

Kompetanse og kvalitet i psykisk helsevern

Sykepleieres erfaringer med kompetansesammensetning, bruk av ufaglærte, oppgavefordeling og arbeidsvilkår i døgnbasert psykisk helsevern

Rapport basert på en nasjonal spørreundersøkelse blant sykepleiere



Forfattere:

Espen Gade Rolland, Jo Cranner og Kristine Børsum Stenstad

Norsk sykepleierforbund og Faggruppen psykisk helse og rus NSF (SPoR). August 2026



PSYKISK HELSE OG RUS
NSF



NORSK SYKEPLEIERFORBUND

Sammendrag

Denne rapporten er utarbeidet av NSF og Faggruppen psykisk helse og rus i Norsk Sykepleierforbund (SPoR) i perioden april–august 2026. Undersøkelsen og rapporten er et samarbeid mellom Avdeling for samfunnspolitisk strategi og analyse i NSF, Psykisk helse og rus NSF (SPoR) og Sentralt fagforum i NSF. Rapporten bygger på en spørreundersøkelse blant sykepleiere i psykisk helsevern, gjennomført våren 2026.

Rapporten viser et døgnbasert psykisk helsevern der sykepleiere beskriver høy bruk av ufaglærte i krevende pasientsituasjoner, mangelfull opplæring og veiledning, uheldig oppgavefordeling og arbeidsvilkår som gjør faglig forsvarlighet mer sårbar. Funnene bygger på sykepleiernes egne erfaringer og vurderinger av arbeidshverdagen i døgnbasert psykisk helsevern. De må derfor ikke forstås som objektive kvalitetsindikatorer for enkeltavdelinger. Samlet sett understreker materialet at kvalitet, pasientsikkerhet og effektiv ressursbruk er avhengig av at riktig kompetanse er tilgjengelig, planlagt og brukt der pasientenes behov er størst.

En sammenlikning mellom døgnbaserte tjenester og dagtjenester, som Assertive Community Treatment (ACT) og Flexible Assertive Community Treatment (FACT) og polikliniske tjenester, viser at ufaglærte brukes mest i døgnbaserte tjenester. Ettersom høy bruk av ufaglærte kan være en indikator på sårbarhet knyttet til kvalitet og pasientsikkerhet, tar denne rapporten primært utgangspunkt i døgnbaserte tjenester. Analyseutvalget består av 498 respondenter fra døgnbaserte tjenester.

Hovedfunn i rapporten:

- 44 % svarer at ufaglærte brukes mye eller svært mye der de jobber.
- 72 % av dem som vurderer kvalitetskonsekvensen, mener at bruken av ufaglærte påvirker kvaliteten negativt eller svært negativt.
- 47 % er uenige eller svært uenige i at ufaglærte får tilstrekkelig opplæring og veiledning i krevende pasientsituasjoner.
- 57 % opplever at arbeidsvilkårene har blitt noe eller mye dårligere de siste 3–5 årene.
- 38 % opplever unødig stress og tegn til utbrenthet ofte, svært ofte eller daglig.
- 49 % tenker på å slutte i jobben månedlig eller oftere.

Fritekstsvarene utdyper tallene. De peker særlig på svakere observasjon og klinisk vurdering, manglende somatisk og legemiddelfaglig kompetanse, og risiko for at endringer i pasientens tilstand ikke fanges opp tidlig nok. De viser også at ufaglærte beskrives brukt i oppgaver som skjerming, ansvarsvakt, risikovurdering, observasjon, medisiner og dokumentasjon, samtidig som sykepleiere bindes opp i praktiske driftsoppgaver som kjøkken, renhold, lager, transport og administrasjon.

En sentral konklusjon fra materialet er at det ikke er bruken av ufaglærte i seg selv som er hovedproblemet, men den store andelen av disse enkelte steder. Utfordringen oppstår når personell uten formell helse- og sosialfaglig kompetanse brukes i situasjoner som krever klinisk observasjon, risikovurdering, somatisk vurdering, legemiddelforståelse, dokumentasjon og behandlingsforståelse. Fritekstsvarene viser også positive bidrag fra ufaglærte, særlig knyttet til relasjon, tilstedeværelse, livserfaring og personlig egnethet.

Samtidig viser rapporten at sykepleiere ofte brukes til praktiske driftsoppgaver som andre med lavere eller annen kompetanse kunne utført. Det betyr at sykepleiere trekkes bort fra kliniske kjerneoppgaver og bindes opp i praktisk drift.

Samlet peker rapporten på en dobbel utfordring: Ufaglærte brukes i krevende pasientnære situasjoner, samtidig som sykepleiefaglig kompetanse ikke alltid brukes der den trengs mest. Dette gjør kompetanse, oppgavefordeling og arbeidsvilkår til sentrale spørsmål for kvalitet, pasientsikkerhet og faglig forsvarlighet i døgnbasert psykisk helsevern.

Hovedbudskap

1. Psykisk helsevern må bemannes etter pasientenes behov, risiko og nødvendig kompetanse – ikke bare etter antall personer på vakt.
2. Bruken av ufaglærte må rammes inn av tydelige kompetansekrav, opplæring, veiledning og avgrensede oppgaver.
3. Sykepleiefaglig kompetansen må brukes der den har størst betydning: i klinisk observasjon, vurdering, oppfølging, dokumentasjon, legemiddelhåndtering, miljøterapi og faglig ledelse.
4. Arbeidsvilkår i psykisk helsevern må behandles som et spørsmål om kvalitet, pasientsikkerhet og faglig forsvarlighet.
5. Psykisk helsevern må prioriteres mer likeverdig med somatikken når det gjelder kompetansekrav, bemanningsplanlegging og forsvarlig drift.

Forord

Psykisk helsevern er avhengig av kompetente medarbeidere, sterke fagmiljøer og rammer som gjør det mulig å gi pasientene trygg, kunnskapsbasert og forsvarlig behandling. Samtidig vet vi at tjenestene står under et betydelig press. Rekrutteringsutfordringer, mangel på kvalifisert personell, økende kompleksitet i pasientenes behov og krevende arbeidsvilkår preger hverdagen i mange deler av psykisk helsevern.

Denne rapporten bygger på erfaringene til nærmere 500 sykepleiere som arbeider i døgnbasert psykisk helsevern over hele landet. Funnene gir et viktig innblikk i hvordan kompetanse brukes, hvordan oppgaver fordeles, og hvilke konsekvenser dagens bemanningsutfordringer kan få for kvalitet, pasientsikkerhet og faglig forsvarlighet.

Spørsmål om kompetanse, bemanning og kvalitet i psykisk helsevern har stått høyt på agendaen i Norsk Sykepleierforbund gjennom flere år. Sammen med Rådet for psykisk helse har vi ved flere anledninger løftet bekymringer knyttet til mangel på kvalifisert personell, økende bruk av ufaglærte og behovet for tydeligere satsing på kompetanse i tjenestene (Rolland & Steen, 2023a, 2023b).

De siste årene er disse bekymringene blitt ytterligere aktualisert. Hovedtillitsvalgt Leni Brunborg i Helse Bergen har advart mot konsekvensene av høy turnover, omfattende bruk av ufaglærte og utfordringer med å sikre nødvendig kompetanse på vaktene (Brunborg, 2026). Samtidig har vi gjennom en rekke innspill fra klinikktiltillitsvalgte i NSF mottatt beskrivelser som peker i samme retning: erfarne medarbeidere forsvinner, arbeidsbelastningen øker, og riktig kompetanse er ikke alltid tilgjengelig der pasientene trenger den mest.

For å få mer kunnskap om hvordan sykepleiere vurderer kompetansesammensetning, oppgavefordeling, bruk av ufaglærte og arbeidsvilkår i psykisk helsevern, gjennomførte NSF våren 2026 en nasjonal spørreundersøkelse. Denne rapporten presenterer resultatene.

Vi håper rapporten kan bidra til en kunnskapsbasert og konstruktiv diskusjon om fremtidens psykiske helsevern, og være et grunnlag for konkrete tiltak som styrker både kvaliteten i tjenestene og arbeidsvilkårene for dem som skal yte dem.

Til slutt vil jeg rette en stor takk til Gyrd Steen Avdelingsleder ved Avdeling for samfunnspolitisk strategi og analyse i NSF for muligheten til å realisere denne undersøkelsen, Svein Roald G Olsen ved Fag- og helsepolitisk avdeling og Rine Haglund Langslet ved Avdeling for samfunnspolitisk strategi og analyse i NSF for forberedelse og innspill på undersøkelsen. Landsstyret i SPoR og lokalgrupper som har gitt viktige innspill underveis, og de sykepleiefaglige ekspertene som bidro i fokusgruppesamtalen. Og ikke minst Jo Cranner ved Avdeling for samfunnspolitisk strategi og analyse i NSF og Kristine Børsum Stenstad i Sentralt fagforum i NSF for et omfattende og grundig arbeid med undersøkelsen, analyse og utarbeidelse av denne rapporten. Jeg vil også takke alle sykepleierne som har delt sine erfaringer og vurderinger. Uten deres stemmer ville denne rapporten ikke eksistert.

Drammen, august 2026

Espen Gade Rolland

Leder, Psykisk helse og rus NSF (SPoR)

Norsk Sykepleierforbund (NSF)



Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Forord	4
1. Innledning	6
1.1 Definisjoner og forkortelser brukt i rapporten	7
2. Datagrunnlag og metode	8
2.1 Avgrensinger	8
2.2 Målgruppe og gjennomføring av undersøkelsen	8
2.3 Fokusgruppesamtale	9
2.4 Analyse av fritekstsvar	9
2.5 Metodiske forbehold og bruk av funnene	10
2.6 Utvalget i spørreundersøkelsen	11
3. Resultater	13
3.1 Kompetanse er et systemansvar	13
3.2 Høy bruk av ufaglærte i døgnbasert psykisk helsevern	19
3.3 Kompetansen brukes ikke alltid der den trengs mest	24
3.4 Arbeidsvilkår påvirker kvalitet, forsvarlighet og rekruttering	27
4. Anbefalinger	33
5. Referanser	34
Vedlegg	35
Vedlegg 1	35
Vedlegg 2	36

1. Innledning

Psykisk helsevern står overfor et økende press som følge av høyere etterspørsel etter tjenester, knapphet på kvalifisert personell og krav om forsvarlige og kunnskapsbaserte tjenester. I denne situasjonen blir spørsmål om kompetansesammensetning, oppgavefordeling og bruk av tilgjengelige ressurser stadig viktigere. Formålet med denne rapporten er å undersøke hvordan sykepleiere i døgnbasert psykisk helsevern vurderer disse forholdene, og hvilke konsekvenser de mener de har for kvalitet, pasientsikkerhet og arbeidsmiljø

Norsk helse- og omsorgstjeneste står i en situasjon der behovet for arbeidskraft øker, samtidig som tilgangen på kvalifisert personell er begrenset. NAVs bedriftsundersøkelse for 2026 estimerer at norske virksomheter mangler 34 000 personer, og at den største mangelen er innen helse, pleie og omsorg. NAV estimerer mangelen i denne yrkesgruppen til 9 200 personer, inkludert 1 850 sykepleiere og 3 650 helsefagarbeidere (Danielsen, 2026). Dette er relevant for psykisk helsevern ettersom knapphet på kvalifisert personell kan forsterke presset mot å dekke vaktplaner med personell uten formell helse- og sosialfaglig kompetanse. I døgnbasert psykisk helsevern må bemanningen sikre nødvendig kompetanse til klinisk observasjon, risikovurdering, miljøterapi, legemiddelforståelse, somatisk vurdering, dokumentasjon og oppfølging av pasienter med sammensatte behov.

SSBs framskrivninger viser at etterspørselen etter helsepersonell øker mer enn tilbudet. SSB peker også på at bemanningssammensetningen i flere helsetjenester har endret seg etter 2020, med redusert sykepleierandel og økt andel ufaglært personell i pasientrettet arbeid. SSB presiserer at det er usikkert om dette er en varig eller midlertidig utvikling (Dalen et al., 2026). Dette gir en viktig kontekst for denne undersøkelsens funn om kompetansesammensetning og oppgaveforskyvning.

Internasjonalt gir World Health Organization (WHO) og International Council of Nurses (ICN) et tydelig kunnskapsgrunnlag. WHO beskriver i *World mental health report* at behovene innen psykisk helse er høye, mens tjenestetilbud, ressurser og systemer ofte er utilstrekkelige (WHO, 2022). ICN fremhever at sykepleiere utgjør den største gruppen av tilbydere i psykiske helsetjenester globalt, og at styrking av sykepleiefaglig kompetansen er avgjørende for å utvikle bedre psykiske helsetjenester (Stewart et al., 2022). ICNs retningslinjer for sykepleie innen psykisk helse og rus legger videre vekt på profesjonelle standarder, utdanning, anerkjennelse og kvalitetsutvikling i faget (Stewart et al., 2024).

Norske revisjons-, tilsyns- og undersøkelsesrapporter peker også på utfordringer som er relevante for denne rapporten. Riksrevisjonen har pekt på at personer med samtidige rusmiddellidelser og psykiske lidelser ikke får den hjelpen de trenger, og viser til fragmenterte tjenester, lav kapasitet og mangelfull samhandling (Riksrevisjonen, 2025). Riksrevisjonens tidligere undersøkelse av psykiske helsetjenester viste også at mange pasienter ikke fikk hjelp raskt nok, at kapasitet og samhandling var utilstrekkelig, og at tjenestene i for liten grad var helhetlige og tilgjengelige (Riksrevisjonen, 2021). Ukoms rapport om somatisk helse hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse viser at skillet mellom psykisk helsevern og somatikk kan utgjøre en pasientsikkerhetsrisiko, og at fysisk sykdom kan overskygges av psykisk lidelse (Ukom, 2023). Dette er særlig relevant for døgnbasert psykisk helsevern, der ansatte må kunne fange opp både psykiske, somatiske og legemiddelrelaterte endringer i pasientens tilstand.

SINTEFs studie av sykepleie i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling fra 2017 viser at sykepleiere har et omfattende ansvar og et bredt oppgavespekter. Rapporten peker også på behov for mer sykepleiefaglig veiledning og kompetanseutvikling, blant annet knyttet til medisinfri behandling, minoritetsbakgrunn og ny teknologi (Melby et al., 2017). NSF anbefalte i sin rapport fra 2022 «*Psykisk lidelse og helseskadelig rusbruk har en høy pris, investering i sykepleiere lønner seg*» i at

tjenestene bør sørge for tilstrekkelig sykepleiekompetanse og systematisk og effektiv bruk av kompetanse (Skarstein, 2022). Sivilombudets besøksrapport fra Helse Bergen HF peker på at bruk av mekaniske tvangsmidler er et særlig inngripende tiltak med høy risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Rapporten understreker betydningen av tydelige beslutninger, kompetanse, pasientinvolvering og forebygging av tvang (Sivilombudet, 2026).

Samlet viser kunnskapsgrunnlaget at psykisk helsevern står i et krysspress mellom økende behov, knapphet på kvalifisert personell og høye krav til faglig forsvarlighet, kvalitet og pasientsikkerhet. I lys av dette bildet er det nødvendig å se på hvilken kompetanse som er tilgjengelig, hvordan kompetansen brukes, og om oppgaver fordeles etter pasientenes behov og risiko.

Døgntjenester innen psykisk helsevern består av et tverrfaglig fellesskap, hvor ulike profesjoner bidrar med sin kompetanse, tjenestene ytes gjennom tverrfaglig samarbeid og et felles ansvar for kvalitet og pasientsikkerhet. Alle yrkesgrupper utgjør viktige bidragsytere i tjenestene. Denne rapporten er imidlertid basert på innspill fra sykepleiere og belyser problemstillinger knyttet til bemanning, kompetanse og kvalitet fra et sykepleiefaglig ståsted. Sykepleiere utgjør den største profesjonsgruppen i psykisk helsevern. Rapporten undersøker hvordan sykepleiere i døgnbasert psykisk helsevern vurderer kompetanse, bruk av ufaglærte, oppgavefordeling og arbeidsvilkår i egen tjeneste. Formålet er å belyse om dagens kompetansesammensetning og hvordan bruk av sykepleiefaglig kompetanse understøtter kvalitet, pasientsikkerhet og faglig forsvarlig drift.

1.1 Definisjoner og forkortelser brukt i rapporten

- Betegnelsen «ufaglærte» brukes om personell uten formell helse- og sosialfaglig utdanning.
- Norsk sykepleierforbund = NSF
- Faggruppen Psykisk helse og rus NSF = SPoR
- Assertive Community Treatment = ACT
- Flexible Assertive Community Treatment = FACT
- Distriktpsikiatrisk senter = DPS
- Verdens helseorganisasjon = WHO
- International Council of Nurses = ICN
- Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten = Ukom

2. Datagrunnlag og metode

Denne rapporten bygger på en web-basert spørreundersøkelse blant sykepleiere som arbeider i psykisk helsevern og er medlemmer i Norsk Sykepleierforbund (NSF). Undersøkelsen ble gjennomført våren 2026. Formålet var å få mer kunnskap om hvordan sykepleiere vurderer kompetanse, bruk av ufaglærte, oppgavefordeling og arbeidsvilkår i psykisk helsevern.

