



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

PROSJEKTOPPGAVE

Tema: Ledelse på sykehjem

Emnekode: Geriatri 02

Emnenavn: Geriatri modul 3 og 4

Vurdering: Prosjektoppgave

Navn: Anne Kristin Egebjerg og Anne Lise Eike

Leveringsfrist: Onsdag 06.05.09 kl. 1400

Vurderingstype: Ordinær

Antall ord: 10 342

Sammendrag

Hvordan kan avdelingssykepleier bidra til å kvalitetssikre pleien til beboere på sykehjem ved å ta i bruk sykepleiedokumentasjon?

Formål: Målet med studien har vært å undersøke om sykepleiedokumentasjon og oppdaterte pleieplaner er et viktig arbeidsverktøy for pleiepersonalet i den daglige pleien, for å kunne gi faglig forsvarlig sykepleie.

Bakgrunn: Vi er to avdelingssykepleiere, som tar videreutdanning i aldring og eldreomsorg. Begge arbeider i en somatisk avdeling på sykehjem i to relativt små kommuner. I vår travle og utfordrende hverdag opplever vi ofte at dokumentasjonsplikten ikke overholdes eller blir nedprioritert. Flere av beboere på våre sykehjemsavdelinger mangler oppdaterte pleieplaner som dermed ikke kan brukes som et godt arbeidsredskap. Årsaken til dette kan etter vår mening være flere, eksempelvis usikkerhet og manglende kompetanse i hvordan en god pleieplan skrives. Videre kan det skyldes for dårlig kunnskap innen IT og at det ikke finnes rom for pleieplansarbeid i pleiekulturen på den enkelte avdeling.

Metode: Litteraturstudie hvor vi har analysert ti forskningsartikler, ni engelskspråklige og en norsk, og relevant bakgrunns litteratur.

Resultater/konklusjon: Sykepleiedokumentasjon er et viktig ledd i kvalitetssikringen av pleien til beboere på sykehjem. Avdelingssykepleier må være delaktig og sette av tid til dette arbeidet. Videre viser forskning at det må utøves sterk og tydelig ledelse på sykehjem som vektlegger kvalitetssikring og et godt arbeidsmiljø som fremmer utvikling og en positiv pleiekultur. De fleste forskningsartikler understreker at dokumentering og evaluering av gitt sykepleie til sykehjemsbeboere er et viktig kvalitetstiltak for å kunne yte faglig forsvarlig sykepleie.

Nøkkelord: leadership, nursing home, quality of care and nursing records

Innhold

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Presentasjon av problemstilling	2
1.3	Avgrensing og presisering av oppgaven	2
1.4	Disposisjon av oppgaven	3
2	Begrepsmessig rammeverk	4
2.1	Ledelse.....	4
2.2	Avdelingssykepleier/ mellomleder	5
2.3	Sykehjem	5
2.4	Beboer	6
2.5	Kvalitetssikring av pleien til beboere	6
2.6	Kvalitetssikring ut fra en sykepleieteoretikers ståsted	7
2.7	Sykepleiedokumentasjon	8
3	Metode	10
3.1	Litteraturstudie.....	10
3.2	Fordeler og ulemper.....	10
3.3	Etiske aspekter	11
3.4	Valg av litteratur	11
3.5	Kildekritikk	12
3.6	Presentasjon av artikler	12
4	Drøfting	18
4.1	Sykepleiedokumentasjon og kvalitetsutvikling	18
4.2	Pleiekulturens innvirkning på kvalitetssikring av pleien	21
4.3	Kompetansehevingens hensikt i kvalitetsarbeidet.....	24
4.4	Faglig forsvarlig sykepleie forutsetter teamarbeid	27
5.	Avslutning	31
	Litteraturliste	I

1 Innledning

I denne fordypningsoppgaven har vi valgt å skrive om ledelse på sykehjem, som er en viktig del av vår hverdag som avdelingssykepleiere. Vi vil fokusere mest på kvalitetssikring av pleien til beboere på sykehjem. Tidligere i videreutdanningen har vi skrevet en litteraturstudie om ledelse på sykehjem, hvor vi tok for oss hvilke utfordringer avdelingssykepleier møter overfor personalet i en travel hverdag. På en sykehjemsavdeling må vi som ledere ivareta både personellet, beboerne og pårørende. Dette innebærer blant annet tilrettelegging og utføring av faglig forsvarlig sykepleie til beboerne våre, og for å få dette til må en ha personalet med på laget.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi er to sykepleiere som tar videreutdanning i aldring og eldreomsorg. Begge arbeider som avdelingssykepleiere/mellomledere i en somatisk avdeling på sykehjem i to relativt små kommuner. Garsjø (2008) sier blant annet at en god institusjon ivaretar beboernes behov og interesser som trygghet, velvære, nærhet, kontinuitet, helhet og tilgjengelighet når de ikke selv ivaretar sin egenomsorg. Det avhenger ikke bare av økonomiske ressurser, god struktur og fine lokaler, men at institusjonen har ansatte som ser den enkelte beboers behov og tar ansvar. Dette er noe vi som avdelingssykepleiere er opptatt av og ser at i denne sammenhengen er det et forbedringspotensiale, som bør inngå i det videre kvalitetsutviklingsarbeidet på den enkelte sykehjemsavdeling.

Ledelse er ifølge Nylehn (1997) å leve med ubegrensede krav og stor usikkerhet, noe vi flere ganger har erfart i vår lederrolle. I vår hverdag opplever vi krav både fra beboere, pårørende, pleiepersonalet og offentlig myndigheter i forhold til hvordan vi utfører pleie og omsorgstjenester. Viser til § 39 i helsepersonelloven og § 8 i pasientrettighetsloven som blant annet stiller store krav til dokumentasjon, noe vi tolker som kvalitetsforbedrende tiltak innen kommunehelsetjenesten. Ifølge NSF's veileder 4. utgave (2007) har flere studier i Norge de siste ti årene vist at sykepleiedokumentasjon sjelden holder mål. I vår travle og utfordrende hverdag opplever vi ofte at dokumentasjonsplikten ikke overholdes eller blir nedprioritert. På våre sykehjemsavdelinger mangler flere beboere oppdaterte pleieplaner og disse planene kan

dermed ikke brukes som et godt arbeidsredskap. Årsakene til dette er flere, men vi tror at usikkerhet og manglende kompetanse i hvordan en god pleieplan skrives er hovedgrunnen. Vi opplever også at noen av helsearbeiderne har for dårlig kunnskap innenfor IT, og kvier seg for å gå i gang med å skrive i elektronisk pasientjournal. I tillegg kan manglende dokumentasjon til en viss grad relateres til pleiekulturen i den enkelte avdeling. Pleiepersonalet klarer ikke alltid å frigjøre seg fra de praktiske arbeidsoppgavene som de kjenner på at de ”må” utføre i løpet av en vakt. Her er det lederens ansvar å informere om at dokumentasjonsplikten må ha høy prioritet og at sykepleiere må bli flinkere til å delegere, eksempelvis kjøkkenarbeid til annet pleiepersonell.

Strand (2007) sier at den offentlige leder må skaffe seg handlingsrom for ledelse innenfor de gitte rammene ved å være kreativ og tenke nytt. Etter vår mening forutsetter kreativitet og nytenkning i denne sammenheng at hele personalgruppen drar lasset i lag. Et teamarbeid som krever at alle ser viktigheten av å være faglig oppdatert og kan bruke pleieplanen som et daglig arbeidsredskap for å nå målene for sykepleien. Dette er grunnen til at vi har valgt å se nærmere på temaet ”Ledelse på sykehjem” som munner ut i følgende problemstilling som blir presentert nedenfor.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Hvordan kan avdelingssykepleier bidra til å kvalitetssikre pleien til beboere på sykehjem ved å ta i bruk sykepleiedokumentasjon?

1.3 Avgrensing og presisering av oppgaven

Avdelingssykepleier fungerer som en mellomleder og har mange og sammensatte arbeidsoppgaver i sin hverdag på sykehjem. En viktig arbeidsoppgave er kvalitetssikring av den pleien som gis til sykehjemsbeboere (Jakobsen, 2005). I denne oppgaven ønsker vi først og fremst å se nærmere på avdelingssykepleier sin hverdag i forhold til kvalitetssikring av

pleien, det vil si å iverksette tiltak som fører til bedre kvalitet på pleie og omsorgstjenestene. Vi vil avgrense oppgaven ved å fokusere på hva sykepleiedokumentasjon, kompetanseheving og pleiekultur på sykehjem har å si for kvalitetssikringsarbeidet. Oppdaterte pleieplaner som inneholder god og oversiktlig dokumentasjon tror vi kan medføre bedre struktur på sykepleien, kompetanseheving og påvirke pleiekulturen på en positiv måte. Viser til Arntzen (2007) som sier at helsepersonell sin kunnskap og kompetanse er av de sterkeste virkemidlene i arbeidet for å bedre pasientsikkerhet og kvalitet.

Faglig forsvarlig sykepleie må også inneholde god samhandling mellom sykepleier, beboer og pårørende. Eksempel på dette kan være å ta seg tid til ”den gode samtalen”, vise empati, yte god omsorg og ikke minst bruke humor i pleien når det passer seg. I denne prosjektoppgaven er det ikke rom for å belyse disse viktige aspektene ved pleien, som er et stort tema i seg selv, på grunn av ordbegrensning. Vi er også klar over at den enkelte avdeling sitt internkontrollsystem inneholder mange flere ledd enn sykepleiedokumentasjon, men har heller ikke anledning til å fordype oss i dette på grunn av oppgavens størrelse.

Da vi har valgt å skrive en litteraturstudie vil vi nå prøve å sette bakgrunns litteraturen i dialog med forskningslitteratur og egne erfaringer/vurderinger ut fra våre respektive arbeidsplasser. Vi har funnet ti forskningsartikler om temaet, ledelse på sykehjem og kvalitetssikring, som vi vil bruke sammen med annen relevant litteratur for å prøve å finne svar på problemstillingen vår.

1.4 Disposisjon av oppgaven

Vi har valgt å dele oppgaven vår inn i fem kapitler;

Kapittel 1; Innledning med presentasjon av tema og problemstilling.

Kapittel 2; Teoridel, et begrepsmessig rammeverk med definisjoner.

Kapittel 3; Metodevalg, en systematisk litteraturstudie.

Kapittel 4; Drøftingsdel, hvor vi drøfter problemstillingen ut fra teoridel, forskningsartikler og egne erfaringer/vurderinger.

Kapittel 5; Avslutning som inneholder en oppsummering på hva vi har funnet ut.

