

(0) Personsentrert sykepleiefaglig ledelse og arbeidskultur

Hvordan kan personsentrert sykepleiefaglig ledelse fremme arbeidskulturen i sykehjem?

Person-centred leadership and work culture

How can person-centred nursing leadership promote work culture in nursing homes?

Abstract

The aim of this qualitative research project is to explore how person-centred nursing leadership can promote work culture in nursing homes. The focus is on leaders and caregivers at a department level in the nursing home. Interviews were analysed by content analysis and theoretical perspectives from person-centred nursing leadership. Professional cooperation, present and perceptive leaders, as well as the caregivers feeling supported and empowered in their work, can promote the work culture. High rate of sickness absence and vacant positions poses challenges. The caregivers appear to be given too much responsibility in training new colleagues, without themselves having the appropriate training, up-to-date knowledge, or educational competence. The challenges need to be raised to a higher organizational level to promote a good work culture in nursing homes, using person-centred nursing leadership.

Keywords: Cooperation, empowerment, person-centred leadership, responsibility, work culture

Ingrid Drageset

sykepleier, førsteamanuensis, Master i sykepleie, UiT Norges arktiske universitet

ingrid.drageset@uit.no

Ragnhild Nicolaisen

sykepleier, universitetslektor, Bachelorutdanning i sykepleie, UiT Norges arktiske universitet

ragnhild.nicolaisen@uit.no

Karin Johannessen

sykepleier, universitetslektor, Bachelorutdanning i sykepleie, UiT Norges arktiske universitet

karin.johannessen@uit.no

(1) Introduksjon

Temaet i denne artikkelen er personsentrert sykepleiefaglig ledelse (1,2) slik det utøves i den praktiske arbeidshverdagen på avdelingsnivå i sykehjem. Lederens evne til å skape forandring og påvirke arbeidskulturen er grunnleggende for sykepleieutøvelsen (3). Søkelyset rettes derfor mot arbeidskulturen, forstått som «de normer, verdier og grunnleggende forutsetninger som deles av medlemmene i en organisasjon» (4:218). Virksomheter som tilbyr helse- og omsorgstjenester, skal etablere rutiner for personsentrert omsorg til personer med demenssykdom (5). Ledelsen må ha kunnskap om personsentrert sykepleie for å kunne utarbeide visjon, løpende prioriteringer og avgjørelser (5). Overordnet støtte og faglig kompetanse har betydning for arbeidskulturen og muligheten til å utøve personsentrert sykepleie (1,2).

(2) Bakgrunn

Ledelsesmodeller i sykepleie er gjerne utviklet utenfor det sykepleiefaglige feltet (6). Personsentrert sykepleiefaglig ledelse er direkte knyttet til grunnleggende verdier i sykepleiefaglig virksomhet. Forskning har vist at personsentrert lederskap er en kompleks, dynamisk, relasjonell og kontekstualisert praksis som kan bidra til at pleiere og ledere kan oppnå selvrealisering, myndiggjøring og velvære (6). Personsentrert sykepleie utøves best når det settes søkelys på ansattes evne til bemyndigelse, at pasientene får forholde seg til få pleiere, og at det legges til rette for en individualisert omsorgsfilosofi (7). Når man skal gjennomføre kulturendringer, må man gjenoppbygge normer og forventninger, samt utvikle nye, fleksible løsninger. Ledere på overordnet nivå som vil implementere personsentrert sykepleie, må definere ledelsesfunksjonen for at praksis skal kunne tilpasse seg endringer (8). Ledere bør være aktive rollemodeller som har en klar visjon, inkluderer og bemyndiger pleierne i den profesjonelle utviklingsprosessen (9). Det er behov for ledere som har evne til å planlegge og kjempe for personsentrert sykepleie, og lederskap må utøves under varierende

omstendigheter (10). Man må se på lederskap for å forstå hva som fremmer kvalitetsforbedringer i sykehjem. Det viser seg at kvalitetsendringer som fremmer pasientens helse, også er positivt for pleierne (11).

Det er begrenset empirisk kunnskap om betydningen av positivt lederskap som fremmer en personsentrert kultur (6,9). Formålet med artikkelen er å belyse hvordan personsentrert sykepleiefaglig ledelse kan fremme arbeidskulturen i sykehjem.

(2) Teoretisk referanseramme

Personsentrert sykepleiefaglig ledelse belyses ut fra en humanistisk filosofisk tradisjon der forholdet mellom personene preges av gjensidig respekt og en jeg-du-tilnærming som innebærer at en ser den andre som et subjekt, en hel og unik person (1,2,12,13). I tradisjonen vektlegges at virkelig liv leves i nærværet, i jeg-du-forholdet som noe som er, venter og varer (14). Rogers så relasjonen som nøkkel til vekst og endring (15). Det sentrale spørsmålet i hans mellommenneskelige tenkning var; hvordan kan jeg fremme en relasjon som bidrar til den andre personens vekst? En personsentrert tilnærming i sykepleie kan bidra til at personer i sårbare situasjoner kan oppleve sammenheng og tilhørighet i eget liv (16). Verdisynet kan relateres til Martinsens omsorgsfilosofi (17,18,19). Verdier er forankret i verdighet, noe ethvert menneske har, som ikke lar seg bytte med noe annet (18). Sårbarhet er et grunnleggende trekk ved tilværelsen hvor vi er utlevert til hverandres ivaretagelse. Den kan oppfattes som en styrke som gjør oss i stand til å leve oss inn i andre personers situasjon, hvor vi oppfordres til å ta vare på hverandre (17,18).

Verdsetting og ivaretagelse av personenes rettigheter er sentralt. Verdsetting krever forståelse for hva det vil si å være en person. En person kan forstås som en kroppsliggjort

tilstedeværelse som kan få ting til å skje, som sanser, fornemmer, er relasjonell og har en livshistorie, altså en person verdt respekt (1,2). Forståelsen fremmer solidaritet mellom mennesker. Personenes rettigheter skal ivaretas gjennom relevante handlinger. Både pasienten og personene som ivaretar vedkommende, må verdsettes (1,2,13). Denne artikkelen er rettet mot lederne og pleierne som ivaretar pasientene i sykehjemmet.

