningen i dag.

5 Hva forventer pasientene av sykepleierne?

- Andre forventninger sykepleiernes egne?
- Andre forventninger enn dine?