2 Begrepsmessig rammeverk

2.1 Ledelse

I følge Nylehn (1997) er ikke ledelse et entydig begrep. Det foreligger ingen samlet teori, men mange av teoriene har klare fellestrekk. En nyere definisjon av begrepet ledelse er; *Et system ledes ved at mål formuleres gjennom stadig presisering og reformulering og forsøkes realisert ved strukturering av systemet og styring og i kontroll av aktiviteter* (NPI 1975).

Nylehn (1997) sier videre at ledelsesfunksjonen kan fremstilles som tredelt: Grenseregulering, systembygging og prosesstyring. Grenseregulering betyr at organisasjonen orienteres i forhold til omverden; mål, kvalitetstiltak, omfang og plass. Systembygging vil si å bygge opp systemer og strukturer, eksempelvis oppdaterte pleieplaner. Prosesstyring er å gjennomføre prosesser, eksempelvis å sette av tid til å arbeide med sykepleiedokumentasjon som igjen vil heve kvaliteten.

Ledelse er ifølge Strand (2007) også blitt et anerkjent begrep i offentlig sektor. Forestillinger om ledelse og teknikker for styring, som tidligere ble forbundet med privat sektor, er kommet på dagsordenen. Konteksten for ledelse i det offentlige er imidlertid tett. På en enkel måte kan det sies at det offentlige preges av regler innad og politikk utad. Likevel mener Strand (2007) at det kan skapes handlingsrom for ledelse ved å prøve ut hva som er mulig innenfor systemet, og ved å benytte kreative kombinasjoner av ressurser og handlemåter.

Kvalitetsarbeid er helt avhengig av ledelsen og lederen må ifølge Jakobsen (2005) ha visjoner og bakkekontakt. Videre må lederen bidra til gode systemer for å fremme positiv utvikling og hindre negative forhold på sykehjemsavdelingen. Dette krever igjen at avdelingssykepleier har faglig innsikt og oversikt over kvalitetsarbeidet. Arntzen (2007) understreker dette ved å si at tydelig ledelse og struktur er en forutsetning for å oppnå bedre kvalitet på pleie og omsorgstjenestene.

2.2 Avdelingssykepleier/ mellomleder

Ifølge Hauge (2008) skal en mellomleder på sykehjem sette faglig standard for den behandling, pleie og omsorg som gis. Lederen må ha kunnskap om organisasjonen de arbeider i og om lover og regler som styrer driften av organisasjonen. Colbjørnsen et al (2001) sier at en leders funksjon er å passe på at systemene, eksempelvis dokumentasjon, tradisjoner og daglige gjøremål i avdelingen, fungerer som de skal.

En mellomleder skal lede personalgruppa samtidig som vedkommende blir ledet av sin overordnede, som igjen kan medføre at mellomlederen blir utsatt for doble forventninger. En konsekvens av dette kan være at det iverksettes tiltak som personalet er uenig i, samtidig som leder ønsker medvirkning fra deres side (Nylehn, 1997).

2.3 Sykehjem

Et sykehjem er ifølge Garsjø (2008) en pleieinstitusjon hovedsakelig for eldre som har et pleiebehov. I tillegg skal sykehjemmet fungere som en verdig bolig i livets siste fase. Hauge (2008) sier at sykehjemmet er en kommunal institusjon som tilbyr heldøgns helsetjenester. Hun sier videre at sykehjemmets overordnede målsetninger er å tilby; kvalitativ god og individuelt tilpasset pleie og omsorg, et riktig medisinsk behandlingstilbud, et godt sted å bo for mennesker som har sykehjemmet som hjem. Sykehjemmet er ifølge Ranhoff, Schmidt & Ånstad (2007) en komplisert organisasjon, med store utfordringer og til dels vanskelige arbeidsoppgaver. Denne komplekse strukturen stiller store krav til ledelsen som må bidra til at hele personalgruppa samarbeider om best mulig pleie og omsorg til den enkelte beboer.

Garsjø (2008) hevder at det gir trygghet for de eldre å bo på sykehjem, men det fører også til store endringer i dagliglivet. Grunnen til dette er at de eldre må innrette seg etter sykehjemmets rutiner og enkelte opplever at de mister kontrollen over eget liv. Hvordan disse institusjonene utformes og organiseres, samt omsorgens kvalitet vil dermed være avgjørende for mange eldres livskvalitet og helse. Her spiller pleiekulturen på den enkelte sykehjemsavdeling en viktig rolle, fordi det som regel etableres faste og stabile mønstre som

er utgangspunkt for ulike handlinger pleiepersonalet utfører overfor den enkelte beboer. Ifølge Norheim (2006), kjennetegnes pleiekulturen ved at pleiepersonalet utfører handlinger basert på et felles tankemønster og vurderingsgrunnlag. Vår erfaring er at faste rutiner på sykehjemsavdelingene kan være både positive og negative. I flere sykepleiesituasjoner skaper rutiner trygghet og forutsigbarhet både for beboere og personalet, men i andre situasjoner kan rutiner medføre stigmatisering og begrensede muligheter for faglig selvstendighet, kreativitet og individuelle handlinger.

2.4 Beboer

Da sykehjemmet ble en kommunal institusjon i januar 1988 ble begrepet pasient erstattet med ”beboer” eller ”bruker”. Ifølge Hauge (2008) er trolig grunnen til dette en markering av at sykehjemmet skulle være mer enn en behandlingsinstitusjon. Garsjø (2008) fremhever at beboerbegrepet blir brukt for å understreke at den eldre har ansvar for seg selv og må ikke bli fratatt ansvaret for helse og egenomsorg. Når det er mulig må den eldre få være aktiv og delaktig i beslutninger som har konsekvenser for vedkommende.

Institusjonsbeboere kjennetegnes ved at de på et eller annet vis er hjelpetrequende og terskelen for å komme inn på sykehjem i dag er blitt høy. Dette viser igjen at beboerne er sykere og eldre enn før, noe vi selv erfarer i vår hverdag på sykehjem (Hauge, 2008).

2.5 Kvalitetssikring av pleien til beboere

Larssen og Berge (2003) sier at de tiltak som fører til kvalitet kalles for kvalitetssikring og kan defineres slik; ”*Alle planlagte og systematiske tiltak som er nødvendige for å skape tilstrekkelig tiltro til at en tjeneste vil tilfredsstillende angitte egenskaper til kvalitet*” (s.294). Dette understrekes også av Jakobsen (2005) som viser til definisjon fra Norsk Standard (NS-ISO 8402). Hun sier videre at kvalitetssikring er en systematisk måte å sørge for kvalitet på i tjenesten og at den holder en definert standard eller mål. Eksempler på ulike former for kvalitetsarbeid kan være; sykepleiedokumentasjon, utvikling av standarder og kriterier,

brugerundersøkelser og kvalitetsledelse. Sykepleiedokumentasjon, som vi mener er et viktig ledd i kvalitetssikringsarbeidet, er ifølge Moen, Hellesø, Quivey & Berge (2002) det skriftlige uttrykket for hva vi som sykepleiere vurderer og utfører i samhandling med den enkelte beboer. God dokumentasjon vil igjen være et viktig arbeidsredskap for å nå de målene som er satt for pleien. Dette forutsetter videre at sykepleiedokumentasjonen blir lest og brukt av helsepersonell på en forsvarlig måte (Sandvand & Vabo, 2007). Mainz og Hundrup (2007) understreker også dette ved å si at kvalitetssikring er et forsøk på å besvare spørsmålet om det fremdeles går som forventet med hver enkelt beboer.

Kvalitet defineres ifølge Larssen og Berge (2003) slik; ”*Helhet av egenskaper og kjennetegn som et produkt eller en tjeneste har, som vedrører dets evne til å tilfredsstille fastsatte behov eller krav som er antydnet*” (s. 295). Jakobsen (2005) tar også med denne definisjonen og forklarer den med at kvalitet dreier seg om egenskaper eller tilstander som kan oppfattes og defineres positivt, og som beskriver at noe er godt. Det legges vekt på å støtte samarbeid mellom ulike yrkesgrupper, eksempelvis sykepleiere og hjelpepleiere, for å sikre sammenheng i kvalitetsarbeidet. Her må man også se viktigheten av å klargjøre arbeidsoppgaver, ansvarsområder og ikke minst motivere hele personalgruppa til å arbeide etter en felles plan.

Viktige mål for kvalitetsarbeidet er; å heve kvaliteten på helsetjenesten uansett nivå, å unngå skader, uhell og feilbehandling i størst mulig utstrekning, å leve opp til beboerens tilfredshet med tilbudet og å levere en tjeneste som er faglig forsvarlig (Jakobsen, 2005). Kvalitetsarbeidet er helt avhengig av at avdelingssykepleier ser viktigheten av dette arbeidet, som blir kalt kvalitetsledelse. Dette innebærer blant annet planlegging, gjennomføring, oppfølging og evaluering av tiltak som blir iverksatt på avdelingen. Ifølge Jakobsen (2005) er det nesten umulig å få til kvalitetstiltak dersom ikke lederen er interessert i dette. Florence Nightingale påpeker også at god planlegging, estetikk og orden er nødvendig for å oppnå god kvalitet på sykepleietjenesten (Jakobsen, 2005). Bondevik (2006) skriver at sykepleie til beboere på sykehjem er sykepleie på høyt nivå, som krever både faglig og menneskelig kvalitet og kompetanse.

2.6 Kvalitetssikring ut fra en sykepleieteoretikers ståsted

Florence Nightingale (1984) var som nevnt ovenfor opptatt av god planlegging i sykepleietjenesten. I tillegg tar hun for seg viktigheten av sykepleiernes kunnskapsnivå og evne til å bruke det kliniske blikket. Hun var utrettelig opptatt av datainnsamling, observasjon, prøving og analyse av de emnene hun var opptatt av. Funnene ville Nightingale (1984) bruke i den hensikt å få noe til å skje, slik vi tolker det, iverksetting av kvalitetstiltak. Dette at hun over flere år hadde opparbeidet seg kunnskap og gjort seg egne refleksjoner over spørsmål knyttet til sykepleie gjorde at hun uttalte seg med autoritet på disse områdene.