Organisatorisk og personlig ansvarlighet, lederskap og selvbevissthet er sentralt for å utvikle og opprettholde en personsentrert arbeidskultur (2,13). Ledelse på ulike nivå i organisasjonen må derfor understøtte utviklingen av personsentrert sykepleie (1,2). Leder må inspirere, ha visjoner, vise engasjement og entusiasme for de ansattes arbeid, samt fremme transformasjonsledelse (1,2). Transformasjonsledelse innebærer endringsledelse hvor man tilstreber å bygge sterke og effektive sykepleiefaglige team (2). Tenkningen i Magnet hospitals er i tråd med personsentrert sykepleie. Hovedprinsippene er transformerende lederskap, profesjonell utvikling og myndiggjøring, eksemplarisk pasientbehandling, ny kunnskap, innovasjon og forbedring (2,20).

Endringsledelse innebærer at lederen og de ansatte deler verdier og visjoner, samt at man tilrettelegger og muliggjør dem (2,21). Man etablerer ekspert-rollemodeller, fremmer autonomi, bemyndigelse, reflektert tilbakemelding og verdsetter prestasjoner. Bemyndigelse kan forstås som en prosess hvor man gir slipp på kontroll og støtter den andre personen til å oppdage eller ta i bruk evner og ferdigheter (1). Tabell 1 presenterer kjerneverdier for personsentrert sykepleiefaglig ledelse i praktisk handling (2). Vi ønsker å belyse personsentrert sykepleiefaglig ledelse i praktisk handling i denne artikkelen.

Tabell 1. McCormack og McCance viser til Kouzes og Posners fem kjernepraksiser i transformasjonsledelse som er i samsvar med verdiene som underbygger personsentrert sykepleie (2:126–7). Disse kan bidra til refleksjon over og evaluere lederpraksiser (2).

	Sentrale kjernepraksiser	Kjernepraksiser (kondensert)	Kjernepraksiser (stikkord)
1	Lederen må ha en visjon for hvordan personsentrert sykepleie skal se ut i praksis. Denne må presenteres for de ansatte som er med på å utvikle og gjøre den til en del av arbeidskulturen.	Visjon basert på verdier med felles eierskap	Felles verdier
2	Lederen må vise vei. Det ledere gjør er viktigere enn det som sies. Gjennom daglige aktiviteter viser ledere sine verdier og oppfatninger.	Forbilledlig handlingskompetanse i hverdagen	Lederens handlingskompetanse
3	Lederen søker hele tiden etter mulighet til å forbedre virksomheten, skape vekst, utvikling og kvalitetsforbedring. Forbedringer verdsettes, uansett om det er ledere eller en av de ansatte som har bidratt til kvalitetsforbedringen.	Streben etter og verdsetting av kvalitetsforbedring	Kvalitetsforbedring
4	Lederen tillater, oppfordrer og støtter de ansatte til utvikling og forandring gjennom kritisk dialog og konflikthåndtering. Det er gjennom	Bemyndigelse og støtte til de ansatte gjennom kritisk dialog og konflikthåndtering	Kritisk dialog og konflikthåndtering

	slike prosesser at aktiv problemløsning og kreative beslutninger realiseres.		
5	Lederen må formidle klare standarder slik at de ansatte vet hva som forventes av dem. Lederen må støtte og anerkjenne individuelle bidrag til den kontinuerlige forbedringsprosessen.	Klare standarder, forventninger og støtte til pleierne	Standard/norm

(1) Forskningsmetoder og deltakere

Data ble innsamlet ved intervju av ti pleiere og fire sykepleieledere (16). Lederne var utdannet sykepleiere med videreutdanning i ledelse, en hadde master i helsefag. Pleierne var sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, helsefagarbeidere og assistenter. Hvordan personsentrert sykepleie skal se ut i praktisk handling, utvikles i samhandling mellom ledere og pleiere i sykehjem. Både intervjuene med pleierne og lederne kan derfor bidra til å svare på hvordan personsentrert sykepleiefaglig ledelse kan fremme arbeidskulturen i sykehjem. Fire ble intervjuet individuelt, to sammen og åtte deltok i en fokusgruppe. Deltakerne fikk utdelt en semi-strukturert intervjuguide (tabell 2) i forkant av intervjuet for å reflektere over egne arbeidserfaringer. Det var vesentlig å tilrettelegge for at deres verdier, meninger og erfaringer skulle fremkomme best mulig for å få innsikt i deres praksiser, noe som er i tråd med personsentrert sykepleie hvor pleiernes erfaringer og synspunkter verdsettes (jf.1,2).

Deltakerne arbeidet ved to sykehjem i Nord-Norge, i et byområde og i distrikt. Denne utvelgelsen var gjort for en bredere tilnærming, siden lokale sosiale strukturer kunne påvirke verdier og tilnærminger i sykehjemmene. Ledere i de to sykehjemmene rekrutterte deltakere

(P1–P14). Uten at det var tilsiktet, var alle deltakerne kvinner. Lederne utøvde sin virksomhet både som avdelingsledere og overordnede ledere ved institusjonene.

Tabell 2. Semi-strukturert intervjuguide fra fokusgruppeintervju og intervju med pleiere og ledere (16). Tabellen viser hvordan spørsmålene fra intervjuguiden er relevante for kjernepraksisene i personsentrert sykepleiefaglig ledelse (2), se tabell 1.

Spørsmål fra intervjuguide med pleiere og ledere	Kjernepraksiser i personsentrert sykepleiefaglig ledelse
Hva vet dere om pasientens bakgrunn, det vil si livet de har levd før de flyttet inn i sykehjemmet?	Visjon basert på verdier med felles eierskap
Hvilken betydning har pasientenes tidligere liv for oppholdet i sykehjemmet?	Visjon basert på verdier med felles eierskap
Når det gjelder pasientenes tidligere liv, hva dokumenteres i journalsystemet i sykehjemmet?	Klare standarder, forventninger og støtte til pleierne
Hva mener dere burde vært systematisk dokumentert fra pasientenes tidligere liv?	Visjon basert på verdier med felles eierskap