Rapporten bygger på tre typer materiale: svarfordelinger fra Enalyzer, strukturerte analyser av fritekstsvar fra rådata og en supplerende fokusgruppesamtale med sykepleiefaglige eksperter.

2.1 Avgrensinger

Hovedanalysen i rapporten er avgrenset til døgnbasert psykisk helsevern for voksne. Dette er gjort fordi en sammenlikning mellom døgnbaserte tjenester og dagtjenester viser at bruk av ufaglærte er langt mer utbredt i døgnbaserte tjenester. Ettersom høy bruk av ufaglærte kan være en indikator på sårbarhet knyttet til kvalitet og pasientsikkerhet, er døgnbasert psykisk helsevern valgt som hovedområde for analysen. Dette betyr ikke at kompetanse, oppgavefordeling og arbeidsvilkår er uvesentlig i dagtjenester og polikliniske tjenester. Avgrensningen er gjort for å gjøre rapporten mer presis og for å analysere den delen av materialet der funnene om bruk av ufaglærte er tydeligst.

Når rapporten omtaler «respondentene» videre, viser det som hovedregel til respondentene fra døgnbaserte tjenester, med mindre noe annet er presisert.

2.2 Målgruppe og gjennomføring av undersøkelsen

Målgruppen for undersøkelsen var sykepleiere som arbeider innen psykisk helsevern. Undersøkelsen ble utviklet av NSF, blant annet basert på innspill fra en referansegruppe i NSF. Den ble gjennomført i Enalyzer og sendt ut via SMS og e-post 8. april 2026. Datainnsamlingen pågikk frem til 17. juni 2026, med én påminnelse. Datagrunnlaget denne rapporten baserer seg på er hentet fra Enalyzer 17. juni 2026.

Undersøkelsen ble sendt til et tilfeldig utvalg på 2 761 sykepleiere innen psykisk helsevern, basert på NSF's medlemsregister. Totalt svarte 720 personer i den opprinnelige målgruppen. Dette gir en svarandel på 26,1 %.

Respondentene er i analysen delt i to hovedgrupper:

- 498 respondenter fra døgnbaserte tjenester
- 222 respondenter fra dagtjenester og polikliniske tjenester

Dagtjenester og polikliniske tjenester omfatter blant annet ACT/FACT og polikliniske tjenester. Døgnbaserte tjenester omfatter akuttpsykiatri, sikkerhetspsykiatri, annen døgn voksenpsykiatri og DPS døgn.

Rapporten inkluderer også svar fra respondenter som har begynt å svare på undersøkelsen, men som ikke har fullført hele skjemaet. Disse svarene er inkludert fordi de gir relevant informasjon på de spørsmålene respondentene faktisk har besvart. Dette innebærer at antall respondenter varierer mellom spørsmålene. Ulik n kan skyldes at noen har avbrutt undersøkelsen, at enkelte spørsmål ikke er besvart, eller at spørsmål ikke har vært relevante for alle respondenter. Der rapporten oppgir prosenttall, er prosentene beregnet ut fra antall respondenter som har svart på det aktuelle spørsmålet. Derfor må hvert funn leses sammen med den n som hører til det enkelte spørsmålet eller figuren.

Svarfordelingene fra Enalyzer er brukt til å vise omfanget av ulike erfaringer og vurderinger. Dette gjelder blant annet bruk av ufaglærte, vurdering av kvalitetskonsekvenser, opplæring og veiledning, oppgavefordeling, arbeidsvilkår, stress og tanker om å slutte. Fritekstsvarene er brukt for å utdype hva tallene handler om i praksis.

2.3 Fokusgruppesamtale

Det ble gjennomført en fokusgruppesamtale med fire utvalgte sykepleiefaglige eksperter 19. mai 2026, med utgangspunkt i de foreløpige resultatene fra spørreundersøkelsen. Deltakerne ble rekruttert via styremedlemmer i SPoR. Formålet med fokusgruppesamtalen var å få faglige refleksjoner rundt funnene, særlig knyttet til kompetanse, bruk av ufaglærte, oppgavefordeling, faglig ledelse, dokumentasjon, arbeidsvilkår og pasientsikkerhet.

Fokusgruppen brukes som supplerende faglig fortolkningsmateriale. Den brukes ikke som representativ dokumentasjon på linje med spørreundersøkelsen. Når rapporten viser til fokusgruppen, skal dette forstås som faglige vurderinger og utdypinger fra et begrenset antall sykepleiefaglige eksperter.

2.4 Analyse av fritekstsvar

Fritekstsvarene er analysert tematisk på tvers av spørsmål om ufaglærtes påvirkning på kvalitet, hvilke oppgaver ufaglærte får ansvar for, hvilke oppgaver sykepleiere gjør som andre kunne gjort, hvordan arbeidsvilkår påvirker forsvarlighet, og hvordan arbeidsvilkårene har endret seg. Temaene overlapper, men seks hovedmønstre går tydelig igjen.

De seks hovedmønstrene i fritekstmaterialet er:

1. Klinisk observasjon og vurdering
2. Somatikk og legemiddelkompetanse
3. Ansvars- og oppgaveforskyvning
4. Belastning på sykepleiere
5. Praktiske oppgaver som fortrenger fagarbeid
6. Nyanser og positive bidrag fra ufaglærte

Fritekstsvarene brukes for å utdype tallfunnene i rapporten. De viser hva respondentene selv beskriver som konkrete situasjoner, oppgaver og konsekvenser i arbeidshverdagen. Analysen skal ikke forstås som en statistisk måling av hvor utbredt hvert tema er i hele tjenesten, men som en tematisk gjennomgang av mønstre i respondentenes egne beskrivelser.

Enalyzer-rapporten viser følgende antall åpne svar på de fem spørsmålene som inngår i fritekstanalysen:

- 248 åpne svar på spørsmålet: «Kan du gi et eksempel som belyser hvordan ufaglærte påvirker kvaliteten i tjenestene?»
- 232 åpne svar på spørsmålet: «Kan du gi 1–2 eksempler på hva slags typer ansvar/oppgaver dette gjelder?»
- 387 åpne svar på spørsmålet: «Kan du gi noen eksempler på hvilke typer oppgaver dette dreier seg om?»
- 353 åpne svar på spørsmålet: «Kan du gi et konkret eksempel på hvordan arbeidsvilkårene påvirker faglig forsvarlighet?»
- 333 åpne svar på spørsmålet: «Kan du konkretisere hvordan arbeidsvilkårene har endret seg?»

Svarene er gjennomgått og sortert etter temaer som går igjen på tvers av materialet. Ett svar kan handle om flere forhold samtidig, for eksempel både bemanning, kompetansesammensetning, pasientsikkerhet og arbeidsbelastning. Der rapporten omtaler antall omtaler innen et tema, er dette hentet fra den strukturerte fritekstoversikten i rådatafilen. Antall omtaler er derfor ikke nødvendigvis det samme som antall respondenter. Svar uten relevant innhold, for eksempel tomme svar, «ingen kommentar» eller svar som ikke belyser spørsmålet, er ikke brukt som grunnlag for den tematiske tolkningen. Slike svar kan likevel inngå i antallet åpne svar fra Enalyzer.

Sitatene som brukes i rapporten, er valgt for å illustrere mønstre som går igjen i materialet. De skal ikke leses som enkeltstående bevis, men som eksempler på hvordan respondentene selv beskriver sammenhengen mellom kompetanse, oppgavefordeling, arbeidsvilkår, kvalitet og pasientsikkerhet.

2.5 Metodiske forbehold og bruk av funnene

Undersøkelsen er en respondentundersøkelse. Funnene må derfor forstås som sykepleieres erfaringer og vurderinger, ikke som objektive målinger av pasientutfall, kvalitet eller forsvarlighet i enkeltavdelinger. Selvseleksjon kan ha påvirket hvem som har svart. Det kan for eksempel være at sykepleiere med sterke erfaringer eller tydelige meninger i større grad har valgt å delta. Dette er et vanlig metodisk forbehold ved denne typen undersøkelser. Rapporten gir heller ikke grunnlag for å sammenlikne enkeltforetak, enkeltavdelinger eller konkrete ledelsesmiljøer. Materialet brukes til å beskrive mønstre i respondentenes rapporterte erfaringer fra døgnbasert psykisk helsevern.

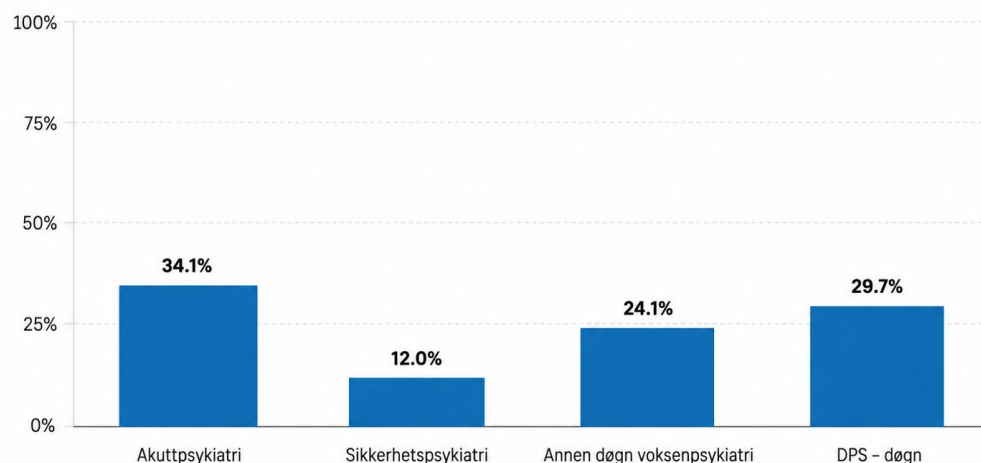
KI-verktøy er brukt som støtte i arbeidet med rapporten. Dette gjelder særlig som støtte i tematisering av fritekstsva, strukturering av funn, språklig bearbeiding og redigering av tekst. KI er ikke brukt som selvstendig analyseverktøy, og funn, vurderinger og konklusjoner bygger på spørreundersøkelsen, fritekstmaterialet, fokusgruppesamtalen og de kildene som er oppgitt i rapporten. Alle tematiseringer, sitatutvalg, tolkninger og endelige formuleringer er vurdert og kvalitetssikret av rapportforfatterne. Bruken av KI endrer derfor ikke rapportens metodiske grunnlag, men har fungert som et hjelpemiddel i bearbeiding, systematisering og språklig klargjøring av materialet.

Det er også viktig å understreke at rapporten ikke vurderer ufaglærte som enkeltpersoner. Flere fritekstsva beskriver ufaglærte som dyktige, relasjonssterke og viktige i miljøterapien. Rapportens problemstilling handler om systembruken av personell uten formell helse- og sosialfaglig kompetanse: hvilke oppgaver de får, hvilken opplæring og veiledning de får, og hvordan de inngår i team med sykepleiere og spesialsykepleiere. På samme måte handler rapportens funn om oppgavefordeling ikke om at sykepleiere aldri skal delta i praktiske hverdagsoppgaver. I psykisk helsevern kan måltider, struktur, rydding og hverdagsaktiviteter være en del av miljøterapien. Utfordringen oppstår når praktiske driftsoppgaver fortrenger klinisk observasjon, vurdering, dokumentasjon, samtaler, legemiddelfaglig oppfølging og veiledning. Rapporten kan derfor ikke brukes til å konkludere med lovbrudd eller uforsvarlig drift i bestemte virksomheter. Den kan derimot brukes til å peke på mønstre og risikoområder som bør tas på alvor i diskusjoner om psykisk helsevern.

2.6 Utvalget i spørreundersøkelsen

Dette kapittelet beskriver respondentene som inngår i hovedanalysen. Hovedanalysen er avgrenset til sykepleiere i døgnbasert psykisk helsevern for voksne. Antall svar varierer noe mellom spørsmålene fordi både fullførte og delvise besvarelser er inkludert.

Hvilken type tjeneste jobber du i



Observasjoner

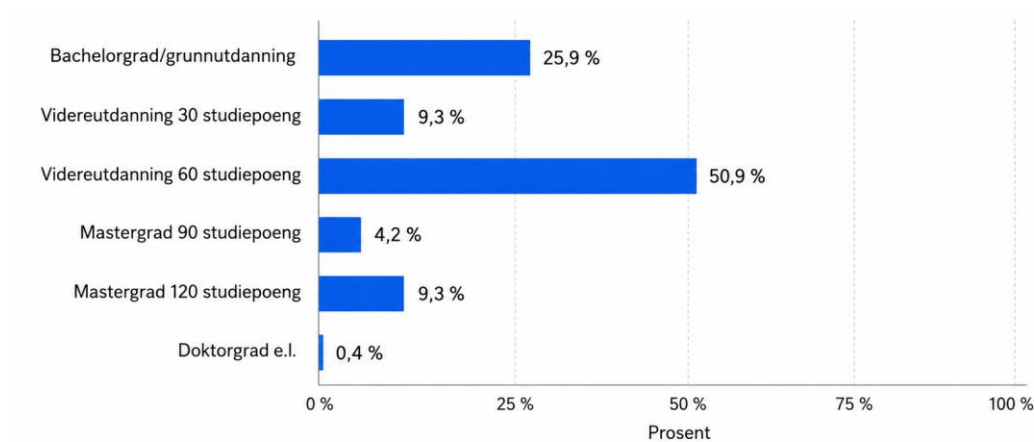
Totalt Arbeidssted: Akuttpsykiatri, Sikkerhetspsykiatri, Annen døgn voksenpsykiatri + 1 mer

498

Figur 1: Respondentene er fordelt på fire døgnbaserte tjenesteområder.

Respondentene er fordelt på fire døgnbaserte tjenesteområder: akuttpsykiatri, sikkerhetspsykiatri, annen døgn voksenpsykiatri og DPS døgn. Materialet omfatter dermed svar fra ulike deler av døgnbasert psykisk helsevern.

Hva er din høyeste helsefaglige utdanning?



Observasjoner

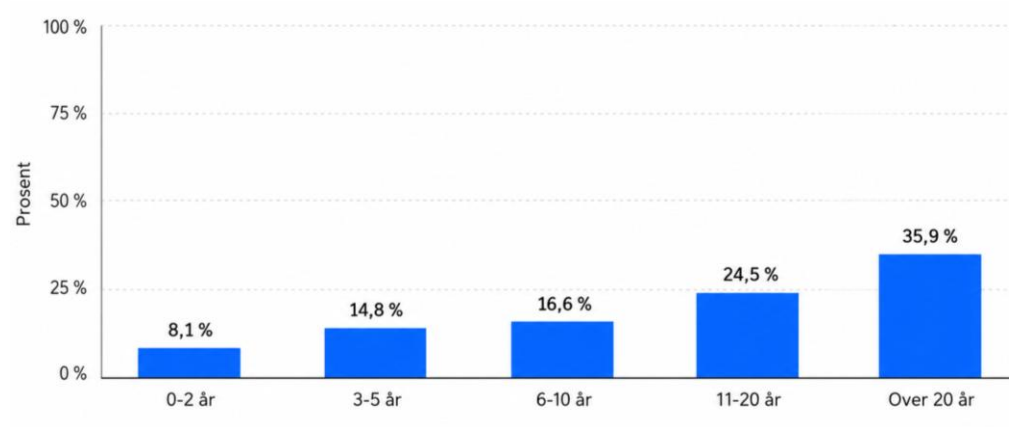
Totalt Arbeidssted: Akuttpsykiatri, Sikkerhetspsykiatri, Annen døgn voksenpsykiatri + 1 mer

495

Figur 2: Materialet består i hovedsak av respondenter med videreutdanning 60 studiepoeng (51 %) eller bachelor/grunnutdanning (26 %).

Materialet viser at de døgnbaserte tjenestene har respondenter med ulikt utdanningsnivå. Den største gruppen har videreutdanning på 60 studiepoeng som høyeste helsefaglige utdanning. En betydelig andel har bachelor/grunnutdanning som høyeste helsefaglige utdanning.

Hvor mange år har du jobbet i psykisk helsevern?



Observasjoner

Totalt Arbeidssted: Akuttpsykiatri, Sikkerhetspsykiatri, Annen døgn voksenpsykiatri + 1 mer

493

Figur 1: 60 % har mer enn ti års erfaring fra psykisk helsevern; 36 % har mer enn 20 år.