I Nightingales håndbok i sykepleie (1984) første gang utgitt i 1859 kommer det frem at hun arbeidet med en plan for å forbedre sykepleietjenesten. I den sammenheng hadde hun gjort seg kjent med nesten alle helseinstitusjoner i England og i mange land på kontinentet. Samme hvilket emne hun tok for seg i sine mange betraktninger rettet hun alltid oppmerksomheten mot pasientene og deres behov. Videre fremheves det at egenskaper som oppfinnsomhet og utholdenhet er kjennetegn på en god sykepleier, som igjen kan redde flere liv. Nightingale (1984) skrev også at den som har ansvar, eksempelvis avdelingssykepleier, trenger ikke alltid å gjennomføre nødvendige tiltak selv, men kan utpeke annet helsepersonell til å gjennomføre tiltakene. Gode rutiner på avdelingen er helt nødvendige for å få til kvalitetssikring på den enkelte arbeidsplass. Hennes betraktninger er absolutt aktuelle i dag også, noe som viser at hun var forut for sin tid.

2.7 Sykepleiedokumentasjon

Moen et al (2002) sier som før nevnt at sykepleiedokumentasjonen er det skriftlige uttrykket for hva sykepleiere vurderer og utretter i samhandling med beboer. Sykepleieprosessen blir tradisjonelt brukt for å dokumentere beboerens behov for sykepleie, som igjen munner ut i en pleieplan. Innholdet i en pleieplan består av kartlegging av sykepleieproblem, beboers ressurser, mål for pleien, tiltak og evaluering av den pleien som er gitt over en viss periode. Hensikten ved å evaluere sykepleietiltakene er å vurdere om den pleien som er gitt har hatt effekt, eller om en må endre på tiltakene. Ifølge Poulsen (2007) skal sykepleiedokumentasjonen være nøyaktig, systematisk og forståelig av hensyn til alle faggrupper som skal nytte pleieplanen som et arbeidsredskap. Dokumentasjon og

kvalitetsforbedrende arbeid har høy prioritet i sykepleietjenesten. Viser her til helsepersonelloven § 39 og pasientrettighetsloven § 8 som sier at helsepersonell som yter sykepleie har dokumentasjonsplikt. Sykepleiere har et etisk og faglig ansvar for å yte tjenester av høy kvalitet til beboere på sykehjem. I de siste årene har sykepleietjenesten blitt stilt overfor stadig økende krav til brukermedvirkning, det vil si at den eldre selv skal ha medansvar for egen helse, eksempelvis rehabiliteringstiltak gjennom fysisk aktivitet (jf. pasientrettighetsloven). Beboere og pårørende står i et avhengighetsforhold til pleiepersonalet, noe som stiller store krav til hver enkelt sykepleier sin kompetanse. (NSFs faggruppe for IKT og dokumentasjon 2007).

Det er ifølge Poulsen (2007) skrevet mange artikler om dokumentasjon som vitner om sykepleieres engasjement innenfor dette feltet. Sykepleiedokumentasjon er ikke noe nytt fenomen. Allerede på slutten av 1800-tallet beskrev Nightingale hva hun så på som det sentrale i sykepleien. Det var praktisk hendelsesforløp, objektive observasjoner og ordinasjoner fra lege som tilhørte sykepleiers ansvarsområder, som igjen skulle dokumenteres. Nightingale la også vekt på at den skrevne rapport måtte være kort, tydelig og inneholde endringer i pasientens tilstand i løpet av vekten. Disse kravene til skriftlig dokumentasjon tilsvarer på mange måter dagens krav.

3 Metode

3.1 Litteraturstudie

En litteraturstudie kan ifølge Forsberg og Wengstrøm (2003) defineres slik; ”*Et litteraturstudie innebærer å systematisk søke, kritisk granske og sammenfatte litteratur innenfor et emne eller problemområde*” (s. 34). I vår oppgave ønsker vi å bruke en systematisk litteraturstudie for å finne svar på vår problemstilling. Dette krever ifølge Forsberg og Wengstrøm (2003) at vi har en tydelig formulert problemstilling som besvares systematisk gjennom kritisk vurdering og analysering av relevant forskningslitteratur.

En annen forutsetning for å kunne utføre systematisk litteraturstudie er i følge Forsberg og Wengstrøm (2003) at det finnes tilstrekkelig forskningslitteratur av god kvalitet som kan være grunnlag for vurderinger og konklusjoner.

Olsson og Sørensen (2006) sier at litteraturen er informasjonskilden i en litteraturstudie på tilsvarende måte som respondenten er informasjonskilde ved intervjuer. Dette innebærer videre at den litteraturen som brukes i litteraturbakgrunnen ikke kan være den samme som ”innsamlingslitteraturen”. Innsamlingsdata for resultatredigjølrelsen bør hentes fra minimum 5 vitenskapelige artikler. I drøftingsdelen skal innsamlet forskningslitteratur settes i dialog med bakgrunnslitteraturen og drøftes ut fra formål og problemstilling. Her vil det også være rom for egne meninger og erfaringer.

3.2 Fordeler og ulemper

En fordel ved en litteraturstudie er ifølge Forsberg og Wengstrøm (2003) at vi kan samle store mengder data på kort tid for å tilegne oss kunnskap som er relevant for problemstillingen vår. Videre kan vi gå tilbake til kilden for å lese artiklene på nytt for å forsikre oss om at vi fremdeles har den samme forståelsen av innholdet. Hvis vi kommer frem til at artikkelen ikke er relevant, kan vi søke etter nye artikler i ulike databaser.

En ulempe ved bruk av litteraturstudie er at det kan være vanskelig å få tak i primærkilder. I sekundærkilder må vi stole på forfatterens tolkning av forskningsresultatene som er foretatt. Vi har funnet mye forskningslitteratur om vårt tema, ledelse på sykehjem med fokus på kvalitetssikring.

3.3 Etiske aspekter

Etiske aspekter må alltid være til stede ved oppgaveskriving. I en litteraturstudie må det vektlegges å bruke riktige referanser samt unngå direkte avskrift fra forskningsartikler. Videre er det viktig både å undersøke og understreke betydningen av troverdigheten i den forskningen som er gjort i forhold til aktuell problemstilling (Olsson og Sørensen, 2006).

Forskningens kunnskapskrav har som mål å finne frem til fakta som kan løse både teoretiske og praktiske problemer som kan medføre økt kunnskapsnivå, med andre ord kompetanseheving. Ifølge Olsson & Sørensen (2006) er forskningens overordnede mål å oppnå ny kunnskap som kan medføre økt forståelse. I vår studie håper vi at nyervervet kunnskap kan legge grunnlag for positive forandringer på våre respektive arbeidsplasser.

3.4 Valg av litteratur

Det første vi gjorde i valg av litteratur var å finne konkrete søkeord på engelsk tatt fra problemstillingen vår. Søkeordene vi kom frem til er; "leadership, nursinghome, quality of health care and nursing records" Vi søkte i alle relevante databaser som ble anbefalt av bibliotekar og forfatterne Forsberg og Wengstrøm (2003). Litteratursøket ble avgrenset til vitenskapelige forskningsartikler i full tekst av nyere dato.

Vi valgte ut 4 engelskspråklige artikler før jul i forbindelse med studiekraft 1 modul 3 som omhandlet samme tema. Før oppstart med prosjektplanen fant vi 5 nye engelskspråklige

artikler og en norsk artikkel, og til sammen utgjør disse 10 forskningsartiklene våre innsamlingsdata. Artiklene er hentet fra følgende databaser; ProQuest, Ovid, Academic Search Premier og Norart. Forskerne som har skrevet artiklene har brukt ulike undersøkelsesmetoder, eksempelvis kvalitativ- og kvantitativ metode. I punkt 3.6 vil vi gi en nærmere presentasjon av de utvalgte artiklene.

3.5 Kildekritikk

I en litteraturstudie må vi foreta en kritisk vurdering av litteraturen med hensyn til kvalitet. Dette innebærer at vi analyserer forskningsartikler som er aktuelle for temaet vårt, ledelse på sykehjem. Når vi skal analysere forskningsartiklene er det viktig å se på den enkelte artikkelens validitet og reliabilitet (Olsson og Sørensen, 2006). Validitet betyr at vi tester rett ting, i vårt tilfelle ledelse på sykehjem og kvalitetssikring av pleien til beboere ved å ta i bruk sykepleiedokumentasjon. Reliabilitet går på hvor godt vi faktisk måler den forskningen vi har funnet om temaet vårt. Høy validitet medfører som regel høy reliabilitet.

Når vi bruker engelskspråklige forskningsartikler kan vi se at det er en fare for feiltolking av teksten, fordi vi legger en annen betydning i enkelte ord enn forfatterne har ment.

3.6 Presentasjon av artikler

Oppgaven vår er som kjent en litteraturstudie som krever at vi må bruke minst fem til seks forskningsartikler. Vi har gjort et utvalg på ti forskningsartikler som omhandler temaet ”ledelse på sykehjem”. Etter anbefaling av Olsson og Sørensen (2006) vil disse bli presentert på følgende måte: Tittel, forfatter, årstall, formål, utvalg, metode og resultat av forskningen.

Tittel: *"Nurse leadership within primary care: the perceptions of community nurses, GPs, policy makers and members of the public."*

Forfatter: McKenna et al (2004).

Formål: Å få fram sykepleiere, allmennleger, politikere og kommunens innbyggere sine synspunkter på sykepleieledelse i kommunehelsetjenesten.

Et tilbakeblikk på kommunehelsetjenestens rolle og funksjon for å se hva som har skjedd i forhold til praksis, utdanning, forskning og rutiner.

Utvalg: 60 deltakere fra Nord Irland og Den Irske Republikk deltok i fokusgrupper og Delfi undersøkelsen som bestod av 38 sykepleiere fra kommunehelsetjenesten, 14 allmennleger og 8 medlemmer fra befolkningen.

Metode: Data ble samlet inn ved å bruke en multimetodeundersøkelse som inkluderte fokusgrupper, Delfi teknikker (intervju av eksperter) og semistrukturerte en til en intervjuer.

Resultat: Forskerne konkluderer her med at de ulike profesjonene innen helsesektoren er enige om at sterk/tydelig ledelse er nødvendig for utvikling av kommunal helsetjeneste.

Tittel: *"Exploring Nursing Home Staff's Perceptions of Communication and Leadership to Facilitate Quality Improvement."*

Forfatter: Scott- Cawiezell et al (2004).

Formål: Er å finne ut hva slags innvirkning arbeidsmiljø, kommunikasjon og ledelse har for personalets evne til å utvikle god forsvarlig sykepleie.

Utvalg: 15 fasiliteter, sykehjem, fra fire stater i USA, hvorav 995 ansatte responderte.

Metode: Shortell og hans kollegaer har utarbeidet et spørreskjema som omhandler organisasjon og ledelse. Dette skjemaet i en omarbeidet form ble brukt i undersøkelsen med Shortell's tillatelse. Det ble også brukt kvalitative og kvantitative analyser.