Hvordan innhentes kunnskap om pasientens tidligere liv?	Klare standarder, forventninger og støtte til pleierne
Hvordan utvikles kunnskap om pasientens tidligere liv?	Streben etter og verdsetting av kvalitetsforbedring
Hvordan er relevant kunnskap fra pasientenes tidligere liv dokumentert og integrert i den daglige pleien i sykehjemmet?	Klare standarder, forventninger og støtte til pleierne
Er pasientenes tidligere liv og hvilken betydning dette har for livet på sykehjemmet noe dere snakker om i sykepleiefaglig sammenheng?	Bemyndigelse og støtte til de ansatte gjennom kritisk dialog og konflikthåndtering
Hvordan er den overordnede organiseringen og utformingen her på sykehjemmet når det gjelder å integrere kunnskap fra pasientenes tidligere liv i sykepleien på sykehjemmet?	Forbilledlig handlingskompetanse i hverdagen
Hva er realistisk å gjennomføre i sykehjem for å videreføre pasientenes tidligere interesser, vaner og aktiviteter?	Forbilledlig handlingskompetanse i hverdagen

Da intervjuene ble gjennomført (2009–2010), hadde lederne arbeidet i sykehjemmene i over ti år. Pleierne hadde arbeidet i sykehjemmet fra 3 til 22 år, gjennomsnittlig i 12 år. Både yngre og eldre pleiere deltok. Fokusgruppeintervju er en hensiktsmessig måte å samle data fordi deltakerne reflekterer over sine erfaringer gjennom dialog (22). De planlagte fokusgruppeintervjuene i byområdet lot seg ikke gjennomføre på grunn av utilstrekkelig antall deltakere. Det ble gjennomført ett fokusgruppeintervju med åtte deltakere i sykehjemmet i distriktet. Dette ga rikelig materiale med forsvarlig informasjonsstyrke (22). To ledere og to pleiere ved sykehjemmet i byområdet ble intervjuet individuelt. To ledere ble intervjuet sammen i sykehjemmet i distriktet. Intervjuene ble tilstrebet gjennomført i en atmosfære preget av trygghet, fortrolighet og åpenhet (jf. 22). Intervjuene ble transkribert ordrett.

Det var hensiktsmessig å fortolke all data i samme analyse (tabell 3), siden deltakerne hadde reflektert over de samme spørsmålene. Analysen av data ble inspirert av innholdsanalyse (23). Meningsenheter, sammenstillinger av uttalelser relatert til samme mening, identifisert i den transkriberte teksten, ble kondensert tett opp mot teksten. De kodede meningsenhetene ble gruppert i tråd med innholdet. Det ble formulert sub-kategorier som beskriver meningsenhetens fortolkede underliggende mening. Dette forstår vi som en induktiv tilnærming i analysen (24). Kategoriene som utgjorde studiens funn, ble formulert gjennom å diskutere hele datamaterialet på nytt med sub-kategoriene opp mot forskningsspørsmålet, formulert som formål. Videre ble kategoriene diskutert opp mot forfatterens erfarings- og kunnskapsgrunnlag og kjernepraksisene i endringsledelse som er forstått som temaer (tabell 1). Å skape et tema er en måte å binde sammen det latente budskapet i et antall kategorier (23). Det har vært benyttet en abduktiv tilnærming da vi har beveget oss mellom induksjon og deduksjon i analysen av dataene (24). Gjennom den deduktive analyseprosessen har kjernepraksisene i personsentrert ledelse blitt satt opp som temaer (tabell 3).

Tabell 3. Eksempler fra innholdsanalyse av intervju med ledere og pleiere hvor temaene er kjernepraksiser i personsentrert sykepleiefaglig ledelse.

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode	Sub-kategori	Kategori	Tema (kjernepraksiser)
Og så har vi jo et godt samarbeid. Vi jobber godt i lag	Godt samarbeid gjør at vi jobber godt i lag	Samarbeid	Samarbeids-klima	Profesjonell samarbeids-relasjon	Visjon basert på verdier med felles eierskap
Man har så behov for folk at man tar nesten regelrett folk inn fra gata ...	Det er stort behov for pleiere. Pleierne kan være helt uten erfaring	Behov for pleiere	Ikke-kompetente pleiere	Kompetanse	Forbilledlig handlingskompetanse i hverdagen
Det er ekstra viktig å ha en god dialog med de du jobber med når pasientene nesten ikke prater, ellers	Det er vesentlig å ha god dialog med kollegaene for å ivareta	Dialog ved utfordrende arbeid	Utfordrende arbeid krever kommunikativ kompetanse	Faglig kompetanse er forutsetning for	Streben etter og verdsetting av kvalitetsforbedring

ville du fått en uholdbar situasjon på jobb	pasienter med kommunikative svekkelser			kvalitetsforbedring	
Det er enkelt å tøy seg veldig langt. Du har ikke bare pasientene du skal ta hensyn til. Du har de du skal jobbe i lag med, og	Man tøy seg veldig langt for å støtte pasienter og kollegaer	Press	Arbeidspress	Konflikt mellom verdier	Bemyndigelse og støtte til de ansatte gjennom kritisk dialog og konflikthåndtering
Det sier jeg til dem, at dere er selv ansvarlige for å tilegne dere kunnskaper dere er nødt til å ha i jobben deres. Så det er jo litt opp til dem selv, og ...	Pleierne får informasjon om at de selv også har ansvar for å tilegne seg nødvendige kunnskaper	Ansvar	Pleierne må ta ansvar for egen læring	Ansvar for egen læring	Klare standarder, forventninger og støtte til pleierne

Forskningsstudien (14) var godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (Referansenummer 2009/656) og Norsk senter for forskningsdata (Referansenummer 21508). I informasjons- og samtykkeskrivet var deltakerne informert om at anonymiserte data fra intervjuene ble beholdt med mulighet for ytterligere publisering. Det var et etisk ansvar å samarbeide til beste for deltakerne og behandle deres refleksjoner og arbeidserfaringer med respekt ved kritisk diskusjon og publisering av funnene.

(1) Resultater

Analysen viser at deltakernes utsagn er i tråd med kjernepraksisene i personsentrert sykepleiefaglig ledelse (jf. tabell 1) og kan bidra til å svare på hvordan personsentrert sykepleiefaglig ledelse kan fremme arbeidskulturen i sykehjem.

(2) Felles verdier; profesjonell samarbeidsrelasjon

Deltakerne snakket om respekt: «Det er viktig å behandle pasientene og de ansatte med respekt» (P14). Lederne og pleierne fremhevet engasjement og glede over arbeidet med gamle mennesker. Flere formidlet at det var en god, profesjonell samarbeidsrelasjon blant kollegaene i arbeidshverdagen. I en krevende hverdag var det viktig å vise gjensidig respekt og å ta ansvar også for kollegaer. De hjalp hverandre hvis de møtte store utfordringer hos en pasient: «Vi kan si at nå orker jeg ikke mer, eller at en annen må overta for du blir faktisk veldig sliten» (P11). Å melde seg syk var sjelden et alternativ. En leder formidlet betydningen av å tilrettelegge for ansatte som hadde helseplager. De strakk seg langt for å unngå sykemelding. Ledelsen og pleierne mente at gjensidig generøsitet for å opprettholde en stabil bemanning, var viktig.