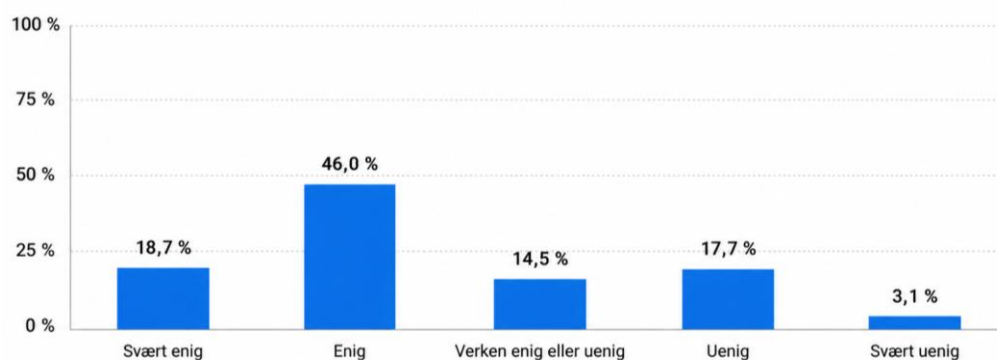
Døgnbaserte tjenester er preget av omfattende erfaring. 60 % har mer enn ti års erfaring fra psykisk helsevern. Det betyr at svarene i denne undersøkelsen i stor grad kommer fra sykepleiere med lang klinisk erfaring.

3. Resultater

3.1 Kompetanse er et systemansvar

Resultatene fra undersøkelsen viser et spenn mellom hvilke kompetanseområder sykepleierne vurderer som viktigst i klinisk praksis, hvor de opplever størst behov for kompetanseutvikling, og i hvilken grad sykepleiefaglig kompetansen faktisk blir brukt der de jobber. Samlet peker funnene mot at kompetanse i døgnbasert psykisk helsevern ikke bare kan forstås som et spørsmål om den enkelte ansattes utdanning, erfaring eller motivasjon. Kompetanse må forstås som et systemansvar. Det handler om hvordan tjenesten planlegger, fordeler, vedlikeholder og bruker kompetanse i den kliniske hverdagen.

Hvor enig er du i følgende påstand: Mitt arbeidssted har tilstrekkelig kompetanse til å møte den enkelte pasients behov.



Observasjoner

Totalt Arbeidssted: Akuttpsykiatri, Sikkerhetspsykiatri, Annen døgnavdel psykiatri + 1 mer

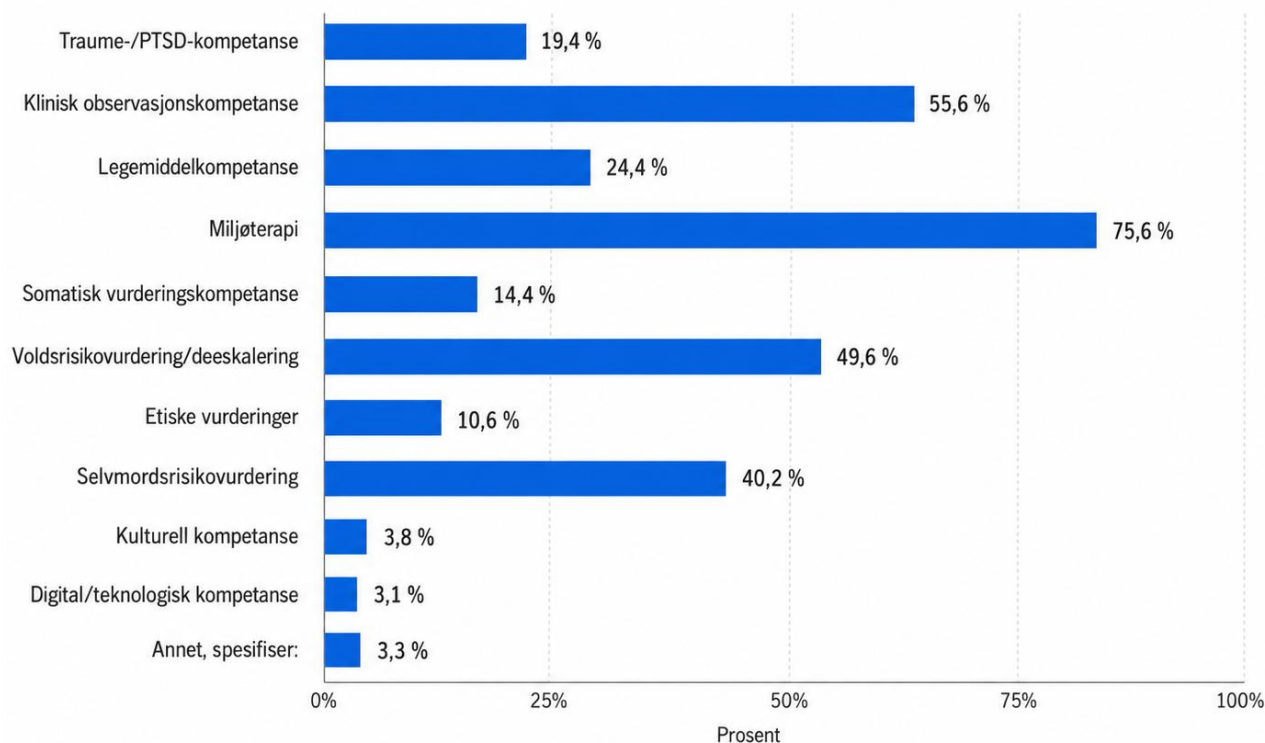
491

Figur 2: 65 % er enige eller svært enige, mens 21 % er uenige eller svært uenige.

65 % av respondentene er enige eller svært enige i at arbeidsstedet har tilstrekkelig kompetanse til å møte den enkelte pasients behov, mens 21 % er uenige eller svært uenige. Dette viser at mange opplever at det finnes mye kompetanse i tjenestene. Samtidig er det en betydelig andel som ikke opplever at den samlede kompetansen er tilstrekkelig. Dette er viktig fordi døgnbasert psykisk helsevern krever kontinuerlig tilgang på kompetanse, også kveld, natt, helg og i ferieperioder. Det er ikke tilstrekkelig å ha nok personer på vakt. Tjenesten må også ha riktig kompetansesammensetning, tydelige rolle- og ansvarslinjer, faglig ledelse og systematisk kompetanseutvikling.

Kravet til faglig forsvarlighet etter helsepersonelloven § 4 innebærer at helsepersonell skal utføre arbeidet i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp ut fra kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Samtidig har spesialisthelsetjenesten etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 ansvar for å tilrettelegge tjenestene slik at personellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Det betyr at forsvarlighet ikke bare er et individuelt ansvar. Det er også et organisatorisk ansvar. Når sykepleiere beskriver mangler i samlet kompetanse, må dette derfor vurderes som et spørsmål om hvordan virksomheten legger til rette for at ansatte faktisk kan yte forsvarlige tjenester.

Hvilke tre kompetanseområder opplever du som de viktigste å ha der du jobber?



Observasjoner

Totalt Arbeidssted: Akuttpsykiatri, Sikkerhetspsykiatri, Annen døgn voksenpsykiatri + 1 mer

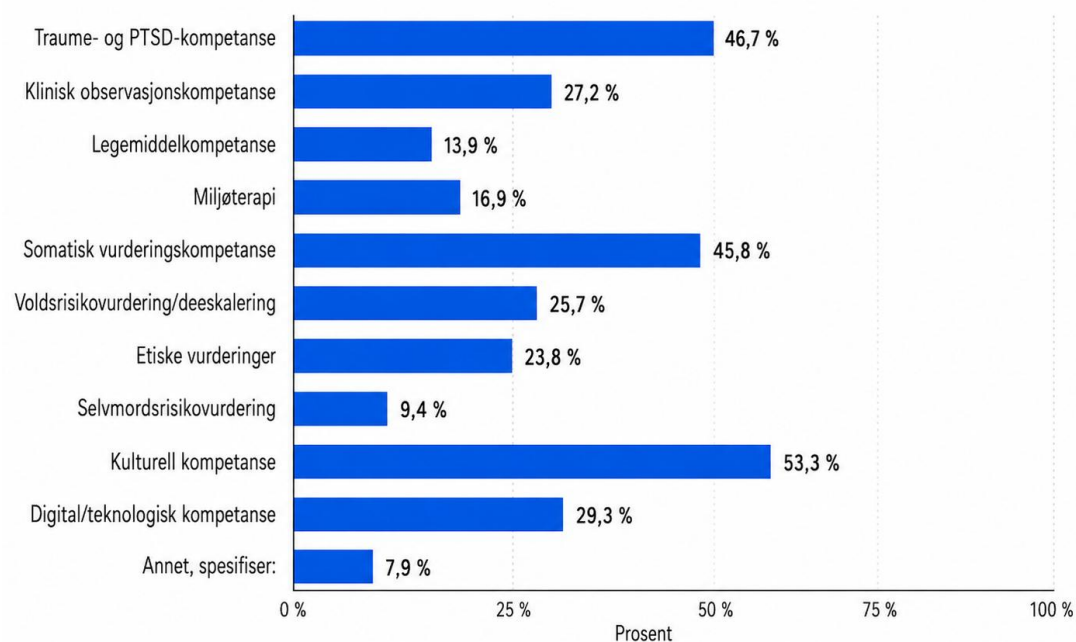
480

Figur 3: Miljøterapi (76 %), klinisk observasjonskompetanse (56 %) og voldsrisikovurdering/deeskalering (50 %) løftes fram som de viktigste områdene.

Når respondentene blir bedt om å vurdere hvilke områder det er viktigst å ha kompetanse på, blir miljøterapi, klinisk observasjonskompetanse og voldsrisikovurdering/deeskalering rangert høyest. Dette er kjernekompetanser som er nært knyttet til den daglige pasientoppfølgingen i psykisk helsevern. Funnene viser at sykepleierne særlig vektlegger kompetanse som trengs tett på pasienten: å forstå pasientens tilstand, skape struktur og trygghet i miljøet, vurdere risiko, forebygge eskalering og fange opp endringer før situasjoner blir akutte.

Fritekstsvarene underbygger dette. Flere respondenter beskriver at kvaliteten blir sårbar når ansatte mangler kunnskap om miljøterapi, observasjon, psykiske lidelser, risiko, somatikk og dokumentasjon. Det beskrives blant annet at observasjoner ikke blir rapportert, at ansatte mangler «det kliniske blikket», og at manglende kunnskap kan føre til svakere vurderinger og merarbeid for fast ansatte. En respondent skriver: «Mange situasjoner kunne vært forebygget med bedre kunnskapsgrunnlag.» En annen skriver: «Dårlige observasjoner og vurderinger.» Dette er ikke bare uttrykk for individuelle bekymringer. Det viser hva som kan stå på spill når kompetanse ikke er tilgjengelig i det pasientnære arbeidet.

Hvilke tre kompetanseområder mener du det mangler mest av på ditt arbeidssted?



Observasjoner

Totalt Arbeidssted: Akuttpsykiatri, Sikkerhetspsykiatri, Annen døgn voksenpsykiatri + 1 mer

467

Figur 4: Kulturell kompetanse (53 %), traume-/PTSD-kompetanse (47 %) og somatisk vurderingskompetanse (46 %) peker seg ut som de største manglene.

Samtidig rapporterer respondentene størst mangler innen kulturell kompetanse, traume-/PTSD-kompetanse og somatisk vurderingskompetanse. Dette er områder som i økende grad er sentrale for helhetlig og kunnskapsbasert sykepleiepraksis. Det er interessant å se at de tre viktigste områdene respondentene peker på, ikke er de samme som de tre områdene de mener det mangler mest kompetanse på. Det kan tyde på at tjenestene både må sikre kjernekompetanse i den daglige driften og samtidig bygge opp kompetanse på områder som er nødvendige for å møte pasientenes samlede behov.

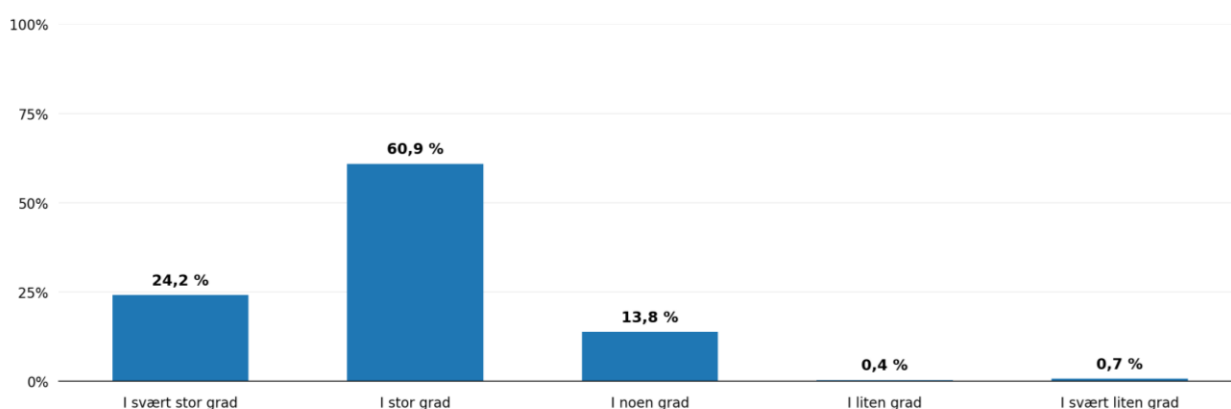
Når store andeler mener det mangler både kulturell kompetanse, traume-/PTSD-kompetanse og somatisk vurderingskompetanse, tilsier dette at utfordringen ikke først og fremst kan forstås som et spørsmål om enkeltansattes manglende kompetanse eller motivasjon. Problemet ligger i hvordan tjenesten som system planlegger, fordeler, vedlikeholder og bruker kompetanse i den kliniske hverdagen. Når viktige kompetanseområder mangler i arbeidsmiljøet, betyr det at pasientenes behov ikke nødvendigvis møtes av riktig samlet kompetanse, selv om sykepleierne vurderer egen kompetanse høyt. Funnene peker derfor på kompetansemiljø, faglig sammensetning på vakt, tydelige rolle- og ansvarslinjer og systematisk kompetanseutvikling som kjerneutfordringer.

Dette er særlig relevant sett opp mot Ukoms (Ukom, 2023) rapport om somatisk helse hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Ukom peker på at skillet mellom psykisk helsevern og somatikk kan utgjøre en pasientsikkerhetsrisiko, og at somatisk sykdom kan bli oversett hos pasienter med psykisk lidelse. Når respondentene i denne undersøkelsen samtidig peker på manglende somatisk vurderingskompetanse som en av de største kompetansemanglene, styrker det bildet av at kompetanse i psykisk helsevern må forstås

bredere enn psykisk helse alene. Det handler også om å kunne se sammenhenger mellom psykiske symptomer, somatisk sykdom, rus, legemidler, traumer og pasientens livssituasjon.

Fritekstsvarene viser dette tydelig. Flere beskriver risiko for at somatiske symptomer, bivirkninger eller endringer i tilstand ikke blir forstått eller fulgt opp godt nok. Det beskrives blant annet at «somatiske tilstander overses», at ufaglærte kan måle vitalia uten å forstå hva tallene betyr, og at manglende kunnskap om virkning og bivirkninger av medisiner kan føre til underrapportering. Dette er forhold som berører både kvalitet og pasientsikkerhet. Dersom ansatte som står nær pasienten ikke har tilstrekkelig kompetanse til å observere, forstå og formidle endringer, blir det vanskeligere for tjenesten å oppdage risiko tidlig nok.

I hvilken grad opplever du at du har tilstrekkelig kompetanse til å ivareta pasienter i psykisk helsevern?



Observasjoner

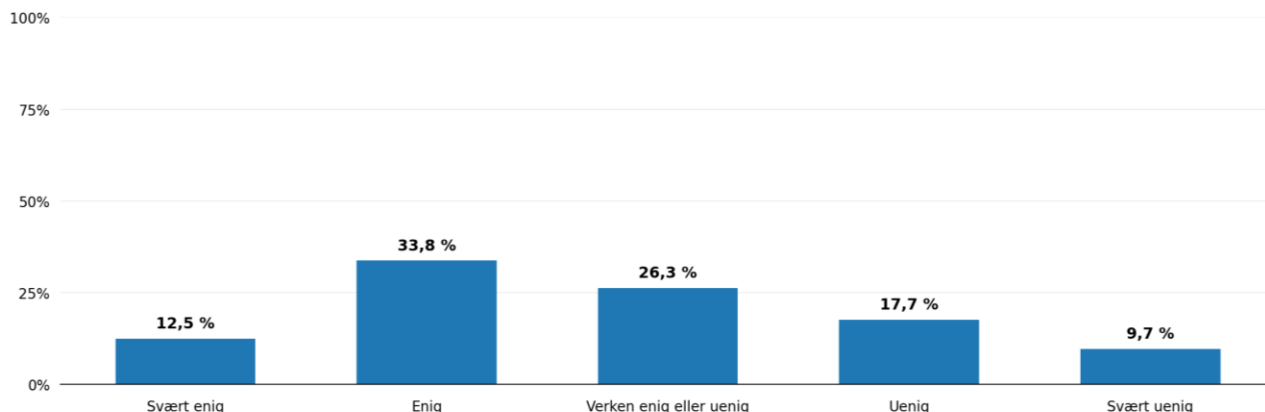
Totalt Arbeidssted: Akuttpsykiatri, Sikkerhetspsykiatri, Annen døgn voksenpsykiatri + 1 mer

458

Figur 5: 85 % opplever i stor eller svært stor grad å ha tilstrekkelig egen kompetanse.