Resultat: Funn viser at sykehjem i likhet med andre helseorganisasjoner har et komplekst arbeidsmiljø hvor kommunikasjon og ledelse er helt nødvendig for å yte faglig forsvarlig sykepleie.

Tittel: *"Nursing Home Quality, Cost, Staffing, and Staff Mix."*

Forfatter: Rantz et al (2004).

Formål: Hensikten var å beskrive pleie og omsorg på sykehjem i Missouri, USA. Andre faktorer som ble undersøkt var organisatoriske egenskaper, pleiekostnader, fagkompetanse og profesjonssammenheng i personalgruppa.

Utvalg: 92 sykehjem ble tilfeldig utvalgt mellom alle sykehjem i Missouri.

Metode: En undersøkende studie som tar for seg pleie- og omsorgskvaliteten på sykehjem med god, middels og dårlig økonomi. Sykehjemets kostnader ble målt ut fra kvalitetsindikatorer hentet fra "Minimum Data Set resident assessment data". Utgifter og personalopplysninger er hentet fra "Medicaid cost reports". Observasjon ble brukt for å beskrive kvaliteten på pleie- og omsorgstjenestene.

Resultat: Her kommer det fram at for å få gode "resultater" på sykehjem kreves det en ledelse som legger vekt på kvalitetssikring i pleien og godt personalsamarbeid.

Tittel: " *Comprehensive systematic review of evidence on developing and sustaining nursing leadership that fosters a healthy work environment in healthcare.*"

Forfatter: Pearson et al (2007).

Formål: Hensikten var å finne fram til best mulig kunnskapsbasert dokumentasjon på gjennomførbare, meningsfulle og effektive sykepleielederegenskaper som kan medvirke til utvikling og opprettholdelse av et godt arbeidsmiljø.

Utvalg: 48 vitenskapelige artikler, eksperimentelle.

Metode: Litteraturstudie som omfatter både kvantitative og kvalitative forskningsartikler. Hver artikkel ble vurdert av to uavhengige forskere for å kvalitetssikre artiklenes metodebruk ved hjelp av et kritisk vurderingsverktøy laget av Joanna Briggs Institute.

Resultat: En kombinasjon av lederstil og særskilte egenskaper viste seg å medvirke til utvikling og opprettholdelse av et godt arbeidsmiljø. Denne forskningsartikkelen legger et solid fundament for videre forskning innen dette tema.

Tittel: " *Assessing Nursing Homes` Capacity to Create and Sustain Improvement.*"

Forfatter: Scott et al (2005).

Formål: Vurdere sykehjemsorganisasjonens kapasitet til å skape og opprettholde forbedringer.

Utvalg: 32 sykehjem i Colorado, 1763 ansatte ble inkludert i undersøkelsen.

Metode: Litteraturstudie som benytter en omarbeidet form av "Shortell's Organization and Management Survey", med hans tillatelse.

Resultat: En sterk organisasjon innenfor sykehjem krever et godt samarbeid mellom ledelse, helsepersonell, beboere og pårørende. Videre er det nødvendig med et godt samspill gjennom ledelse, kommunikasjon, relasjonsbygging, og teamarbeid for å skape og opprettholde positive forandringer.

Tittel: *“Towards a nursing minimum data set for Ireland: making Irish nursing visible”.*

Forfatter: Butler et al (2006).

Formål: Identifisere beboers sykepleiediagnoser, sykepleietiltak og effekt av gitt sykepleie som igjen skal inkluderes i ”minimum data set of Ireland”, som kan sammenlignes med en standardisert pleieplan som inneholder generelle sykepleiebegrep.

Utvalg: 59 sykepleiere

Metode: 11 fokusgrupper og innsamlingsdata fra 45 sykepleiejournaler.

Resultat: Funn viser at det i irsk sykepleiedokumentasjon/journalsystem ikke alltid er samsvar mellom det sykepleiere sier at de gjør og det som faktisk blir skriftlig dokumentert. Gjennom fokusgruppene ble det identifisert flere nye typer sykepleietiltak som ikke har blitt registrert i journalsystemet tidligere. Disse aspektene vil det bli forsket videre på for å utvikle den irske sykepleiedokumentasjonen.

Tittel: *“Nursing documentation in nursing homes – state-of –the-art and implications for quality improvement.”*

Forfatter: Voutilainen et al (2004).

Formål: Finne ut om beboerens individuelle behov er vurdert, målene for sykepleien er satt og om sykepleietiltakene er iverksatt. Måloppnåelse krever regelmessig evaluering av den pleien som blir gitt.

Utvalg: 36 sykehjemsavdelinger på sykehjem i Helsinki, Finland.

Metode: Litteraturstudie. Senior Monitor instrument ble brukt i denne studien.

Resultat: Studien viser at det er svært nødvendig å ta for seg sykepleieres dokumentasjonspraksis på sykehjem i Finland, spesielt må det fokuseres mer på evaluering av sykepleien som gis. Selv om det har blitt lagt vekt på opplæring i dokumentering over flere år, så har ikke sykepleierne blitt flinkere til å dokumentere enn de var for 20 år siden. Det kommer også frem at nøyaktig dokumentasjon er en viktig forutsetning for en individuell og trygg sykepleie. Pasientinformasjon som ikke er dokumentert kan ikke stoles på.

Tittel: *“Accuracy of Nursing Home Medical Record Information about Care-Process Delivery: Implications for Staff Management and Improvement.”*

Forfatter: Schnelle et al (2004).

Formål: Finne ut om pleiekulturen på sykehjem må endres for å kunne forbedre kvaliteten på pleien ved mer nøyaktig sykepleiedokumentasjon

Utvalg: Fire tidligere studier angående tema sykepleiedokumentasjon.

Metode: Litteraturstudie.

Resultat: Her kommer det frem at det ikke kan forventes forbedring i sykehjemmets kvalitetsarbeid før det foreligger et informasjonssystem, som legger til rette for nøyaktige registreringer av den sykepleien som faktisk er gitt til beboerne. Dette krever også mer ressurser både til ansettelse av flere helsearbeidere og kompetanseheving.

Tittel: *“Nursing documentation for communication an evaluating care.”*

Forfatter: Törnvall & Wilhelmsson (2007).

Formål: Undersøke i hvilken grad og i hvilken hensikt avdelingssykepleiere og allmennpraktiserende leger bruker dokumentasjonen i kvalitetssikringsarbeidet.

Utvalg: 544 leger og 82 avdelingssykepleiere i primærhelsetjenesten.

Metode: Datainnsamlingen, svar på spørsmål sendt til utvalg i posten, ble analysert både gjennom bruk av statistikk og kvalitativ innholdsanalyse.

Resultat: Sykepleiedokumentasjonen må bli mer tydelig og fremstående i forhold til spesifikk sykepleieinformasjon for å oppfylle hensikten med dokumentasjonen, som videre kan utgjøre grunnlag for kvalitetsutvikling av omsorgen. Legene bruker vanligvis sykepleie-dokumentasjon for oppfølging og videre behandling. Studien viser at bare halvparten av avdelingssykepleiere bruker sykepleiedokumentasjon til evaluering av omsorgen.

Tittel: *”Kvalitetssikring av sykepleiedokumentasjonen - har bruk av indikatorer i et internkontrollsystem av sykepleiejournalen effekt på kvaliteten av sykepleie-dokumentasjonen?”*

Forfatter: Børmark (2003).

Formål: Å få en oversikt over om dokumentasjonen ved en kirurgisk avdeling er i tråd med gjeldende mål, retningslinjer og forskrifter ved gjeldende prøvesykehus, og på hvilke områder den ikke oppfyller overordnede krav.

Utvalg: Kirurgisk avdeling som bestod av to poster med gjennomsnittlig 50 inneliggende pasienter per dag i testperioden. Utvalget er alle sykepleiejournaler en tilfeldig valgt dag på disse to postene.

Metode: Kvasiekperimentell pretest/posttest design med intervensjon.

Resultat: Bruk av kvalitetsindikatorer i et intern-kontrollskjema for dokumentene i sykepleiejournalen har en positiv effekt på kvaliteten av hvordan sykepleiere dokumenterer. Det totale inntrykket av studien er at sykepleiere tar i bruk pleieplanen så lenge den fungerer som et arbeidsverktøy for å gi oversikt over pasientens behov, men dette arbeidet må ikke ta

for lang tid. Et annet funn er at selve skrivingen av pleieplanen er ukjent for en del sykepleiere, og at sykepleiere som har utdanning fra andre land ikke er kjent med pleieplanens oppbygging og innhold. Erfaringer fra studien viser at sykepleietjenesten etterspør hjelpemidler og veiledning i forhold til dokumentasjon. Videre opplever sykepleiere at de ikke makter å innfri dokumentasjonsplikten og at det er vanskelig å holde seg oppdatert og orientert i en massiv dokumentasjonshverdag.

4 Drøfting

I drøftingsdelen vil vi prøve å finne svar på vår problemstilling som er; **Hvordan kan avdelingssykepleier bidra til å kvalitetssikre pleien til beboere på sykehjem ved å ta i bruk sykepleiedokumentasjon?** Fremgangsmåten vil være å bruke valgt forskningslitteratur og datasamlingen vår, som vi drøfter opp mot bakgrunns litteratur og egne erfaringer. Vi har valgt å dele drøftingen opp i fire hovedpunkter; *sykepleiedokumentasjon og kvalitetsutvikling, pleiekulturens innvirkning på kvalitetssikring av pleien, kompetansehevingens hensikt i kvalitetsarbeidet og faglig forsvarlig sykepleie forutsetter teamarbeid*. Disse punktene er etter vår mening viktige ledd som er avhengig av hverandre for å oppnå bedre kvalitet på den pleien som gis til den enkelte beboer. Utvelgelsen bunner både i en forforståelse og i bakgrunns litteraturen som vi har funnet om temaet vårt, ledelse på sykehjem. Flere funn i utvalgte forskningsartikler om temaet tar også for seg disse fire elementene.