Oppmerksom tilstedeværelse og lydhørhet overfor de ansatte ble trukket frem. En leder sa: «En veldig nær leder er med på morgenrapporten for å få oversikt over pasientene, utfordringene og problemstillingene» (P14). Hun kunne ikke bare sitte på kontoret og jobbe med turnuser og timelister. Hun måtte være der virksomheten utspant seg. Lederen trakk også frem verdien av at den overordnede ledelsen var lydhør. Det kunne se ut som det var lettere for lederne i distriktskommunen å få forståelse hos kommuneledelsen for eksempel for overskridelse av budsjett. Alle kjente til og verdsatte virksomheten.

Godt humør hos ledelsen hjalp når det var stort sykefravær eller de fikk pålegg om å spare penger. Alle pleierne og lederne påpekte at det var lav grunnbemanning, og det kom også frem at ledelsesressursene i sykehjemmene var utilstrekkelige. Lederne mente man måtte være opptatt av det betydningsfulle: «Når det gjelder sykepleieledelse er det viktig å spre noen holdninger nedad i systemet» (P10).

Lederne ønsket å formidle at de ansatte hadde gjort en god innsats, men fikk ikke alltid sagt det til dem. Pleierne på sin side verdsatte anerkjennelse og ønsket medvirkning. De reflekterte over at de ikke fikk være med på inntaksmøtene: «Inntaksmøtene er for sykepleierne. Vi som jobber på golvet og strir med alt, får bare beskjed om at nå kommer den og den» (P1 og P2). De mente det ville vært bedre om de deltok i møtene med sin kjennskap til pasient- og arbeidshverdagen.

(2) Lederens mulighet til handling avhenger av faglige ressurser og kompetanse

Pleierne mente at lederne stort sett handlet på en slik måte at de ble ivaretatt. Det var kort vei til den nærmeste lederen: «Det er noe med det at du ser sjefen i øynene daglig» (P4). Lederens daglige tilstedeværelse i avdelingen bidro til forståelse for arbeidshverdagen, men noen pleiere mente at lederne kunne ha vært mer til stede. Da hadde de sett problemene bedre. Det

kunne fremmet dialogen. Pleierne opplevde liten kontakt med overordnede ledere som de mente ville få bedre innsikt om de tilbrakte tid i avdelingen. Innsikten kunne de ta med seg videre opp i systemet.

Pleierne var opptatt av rettferdig fordeling av arbeidet, og det kunne være utfordrende når nyansatte ikke kunne få all informasjon på en gang; «det klarer de ikke å ta inn» (P6). De måtte bare begynne og så fikk informasjonen komme etter hvert. De sendte ikke en nyansatt inn til en krevende pasient. De måtte bli mer erfarne.

Flere av pleierne var opptatt av at de som jobbet med pasientene var personlig egnet. De måtte håndtere forskjellige situasjoner som oppstod og være tålmodige. Pleierens særlige kompetanse kunne bidra til å fremme best mulig pleie: «En av de ansatte er kjempeflink til å spille piano. Så når det er uro, gir vi dem en liten konsert. Da kommer pasientene og setter seg ned, og plutselig sitter alle og synger» (P12). En annen leder bemerket at høytlesning fra årbøker kunne bidra til en roligere stemning.

Lederne og pleierne merket godt at det var skiftende pleietyngde og arbeidsbelastning i sykehjemmene. Det var stort behov for egnede vikarer. En pleier hevdet: «Man tar nesten folk inn fra gata og har måttet sende folk hjem. Her kan du ikke være» (P13). En leder fortalte at det ble brukt skjønn ved inntak av vikarer ved krevende perioder i avdelingene. Lederen stolte fullt og fast på at pleierne ville si fra når behovet endret seg. Det var ikke økonomiske ressurser til å anvende vikarer i for stor grad. De trengte både pleiere med lokal kunnskap og sykepleiefaglig kompetanse. Pleierne fortalte at det noen ganger var uerfarne vikarer på vakt, som ikke kjente virksomheten i sykehjemmet: «Rutinene er så innarbeidet. Det har ikke vært noen av de faste på jobb» (P6). En pleier påpekte at utilstrekkelig kompetanse hos pleierne kunne føre til at pasientene følte seg uverdige behandlet.

Flere av pleierne og lederne påpekte at det var tilstrekkelig sykepleiedekning i sykehjemmet, men hele tiden vakante stillinger, sykefravær eller permisjoner. Pleierne følte seg tryggere med en sykepleier på jobb: «Når det er sykepleier på jobb, føler jeg meg trygg. Så puster du lettere og senker skuldrene» (P3 og P6). Lederne på det ene sykehjemmet fortalte om utilstrekkelige ledelsesressurser over tid: «Prioriteringen har vært; når pasientene har det bra, har man tatt det med personalet og fått det til å fungere. Man har prøvd å være til stede, deltatt i diskusjoner og vært forbilde» (P10). I den andre kommunen hadde økonomisk krise bidratt til nedbemanning. Når de hadde studenter, benyttet de dem som arbeidsressurs. Det var ikke tilstrekkelig tid til å fremme de «gode øyeblikkene» og roe engstelige pasienter. Lederne, spesielt i sykehjemmet i bykommunen, opplevde at det var mye snakk om å spare penger. Situasjonen var presset: «Du må være åpen for å se løsninger. Noen ganger klarer du det ikke, for du er dynget ned med arbeid» (P12). Idealene lederne hadde før de startet i jobben, var vanskelige å fremme i praksis. En pleier mente at ledelsen skulle gitt dyktige vikarer lengre kontrakter. Lederne ville gi alle litt jobb for å ikke miste verdifull arbeidskraft, men risikerte da at de flinkeste vikarene fant seg annet arbeid hvor de fikk større stillingsbrøk.