85 % oppgir at de selv i stor eller svært stor grad har tilstrekkelig kompetanse til å ivareta pasienter i psykisk helsevern. Dette viser at respondentene i stor grad vurderer egen kompetanse som god. Samtidig må dette leses sammen med funnene om manglende kompetanseområder og bruk av sykepleiefaglig kompetanse. Når mange vurderer egen kompetanse høyt, men samtidig peker på mangler i tjenestens samlede kompetanse, handler utfordringen ikke bare om hva den enkelte sykepleier kan. Det handler om hvorvidt kompetansen er godt nok planlagt, satt sammen og tilgjengelig når pasientene trenger den.

Hvor enig er du i følgende påstand: Min arbeidsgiver legger godt til rette for relevant faglig utvikling/kompetanseutvikling.



Observasjoner

Totalt Arbeidssted: Akuttpsykiatri, Sikkerhetspsykiatri, Annen døgn voksenpsykiatri + 1 mer

464

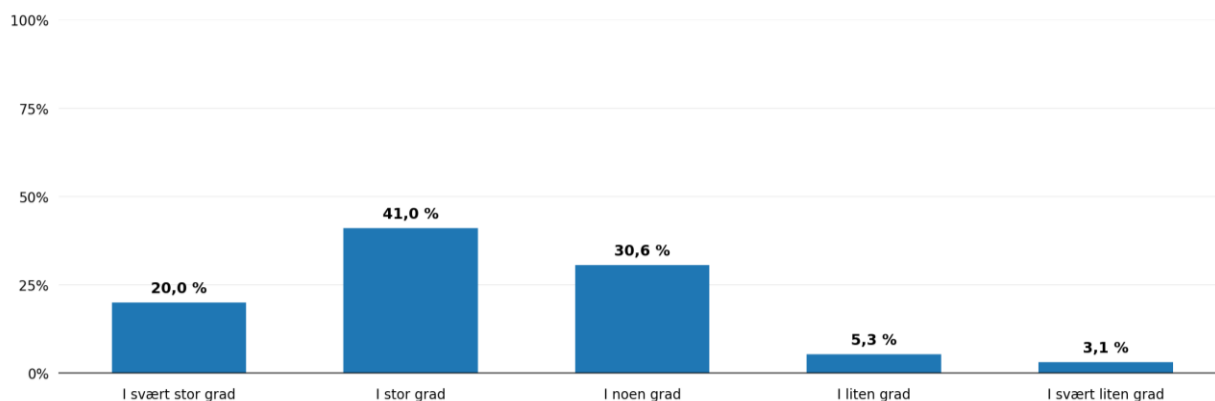
Figur 6: 46 % er enige eller svært enige, mens 27 % er uenige eller svært uenige.

46 % er enige eller svært enige i at arbeidsgiver legger godt til rette for relevant faglig utvikling og kompetanseutvikling, mens 27 % er uenige eller svært uenige. Dette gir et blandet bilde. Mange opplever at arbeidsgiver legger til rette for faglig utvikling, men en betydelig andel gjør det ikke. Når respondentene samtidig peker på mangler innen kulturforståelse, traume-/PTSD-kompetanse og somatisk vurderingskompetanse, blir dette viktig. Kompetanseutvikling kan ikke være tilfeldig eller avhengig av om den enkelte ansatte selv får mulighet til å prioritere kurs eller videreutdanning.

Dette må også vurderes opp mot forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Forskriften stiller krav om at virksomheten skal ha oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring. Helsedirektoratets veileder til forskriften peker på at virksomheten må gjennomføre kompetansekartlegging, rekruttere medarbeidere med riktig kompetanse og sørge for tilstrekkelig opplæring, etter- og videreutdanning. Funnene i denne undersøkelsen peker dermed på et avvik mellom behovet for systematisk kompetansearbeid og det mange respondenter beskriver som en presset klinisk hverdag, der drift, bemanning og økonomi gjør det vanskelig å prioritere kompetanseutvikling.

Et hovedtema i fokusgruppen er nettopp at kompetansebygging ofte begrenses av kapasitet, bemanning, økonomi og behov for å prioritere drift. Deltakerne beskriver at det kan være vanskelig å få fri til kurs, selv når det finnes relevante faglige tilbud, fordi driften må gå rundt. Det blir også pekt på at kompetanseheving i praksis kan bli nedprioritert når tjenestene står i høyt press. Dette er viktig fordi kompetanseutvikling ikke bare er et gode for den enkelte ansatte. Det er en forutsetning for kvalitet, pasientsikkerhet, rekruttering og det å beholde sykepleiere i tjenesten.

I hvilken grad opplever du at din sykepleiefaglige kompetanse blir brukt/nyttiggjort der du jobber?



Observasjoner

Totalt Arbeidssted: Akuttpsykiatri, Sikkerhetspsykiatri, Annen døgn voksenpsykiatri + 1 mer

454

Figur 7: 61 % opplever at kompetansen brukes i stor eller svært stor grad, men 39 % svarer bare i noen, liten eller svært liten grad.

61 % opplever at deres sykepleiefaglige kompetanse blir brukt eller nyttiggjort i stor eller svært stor grad. Samtidig svarer 39 % at kompetansen bare brukes i noen, liten eller svært liten grad. Dette er et viktig funn. Det viser at problemet ikke bare handler om mangel på sykepleiere, men også om hvordan sykepleiefaglig kompetansen som finnes faktisk brukes. Dersom sykepleiere bindes opp i oppgaver som ikke krever sykepleiefaglig kompetanse, eller må bruke mye tid på å veilede, følge opp og kvalitetssikre andres arbeid, kan tjenesten miste tilgang på sykepleiefaglig kompetanse der pasientene trenger den mest.

Fokusgruppesamtalen utdyper dette. Deltakerne beskriver at sykepleiere ofte blir stående i ansvarsvakt, koordinerende roller og medisinansvar, samtidig som de har ansvar for mange pasienter. Det pekes også på at sykepleiere får en tredelt rolle: ansvar for pasientene, faglig ansvar og ansvar for å følge opp ufaglærte. Dette beskrives som en kilde til moralsk stress. En deltaker beskriver at sykepleieren i praksis må følge opp både den ufaglærte som står i en krevende situasjon, og pasienten som er i situasjonen. En annen beskriver at sykepleiere ikke får brukt kompetansen sin godt nok fordi de blir satt til «bra mye annet» som er driftsmessig og ikke har særlig med fag å gjøre.

På systemnivå handler dette om mer enn kurs og individuell opplæring. Det handler om hvorvidt helseforetakene har bemanningsplaner som sikrer nødvendig kompetansesammensetning på alle vakter, også kveld, natt, helg og ferieperioder; om det finnes robuste fagmiljøer der mindre erfarne ansatte og ufaglærte får løpende veiledning; og om ledere følger opp kompetansebehov som en del av faglig forsvarlig drift. Dersom kulturell kompetanse, traumeforståelse og somatisk vurderingskompetanse mangler i miljøet, blir risikoen ikke bare at enkeltvurderinger blir svakere. Hele avdelingen kan få dårligere forutsetninger for å forebygge misforståelser, fange opp forverring, forstå pasientens bakgrunn og behov, og se sammenhenger mellom psykiske symptomer, somatisk sykdom, rus, legemidler og traumer.

I fortsettelsen av diskusjonen rundt utvikling og bruk av kompetanse peker fokusgruppedeltakerne på faglig ledelse som en sentral årsak til flere av utfordringene i tjenestene. Faglig ledelse handler ikke bare om lederes holdninger, men om hvordan ledelsen faktisk styrer og bruker kompetanse i den kliniske

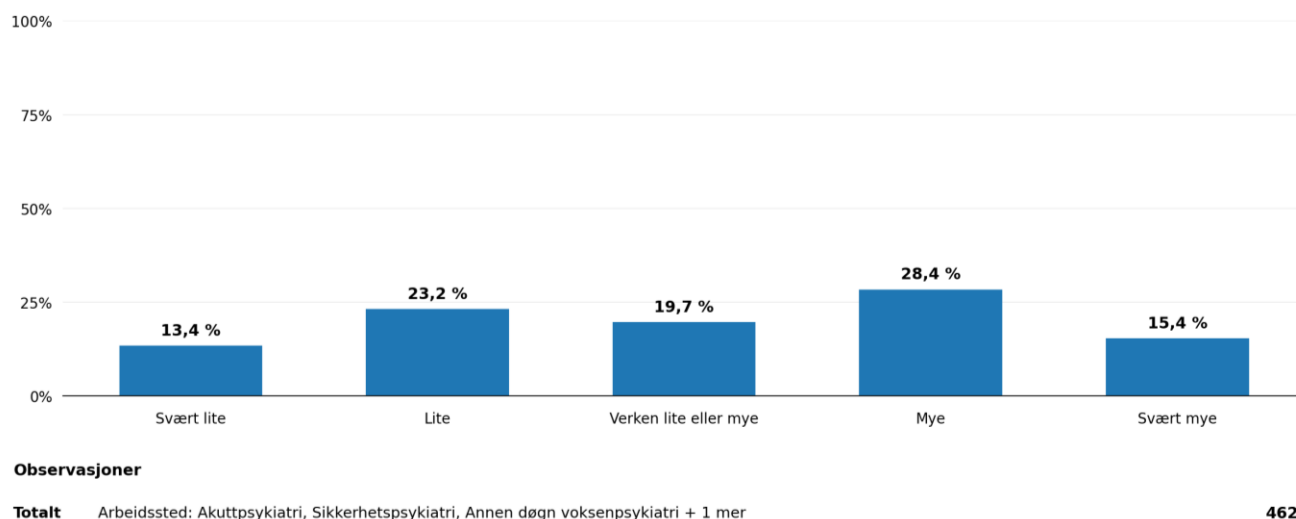
hverdagen. Når profesjonsroller er uklare, strukturen blir for flat og kompetansestyringen er svak, kan sykepleiernes faglige vurderinger få for liten gjennomslagskraft. Konsekvensen er at sykepleiere ofte blir stående med et for bredt ansvar: kliniske vurderinger, veiledning av ufaglærte, koordinering av drift og dokumentasjon. Fokusgruppen peker dermed på faglig ledelse som en systemforutsetning. Uten tydelige forventninger til kompetansesammensetning, rolleavklaring, prioritering av fagutvikling og systematisk bruk av sykepleiefaglig kompetanse, svekkes både rekruttering, faglig identitet og pasientsikkerhet.

Deltakerne i fokusgruppesamtalen er generelt opptatt av at sykepleiefaglig kompetanse må anerkjennes tydeligere innen psykisk helsevern. En deltaker sier at «man må få beholde faget sitt» og at det ikke er rekrutterende eller stabiliserende å skape en flat struktur. En annen deltaker peker på at det er en fordel å anerkjenne forskjeller mellom profesjoner, hva ulike grupper er spesialisert på, og hva de er gode på, for å få til bedre samarbeid og bedre helhet rundt pasientene. Dette er ikke et argument for profesjonskamp, men for bedre kompetansestyring. Når ledelsen ikke tydelig nok skiller mellom ulike kompetanser, blir det også vanskeligere å sette riktig ressurs på riktig plass.

3.2 Høy bruk av ufaglærte i døgnbasert psykisk helsevern

Bruken av ufaglærte er ikke et marginalt fenomen i døgnbasert psykisk helsevern. Undersøkelsen viser at personell uten formell helse- og sosialfaglig kompetanse brukes i betydelig omfang, og at bruken er særlig høy i deler av døgnbasert psykisk helsevern der pasientene ofte har akutte, sammensatte og risikoutsatte tilstander. Samtidig peker materialet på et tydelig mønster: Når bruken av ufaglærte er høy, og opplæring, veiledning og oppgaveavgrensning vurderes som mangelfull, blir kvalitet og pasientsikkerhet mer sårbar.

Hvor mye benyttes ufaglærte (personer uten formell helse-/sosialfaglig utdanning) på ditt arbeidssted?



Figur 8: 44 % svarer at ufaglærte brukes mye eller svært mye der de jobber.

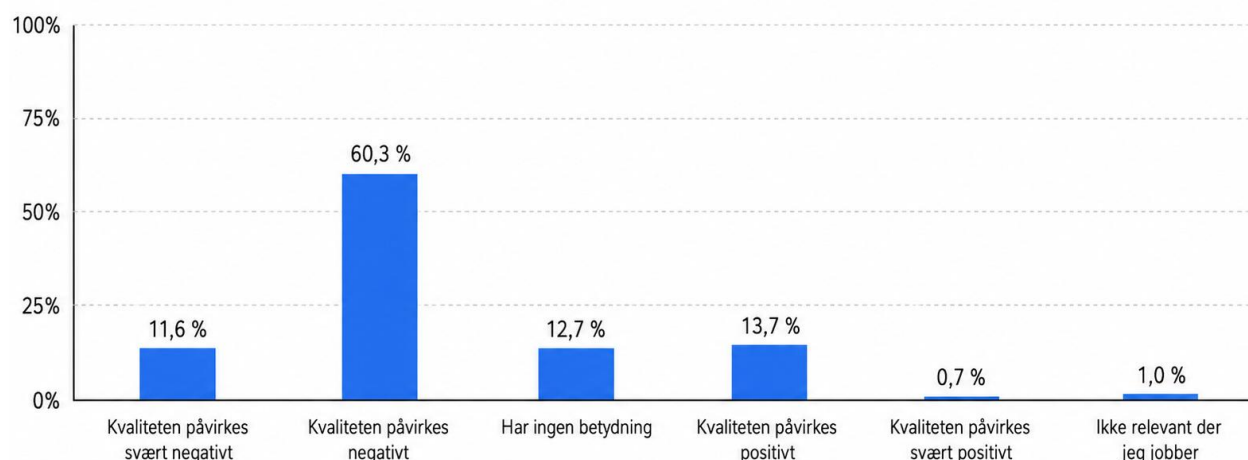
Tallene viser at bruken av ufaglærte ikke er et unntak i døgnbasert psykisk helsevern. 44 % svarer at ufaglærte brukes mye eller svært mye der de jobber. Samtidig viser sammenlikningen mellom tjenestetyper at dette varierer betydelig. Bruken av ufaglærte er særlig høy i sikkerhetspsykiatri og akuttpsykiatri. I sikkerhetspsykiatri svarer 74 % at ufaglærte brukes mye eller svært mye; i akuttpsykiatri er andelen 60 %. Dette er særlig viktig fordi disse tjenestene ofte håndterer personer med akutte tilstander, høy voldsrisiko, suicidrisiko, skjerming, tvang og krevende tilstander med både somatisk tilstander og psykiske lidelser.

Dette funnet må vurderes opp mot kravet til faglig forsvarlighet. Helsepersonelloven § 4 knytter forsvarlighet til helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 stiller samtidig krav til at tjenestene skal tilrettelegges slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Det betyr at spørsmålet ikke bare er om det er nok personer på vakt, men om det er riktig kompetanse på vakt til å håndtere pasientenes behov og risiko. I døgnbasert psykisk helsevern gjelder dette blant annet klinisk observasjon, risikovurdering, vurdering av suicid- og voldsrisiko, somatisk vurdering, legemiddelforståelse, dokumentasjon, miljøterapi og bruk av tvang.

Fritekstsvarene viser hva høy bruk av ufaglærte kan innebære i praksis. Flere respondenter beskriver at ufaglærte brukes i situasjoner som krever vurderingskompetanse og evne til å forstå endringer i pasientens tilstand. Det beskrives at observasjoner ikke alltid blir rapportert, at ufaglærte mangler «det kliniske blikket», og at de kan mangle kunnskap om psykiske lidelser, somatiske forhold, legemidler, sikkerhet, miljøterapi og dokumentasjon. En respondent skriver: «Mange situasjoner kunne vært forebygget med bedre kunnskapsgrunnlag.» En annen skriver: «Assistenten settes ofte til å ivareta/observere de alvorligst syke pasientene som trenger kontinuerlig tilsyn, uten å ha nødvendig kompetanse mht potensielle alvorlige komplikasjoner både psykisk og somatisk.»