4.1 Sykepleiedokumentasjon og kvalitetsutvikling

Sykepleiedokumentasjon er det skriftlige uttrykket for hva sykepleiere vurderer og utfører i samarbeid med beboer. (Moen et al, 2002). Helsepersonell som yter helsehjelp har ifølge helsepersonelloven § 39 plikt til å dokumentere sitt arbeid, som er et viktig tiltak for kvalitetssikring og internkontroll i den enkelte avdeling. Hauge (2008) sier også at krav om dokumentasjonsplikt er nedfelt i forskrift om pasientjournal. Videre kommer det frem at vurderinger, tiltak og gitt sykepleie skal dokumenteres, men en systematisk og god dokumentasjon av sykepleien på sykehjem er krevende. For å få til god dokumentasjon kreves det et hensiktsmessig elektronisk journalsystem og at sykepleiere er bevisst sitt ansvar på dette feltet. I Børmark (2003) sin forskningsartikkel kommer det frem at flere studier har dokumentert store mangler i sykepleiedokumentasjonen. Konsekvensen av dette er at pleien til beboerne blir uoversiktlig og tilfeldig, og kvaliteten blir nedsatt. Derfor er det helt nødvendig å utvikle gode og anvendelige dokumentasjonssystemer for å sikre kvaliteten på sykepleiedokumentasjonen.

Ifølge Larssen og Berge (2003) gir kravet til dokumentering av de enkelte sykepleiehandlinger grunnlag for å vurdere kvaliteten av det arbeidet som er utført, både for overordnede og kollegaer. God dokumentasjon gir videre grunnlag for å lære av eventuelle feil som igjen kan føre til faglig utvikling, og blir dermed en viktig del av et kvalitetssikringssystem. Nightingale (1984) poengterer også at sykepleiere må lage skriftlige systemer som gjør at alle helsearbeidere kan forstå og bruke disse arbeidsrutinene i praksis. En oppdatert pasientjournal er etter vår erfaring et viktig arbeidsredskap, som bør brukes i det daglige arbeidet på avdelingen. Her har vi som avdelingssykepleiere et viktig arbeid å gjøre i forhold til å motivere pleiepersonalet til å ta seg tid til å utføre den lovpålagte dokumenteringen. Voutilainen, Isola & Muurinen (2004) viser til funn de har gjort i en finsk studie som sier at nøyaktig dokumentasjon er en viktig forutsetning for å kunne gi en individuell og trygg sykepleie til sykehjemsbeboere. De sier videre at en kan ikke stole på informasjon som ikke er dokumentert.

Dokumentere gitt helsehjelp er i følge Sandvand og Vabo (2007) blitt mer og mer viktig på grunn av at det moderne helsevesenet er blitt svært sammensatt. En grunn til dette kan være at pasienter ofte må forholde seg til flere ulike yrkesgrupper og ikke minst til mange ansatte som går i reduserte stillingsbrøker. Moen et al (2002) sier at sykepleiedokumentasjon skal gi en oversikt over planlagt og gitt helsehjelp for å sikre kvalitet og kontinuitet i pleien. Vår erfaring som avdelingssykepleiere har gitt oss kunnskap om at sykepleiedokumentasjon er et viktig og stort arbeidsfelt, som ofte blir nedprioritert i en travel hverdag. Det er ikke sjeldent at vi mangler oppdatert og viktig informasjon om beboere på våre respektive arbeidsplasser, for å kunne gi beboere faglig forsvarlig sykepleie. Dette understrekes av Larssen og Berge (2003) som sier at det blir betraktet som uforsvarlig sykepleie ikke å føre grundige nedtegnelser om den sykepleien som er gitt til den enkelte beboer. Videre kan vi vise til Børmark (2003) sin forskningsartikkel som fremhever at mangelfull sykepleiedokumentasjon kan føre til at sykepleien til den enkelte beboer blir uoversiktlig og tilfeldig. Konsekvensen av dette er at kvaliteten på behandlingen blir nedsatt.

Schnelle, Bates-Jensen, Chu & Simmons (2004) viser i sin forskningsartikkel til store misforhold mellom skriftlig og muntlig rapport, som igjen skaper problemer for pleiepersonalet å kvalitetssikre pleien til langtidsbeboere på sykehjem. Relativt ofte har vi erfart at eldre har diffuse symptomer på sykdom, som gjør det ekstra nødvendig å dokumentere små endringer i adferd og allmentilstand. Eksempel på dette er pneumoni som

ofte gir andre og mer diffuse symptomer hos eldre enn yngre. Eldre kan mangle hoste og forhøyet temperatur, derimot kan sykdomsutviklingen gjerne starte med noe redusert allmenntilstand i form av mindre matlyst og økt tretthet. Her er sykepleierens kliniske blikk helt nødvendig for å kunne iverksette tiltak på et tidlig tidspunkt og kontakte lege for medisinsk behandling. Mangelfull dokumentasjon kan ifølge Sandvand og Vabo (2007) i noen situasjoner medføre at beboeren utsettes for en sikkerhetstrussel. Voutilainen et al (2004) fremholder også at det er en alvorlig trussel for den enkelte beboers individualitet og trygghet, dersom viktige elementer av sykepleien som er gitt ikke blir skriftlig dokumentert. En skrøpelig eldre med pneumoni er ofte avhengig av medisinsk behandling tidlig i sykdomsforløpet for å klare å gjenopprette sin tidligere helsetilstand.

Det kommer klart frem både i bakgrunns litteratur og i forskningsartikler at nøyaktig og fortløpende dokumentering er helt nødvendig for å kunne gi faglig forsvarlig sykepleie til den enkelte beboer. Schnelle et al (2004) sier i sin forskningsartikkel at det først og fremst må innføres et elektronisk dokumentasjonssystem, der pleiepersonell kan foreta nøyaktige registreringer, før det kan forventes en forbedring i pleien. Ifølge Lindholm (2007) skal elektronisk pasientjournal ta utgangspunkt i det kliniske arbeidet og være et system hvor all relevant informasjon om hver enkelt beboer skal samles og presenteres. Videre skal informasjonen være presis og tilgjengelig.

I vår hverdag opplever vi relativt ofte at dokumentering uteblir på grunn av manglende datakunnskaper. Videre har vi også erfart at dokumentasjonen blir for lite presis noe som gjør det vanskelig å finne frem til viktig informasjon. Vi mener at ledere, eksempelvis avdelingssykepleiere, må ta ansvar for grundig dataopplæring som innebærer at alle helsearbeidere som har dokumentasjonsplikt lærer å dokumentere faglig riktig. I Schnelle et al (2004) sin forskningsartikkel kommer det frem at det er nødvendig med opplærings- og motiveringstiltak for personalet for å forbedre pleieplanarbeidet. På en av våre respektive sykehjemsavdelinger blir det satt av fast tid hver uke til arbeid med sykepleiedokumentasjon, noe som viser seg å gi resultater i form av flere oppdaterte pleieplaner. Vi vil understreke at dette ikke har vært noen enkel prosess for avdelingssykepleier som har brukt mye tid og krefter for å dette viktige arbeidet i gang. I denne sammenheng sier Colbjørnsen et al (2001) at nesten alle ledere opplever at personalet ønsker å bli inspirert, få faglig veiledning og oppfølging. Dette at pleiepersonalet arbeider jevnlig med å oppdatere pleieplaner gjør at de lettere kan se på pasientjournalen som et nyttig arbeidsredskap, et kvalitetstiltak i en travel

hverdag. Törnvall og Wilhelmsson (2007) understreker dette ved å si at pasientjournalen er hovedverktøyet for kommunikasjon og kvalitetsutvikling, som igjen er nødvendig for å sikre beboerne god og trygg sykepleie.

Voutilainen et al (2004) fremhever i sin studie at hver enkelt beboer er viktig og unik, og derfor må alle viktige aspekt ved vedkommendes behov for sykepleie dokumenteres. Vektlegging av sykepleiedokumentasjon i en sykehjemsavdeling sier også noe om sykepleiernes verdigrunnlag. I denne artikkelen kommer det og frem at evaluering av gitt sykepleie er det feltet som bør vies størst oppmerksomhet. Grunnen er at regelmessig evaluering i deres innsamlingsdata er tilfeldig eller fraværende, og det var lite gehør for evalueringsarbeid. Egerod og Darmer (2007) definerer evaluering som en mental prosess der sykepleieren sammen med beboer vurderer om målet/ene for pleien er nådd, det vil si om eventuelle symptomer er borte. I vårt arbeid som avdelingssykepleiere kan vi helt klart se at en pleieplan er uten verdi hvis ikke den sykepleien som gis, eksempelvis sårbehandling, evalueres med jevne mellomrom for å se om tiltakene medfører tilheling eller ikke. Vi mener at det er avdelingssykepleier sin oppgave å ansvarliggjøre den enkelte helsearbeider til å dokumentere endringer i beboerens egenomsorgsbehov. Primært ønsker vi at dette skal være en viktig og positiv del av pleiekulturen på avdelingen.

4.2 Pleiekulturens innvirkning på kvalitetssikring av pleien

Pleiekulturen kjennetegnes ifølge Norheim (2006) ved at det har etablert seg faste og stabile mønstre blant pleiepersonalet på avdelingen. Jakobsen (2005) sier at pleiekulturen handler om tradisjonelle verdier og normer innenfor pleie- og omsorgsarbeidet. Dette kan medføre at endringer blir vanskelige å gjennomføre på grunn av en pleiekultur som har vært slik i mange år, og sjelden eller aldri blir tatt opp til vurdering. I dette kan det ligge en fare for at helsepersonell er mer opptatt av rutiner på avdelingen enn av beboerens sykepleiebehov. Norheim (2006) sier videre at når pleiekulturen blir tatt for gitt og ikke diskuteres åpent kan den begrense muligheten for faglig selvstendighet og kritiske refleksjoner. Videre stiller hun spørsmål om hvorfor pleiepersonalet er så lite aktive for å foreta endringer? Er det en tradisjonell underdanighetsfølelse knyttet til omsorgsfunksjonen? Garsjø (2008) understreker dette ved å si at tradisjoner kan være sterke både for ledere og ansatte, og av den grunn er det

er lettere å fortsette i samme spor. Vi har flere ganger hørt følgende utsagn fra erfarne sykepleiere på avdelingen; ” Vi prøvde dette for 10 år siden og det fungerte ikke den gangen, og da går det sikkert ikke bra nå heller.” Funn i McKenna et al (2004) sin artikkel bekrefter dette ved å si at unge nyutdannede sykepleiere har vanskelig for å protestere mot slike uttalelser, som ikke sjelden kommer fra erfarne og veletablerte sykepleiere på avdelingen.