(2) Kvalitetsforbedring krever god dialog og arbeidsfordeling

Pleierne fortalte at pleieplanene ikke var gode nok til å gi vikarer tilstrekkelig innsikt i det som var aktuelt med pasienten. En leder fortalte også at den skriftlige rapporten hadde begrensninger: «Om ikke alt dokumenteres, så fortelles det muntlig pleierne imellom. Ikke alt går ned på papiret, det går ikke» (P9). Flere deltakere fremhevet betydningen av muntlig utveksling. Deltakerne fortalte om fellesmøter med undervisning om sår, diabetes, medikamenter og liknende. Lederne hadde ambisjoner om faste møter, men det var ikke alltid det lot seg gjøre. I en avdeling hadde lederen utnevnt ressurspersoner blant pleiepersonalet.

Disse skulle oppøve særlig kompetanse innenfor et fagområde, blant annet gjennom kursvirksomhet.

En pleier fortalte at de under opplæring av nyansatte snakket om rutiner og kvalitet. Det ble forventet at nyansatte skulle ta ansvar, slik at arbeidet ble rimelig fordelt, noe som ikke alltid var like lett. Plikten til å være hyggelig og hjelpsom stod sterkt hos pleierne: «Du blir forpliktende snill, men er egentlig helt utslitt» (P3 og P5). Man måtte ikke overlate krevende arbeidsoppgaver og pasienter til andre pleiere i for stor grad. Imidlertid var det viktig å si fra når man var sliten, og at det ble godtatt. Samtidig var for mye rulling av pleiere til de tyngste pasientene, utfordrende for kvaliteten på og kontinuiteten i pasientpleien. Arbeidet med personer med demens som hadde redusert språk, krevde god dialog med kollegaene: «Ellers ville vi fått en uholdbar situasjon på jobb» (P11). Lederne fortalte at det var spesielt viktig med faglige diskusjoner og samarbeid med pårørende for at avslutningen på livet skulle bli verdig: «Det skal være høy moral» (P9).

(2) Kritisk dialog og konflikthåndtering når sykepleieutøvelsen er svært utfordrende

Ett var å føre nye kollegaer inn i oppgavene, mer utfordrende var det å formidle holdninger og sammensatt kompetanse. Arbeidet kunne føles uoverkommelig. En pleier fortalte: «I ekstreme tilfeller er det sånn at du bare må gå en annen plass, for du orker ikke mer» (P11). En leder påpekte at det ikke bare var å lære seg oppgavene. Man måtte forstå sammenhengen virksomheten utspilte seg i. De måtte tøy seg langt, bevisstgjøre egne verdier og holdninger relatert til yrkesutøvelsen og vise handlingskompetanse i krevende situasjoner. En pleier sa «Vi blir jo slått, lugga og sparka» (P5).

Deltakerne gikk på jobb, selv om de var syke, for ellers ville belastningen for kollegaene bli større. En pleier sa: «Det er enkelt å tøy seg veldig langt. Du har ikke bare pasientene å ta

hensyn til, men også dem du jobber i lag med» (P1). Deltakerne var bekymret for begrensede budsjetter som gjorde det vanskelig å leie inn ekstrahjelp til pasienter som var engstelige og redde: «Vi kunne jo prøvd å skjerme dem, trygget dem inne på rommet. Det krever jo selvfølgelig ressurser som må leies inn» (P14). Pleiernes væremåte og aktivitetsnivå påvirket pasientene og kunne gjøre dem urolige: «Det lureste du kan gjøre når det er uro, er å sette deg ned. Det verste du gjør er å virre rundt, for da skaper du bare mer uro» (P11). Det var ingen fasiter, for det som kunne fungere en dag, gjorde ikke det den neste. I mange situasjoner hadde de bare seg selv og «magefølelsen» å stole på.

Lederne forsøkte å avholde jevnlige personalmøter, spesielt i krevende perioder, men hadde ikke alltid anledning til det. Lederen var opptatt av at pleierne måtte være ærlige på at de var slitne: «Det er mye bedre å få utløp og uttrykke misnøye eller fornøydhet i et møte, enn å strø det om seg hver dag, for da får du ikke gehør. Det er viktig å ha møteplasser for diskusjoner» (P10).

(1) Diskusjon

Prinsippene for personsentrert sykepleiefaglig ledelse endres ikke vesentlig over tid. Det handler om å verdsette ledere og pleiere faglig og personlig i den praktiske arbeidshverdagen. Dataene ble innsamlet i løpet av 2009–2010. Tre forfattere, samt en kollega som har arbeidet som leder i sykehjem i 10 år, med bred kjennskap og samtidig avstand til sykepleiefaglig praksis, har vurdert dataenes relevans og validitet. Forfatterne har reflektert kritisk over egne posisjoner og forestillinger (22). Vi har vært åpne for egne arbeidsmåters begrensninger, samt for andre likeverdige måter å arbeide på (17).

Ved hjelp av dataene fikk vi en dypere innsikt i hvordan det er å arbeide i sykehjem, og hva som kan påvirke arbeidskulturen. Det mener vi styrker denne studiens relevans (22). Både

intern og ekstern validitet (22) synes å være oppfylt da dataene viste seg å være relevante for formålet med studien, som er å belyse hvordan personsentrert sykepleiefaglig ledelse i praktisk handling kan fremme arbeidskulturen i en sykehjemsavdeling. Vi mener at dataene bidrar til å belyse og besvare spørsmålet vi har stilt oss, samt at resultatene er overførbare til andre deler av sykepleietjenesten.

(2) Personsentrert sykepleiefaglig ledelse fremmer arbeidskulturen, men noe står også på spill

Det var vesentlig å møte forståelse hos bevilgende politisk og overordnet ledelse, for å sikre tilstrekkelig ledelsesressurs og sykepleiefaglig kompetanse. Deltakerne var bevisste på betydningen av å ta vare på hverandre. Verdien som deltakerne formidlet, fremmer verdighet. Menneskenes liv er forbundet med hverandre og i ethvert møte er vi utfordret til å ta vare på hverandre (17,19). Klokskap og skjønnsmessige vurderinger kan bidra til gode handlinger (19), som har betydning for en god arbeidskultur.

Lederne var stort sett lydhøre og nærværende. Å se hverandre i øynene fremmet felles forståelse for utfordringene, noe som kan oppfattes som at lederen har sett de ansatte med «hjertets øye», det vil si med deltakelse og oppmerksomhet, slik at de har opplevd seg betydningsfulle (19). Lederne tilstrebet å være til stede, fremme åpenhet, delta i diskusjoner og være forbilder. Det kom likevel frem at lederne på alle nivå kunne vært mer nærværende. Organisasjonen kunne støttet opp om virksomheten med mer ressurser, støtte, verdsetting av personalet, forandringsvilje og forpliktelse til endringsledelse (jf. 1,2,13).