Dette betyr ikke at ufaglærte som gruppe er problemet. Fritekstsvarene viser også at ufaglærte kan bidra positivt med relasjon, tilstedeværelse, livserfaring, trygghet og mangfold. Flere respondenter beskriver ufaglærte som dyktige, relasjonssterke og viktige i miljøet. En respondent skriver at ufaglærte kan «trygge pasienter, skape ro i enheten» og bidra med gode råd som kan vinkles faglig. En annen peker på at personer med annen bakgrunn kan gi nye perspektiver og bidra positivt i miljøterapien. Hovedproblemet er derfor ikke bruk av ufaglærte i seg selv, men hvordan de brukes, hvilke oppgaver de får, hvilken opplæring og veiledning de får, og hvilken samlet kompetanse som finnes rundt dem.

Hvordan, og i hvilken grad, mener du bruken av ufaglærte påvirker kvaliteten i tjenestene?



Observasjoner

Totalt Arbeidssted: Akuttpsykiatri, Sikkerhetspsykiatri, Annen døgn voksenpsykiatri + 1 mer

292

Figur 9: 72 % vurderer at bruken av ufaglærte påvirker kvaliteten negativt eller svært negativt.

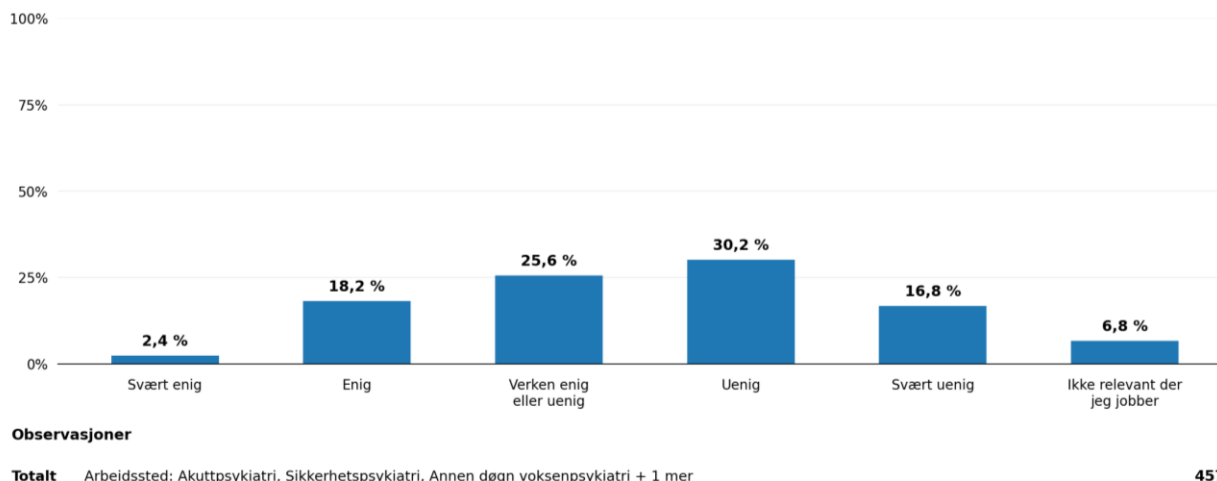
Av de 292 som har vurdert hvordan ufaglærte påvirker kvaliteten, svarer 72 % at dette påvirker kvaliteten negativt eller svært negativt. Dette må tolkes sammen med Figur 12. om opplæring, der 30 % er uenige og 17 % svært uenige i at ufaglærte får tilstrekkelig opplæring og veiledning i krevende pasientsituasjoner. Når bruken er høy, og opplæringen vurderes som mangelfull, blir kvaliteten sårbar.

Fritekstsvarene utdyper hva respondentene legger i at kvaliteten påvirkes negativt. De beskriver særlig svakere klinisk observasjon, manglende helhetsforståelse, manglende forståelse for psykiske lidelser, somatikk og legemidler, og risiko for at endringer i pasientens tilstand ikke fanges opp tidlig nok. Flere peker også på at situasjoner kan eskalere når ansatte ikke har nok kunnskap om deeskalering, psykose, mani, suicidrisiko, voldsrisko, selvskading eller somatiske komplikasjoner. En respondent skriver at ufaglærte «ser ofte ikke det hele bildet rundt pasientene» og «fanger ikke opp endringer i tilstand». En annen beskriver at «somatiske tilstander overses, psykiatriske observasjoner overses/uteblir».

Dette er særlig relevant sett opp mot Ukoms rapport om somatisk helse hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Ukom peker på at somatisk sykdom kan bli oversett hos pasienter med psykisk lidelse, og at helsetjenesten må sikre helhetlig ivaretagelse av pasienter med samtidig psykiske lidelser og somatisk sykdom. Når respondentene i denne undersøkelsen beskriver at vitalia måles uten at tallene forstås, at bivirkninger underrapporteres, eller at somatiske tilstander ikke fanges opp, peker det mot en kjent pasientsikkerhetsutfordring. Det styrker behovet for å vurdere kompetansesammensetning i psykisk helsevern som en del av kvalitet og pasientsikkerhet, ikke bare som et bemanningsspørsmål.

Samtidig viser tallene og fritekstsvarene at bildet er sammensatt. 14 % mener at ufaglærte påvirker kvaliteten positivt, og 13 % mener bruken ikke har betydning. Det viser at utfordringen ikke kan reduseres til et spørsmål om formell utdanning alene. Personlig egnethet, relasjonelle ferdigheter, erfaring og lokal opplæring kan ha stor betydning. Men det endrer ikke hovedfunnet: I risikoutsatte pasientsituasjoner må personlig egnethet og erfaring rammes inn av tydelige krav til opplæring, veiledning, rolleforståelse og faglig støtte.

Hvor enig er du i følgende påstand: Ufaglærte får tilstrekkelig opplæring og veiledning når de settes inn i krevende pasientsituasjoner.

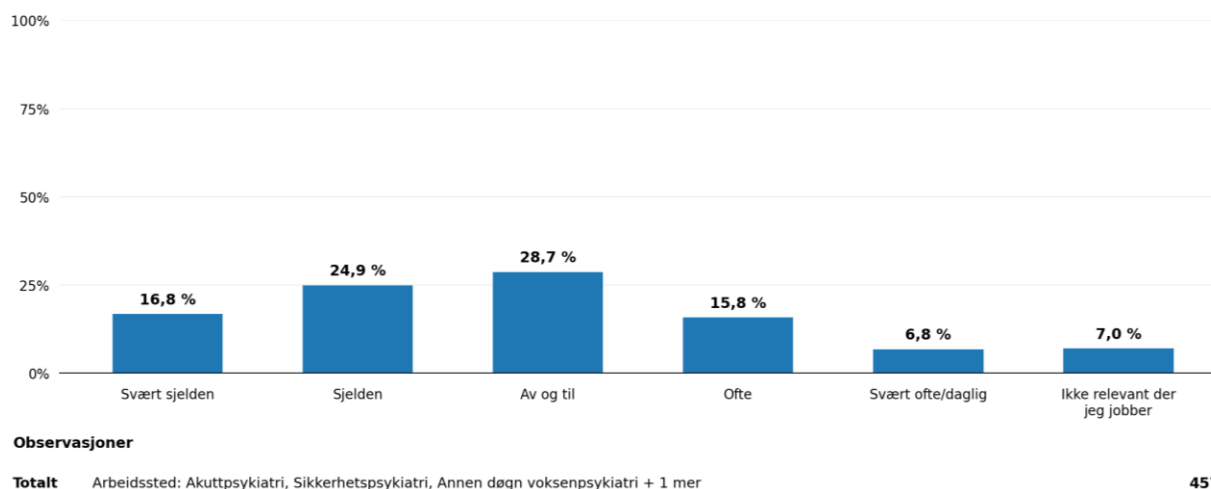


Figur 10: 47 % er uenige eller svært uenige i at ufaglærte får tilstrekkelig opplæring og veiledning.

47 % er uenige eller svært uenige i at ufaglærte får tilstrekkelig opplæring og veiledning når de settes inn i krevende pasientsituasjoner. Dette funnet er sentralt. I seg selv er det ikke uvanlig at nye eller mindre erfarne ansatte trenger opplæring og veiledning. Utfordringen oppstår når opplæringsbehovet er stort, pasientrisikoen er høy, og sykepleiere samtidig står med ansvar for pasientoppfølging, legemidler, koordinering, dokumentasjon og faglig vurdering.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten stiller krav om at virksomheten skal ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring. Dette gjør opplæring og veiledning til et ledelses- og systemansvar, ikke bare noe den enkelte sykepleier skal håndtere i en travel vakt. Dersom ufaglærte settes inn i krevende pasientsituasjoner uten tilstrekkelig opplæring og veiledning, kan det svekke både kvaliteten i pasientoppfølgingen og arbeidsvilkårene for sykepleiere som må kompensere, kontrollere og kvalitetssikre underveis.

Hvor ofte opplever du at ufaglærte gis ansvar som burde forutsette sykepleiefaglig kompetanse?



Figur 11: 23 % opplever ofte eller svært ofte/daglig at ufaglærte gis ansvar som burde forutsette sykepleiefaglig kompetanse, og ytterligere 29 % opplever det av og til

23 % opplever ofte eller svært ofte/daglig at ufaglærte gis ansvar som burde forutsette sykepleiefaglig kompetanse, og ytterligere 29 % opplever dette av og til. Dette funnet viser at utfordringen ikke bare handler om hvor mange ufaglærte som brukes, men om hvilke oppgaver og hvilket ansvar de får.

Fritekstsvarene viser at dette særlig gjelder skjerming, fastvakt, kontinuerlig observasjon, tilsyn, miljøterapi, ansvar for svært syke pasienter, vurdering av suicid- og voldsrisko, somatisk observasjon, måling av vitalia, dokumentasjon, vurdering av virkning og bivirkning av medisiner, og deltakelse i situasjoner med uro, selvskading, utagering eller tvang. Flere beskriver at ufaglærte settes til å følge opp skjermingspasienter eller alvorlig syke pasienter alene. En respondent skriver: «Sitte på skjermet enhet alene med den pasienten som er den aller sykeste, på sitt mest sårbare.» En annen skriver: «Ufaglærte blir ofte brukt på krevende pasienter på skjermet enhet.» Andre beskriver ansvar for «observasjon av psykotiske symptomer», «selvmords vurdering», «vitale målinger» og «vurdering av pasienters tilstand i skjæringspunktet mellom psykisk og somatisk sykdom».

Når oppgaver krever faglige vurderinger av pasientens tilstand, risiko, symptomer, legemiddeleffekter, somatikk eller behov for tiltak, kan ikke oppgavefordelingen bare bygge på hvem som er tilgjengelig. Arbeidets karakter og situasjonen for øvrig må inngå i vurderingen av hva som er forsvarlig. Det betyr ikke at alle pasientnære oppgaver alltid må utføres av sykepleier. Men det betyr at tjenesten må ha tydelige rammer for hvilke oppgaver ufaglærte kan utføre selvstendig, hvilke oppgaver som krever tett veiledning, og hvilke oppgaver som bør forutsette sykepleiefaglig kompetanse.

I fokusgruppesamtalen beskrives denne risikoen konkret. En deltaker sier at ufaglærte settes til oppgaver som krever spesialisert kompetanse, særlig på aftenvakter og i helger. Det beskrives at det brukes betydelig tid på å vurdere hvilke ansatte som har tilstrekkelig kompetanse til å arbeide med pasienter under skjerming, og om de har fått opplæring til å stå i slike situasjoner. Samtidig beskrives det at sykepleierne ofte blir stående med ansvarsvakt, koordinering og medisiner, mens ekstravakter må brukes for å ivareta pasientene. Dette tar mye av sykepleiers tid til å trene opp, veilede og kontrollere oppgaver som utføres.

Fokusgruppen peker også på konsekvenser for pasientsikkerhet. Deltakere beskriver at manglende kompetanse kan påvirke håndtering av vold, aggresjon, tvang, selvskading, suicidproblematikk og somatisk sykdom. Det blir beskrevet at mindre erfart personell i komplekse situasjoner kan bidra til at ansatte føler

seg mindre trygge, og at situasjoner kan eskalere. Det blir også pekt på at ansvar for dette ikke ligger hos den ufaglærte alene, men hos ledelsen og systemet som setter personell inn i slike situasjoner.

Dette må vurderes opp mot forsvarlighetskravet. Helsepersonelloven § 4 knytter forsvarlighet til helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 pålegger samtidig spesialisthelsetjenesten å tilrettelegge tjenestene slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. I tillegg følger det av spesialisthelsetjenesteloven § 3-10 at virksomheter i spesialisthelsetjenesten skal sørge for at ansatt helsepersonell gis slik opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig. Selv om ikke alt personell uten formell helse- og sosialfaglig utdanning er autorisert helsepersonell, er virksomhetens ansvar for forsvarlig organisering, opplæring og oppgavefordeling sentralt. Dette gjør opplæring og veiledning til et ledelses- og systemansvar, ikke bare et praktisk ansvar som kan løses fortløpende av sykepleiere i drift.

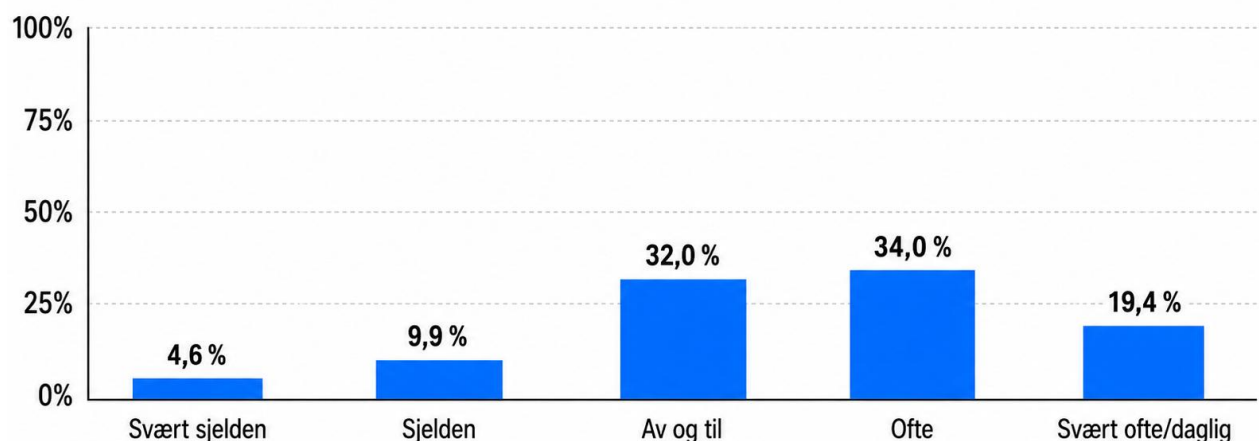
Fritekstsvarene viser hva som kan skje når opplæring, veiledning og oppgaveavgrensning ikke er tilstrekkelig. Respondentene beskriver svakere observasjon og vurdering, manglende klinisk blikk, manglende forståelse for psykiske lidelser, somatikk og legemidler, og risiko for at endringer i pasientens tilstand ikke fanges opp tidlig nok. Det beskrives også at observasjoner ikke alltid rapporteres, at dokumentasjonen kan bli mangelfull, og at sykepleiere må bruke tid på å følge opp, kontrollere og kvalitetssikre arbeid som andre utfører. Dette er ikke bare et spørsmål om arbeidsfordeling. Når observasjoner ikke dokumenteres godt nok, eller når vurderinger ikke bygger på tilstrekkelig faglig forståelse, kan det påvirke kontinuitet, behandlingsoppfølging og pasientsikkerhet.

En sentral tilbakemelding i fokusgruppesamtalen er nettopp knyttet til kvalitetssikring av ufaglærtes arbeid. Det er spesielt bekymring relatert til dokumentasjonspraksis. Sykepleiere opplever å måtte bruke mye ressurser på å kvalitetssikre og korrigere dokumentasjon utført av ufaglærte. Dette henger sammen med funnene om at sykepleiere ofte blir stående med et bredt ansvar. Fokusgruppen beskriver dette som en belastning og som en kilde til moralsk stress.

3.3 Kompetansen brukes ikke alltid der den trengs mest

Undersøkelsen viser at kompetansen ikke alltid brukes der den gir størst verdi. Samtidig som ufaglærte enkelte steder får ansvar som krever sykepleiefaglig kompetanse, bruker mange sykepleiere tid på oppgaver som kunne vært utført av andre. Dette kan svekke kvalitet, pasientsikkerhet og effektiv ressursutnyttelse. Samlet viser dette at utfordringen ikke bare handler om mangel på sykepleiere, men også om hvordan tilgjengelig sykepleiefaglig kompetanse faktisk disponeres.

Hvor ofte utfører du oppgaver som andre med lavere/annen kompetanse burde utført?