I en studie gjort av Butler et al (2006) ble det foretatt fokusgruppeintervju og innsamling av data via spørreskjema til sykepleiere. Datasamlingen viste at det ikke var samsvar mellom det sykepleierne sa de dokumenterte og hva de faktisk gjorde. De som deltok i fokusgruppeintervju la stor vekt på å se hele mennesket som unikt med både psykiske, fysiske og sosiale behov. Gruppen som svarte på spørreskjemaene var ikke så oppatt av hele mennesket, men mer av den enkelte sykepleiehandling, slik som medisinerer. Vi har selv erfart at det er enklere å reflektere over pleien sammen med andre sykepleiere enn bare å svare på spørreskjema, som ikke åpner for refleksjon på samme måte. Voutilainen et al (2004) hevder i sin artikkel at noen sykepleiere på sykehjem i Finland hadde opparbeidet seg kunnskap om beboere som ikke ble dokumentert. Informasjon som ikke hele personalgruppen har tilgang til gjennom journalsystemet kan skape farefulle situasjoner for de beboere dette gjelder, eksempelvis hvis symptomer på obstipasjon ikke blir dokumentert. Derfor blir det viktig for avdelingssykepleiere å skape et arbeidsmiljø der observasjoner meddeles og kvaliteten på sykepleien diskuteres kontinuerlig i den hensikt å forbedre den (Ranhoff et al, (2007).

Pleiekulturen er noe vi begge opplever daglig på godt og vondt. Her kan vi nevne et eksempel fra vår hverdag hvor en student leste i pleieplanen at beboer kunne gå selv ved hjelp av stav. Studenten kom på rommet til beboeren og observerte en rullestol, og heldigvis stilte hun seg spørsmål om grunnen til dette. Da kom det fram at beboer var blitt avhengig av rullestol. Dersom studenten hadde oppfordret beboer til å gå selv ved hjelp av stav kunne dette medført fall og i verste fall brudd. Slike eksempler kan forhåpentligvis føre til refleksjon både blant ledere og ansatte, og at de ser nytten av å dokumentere og oppdatere pleieplaner.

I Törnvall og Wilhelmsson (2007) sin studie gjort i Sverige sier noen av informantene at i stedet for å bruke ressurser på dokumentering burde pleierne heller bruke mer tid på beboerne. Med dette mente de at det ikke er viktig å bruke tid på elektronisk dokumentasjon siden det nesten aldri blir brukt til hjelp i pasientarbeidet. Disse informantene lar det klart skinne

gjennom hva de mener om innføring av elektronisk journalføring. I denne studien ønsket forskerne også å finne ut om sykepleielederne brukte pasientjournalen til kvalitetstiltak, noe de ikke gjorde. Hovedgrunnen til at de ikke brukte denne informasjonen var mangel på tid, og prioriterte dermed andre oppgaver som budsjettarbeid og turnusarbeid m.m. Forskningen viser også til at informantene egentlig ikke visste hvordan de kunne bruke pasientinformasjonen til å heve kvaliteten på pleietilbudet. Dette viser etter vår mening tydelig hvor viktig det er at sykepleieledere prioriterer sykepleiedokumentasjon og pleieplanarbeid på lik linje med eksempelvis budsjettarbeid. Jakobsen (2005) hevder at avdelingssykepleier må ha faglig innsikt, ha visjoner og bakkekontakt for å kunne lage gode systemer for å fremme positiv utvikling og hindre negative forhold på avdelingen. Avdelingslederen får på denne måten bedre oversikt, noe som igjen kan gi større rom for kvalitetsarbeid. Dette kalles for kvalitetsledelse.

I Norheim (2006) sin artikkel kommer det frem at mange sykepleiere er opptatt av at de slites mellom sine faglige krav til å pleie den gode relasjonen til beboerne og å rekke over alle de praktiske oppgavene. I grunnutdanningen i sykepleien blir alle sykepleiere opplært i helhetlig omsorg, med den hensikt at den enkelte beboer til enhver tid skal få dekket sine grunnleggende behov. Konsekvensen av dette er at sykepleiere generelt prøver å få gjort alle sykepleieoppgaver til tross for innstrammingskrav og nedbemanning. Dette medfører et så stort arbeidspress i hverdagen at vi nesten aldri er i stand til å nå alle kravene vi setter for oss selv. Stadig større og forventede krav til sykepleiedokumentasjon kan også være med på å forsterke følelsen av utilstrekkelighet i forhold til lovpålagte arbeidsoppgaver. Faren med dette er at sykepleiere kan få et så stort ansvarsområde at det kan føre til sykemeldinger og utbrenthet. Vi spør oss hva grunnen til dette kan være? Samfunnet har generelt etter vår mening en holdning til at sykepleiere velger yrket sitt nærmest ut fra et kall. Sykepleieryrket er som kjent et kvinnedominert lavtlønnsyrke, som innebærer skiftarbeid og et stort ansvar for andre menneskers liv og helse. Videre stiller vi spørsmålet om denne holdningen kan relateres til Florence Nightingale (1984) sitt utsagn; Enhver kvinne *er* en sykepleier på grunn av at hun på et eller annet tidspunkt i livet har hatt ansvaret for et annet menneskes helse?

Rantz, Hicks, Grando, Petroski et al (2004) har gjort funn som sier at pleiepersonell bruker mesteparten av tiden sin på beboerne og relativt lite tid på andre aktiviteter. Forskerne nevner også en annen undersøkelse som fokuserte på å få arbeidet unna, men pleierne hadde for lite tid til å reflektere over kvaliteten på pleien. Forskerne konkluderer da med at det er ledere på

avdelingen som setter standard på hvordan en vil ha det på avdelingen. Som avdelingssykepleiere opplever vi ofte at vi må sette standard for de kvalitetstiltak vi ønsker å gjennomføre på avdelingen, men her er vi helt avhengig av å ha personalet med på laget. Nylehn (1997) hevder blant annet at oppmuntrende tilbakemeldinger kan utvilsomt kjennes som motiverende for de ansatte, fordi dette gir en bekreftelse på at de går den rette veien. Dette krever igjen praktisk tilrettelegging av arbeidsforholdene ellers kan motivasjonen forsvinne, viser her til tidligere eksempel om å sette av tid til arbeid med sykepleiedokumentasjon. Rantz et al (2004) understreker i sin artikkel at medvirkning fører til bedre forståelse av organisering og kvalitetssikring av arbeidet som skal utføres. Noe som igjen kan bryte innarbeidete holdninger som kan være til hindring for nytenkning og endringsledelse. Garsjø (2008) sier at ansatte ofte er imot endring på grunn av for lite kunnskap, manglende innsikt og sviktende gangsyn. Dette utsagnet leder oss direkte over på kompetansehevingens hensikt i kvalitetsarbeidet.

4.3 Kompetansehevingens hensikt i kvalitetsarbeidet

Det er en klar sammenheng mellom kompetanse i en pleiekultur og evne til å frigjøre seg fra dens negative ritualer. Derfor blir kompetanseutvikling ifølge Jakobsen (2005) et viktig satsingsområde i ledelse på sykehjem. Videre sier hun at kunnskap er viktig for at hver enkelt medarbeider skal oppleve arbeidet sitt som meningsfylt og avdelingssykepleier må bidra til at den enkelte opplever faglig utvikling. Scott, Vojir, Jones & Moore (2004) sier i sin forskningsartikkel at pleiepersonell har manglende kunnskaper og innsikt i å kunne bruke dokumentasjonssystemet i den daglige pleie og omsorg. Vi stiller spørsmål om hva hensikten med et dyrt elektronisk dokumentasjonssystem er dersom flere av de ansatte ikke bruker dette verktøyet grunnet manglende datakunnskaper. Som før nevnt må avdelingssykepleier tilrettelegge for grundig opplæring innen databruk. Voutilainen et al (2004) viser til en undersøkelse gjort i Sverige. Denne undersøkelsen forteller at sykepleiere som fikk grundig opplæring i bruk av dokumentasjonssystemet rettet mot sykepleieprosessen doblet dokumentasjonsmengden i motsetning til de som ikke fikk opplæring. Dette viser at økt kunnskap gir motivasjon og arbeidet blir mer meningsfullt, en positiv kvalitetsutvikling.

Motivasjon er viktig når en skal innføre nye kvalitetstiltak på sykehjem. Dersom ansatte ikke er nok motivert til å lære noe nytt, eksempelvis bruk av elektronisk journalføring, kan det oppleves som en ekstrabelastning i tillegg til det daglige arbeidet. Ifølge NSF`s faggruppe for IKT og dokumentasjon (2007) er det viktig med informasjon om systemenes muligheter og begrensninger. Videre sier de at det er nødvendig å få de ansatte til å tro at aktiv bruk av journalsystemet vil føre til en bedre hverdag med større vekt på faglig forsvarlig sykepleie. Tid og mulighet for å bruke nyervervet kunnskap er en forutsetning for videreutvikling og kvalitetssikring. Ledernes holdninger og evne til å informere vil være helt avgjørende for de ansattes motivasjon. Scott-Cawiezell et al (2004) understreker også at avdelingssykepleiere hele tiden må være bevisst på hvordan de kommuniserer med personalet og gi god faglig veiledning.

Et historisk tilbakeblikk på Florence Nightingale sin sykepleieteori viser at hun allerede for så mange år siden var opptatt av dokumentering, blant annet gjennom føring av statistikk og observasjoner av pasienten og omgivelsene. Nightingales sykepleieteori har ifølge Sandvand og Vabo (2007) og Poulsen (2007) fått positiv innvirkning på dagens dokumentasjonskrav, fordi hun satte fokus på at målrettede tiltak gir resultater. Denne forståelsen hun hadde for dette arbeidet kan relateres direkte til sykepleieprosessen som de fleste elektroniske dokumentasjonssystemer er bygget opp rundt.

Helsepersonellens kunnskap og kompetanse er et sterkt virkemiddel i arbeidet for å bedre kvaliteten og sikkerheten for den enkelte beboer på sykehjem. Skal vi lykkes med dette arbeidet må systemene tilrettelegges for kvalitetsutbedring på alle nivå, oppdatert kompetanse og ikke minst må de ansatte ha rett til å lære av feil på en trygg måte. Lederen på avdelingen er ansvarlig for ansvarsfordeling, nok ressurser og sikre at de ansatte kan utføre arbeidet sitt i samsvar med gjeldende lover og regler, viser til helsepersonelloven § 16 (Arntzen, 2007). McKenna, Keeney & Bradley (2004) har gjort funn som viser at det trengs sterk og tydelig ledelse innenfor helseorganisasjoner, eksempelvis sykehjem, for å kunne heve kvaliteten på pleie- og omsorgsarbeidet. Dette vektlegges også i forskningsartikkelen til Rantz et al (2004) hvor funn viser at lederen på avdelingen må være tydelig og stå i bresjen for å få til kompetanseheving blant de ansatte.