Deltakerne var tydelige på at godt samarbeid og rettferdig fordeling av arbeidet var viktig for å ivareta pasienter og kollegaer. Samspillet fordret kontinuitet og kjennskap. Refleksjonene tydet på innsikt og klokskap. Det var sjeldent enkle løsninger. Positive relasjoner og samhandling skal bidra til at personene opplever seg verdifulle. Pleierne må rette

oppmerksomhet mot egen væremåte i samhandling med andre (2). Det er viktig at det bygges sterke team som arbeider godt sammen, mot samme mål (1). Manglende teamarbeid i sykehjem hindrer utvikling av relasjonsorientert sykepleie (25), som er en forutsetning for personsentrert tilnærming.

Pleierne og lederne måtte være bevisste på hvordan de snakket med hverandre og spre gode holdninger. Noe sto på spill, så de måtte arbeide kontinuerlig for å opprettholde en god arbeidskultur. I måten å kommunisere på, kan vi gjøre den andre liten med vårt blikk, eller vi kan anerkjenne. Vi kan objektivere, tingliggjøre med blikk, hender eller holdning, eller motsatt hvor vi bekrefter hverandres eksistens (26). Mangel på åpen kommunikasjon kan forbindes med høyere nivå av stress, lavere kvalitet på pleien og utbrenthet (4). I fraværet av god kommunikasjon, kan paranoia, forvirring og engstelse bre om seg (1). Det at lederne mente det var viktigere å få utløp for misnøye i et møte, enn å holde det inne, kan vi forstå som et ønske om å se og anerkjenne de ansatte. Kritikkk må ikke undertrykkes, men ønskes velkommen som del av læringsprosessen (2).

Pleierne mente man måtte være personlig egnet og ha tålmodighet for å arbeide med syke personer i sykehjem. Pleieren som spilte piano, hadde en egnethet til å berolige utrygge pasienter gjennom sitt pianospill. Å spille kjente melodier for å roe pasientene, kan forstås som at pleieren hadde evne til å kommunisere på forskjellige nivå for å fremme pasientenes verdighet. Personsentrert kommunikasjon er mer enn summen av delene og er avhengig av de involverte personene (2). Personlig kompetanse ervervet gjennom livet har betydning i samhandlingen (2,25).

Lederen oppmuntret pleierne til å bruke sin personlige kompetanse. Det kan forstås som bemyndigelse, i tråd med Brookers (1) forståelse av begrepet. Lederen hadde sluppet opp på kontroll og støttet pleieren. Det kunne bidra til bemyndigelse når pleierne veiledet og underviste kollegaer etter opplæring, samt når de fikk ansvar for å ivareta og lære opp

nyansatte. Sykepleiefaglig personsentrert ledelse fremmer individuell autonomi, desentralisert beslutningstaking og delegert kontroll over den praktiske sykepleieutøvelsen (1,21). Det kunne ha bidratt til erfarne pleieres bemyndigelse, om de som kjente avdelingen og sammensetningen av pasienter best, hadde fått delta på inntaksmøter.

Pleierne tilstrebet å forholde seg til faglige normer når de skulle lære opp nye kollegaer, noe som krevde pleiefaglig og pedagogisk kunnskap. Normene som ikke er absolutte, må til enhver tid skjønnes og vurderes i situasjonen. Vi er bundet til normen, men trenger distanse til den og rom for å utøve skjønn (19). Faglig skjønn fordrer både emosjonell involvering og situasjonsanalyse for å overveie handlingsalternativer. Å anvende skjønn krever erfaring og reflektert faglig kompetanse, det Martinsen (17) kaller faglig-moralsk ballast. Fleksible ledere ga fri om det trengtes, men forventet ekstra innsats i krevende perioder. Personsentrert sykepleie innebærer at alle ansatte i organisasjonen har en form for lederskap hvor ansvarlighet og autonomi fremmes aktivt (2,13).

Det var overvekt av pleiere uten formell sykepleiefaglig kompetanse, som hadde et stort ansvar for opplæring. Nybegynneren stoler på objektive fakta, samt normbasert opplæring og bestemmer handlinger ut fra det. Den reflekterte praktikerer anvender faglig skjønn, situasjonsanalyse og rådslagning for å gi god individualisert pleie (2,17). Der imellom er det grader av faglig reflektert kompetanse. Betrakningene fra nybegynner til ekspertsykepleier, er relatert til sykepleierens faglige kompetanseutvikling. Tenkningen er relevant for å forstå utfordringene og omfanget av pleiernes ansvar for opplæring, samt deres bekymring for det store antallet vikarer.

(2) Arbeidskulturen utfordres kontinuerlig

Tilsynelatende var det de grunnleggende forutsetningene som organisasjonen er ansvarlig for, som gjorde arbeidshverdagen krevende. Helsevesenet er presset fra mange kanter ved at stramme økonomiske rammer og styringsformer hentet fra privat virksomhet, står i motsetning til befolkningens forventninger om god, forsvarlig og omsorgsfull pleie (21,26,27). Kampen om økonomiske midler og mangel på pleiere utfordret lederne. Manglende finansiering, lav kompetanse og bemanning påvirker trivsel, livskvalitet og omsorg i negativ retning (4).

Begrensede rammebetingelser kan også bidra til manglende tid til kritisk refleksjon hvor en kan lære av hverandre og forbedre virksomheten (26). Samtalen, for eksempel muntlig rapport, er essensiell for å lykkes med å fremme verdiene som deltakerne snakket om. Lederne hadde utilstrekkelig tid til få innsikt i hverdagsutfordringene hvor pleierne kunne oppleve å bli slått, lugget og sparket. Pleiere som arbeider med gamle personer, har høy risiko for skade, som igjen har innvirkning på omsorgen de yter (1). Det er høy turnover, og kvaliteten på opplæring og veiledning er mangelfull. Når arbeidet pleierne gjør ikke verdsettes, kan selvbildet påvirkes (25). Verdsetting kunne ha bidratt til bemyndigelse som i neste omgang ville ha styrket arbeidsmiljøet.