Observasjoner

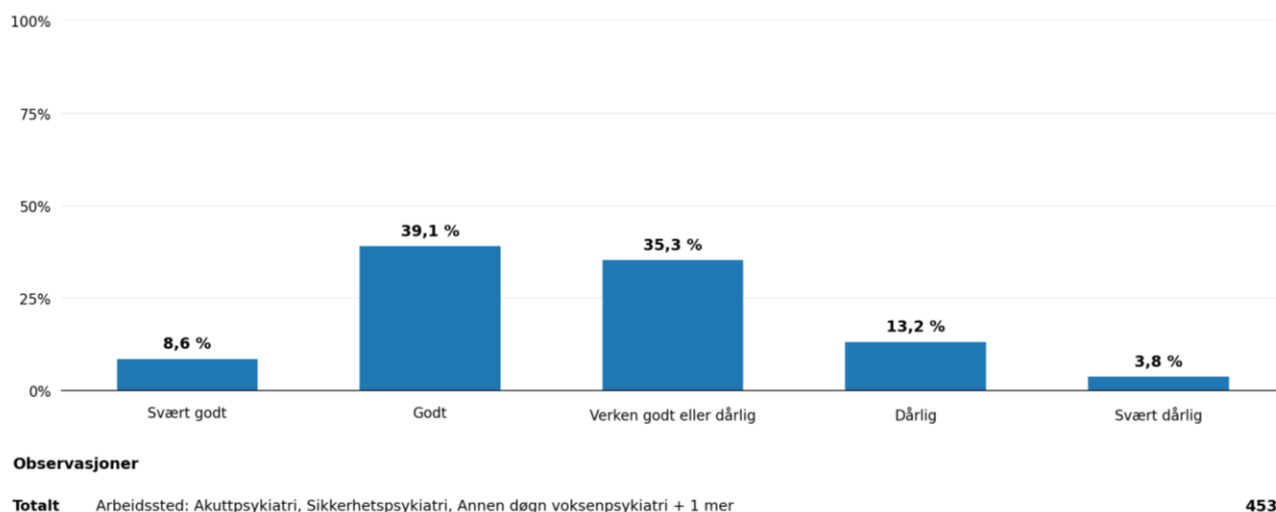
Totalt Arbeidssted: Akuttpsykiatri, Sikkerhetspsykiatri, Annen døgn voksenpsykiatri + 1 mer

453

Figur 12: 53 % svarer ofte eller svært ofte/daglig.

At over halvparten ofte eller svært ofte/daglig utfører oppgaver som andre kunne gjort, viser at sykepleiefaglig kompetanse brukes feil i deler av tjenesten. Dette må ses i sammenheng med funnene i de foregående kapitlene: Samtidig som sykepleiere beskriver at ufaglærte settes inn i krevende pasientsituasjoner, beskriver de også at sykepleiere selv bindes opp i praktiske, administrative og driftsmessige oppgaver. Det betyr at kompetansforskyvningen skjer i to retninger. Ufaglærte kan få oppgaver som krever høyere klinisk vurderingskompetanse, mens sykepleiere bruker tid på oppgaver som ikke nødvendigvis krever sykepleiefaglig kompetanse.

Hvor godt opplever du at ansvar og oppgaver fordeles mellom ulike grupper ansatte, ut fra deres utdanning/kompetanse og pasientenes behov, der du jobber?



Figur 13: 48 % vurderer at ansvar og oppgaver fordeles godt eller svært godt etter kompetanse og pasientbehov, mens 17 % vurderer fordelingen som dårlig eller svært dårlig.

Figur 15 viser at bildet ikke er entydig negativt. Nesten halvparten vurderer oppgavefordelingen som god eller svært god. Det tyder på at mange arbeidssteder har fungerende måter å fordele ansvar og oppgaver på. Samtidig må dette leses sammen med figur 14 og fritekstsvarene. Når 53 % ofte eller svært ofte/daglig utfører oppgaver som andre kunne gjort, peker det mot en mer systematisk utfordring: Sykepleiefaglig kompetanse brukes ikke alltid der den har størst betydning for pasientbehandling, observasjon, vurdering, dokumentasjon, risikovurdering og oppfølging.

Fritekstanalysen for oppgaver sykepleiere gjør som andre kunne gjort, viser at sykepleiere i stor grad utfører praktiske driftsoppgaver som kjøkken, vask og rydding. Dette viser at feil bruk av kompetanse ikke bare handler om mangel på sykepleiere, men om hvordan tilgjengelig sykepleiefaglig kompetanse faktisk disponeres. Respondentene beskriver blant annet kjøkkenarbeid, matlaging, rydding, vask av rom, søppeltømming, transport, lager, bestillinger og administrative oppgaver. Flere beskriver at slike oppgaver tar tid fra pasientnært arbeid og fra oppgaver som krever sykepleiefaglig kompetanse.

Samtidig må dette nyanseres. I psykisk helsevern kan praktiske hverdagsoppgaver inngå i miljøterapi. Funnene bør derfor ikke brukes til å argumentere for at sykepleiere aldri skal delta i måltider, struktur og hverdagsaktiviteter. Måltider, praktiske aktiviteter og hverdagsstruktur kan være en del av behandlingen når de har en terapeutisk hensikt og brukes faglig. Poenget er ikke at sykepleiere skal trekkes ut av miljøet. Poenget er at når klinisk observasjon, dokumentasjon, legemiddelhåndtering, risikovurdering og behandlingsoppfølging fortrenses av praktiske driftsoppgaver, eller når slike oppgaver ikke har noen terapeutisk hensikt, går tjenesten glipp av sykepleiefaglig kompetanse der pasientene trenger den mest.

Dette er et viktig skille. Oppgavedeling kan være nødvendig og riktig når den er planlagt, faglig begrunnet og bygger på pasientenes behov og de ansattes kompetanse. Oppgaveforskyvning blir problematisk når oppgaver flyttes fordi tjenesten mangler personell, støttefunksjoner eller tydelig ledelse, og når resultatet

blir at riktig kompetanse ikke brukes til riktig oppgave. Da kan oppgavefordeling som i utgangspunktet skulle avlaste tjenesten, i stedet svekke kvaliteten.

Fokusgruppesamtalen utdyper dette. Deltakerne beskriver at sykepleiere ofte blir stående i ansvarsvakt, koordinerende rolle og medisinsansvar, samtidig som de har ansvar for mange pasienter og må følge opp ufaglærte. Det beskrives at sykepleiere får et bredt ansvar som i tillegg inkluderer praktiske driftsoppgaver. En deltaker beskriver dette som at sykepleiere blir satt til «bra mye annet» som er driftsmessig og ikke har særlig med fag å gjøre. En annen peker på at sykepleiere kan ende med å gjøre «alt mulig rart mellom tak og gulv» og, satt på spissen, føle seg som en «glorifisert medisinautomat». Slike beskrivelser viser hvordan oppgaveforskyvning kan svekke både faglig identitet, rekruttering og bruk av sykepleiefaglig kompetanse nært pasienten.

Oppgaveforskyvningen må også vurderes opp mot forsvarlighetskravet og virksomhetens ansvar for organisering. Faglig forsvarlighet handler ikke bare om den enkelte ansattes kompetanse, men også om arbeidets karakter, situasjonen for øvrig og hvordan tjenesten er organisert. Spesialisthelsetjenesten har ansvar for å tilrettelegge tjenestene slik at personellet kan utføre arbeidet forsvarlig. Når sykepleiere bruker mye tid på oppgaver som andre kunne gjort, samtidig som ufaglærte settes inn i oppgaver som krever sykepleiefaglig vurderingskompetanse, blir dette et styringsspørsmål. Det handler om hvorvidt tjenesten har tilstrekkelig oversikt over oppgaver, ansvar, kompetansebehov og risiko.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring understreker at virksomheten skal ha oversikt over kompetanse, risiko og områder der det er fare for svikt eller behov for forbedring. Oppgavefordeling bør derfor ikke behandles som et praktisk turnusspørsmål alene. Det bør inngå i virksomhetens kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid. Når sykepleiefaglig kompetanse brukes feil, kan konsekvensen bli svakere klinisk observasjon, mindre tid til vurderinger, svakere dokumentasjon, mindre kontinuitet og større belastning på de sykepleierne som blir stående igjen med det samlede ansvaret.

Dette er også relevant i lys av Ukoms rapport om somatisk helse hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Ukom peker på behovet for helhetlig ivaretagelse av pasienter med samtidig psykisk lidelse og somatisk sykdom. I denne undersøkelsen beskriver respondentene at sykepleiere får mindre tid til kliniske vurderinger, somatisk oppfølging og dokumentasjon når de bindes opp i praktisk drift og kvalitetssikring av andres arbeid. I et fagfelt der pasientene ofte har både psykiske lidelser, rusproblemer, somatisk sykdom og legemiddelrelaterte bivirkninger, er dette ikke bare et ressursproblem. Det er et spørsmål om kvalitet og pasientsikkerhet.

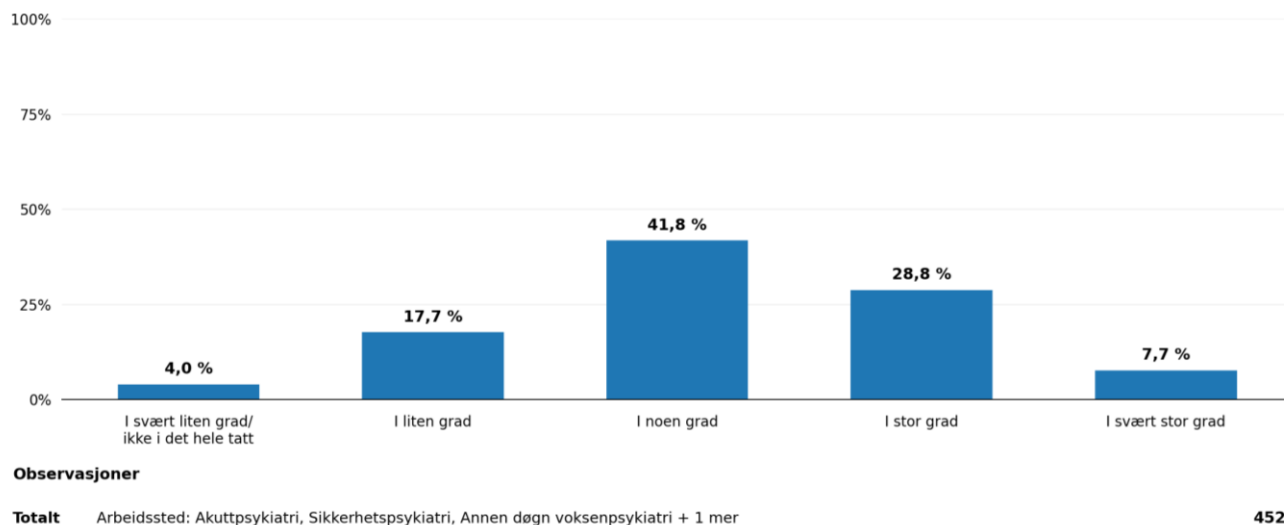
3.4 Arbeidsvilkår påvirker kvalitet, forsvarlighet og rekruttering

Arbeidsvilkårene er viktig for å sikre kvalitet og faglig forsvarlighet. Funnene i undersøkelsen viser at arbeidsvilkår ikke bare må forstås som et arbeidsmiljøspørsmål, men som en del av tjenestens forutsetninger for å gi forsvarlig og god pasientbehandling. Når bemanning, tidspress, kompetansetilgang, arbeidsbelastning og mulighet til faglig støtte påvirker sykepleiernes arbeidshverdag, påvirker det også pasientoppfølging, observasjon, dokumentasjon, vurderinger, kontinuitet og muligheten til å beholde erfarne sykepleiere i tjenesten.

Som vist i figur 16 svarer 36 % at arbeidsvilkårene i stor eller svært stor grad påvirker evnen til å yte faglig forsvarlig sykepleie, mens 42 % svarer i noen grad. Det betyr at nesten åtte av ti i materialet opplever at arbeidsvilkårene påvirker faglig forsvarlighet i noen grad, stor grad eller svært stor grad. Dette er et viktig funn fordi det viser at forsvarlighet ikke bare avgjøres av den enkelte sykepleiers kompetanse og innsats, men også av rammene sykepleieren arbeider innenfor. Helsepersonelloven § 4 knytter forsvarlighet til kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig, mens spesialisthelsetjenesteloven § 2-2

pålegger spesialisthelsetjenesten å tilrettelegge tjenestene slik at personellet kan overholde sine lovpålagte plikter. Når arbeidsvilkårene i så stor grad beskrives som en faktor som påvirker evnen til å yte forsvarlig sykepleie, må dette derfor forstås som et styrings- og ledelsesansvar, ikke bare som et individuelt mestringsspørsmål.

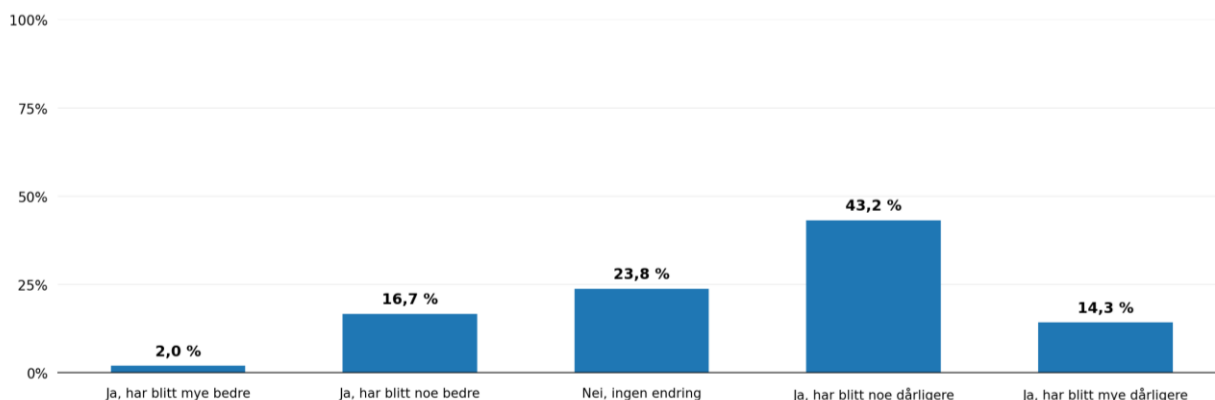
I hvilken grad påvirker arbeidsvilkårene (bemanning, tidspress, kompetansetilgang, arbeidsbelastning eller annet) din mulighet til å utøve faglig forsvarlig sykepleie der du jobber?



Figur 14: 36 % svarer at arbeidsvilkårene i stor eller svært stor grad påvirker evnen til å yte faglig forsvarlig sykepleie, og 42 % svarer «i noen grad».

Fritekstsvarene viser hvordan dette kommer til uttrykk i praksis. Respondentene beskriver lav bemanning, tidspress, høyt arbeidstempo, for få ansatte med riktig kompetanse, samtidighetskonflikter og mindre tid til pasientene. Flere beskriver at tidspress og redusert bemanning gjør at de ikke får fulgt opp pasientene godt nok gjennom samtaler, aktivitetstilbud og tilsyn. Andre beskriver at lav bemanning gjør at pasienter ikke blir sett og hørt, og at dette kan bidra til mer frustrasjon, uro og utagering. Det pekes også på at sykepleiere som er alene eller få på vakt, samtidig skal håndtere medisinalutdeling, ansvarsvakt, mottak, behandlingsmøter, somatiske vurderinger og oppfølging av flere pasienter enn det er kapasitet til. Dette samsvarer med funnene i kapittelet om dobbel oppgaveforskyvning: Når sykepleiere både skal kompensere for manglende kompetanse hos andre og samtidig håndtere mange praktiske, administrative og koordinerende oppgaver, reduseres muligheten til å bruke sykepleiefaglig kompetansen pasientnært.

Har arbeidsvilkårene endret seg de siste 3–5 årene?



Observasjoner

Totalt Arbeidssted: Akuttpsykiatri, Sikkerhetspsykiatri, Annen døgn voksenpsykiatri + 1 mer

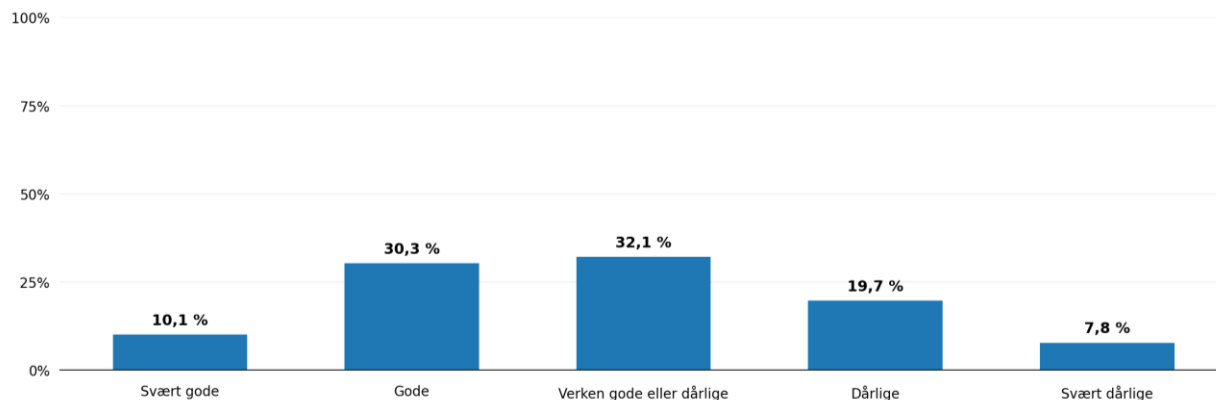
449

Figur 15: 57 % opplever at arbeidsvilkårene er blitt noe eller mye dårligere.