I vår hverdag har vi sett hvor viktig det er med faglig påfyll for den enkelte medarbeider. Institusjonsfaglig kompetanse er også en stor utfordring for oss ledere på sykehjem. Det må

være et system når det gjelder personalforvaltning i forhold til kompetanseheving og sosiale ferdigheter. Dette kan sammenlignes med en bedrift som må vedlikeholde, reparere og fornye sin maskinpark for å være konkurransedyktig i forhold til andre bedrifter (Garsjø, 2008). Som avdelingssykepleiere har vi flere ganger sett hvor verdifullt det er å bruke midler på å sende personalet på kurs for å få faglig påfyll samt legge til rette for videreutdanning for de som ønsker det. I nedgangstider med dårlig økonomi i mange kommuner som medfører strammere budsjett og mer innsparinger er det etter vår mening svært viktig å ivareta personalet for å opprettholde motivasjon og arbeidsglede. Den enkelte medarbeider må også få bruke sine ressurser på en best mulig måte, eksempelvis at den pleieren som kommuniserer godt med en urolig beboer tar ansvar for denne. Flere ansatte gir uttrykk for at de ønsker nye utfordringer og mer ansvar, spesielt etter mange års ansettelse på samme arbeidsplass. Dette påpekes også av Scott-Cawiezell et al (2004) som i et av sine funn viser til lederens evne til å kommunisere og oppmuntre de ansatte til å videreutvikle seg i tråd med stadig økende kvalitetskrav innenfor dokumentasjon, sykepleieprosedyrer, legemiddelhåndtering m.m. I denne sammenhengen må avdelingssykepleier ta hensyn til at hver enkel medarbeider er individuell med ulike behov. Målet for avdelingssykepleier må være å få den enkelte medarbeider til å oppleve utvikling både faglig og personlig. En leder må prøve ikke å oppleve seg truet av medarbeidere som har opparbeidet seg høy kompetanse, men heller se at bedre kompetanse skaper kvalitet i arbeidet (Jakobsen, 2005).

Refleksjon er et viktig ledd i kunnskapsutvikling både kollektivt og individuelt blant pleiepersonalet. Et viktig mål er ifølge Jakobsen (2005) å få den enkelte medarbeider til å oppleve utvikling faglig og personlig. Anledning til utvikling av egen kompetanse vil igjen skape rom for vekst. Kompetanseutvikling er et viktig satsingsområde innen ledelse. Jakobsen (2005) reiser spørsmålet om hvordan lederen kan gå fram for systematisk å legge til rette for kunnskapsutvikling? Hun svarer på dette spørsmålet ved å påpeke at lederen har flere valg, et er å tilrettelegge for kollektiv refleksjon som arbeidsform. Dette krever at de arenaer og møteplasser som allerede eksisterer på sykehjemmet blir brukt, eksempelvis personalmøter, rapporter og gruppemøter. Videre bør leder utvikle systematiske undervisningsprogram knyttet til oppdaterte handlingsplaner som er laget i samarbeid med personalet. Undervisningen bør hele tiden knyttes opp mot temaer, satsningsområder og strategier som fremmer kvalitet.

Pearson et al (2007) har i sin forskning gjort funn som viser at ledere som klarer å skape et positivt arbeidsmiljø beholder de ansatte, som igjen fører til trivsel og samarbeid som smitter over på beboerne. Dette betyr at avdelingssykepleier ikke kan velge lederstil for seg selv, men må finne en måte å fungere på, eksempelvis innenfor sykehjemmets rammer. Det bør ifølge Garsjø (2008) være takhøyde for å kunne diskutere arbeidssituasjonen så fritt som mulig. Ut fra dette utsagnet må det etter vår mening også være mulig å finne frem til tilfredsstillende løsninger på hvordan sykepleien skal dokumenteres. Hauge (2008) vektlegger i denne sammenhengen at det er viktig at sykepleiere opptrer som gode rollemodeller i arbeidet med å bedre kvaliteten på sykepleiedokumentasjonen ved å gi råd og veiledning til andre i pleieteamet. ”Hvor høyt det er under taket” kan oppfattes ulikt i en personalgruppe, eksempelvis kan avdelingssykepleier mene at avdelingen har en fri og uformell tone der alle kan komme med sine kritiske meninger. På den annen side kan personalet oppleve at det er vanskelig å komme med kritiske innspill, fordi de opplever ”lav takhøyde” og er redd for represalier. I vår hverdag som ledere opplever vi av og til dette som vanskelig, fordi vi er redd for å såre kollegaer og påpeke at det i enkelte situasjoner gjøres personlige feil, for eksempel må vi som ledere være tydelige på at dette alltid vil skje og at vi må lære av feilene våre. Vi mener at hele personalgruppen må involveres i kvalitetsarbeidet, eksempelvis rette opp uriktig dokumentasjon, på den enkelte avdeling. Dette arbeidet er viktig for å klare å utvikle arbeidsplassen til en spennende og faglig utfordrende arena der kompetansen blir utfordret. Dette understrekes av Nylehn (1997) som sier at ledelse er en handlingsbasert læringsprosess hvor vi hele tiden tilegner oss ny kunnskap.

4.4 Faglig forsvarlig sykepleie forutsetter teamarbeid

Avdelingssykepleiere har ansvar på flere nivå, slik som ansvar i det direkte møte med beboer og pårørende og for dokumentasjon av sykepleien. I tillegg kommer ansvaret for å lede pleieteamet og for faglig utvikling på avdelingen. Ifølge Hauge (2008) skal sykepleier sette ”faglig standard” for den pleien som blir gitt. Det vil si blant annet å fordele arbeidsoppgaver slik at kompetansen blant medarbeiderne brukes til beboernes beste. Videre må sykepleieren som leder våge å differensiere mellom arbeidsoppgavene, slik at den enkelte medarbeider får brukt sine sterke sider. Scott et al (2004) sin forskningsartikkel understreker at ledere på avdelingsnivå bør ha en sykepleiefaglig bakgrunn. Videre kommer det frem at mangel på sterk klinisk ledelse på avdelingen kan skape store hindringer for kvalitetsarbeid. Ledelsen sitt

viktigste verktøy for å modernisere eksisterende praksis er god kommunikasjon, samhørighet og teamarbeid.

Bondevik (2006) sier at alle som utøver omsorg på en sykehjemsavdeling trenger selv å oppleve omsorg og empati spesielt fra ledelsen sin side. Det må settes av tid til refleksjon over dagens hendelser på godt og vondt, noe som kan inngå i en lærings- og mestringsprosess for den enkelte medarbeider. Videre er det viktig at avdelingssykepleier tillater pleiepersonalet å ta vare på seg selv, for eksempel i form av tilrettelegging og tilbud om videreutdanning som kan medføre økt kompetanse og trivsel. Vi erfarer selv at beboere på sykehjem stadig blir skrøpeligere og krever personell med økt kompetanse, eksempelvis blir det mer og mer vanlig å gi intravenøsbehandling. Ifølge Scott-Cawiezell et al (2003) sin forskning kommer det frem at de ansatte må behandles som sykehjemmets viktigste ressurs. Her vil god kommunikasjon være et viktig verktøy for den enkelte leder, noe som etter vår mening må læres gjennom erfaring og økt kompetanse. Dette fremheves også av Jakobsen (2005) som sier at en har lett for å undervurdere personalet som sykehjemmets viktigste ressurs og investeringer. Med dette menes at sykehjemsavdelingen ikke får god nok uttelling for de ressursene den faktisk har. Videre sier hun at personell som skaper gode resultater liker seg selv, og de som liker seg selv skaper gode resultater, noe vi har erfart flere ganger selv.

En god institusjon har ifølge Garsjø (2008) en ledelse som "ser" de ansatte, støtter og oppmuntrer slik at de drar lasset i lag, noe vi vil kalle for et teamarbeid. Dette understrekes også av Rantz et al (2004) som mener at det er en forutsetning at ledelsen legger vekt på å arbeide i team for å yte god pleie og omsorg til beboerne. En slik ledelse tar ansvar for at driften fungerer bra både for ansatte og beboere innenfor de rammene politikerne har lagt. Arntzen (2007) hevder at de sterkeste virkemidlene i pasientsikkerhetsarbeidet er pleiepersonalets kunnskap og kompetanse, og gleden over å lykkes med jobben. Alle medarbeidere trenger å vite hva de skal gjøre, hvorfor og hvordan en skal gjøre det. Videre trenger den enkelte å få skikkelig tilbakemelding om hva som kan eller bør forbedres, eksempelvis i pleieplanarbeidet for å få til en god sykepleiedokumentasjon. Et paradoks her kan være at mange ledere har nok med å administrere og får for lite tid og rom til å utøve selvstendig ledelse, som igjen kan stoppe visjonen om å bruke nok tid på veiledning av personalgruppa (Colbjørnsen et al 2001). Scott-Cawiezell et al (2004) sin forskningsartikkel viser til tidligere undersøkelser på sykehjem som indikerer at kommunikasjon, teamarbeid og ledelse trenger å bli forbedret, noe vi kan si oss enige i. Vi opplever daglig å ha for lite tid til

relasjonsbygging og veiledning av personalet, spesielt i forhold til dokumentering i pasientjournal.

En annen stor utfordring på en sykehjemsavdeling kan være å få de ansatte til å kjenne stolthet over å arbeide innenfor eldreomsorgen. Ifølge Garsjø (2008) er fremming av motivasjonen og faglig status en av de viktigste utfordringene helse- og sosialsektoren står ovenfor. Nylehn (1997) hevder blant annet at oppmuntrende tilbakemeldinger kan utvilsomt kjennes motiverende for de ansatte, fordi dette gir en bekreftelse på at vi går veien sammen. Dette krever igjen praktisk tilrettelegging av arbeidsforholdene ellers kan motivasjonen forsvinne. Strand (2007) vektlegger at en leder må framstå som troverdig, være tydelig og ærlig i sin rolle som person og leder. Ifølge Colbjørnsen et al (2001) ønsker personalgruppa å motta ulike former for personlig støtte relatert til arbeidsplassen samt kunne stole på at ledere står fram og tar ansvar. Funn gjort av Pearson et al (2007) stadfester at det er viktig at sykepleieledere lytter til ansatte før beslutninger tas. På denne måten blir personalet tatt på alvor av lederen og får dermed medvirkning i daglige gjøremål. Dette kan etter vårt syn ha positiv innvirkning på kvalitetssikring av pleien. Dersom pleiepersonalet har opplevelsen av ikke å bli hørt er det fare for at de kun fokuserer på å få arbeidet gjort og ikke å tenke kvalitet. Dette fremkommer også i forskningsartikkel skrevet av Rantz et al (2004) som sier at medvirkning fører til bedre forståelse av organisering og kvalitetssikring av arbeidet som skal utføres.