Deltakerne mente det ikke var tatt høyde for vakante stillinger, sykefravær og permisjoner, som gjorde at det stadig var for få på jobb. Bemanningsnormen var ikke god nok. Helse- og sosialtjenestene rapporterer størst mangel på arbeidskraft, særlig sykepleiere, som det også er vanskelig å rekruttere (28). Konsekvensen er stor arbeidsbelastning for de som er på jobb (29). Stor arbeidsbelastning, samt manglende utviklingsmuligheter, bemyndigelse, veiledning, lederegenskaper, teamarbeid, faglighet og kommunikasjonsegenskaper hindrer innføring av relasjonsorientert sykepleie (25).

Utilstrekkelige lederressurser gjorde at lederne måtte prioritere pasientenes velvære fremfor å være til stede for de ansatte. Ledernes ansvar er krevende. De skal balansere behovene til

overarbeidede pleiere, dekke vakter, forholde seg til sykdom og død, nye pasienter, bekymrede pårørende og gå på møter, hver arbeidsdag. Det kan komme i veien for å være en rollemodell for pleierne og sikre høy faglig standard (1). Lederne vil også trenge støtte (21).

Deltakerne fortalte at vikarbruken ble nøye vurdert. Det er kostnadskrevenende å ta inn vikarer og krevende å få inn tilstrekkelig vikarer med ønsket kompetanse (30). Ved sykehjemmet i distriktet ble det benyttet kjente pleiere, om så ufaglærte fremfor pleiere fra vikarbyrå. Når deltakerne på sykehjemmet i byområdet sa at de «hentet folk fra gata», tyder det på at det ikke nødvendigvis ble stilt krav til verken personlig eller faglig kompetanse. For å forbedre bemanningssituasjonen, kan det enkelte sykehjem forholde seg til egen statistikk for sykefravær (30). Det kunne gitt en forbedret strategi når det gjelder turnusplanlegging, tilstrekkelig kompetanse og antall pleiere på jobb.

Deltakerne fortalte om for få pleiere på vakt, og at de følte seg tryggere når det var sykepleier til stede. Det er påvist sammenheng mellom mangel på sykepleiere og arbeidsmiljøproblemer, det vil si opplevelse av stor fysisk og psykisk arbeidsbelastning. Underbemanningen i sykehjem er selvforsterkende, det blir stadig større arbeidsbelastning, sykefravær, pleiere som slutter og problemer med å rekruttere (29).

Det ble lagt et stort ansvar på de faste pleierne som kontinuerlig skulle lære opp nye pleiere. Det var krevende å skulle formidle holdninger og sammensatt kompetanse. Pleierne skal ha kompetanse til å gjennomføre skjønsmessige vurderinger. Skjønnnet, som er rettet mot den konkrete situasjonen, fordrer situasjonsanalyse og handlingsalternativer for god pleie (17). De som inngår i relasjonen må analysere, ha engasjement og utøve sin makt på en moralsk ansvarlig måte. Vi trenger fellesskapet og gode rollemodeller for å utvikle selvstendighet (13,17). De faste pleierne kunne bli helt utslitte av vikarene som var mer eller mindre funksjonsdyktige. Å gi dyktige vikarer lengre kontrakter for å beholde dem, kan virke som et godt forslag.

Lederne og pleierne hadde ikke bare et stort ansvar for en krevende pasientgruppe, men også for pårørende, hverandre, nyansatte, opplæring og tilstrekkelig ansatte på jobb hver vakt. Pleierne gjør vanskelige og belastende prioriteringer. Det blir et stadig større press på familieomsorgsgivere. Et økende gap mellom tilbud og etterspørsel etter sykepleiere og annet personell med helsefaglig bakgrunn, vil kunne føre til et press på pårørende om at de må utføre omsorgsoppgaver (29).

Gitt at det var for lav normering av spesielt ledere og sykepleiere, samt at det alt i alt var for få pleiere på vakt, var det krevende å ivareta ansvaret og arbeidsoppgavene. Pleierne var avhengige av at lederen og kollegaer var oppmerksomme, så om noen var slitne og om andre hadde overskudd til å overta arbeidsoppgaver. Når det er for få ledere og sykepleiere, synes det utfordrende å være nærværende nok til å overskue utfordringene i den daglige virksomheten. Sykepleiere må støttes i å si fra til offentlige styringsorganer slik Martinsen oppfordrer til; «(...) slik at vi sammen får anledning til å ta vare på det som gir liv til livet» (19:46).

(1) Konklusjon

Profesjonelt arbeidsfellesskap, nærværende og tilstrekkelig ledelse som er lydhør, samt støtte i arbeid som bemyndiger pleierne, oppfattes å være i tråd med personsentrert sykepleiefaglig ledelse. Når slikt lederskap skjer i en kontinuerlig prosess, kan lederne og pleierne utvikle felles eierskap til verdier og gode standarder. Verdier og normer må så godt som mulig omsettes til handlinger for å bli til beste for pasientene. Gjennom kontinuerlig opplæring og ivaretagelse av kollegaer og nyansatte, kan kvalitet og verdibevisthet fremme best mulig sykepleiefaglig praksis. Opplæring, ansvar og anerkjennelse bidrar til bemyndigelse som styrker arbeidskulturen. Gode intensjoner om å skape en vellykket arbeidskultur strekker ikke

til når det er vakanse i stillinger og ukjente vikarer på jobb. Arbeidskulturen utfordres også når pleiere som selv har utilstrekkelig kompetanse, får et for omfattende ansvar for opplæring i et krevende arbeidsområde. Jevnlige møtepunkter hvor lederne og pleierne kan fremme kritisk dialog og håndtere konflikter, vil være et gode for arbeidskulturen. Når det er for få ansatte til å ivareta fagutvikling, veiledning og opplæring, er muligheten for å utøve personsentrert sykepleiefaglig ledelse begrenset. En svekket personsentrert sykepleiefaglig ledelse vil være en utfordring for arbeidskulturen i sykehjem.

Takksigelse

Stor takk til Gerd Helene Pedersen, mangeårig leder i sykehjem og universitetslektor, som har vært forfatterens brukerrepresentant. Hun har lest artikkelen og funnet dataene relevante for presentasjon, analyse og diskusjon i herværende kontekst.