Svarene om utvikling over tid forsterker bildet. 57 % opplever at arbeidsvilkårene har blitt noe eller mye dårligere de siste 3–5 årene. De mest gjennomgående kategoriene handler om høyere press, flere pasienter og større belastning, samt budsjettkutt, større fokus på kostnadsreduksjon og økt bruk av ufaglærte. I fokusgruppesamtalen oppsummeres dette på en gjenkjennelig måte: Pasientene beskrives som sykere ved innleggelse, liggetiden kortere, bemanningen som stillestående eller redusert, og kompetanseheving som noe som prioriteres bort. Det samme bildet kommer fram i fritekstsvarene, der respondenter skriver om lavere bemanning, høyere tempo, sykere pasienter, mer skjerming og tvang, flere oppgaver og vurderinger for sykepleiere, uten at det tilføres mer personell.

Dette må drøftes opp mot forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Forskriften stiller krav til at virksomheten har oversikt over risiko, svikt og områder der det er behov for forbedring, og at virksomheten har oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring. Når arbeidsvilkårene over tid beskrives som dårligere, og fritekstsvarene peker på høyere press, større belastning, svakere kompetansetilgang og økt bruk av ufaglærte, peker det mot forhold som bør inngå i virksomhetenes systematiske kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid. Arbeidsvilkår blir da ikke et tema ved siden av kvalitet. Det blir en del av kvalitetens forutsetninger.

Hvordan opplever du mulighetene til faglig veiledning og etisk refleksjon ved din arbeidsplass?



Observasjoner

Totalt Arbeidssted: Akuttpsykiatri, Sikkerhetspsykiatri, Annen døgn voksenpsykiatri + 1 mer

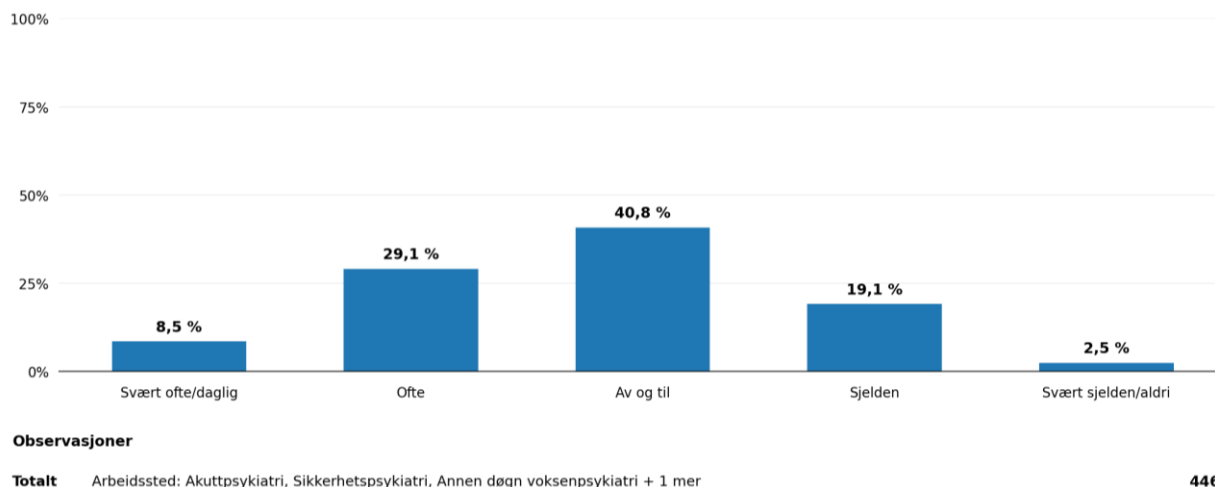
446

Figur 16: 40 % vurderer mulighetene for faglig veiledning og etisk refleksjon som gode eller svært gode, mens 27 % vurderer dem som dårlige eller svært dårlige.

En vesentlig forutsetning for å etablere et godt arbeids- og utviklingsmiljø i en så stressende situasjon, er mulighetene for faglig veiledning og etisk refleksjon tilknyttet egen arbeidshverdag. At 40 % vurderer dette som godt eller svært godt, er positivt. Likevel er det grunn til bekymring når 28 % vurderer mulighetene som dårlige eller svært dårlige. Dette er særlig viktig i et fagfelt der ansatte står i krevende vurderinger og etiske dilemmaer i hverdagen.

Veiledning og etisk refleksjon er ikke bare støtte for den enkelte ansatte. Det er også en del av tjenestens kvalitetsarbeid. Når det er høyt arbeidspress og mange samtidige krav, øker behovet for arenaer der kliniske vurderinger kan drøftes, erfaringer kan deles, og krevende hendelser kan bearbeides. Dette henger også sammen med kapittelet om opplæring, der mangelfull opplæring og veiledning ble drøftet som en kvalitetsrisiko. Dersom sykepleiere i tillegg har ansvar for å veilede og kvalitetssikre arbeid utført av ufaglærte, uten tilstrekkelige strukturer rundt dette, kan veiledning bli en uformell meroppgave i drift framfor et planlagt kvalitets- og læringstiltak.

Hvor ofte opplever du unødig stress og tegn til utbrenthet i din arbeidshverdag?

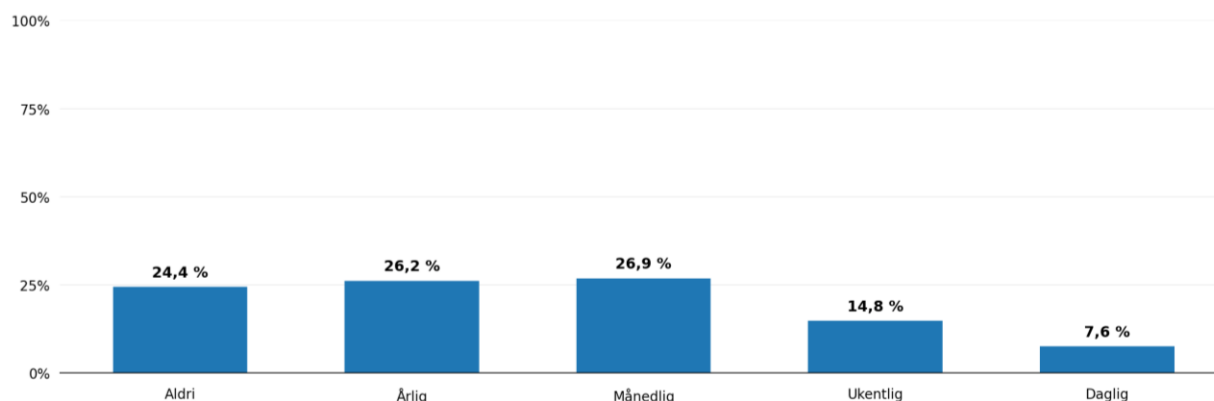


Figur 17: 38 % opplever unødig stress og tegn til utbrenthet ofte eller svært ofte/daglig.

38 % av respondentene opplever unødig stress og tegn til utbrenthet ofte eller svært ofte/daglig. Dette må ses sammen med funnene om arbeidsvilkår, kompetansetilgang, bruk av ufaglærte og oppgaveforskyvning. I fokusgruppesamtalen beskrives et gjennomgående tema om det moralske stresset som sykepleieres brede ansvarsområde innebærer: ansvar for pasientene, for faglig forsvarlighet, for legemidler, for dokumentasjon og for kvalitetssikring av ufaglærtes arbeid. Det beskrives at dette innebærer risiko på flere områder: redusert faglig kvalitet, utbrenthet blant sykepleiere og til syvende og sist evnen til å holde på sykepleiere i tjenesten.

Dette har også en arbeidsmiljørettslig side. Arbeidsmiljøloven stiller krav om et fullt forsvarlig arbeidsmiljø ut fra en samlet vurdering av faktorer som kan innvirke på arbeidstakernes fysiske og psykiske helse og velferd. Nye regler om psykososialt arbeidsmiljø presiserer at arbeidet skal organiseres, planlegges og gjennomføres slik at det psykososiale arbeidsmiljøet er fullt forsvarlig. Når mange respondenter beskriver unødig stress, tegn til utbrenthet, tidspress, ansvarspress og manglende mulighet til å gjøre en god nok jobb, bør dette derfor ikke bare forstås som individuelle belastningsreaksjoner. Det er også et spørsmål om hvordan arbeidet er organisert, bemannet og ledet.

Hvor ofte tenker du på å slutte i jobben din?



Observasjoner

Totalt Arbeidssted: Akuttpsykiatri, Sikkerhetspsykiatri, Annen døgn voksenpsykiatri + 1 mer

446

Figur 18: 49 % tenker på å slutte månedlig eller oftere; 22 % ukentlig eller daglig.

At 49 % tenker på å slutte månedlig eller oftere, og at 22 % gjør det ukentlig eller daglig, er et alvorlig funn. I et fagfelt der erfaring og spesialisert vurderingskompetanse er avgjørende, kan turnover gi en negativ spiral: Tap av erfarne sykepleiere fører til mer veiledningsbelastning, mer bruk av vikarer og ufaglærte, mindre kontinuitet og ytterligere press på dem som blir igjen. At en så stor andel vurderer å slutte i jobben, kombinert med den store mangelen på tilgjengelige sykepleiere for nyrekruttering, gjør det svært vanskelig å se for seg at man skal klare å rekruttere og beholde tilstrekkelig personell i framtiden.

Fokusgruppesamtalen underbygger dette. Deltakerne beskriver at det gjør noe med sykepleiere over tid å gå med ansvarspresset og følelsen av aldri å få gjort en god nok jobb. Det beskrives som lite stabiliserende og lite rekrutterende. En deltaker sier at man noen ganger kan ønske å slippe ansvaret, fordi det å stå alene med ansvar for alvorlig syke mennesker, både psykisk og somatisk, uten noen å diskutere med i nærheten, kan bli for belastende. Det beskrives også at sykepleiere kan bli låst i en ansvars- og ledelsesrolle som gjør dem mindre tilgjengelige i direkte kontakt med pasientene. Dette er nært knyttet til funnene i kapittel 8 om at sykepleiere blir dratt bort fra pasientnært arbeid og inn i koordinering, dokumentasjon, kontroll og drift.

Samlet viser funnene i denne undersøkelsen at utfordringene i døgnbasert psykisk helsevern ikke først og fremst handler om enkeltpersoners kompetanse, men om hvordan kompetanse planlegges, organiseres og brukes. Rapporten peker på behovet for mer systematisk kompetansestyring, tydeligere oppgavefordeling og arbeidsvilkår som gjør det mulig å bruke sykepleiefaglig kompetanse der den har størst betydning for pasientene.

4. Anbefalinger

Denne rapporten viser noen tydelige resultater, om forholdet mellom bruk av kompetanse og kvalitet og pasientsikkerhet innenfor døgnbaserte psykisk helsevern. Den viser også tydelig noen grep som må utføres for å sikre en best mulig kvalitet og pasientsikkerhet, en best mulig ressursutnyttelse og mest mulig attraktive arbeidsplasser innen psykisk helsevern i fremtiden. Vi vil her fremheve følgende ti grep som avgjørende:

1. Helseforetakene bør bemanne døgnbasert psykisk helsevern etter pasientenes behov, risiko og nødvendig kompetanse – ikke bare etter antall personer på vakt eller økonomiske prioriteringer.
2. Det bør defineres hvilken kompetansesammensetning som skal være tilgjengelig på alle vakter, også kveld, natt, helg og ferieperioder.
3. Helseforetakene bør kartlegge kompetansesammensetning, bruk av ufaglærte, oppgavefordeling og arbeidsvilkår, og bruke dette aktivt i turnusplanlegging, fagutvikling, rekruttering og kvalitetsarbeid.
4. Det bør tydeliggjøres hvilke oppgaver som krever sykepleiefaglig kompetanse, hvilke som kan utføres av andre med veiledning, og hvilke som bør ligge til service-, støtte- eller merkantile funksjoner.
5. Personell uten formell helse- og sosialfaglig kompetanse må ha systematisk introduksjon, nødvendig opplæring, tydelige oppgavegrenser og tilgjengelig faglig veiledning før de settes inn i krevende pasientsituasjoner.
6. Opplæring og veiledning må organiseres som et ledelses- og systemansvar, ikke som en uformell meroppgave for sykepleiere i ordinær drift.
7. Praktiske hverdagsoppgaver bør vurderes faglig: Når de inngår i miljøterapi, bør hensikt og ansvar være tydelig. Når de er rene driftsoppgaver, bør de organiseres slik at de ikke fortrenger sykepleiefaglig arbeid.
8. Arbeidsvilkår i døgnbasert psykisk helsevern bør behandles som et kvalitets- og pasientsikkerhetsspørsmål, ikke bare som et arbeidsmiljøspørsmål.
9. Arbeidsgivere bør følge systematisk med på stress, utbrenthet, sykefravær, turnover og tanker om å slutte blant sykepleiere i psykisk helsevern.
10. Faglig ledelse, kompetanseutvikling, tydelig rolleavklaring og riktig bruk av sykepleiefaglig kompetanse bør inngå som sentrale tiltak for å rekruttere og beholde sykepleiere.

5. Referanser

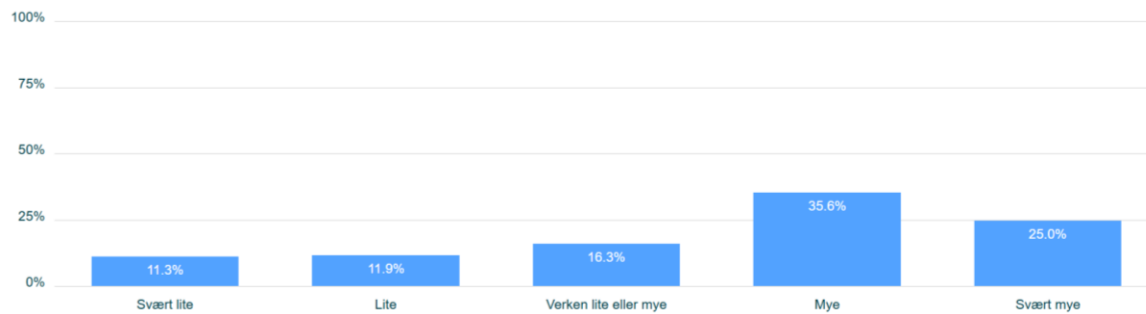
- Brunborg, L. (2026, februar 2). *57 ansatte har sluttet i akuttpsykiatrien på et halvt år*.
<https://www.bt.no/i/Bx3yde>
- Dalen, H. M., Hjemås, G., Holmøy, E., & Jia, Z. (2026). *Behov for og tilgang på arbeidskraft i offentlig helse og omsorg fremover* (2026, 18). Statistisk Sentralbyrå.
- Danielsen, M. (2026). *Navs bedriftsundersøkelse 2026*. Arbeids- og velferdsdirektoratet.
<https://doi.org/10.60847/NAV.6225>
- Melby, L., Åndanes, M., & Kasteng, F. (2017). *Sykepleie i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. SINTEF.
<https://www.sintef.no/publikasjoner/publikasjon/0198cc415e8a-c446af88-496d-41ac-9b5f-d18b152257dc/>
- Rikrevisjonen. (2025). *Myndighetene svikter en sårbar gruppe* (Dokument 3:5 (2024–2025)).
Riksrevisjonen. <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2024-2025/helse-og-velferdstjenester-til-personer-med-samtidig-rusmiddellidelse-og-psykisk-lidelse/>
- Riksrevisjonen. (2021). *Undersøkelse av psykiske helsetjenester* (Dokument 3:13 (2020–2021)).
Riksrevisjonen. <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2020-2021/undersokelse-av-psykiske-helsetjenester/>
- Rolland, E. G., & Steen, K. G. (2023a). Psykisk helsevern trenger mer enn tomme løfter. *dagensmedisin*.
<https://www.dagensmedisin.no/psykisk-helsevern-trenger-mer-enn-tomme-lofter/604117>
- Rolland, E. G., & Steen, K. G. (2023b). Vi kaller det bemanningsdiskriminering. *dagensmedisin*.
<https://www.dagensmedisin.no/bemanningsdiskriminering-i-psykisk-helsevern/560490>
- Sivilombudet. (2026). *Besøksrapport Helse Bergen HF* (Nr. 2026–95). Sivilombudet.
<https://www.sivilombudet.no/besoksrapporter/besoksrapport-helse-bergen-hf/>
- Skarstein, S. (2022). *Psykisk lidelse og helseskadelig rusbruk har en høy pris, investering i sykepleiere lønner seg* [Prosjektrapport]. Norsk sykepleierforbund. <https://www.nsf.no/sites/default/files/2023-06/psykisk-lidelse-og-helseskadelig-rusbruk-har-en-hoy-pris-investering-i-sykepleiere-lonner-seg.pdf>
- Stewart, D., Naegle, M. A., Rolland, E. G., Hughes, F., & Ryan, K. (2024). *Guidelines on mental health nursing*. <https://www.icn.ch/resources/publications-and-reports/guidelines-mental-health-nursing>
- Stewart, D., Ryan, K., Naegle, M. A., Flogen, S., Hughes, F., & Buchan, J. (2022). *The global mental health nursing workforce*. <https://www.icn.ch/resources/publications-and-reports/global-mental-health-nursing-workforce>
- Ukom. (2023). *Somatisk helse hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse*. Ukom.
<https://ukom.no/rapporter/somatisk-helse-hos-pasienter-med-alvorlig-psykisk-lidelse/sammendrag>
- WHO. (2022). *World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All*. World Health Organization.