Ranhoff, Schmidt og Ånstad (2007) tar for seg ledelsesutfordringer på sykehjem og sier at det er en komplisert organisasjon med omfattende og til dels vanskelige oppgaver. Disse arbeidsoppgavene må løses i samarbeid mellom pleiere og profesjonsgrupper med ulik kompetanse. De sier videre at et velfungerende sykehjem har nok personale med kompetanse og ferdigheter som kan utnyttes på en hensiktsmessig og forsvarlig måte, et team som drar lasset i lag. Dette krever igjen en tydelig og engasjert ledelse. På våre respektive arbeidsplasser har vi per i dag for liten grunnbemanning og det er vanskelig å få tak i nok faglig kvalifisert arbeidskraft ved sykefravær. Helgene er spesielt sårbare for vi vil jo helst at beboerne skal få like god pleie og omsorg hele uka. Det er en kjent sak at sykehusene sender stadig skrøpeligere eldre tilbake til sykehjemmene for viderebehandling eller terminalpleie, som krever høy kompetanse hos de ansatte. I helgene er det ikke uvanlig med tynn bemanning, eksempelvis kan to av fem ansatte være skoleungdommer som har helgestilling. Det er heller ikke uvanlig å være uten sykepleier på en vakt, og vi stiller oss spørsmål om

forsvarligheten. Dette kommer også frem i Scott et al (2005) sin forskningsartikkel at sykehjemmene strever i likhet andre helseorganisasjoner med å rekruttere nok fagpersonell. Derfor mener vi at mellomledere må bli flinkere til dokumentere og si fra til sine overordnede som igjen bør sende signaler til politikere om at det må avsettes mer økonomiske midler til rekruttering og kompetanseheving på sykehjem. Viser her til Bondevik (2006) som sier at kommunen plikter, i henhold til § 3 i forskriften om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene, å etablere et system av prosedyrer som kvalitetssikrer tjenestene slik at hver enkelt beboer får de tjenestene de har behov for daglig.

5. Avslutning

Vi er to avdelingssykepleiere som kjenner på et stort ansvar i hverdagen med mange og utfordrende arbeidsoppgaver som skal løses innenfor gitte rammer. Denne prosjektoppgaven har vært en relativt lang, men lærerik og spennende prosess som har ført til at vi har endret problemstillingen vår underveis. Først hadde vi fokus på kvalitetssikring av pleien til beboere på sykehjem, men etter å ha lest mye forskning og annen litteratur om kvalitetsutvikling oppdaget vi at sykepleiedokumentasjon går igjen som en rød tråd i kvalitetsarbeidet. Vi mener at vi har funnet svar på problemstillingen vår som bekrefter vår forforståelse i tillegg til at vi har fått ny kunnskap. Tilegnet kunnskap har gjort oss mer bevisst på at sykepleiedokumentasjon er et viktig ledd i kvalitetssikringen av pleien til beboere på sykehjem. Forskningsresultater viser videre at avdelingssykepleier må være delaktig og sette av tid til dette arbeidet, noe vi selv har erfaring med i vår hverdag som avdelingssykepleiere.

Sykehjem kan som kjent ha store ledelsesutfordringer, fordi det er en komplisert organisasjon med omfattende og til dels vanskelige oppgaver. I tillegg har mange sykehjem flere ansatte med liten eller ingen formell kompetanse, som igjen medfører et stort ansvar for ledere og sykepleiere. Disse må derfor dele sine kunnskaper og veilede personalet med det mål for øyet å utvikle et miljø som skaper trygghet både for ansatte, beboere og pårørende. De fleste forskningsartiklene understreker at dokumentering og evaluering av gitt sykepleie til sykehjemsbeboere er et viktig kvalitetstiltak for å kunne yte faglig forsvarlig sykepleie.

Funn fra forskningsartikler viser at det må utøves sterk og tydelig ledelse på sykehjem som vektlegger kvalitetssikring og et godt arbeidsmiljø som fremmer utvikling og en positiv pleiekultur. Kommunikasjon, relasjonsbygging, systematisk opplæring og teamarbeid er helt nødvendig for å skape og opprettholde positive forandringer. Andre funn i forskningen sier at det elektroniske journalsystemet må være enkelt å bruke og lett tilgjengelig for personalet. Dette krever igjen en engasjert avdelingssykepleier som motiverer og legger til rette for at sykepleiedokumentasjon skal prioriteres på lik linje med andre sykepleieoppgaver. Viser til eksempel fra vår hverdag hvor avdelingssykepleier har satt av tid til pleieplanarbeid hver uke, noe som igjen har gitt positive resultater i form av flere oppdaterte pleieplaner. Nyervervet kunnskap har ført til at vi har fått økt motivasjon til å fortsette arbeidet med sykepleiedokumentasjon på våre avdelinger, et viktig kvalitetstiltak for våre sykehjemsbeboere.

Litteraturliste

- Arntzen, E. (2007). *En forutsigbar helsetjeneste. Kvalitet og orden i eget hus*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bondevik, M. (2006). Sykepleie til eldre – grunnleggende prinsipper. I: M. Bondevik & H. A. Nygaard (Red.), *Tverrfaglig geriatri, en innføring* (s. 123 – 131). Bergen: Fagboklaget.
- Butler, M., Treacy, M, Scott, A., Hyde, A., Mac Neela, P., Irving, K. et al (2006). Towards a nursing minimum data set for Ireland: making Irish nursing visible [Elektronisk versjon] *Journal of Advanced Nursing*, 55, 364 – 375.
- Børmark, S. (2003). Kvalitetssikring av sykepleiedokumentasjonen. Har bruk av indikatorer i et internkontrollsystem av sykepleiejournalen effekt på kvaliteten av sykepleiedokumentasjonen? [Elektronisk versjon] *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 3, 152 – 167.
- Colbjørnsen, T., Drake, I. & Haukedal, W. (2001). *Norske ledere i omskiftelige tider: AFFs lederundersøkelse*. Bergen: Fagboklaget.
- Egerod, I. & Darmer, M. R. (2007). Diagnostik i sygeplejen. I: I. Egerod (Red.), *Dokumentation og kvalitetsudvikling* (s. 91 – 104). København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S.
- Forsberg, C. & Wengstrøm, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur og Kultur.
- Garsjø O. (2008). *Institusjon som hjem og arbeidsplass: Et arbeidstaker- og brukerperspektiv*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hauge, S. (2008). Sykepleie i sykehjem. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 219 – 236). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jakobsen, R. (2005). *Klar for fremtiden? - om kvalitet, endring og teamarbeid i sykepleieleidelse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Larssen, A.V. & Berge, A. (2003). *Administrasjon og ledelse i helsevesenet*. Otta: Helped A/S.
- Lindholm, H. (2007). Den elektroniske patientjournal. I: I. Egerod (Red.), *Dokumentation og kvalitetsudvikling* (s. 117 – 136). København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S.
- Lov om helsepersonell mv (1999). <http://www.lovdatab.no>

- Lov om pasientrettigheter (1999). <http://www.lovdatab.no>
- Mainz, J. & Hundrup, Y. A. (2007). Kvalitetsutvikling. I: I. Egerod, (Red.), *Dokumentation og kvalitetsutvikling* (s. 154 – 172). København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S.
- McKenna, H., Keeney, S. & Bradley, M. (2004). Nurse leadership within primary care: the perceptions of community nurses, GPs, policy makers and members of the public [Elektronisk versjon]. *Journal of Nursing Management*, 12, 69 – 76.
- Moen, A., Hellesø, R., Quivey, M. & Berge, A. (2002). *Dokumentasjon og informasjonshåndtering. Faglige og juridiske utfordringer og krav til journalføring for sykepleiere*. Oslo: Akribe Forlag.
- Nightingale, F. (1984). *Håndbok i sykepleie. Hva det er og hva det ikke er*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Norheim, A. (2006). Pleiekulturens betydning for en god profesjonell omsorg – et etisk perspektiv. I: B. da Silva (Red.), *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk forlag.
- NSFs faggruppe for IKT og dokumentasjon (2007). *Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Nylehn, B. (1997). *Organisasjonsteori: Kritisk analyse av utvalgte emner*. Oslo: Kolle forlag.
- Olsson, H. & Sørensen S. (2006). *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Pearson, A., Laschinger, H., Porritt, K., Jordan, Z., Tucker, D. & Long, L. (2007). Comprehensive Systematic review of evidence on developing and sustaining nursing leadership that fosters a healthy work environment in healthcare [Elektronisk versjon]. *International Journal of Evidence Based Healthcare* 5, 208 – 253.
- Poulsen, I. (2007). Lovgrunlaget for dokumentation. I: I. Egerod (Red.), *Dokumentation og kvalitetsutvikling* (s.81 – 90). København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S.
- Ranhoff, A. H., Schmidt, G. & Ånstad, U. (2007). *Sykehjemsmedisin for sykepleiere og leger*. Oslo: Universitetsforlaget
- Rantz, M. J., Hicks, L., Grando, V., Petroski, G. F. et al (2004). Nursing Home Quality, Cost, Staffing, and Staff Mix [Elektronisk versjon]. *The Gerontologist*, 44 (1), 24 – 38.
- Sandvand, E. & Vabo, G. (2007). *Dokumentasjon i sykepleien: en basisbok i faglig og juridisk forsvarlig dokumentasjon*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Schnelle, J. F., Bates-Jensen, B. M., Chu, L. & Simmons, S. F. (2004). Accuracy of Nursing Home Medical Record Information about Care-Process Delivery: Implications for Staff Mangement and Improvement [Elektronisk versjon]. *JAGS*, 52, 1378 – 1383.

- Scott - Cawiezell, J., Schenkman, M., Moore, L., Vojir, C., Connolly, R. P., Pratt, M. et al (2004). Exploring Nursing Home Staff's Perceptions of Communication and Leadership to Facilitate Quality Improvement [Elektronisk versjon]. *Journal of Nursing Care Quality*, 19 (3), 242 – 252.
- Scott, J., Vojir, C., Jones, H. & Moore, L. (2005). Assessing Nursing Homes' Capacity to Create and Sustain Improvement [Elektronisk versjon]. *Journal of Nursing Care Quality*, 20, 36 – 42.
- Strand, T. (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagboklaget.
- Törnvall, E. & Wilhelmsson, S. (2008). Nursing documentation for communicating and evaluating care [Elektronisk versjon]. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2116 – 2124.
- Voutilainen, P., Isola, A. & Muurinen, S. (2004). Nursing documentation in nursing homes – state-of-the-art and implications for quality improvement [Elektronisk versjon]. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18 (1), 72 – 81.