(1) Referanser

1. Brooker D. Person-Centred Dementia Care. Making Services Better. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers United Kingdom UK; 2007.
2. McCormack B, McCance T. Person-Centred Nursing. Theory and Practice. Oxford: Wiley-Blackwell UK and Iowa USA; 2010.
3. Ingstad K. Organisasjon og ledelse i helsefag og sykepleie. Oslo: Gyldendal Norge; 2019.
4. André B. Positive arbeidslivserfaringer i kommunehelsetjenesten. I: Haugan G, Rannestad, T. (red). Helsefremming i kommunehelsetjenesten. Oslo: Cappelen Damm Norge; 2014.

5. Helsedirektoratet. Personsentrert omsorg og behandling ved demens. Nasjonal faglig retningslinje ved demens [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 27. april 2022) 2022. (Besøkt 27. september 2022).
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/personsentrert-omsorg-og-behandling-ved-demens>
6. Cardiff S, McCormack B, McCance T. Person-Centred Leadership: A relational approach to leadership derived through action research. *Journal of Clinical Nursing* 2018; 27:3056–3069. <https://doi.org/10.1111/jocn.14492>
7. Brownie S, Nancarrow S. Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review. *Clinical Interventions in Aging* 2013; 8:1–10.
<https://doi.org/10.2147/CIA.S38589>
8. Corazzini K, Twersky J, White HK, Buhr GT, McConnell ES, Weiner M, Colòn-Emeric CS. Implementing Culture Change in Nursing Homes: An Adaptive Leadership Framework. *The Gerontologist* 2015; 55(4):616–627. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt170>
9. Rokstad AMM, Vatne S, Engedal K, Selbæk G. The role in the implementation of person-centred care using Dementia Care mapping: a study in three nursing homes. *Journal of Nursing Management* 2015; 23(1):15–23. <https://doi.org/10.1111/jonm.12072>
10. Scales K, Lepore M, Anderson RA, McConnel ES, Song Y, Kang B, Porter K, Thach T, Corazzini KN. Person-Directed Care Planning in Nursing Homes: Resident, Family and Staff perspectives. *Journal of Applied Gerontology* 2019; 38(2):183–206.
<https://doi.org/10.1177/0733464817732519>
11. André B, Grønning K, Jacobsen FF, Haugan G. ‘Joy of life’ in nursing homes. Healthcare personnel experiences of the implementation of the national strategy. A qualitative study with

content analysis of interviews. BMC Health Services Research 2021; 21:771.

<https://doi.org/10.1186/s12913-021-06801-w>

12. McCormack B, McCance T. Underpinning principles of person-centred practice, Chapter 2. In McCormack, B & McCance T. Person-Centred Practice in Nursing and Health Care. Theory and Practice. Chichester West Sussex: John Wiley & Son Ltd United Kingdom; 2017.

13. Cardiff S. Person-Centred nursing leadership, Chapter 6. In McCormack, B & McCance T. Person-Centred Practice in Nursing and Health Care. Theory and Practice. Chichester West Sussex: John Wiley & Son Ltd United Kingdom; 2017.

14. Buber M. Jeg og du. Cappelen's upopulære skrifter. Oversatt av Hedvig Wergeland. Alfabet as, Halden: Cappelen Damm Norge;1992.

15. Rogers CR. On Becoming a Person. A therapist's view of psychotherapy. London: Constable & Robinson Ltd United Kingdom UK; 1961.

16. Drageset I. «Å sette staven igjen» – tilhørighet til familie, sted, personer og natur. Å fremme et meningsfylt liv for personer med demenssykdom i sykehjem i Nord-Norge. (Ph.d.): UIT Norges Arktiske universitet; 2015. <https://munin.uit.no/handle/10037/7051>

17. Martinsen K. Samtalen, skjønnnet og evidensen. Oslo: Akribe Norge; 2005.

18. Martinsen K. Løgstrup og sykepleien. Oslo: Akribe Norge; 2012.

19. Martinsen K. Langsomme pulsslå. Bergen: Fagbokforlaget Norge; 2021.

20. Rodriguez-García C, Márquez-Hernández V, Belmonte-García T, Gutiérrez-Puertas L, Granados-Gómez G. How Magnet Hospital Status Affects Nurses, Patients, and Organizations: A systematic Review. Findings support the pursuit of Magnet recognition. American Journal of Nursing 2020; 120(7):28–38.

<https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000681648.48249.16>

21. Kristoffersen M, Friberg F. Transformasjonsledelse og økte effektivitetskrav i sykepleien. *Nordic Journal of Nursing Research* 2016; 36(1):13–19.
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0107408315595163>
22. Malterud K. *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*, 4. utgave. Oslo: Universitetsforlaget Norge; 2017.
23. Lundman B, Graneheim UH. Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär M, Høglund-Nielsen B. red. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso – och sjukvård*. Lund; Studentlitteratur AB Sverige; 2012.
24. Graneheim UH, Lindgren, B-M, Lundman B. Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nursing Education Today* 2017; 56:29–34.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
25. Van Stenis AR, van Wingerden J, Tanke IK. The Changing Role of Health Care Professionals in Nursing Homes: A Systematic Literature Review of a Decade of Change. *Frontiers in Psychology* 2017; 8:1–12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02008>
26. Alvsvåg H. På sporet av et dannet helsevesen. Om nære pårørende og pasienters møte med helsevesenet. Oslo: Akribe Norge; 2010.
27. Kijne SN, Fredriksen K. Sygeplejersken i et krydspres mellem modsatrettede diskurser. En Foucault-inspireret undersøgelse af italesættelsen af sygeplejen og de forandringer, der er sket i perioden 1990–2014. *Klinisk sygepleje* 2019; 1(33):3–22.
<https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2019-01-02>
28. Gjerde A. NAVs bedriftsundersøkelse 2021. Nedbemanning og lavere mangel på arbeidskraft under koronakrisen. *Arbeid og velferd* (2), 2021 (Besøkt 27. september 2022).
<https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/nyheter/navs-bedriftsundersokelse-2021-fortsatt-hoy-mangel-pa-arbeidskraft>

29. Gautun H. (2020). En utvikling som må snus. Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleie. NOVA rapport nr. 14/20. Velferdsforskningsinstituttet NOVA. Oslo Metropolitan University. Storbyuniversitetet 2020 (Besøkt 27. september 2022).

<https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/6417/NOVA-Rapport-14-20%20.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

30. Bratt Ch, Gautun H. Bemanningsnormer i sykehjem. National norms for staffing in nursing homes. Tidsskrift for omsorgsforskning 2015; 1(2):98–107.

<https://doi.org/10.18261/ISSN2387-5984-2015-02-06>