Vedlegg

Vedlegg 1

Hvor mye benyttes ufaglærte på arbeidssted filtrert på akuttpsykiatri og sikkerhetspsykiatri.

Hvor mye benyttes ufaglærte (personer uten formell helse-/sosialfaglig utdanning) på ditt arbeidssted?

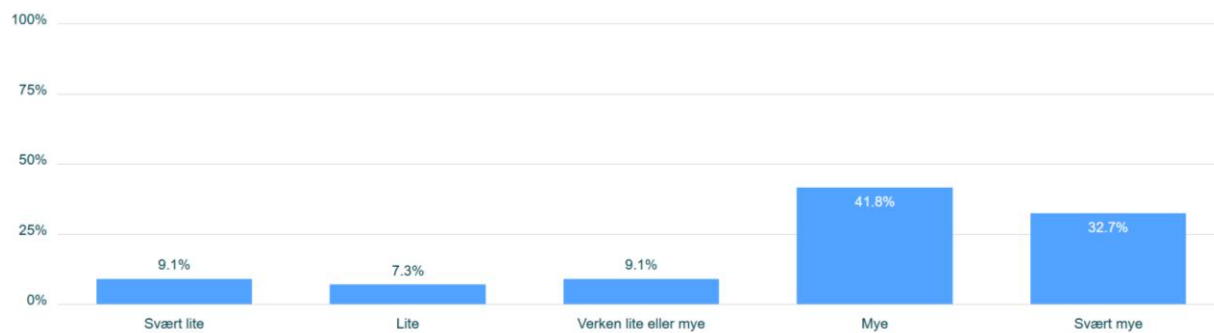


Observasjoner

Totalt Hvilken type tjeneste jobber du i? Ved flere muligheter, velg det som passer best.: Akuttpsykiatri

160

Hvor mye benyttes ufaglærte (personer uten formell helse-/sosialfaglig utdanning) på ditt arbeidssted?



Observasjoner

Totalt Hvilken type tjeneste jobber du i? Ved flere muligheter, velg det som passer best.: Sikkerhetspsykiatri

55

Vedlegg 2

Enalyze rapport fra spørreundersøkelsen.



Kompetanse og kvalitet innen psykisk helsevern vå ren 2026

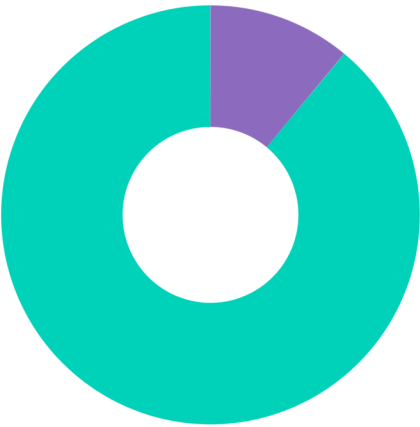


Seksjon 1

Kompetanse og kvalitet innen psykisk helsevern våren 2026



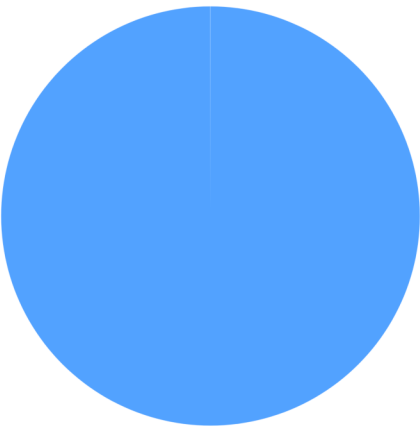
Svarstatus



Observasjoner

Totalt	Arbeidssted: Akuttpsykiatri, Sikkerhetspsykiatri, Annen døgn voksenpsykiatri + 1 mer	498
●	Ikke svart	0.0%
●	Avvist	0.0%
●	Ufullstendig	11.0%
●	Gjennomført	89.0%

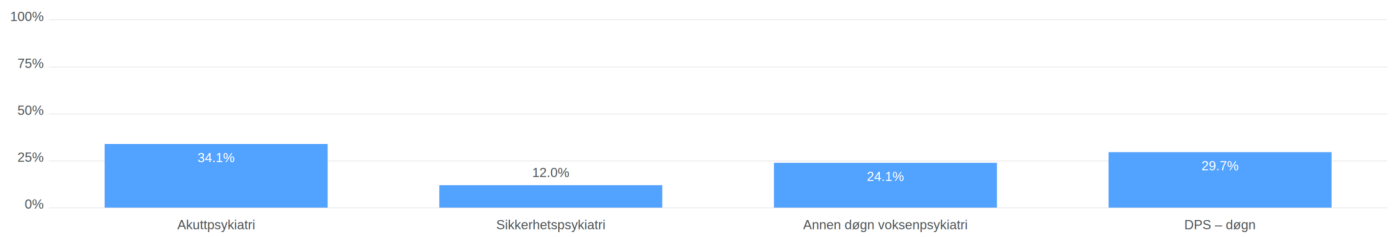
Jobber du innenfor/tilknyttet psykisk helsevern i dag?



Observasjoner

Totalt	Arbeidssted: Akuttpsykiatri, Sikkerhetspsykiatri, Annen døgn voksenpsykiatri + 1 mer	498
●	Ja	100.0%
●	Nei	0.0%

Hvilken type tjeneste jobber du i? Ved flere muligheter, velg det som passer best.

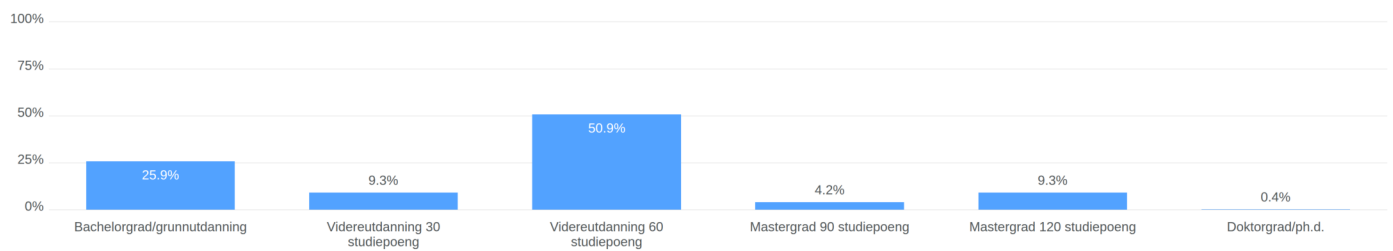


Observasjoner

Totalt Arbeidssted: Akuttpsykiatri, Sikkerhetspsykiatri, Annen døgn voksenpsykiatri + 1 mer

498

Hva er din høyeste fullførte helsefaglige utdanning?

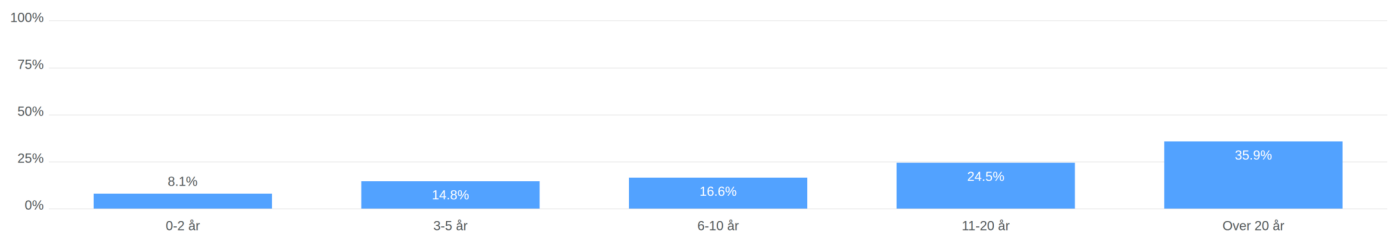


Observasjoner

Totalt Arbeidssted: Akuttpsykiatri, Sikkerhetspsykiatri, Annen døgn voksenpsykiatri + 1 mer

495

Hvor mange år har du jobbet innen psykisk helsevern?

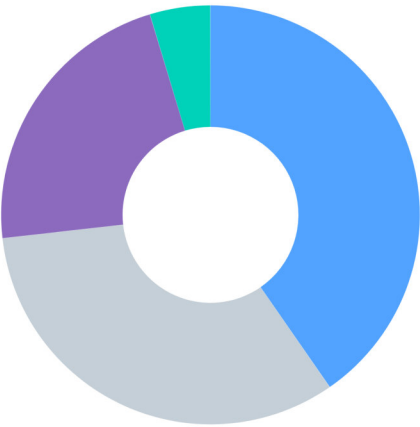


Observasjoner

Totalt Arbeidssted: Akuttpsykiatri, Sikkerhetspsykiatri, Annen døgn voksenpsykiatri + 1 mer

493

Hvilken type område jobber du i?



Observasjoner

Totalt	Arbeidssted: Akuttpsykiatri, Sikkerhetspsykiatri, Annen døgn voksenpsykiatri + 1 mer	493
Storby (Oslo, Bergen, Stavanger eller Trondheim)		40.4%
Annen større by eller forstad til storby		32.9%
Mindre by eller tettsted		22.1%
Landlig område/distriktskommune		4.7%

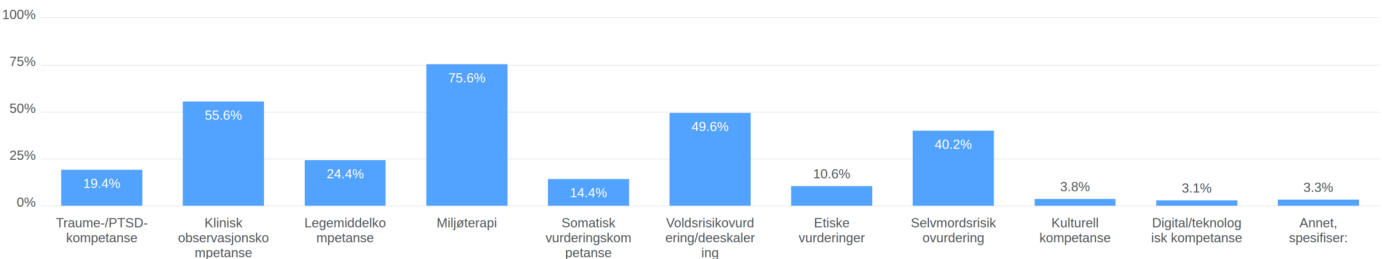
Hvor enig er du i følgende påstand: Mitt arbeidssted har tilstrekkelig kompetanse til å møte den enkelte pasients behov.



Observasjoner

Totalt	Arbeidssted: Akuttpsykiatri, Sikkerhetspsykiatri, Annen døgn voksenpsykiatri + 1 mer	491
--------	--	-----

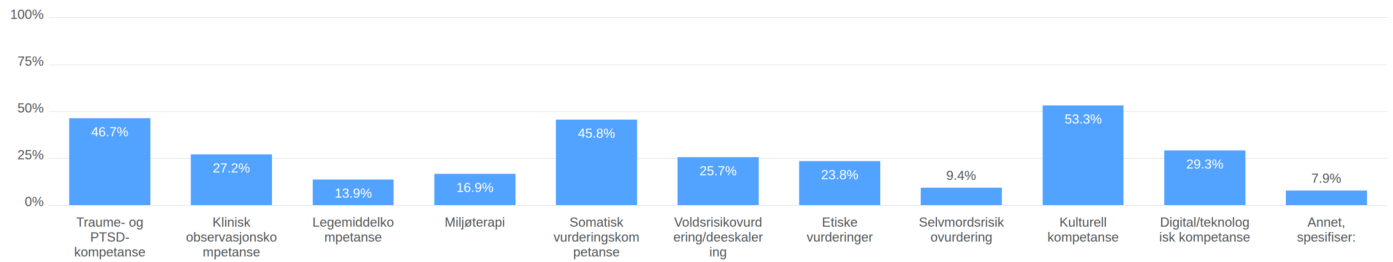
Hvilke tre kompetanseområder opplever du som de viktigste å ha der du jobber?



Observasjoner

Totalt	Arbeidssted: Akuttpsykiatri, Sikkerhetspsykiatri, Annen døgn voksenpsykiatri + 1 mer	480
--------	--	-----

Hvilke tre kompetanseområder mener du det mangler mest av på ditt arbeidssted?

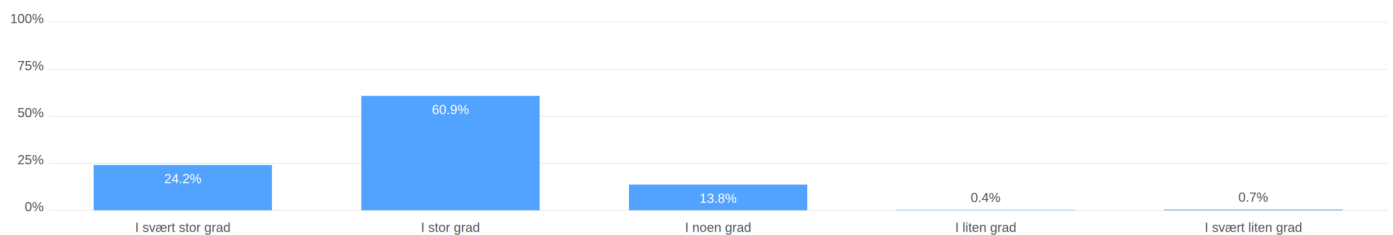


Observasjoner

Totalt Arbeidssted: Akuttpsykiatri, Sikkerhetspsykiatri, Annen døgn voksenpsykiatri + 1 mer

467

I hvilken grad opplever du at du har tilstrekkelig kompetanse til å ivareta pasienter i psykisk helsevern?



Observasjoner

Totalt Arbeidssted: Akuttpsykiatri, Sikkerhetspsykiatri, Annen døgn voksenpsykiatri + 1 mer

458

Hvor enig er du i følgende påstand: Min arbeidsgiver legger godt til rette for relevant faglig utvikling/kompetanseutvikling.

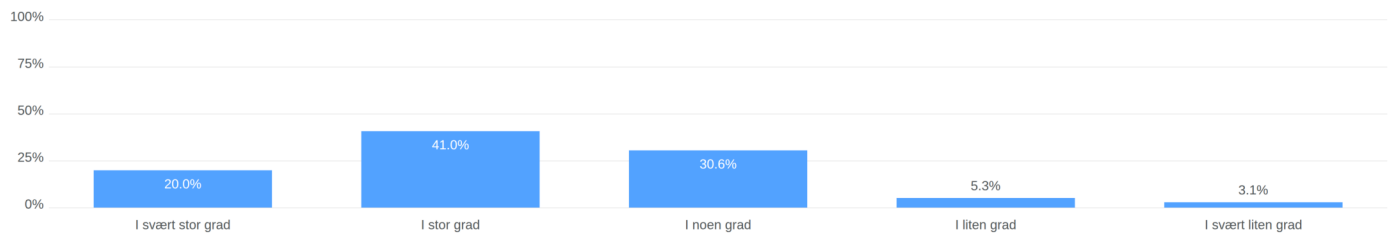


Observasjoner

Totalt Arbeidssted: Akuttpsykiatri, Sikkerhetspsykiatri, Annen døgn voksenpsykiatri + 1 mer

464

I hvilken grad opplever du at din sykepleierfaglige kompetanse blir brukt/nyttiggjort der du jobber?

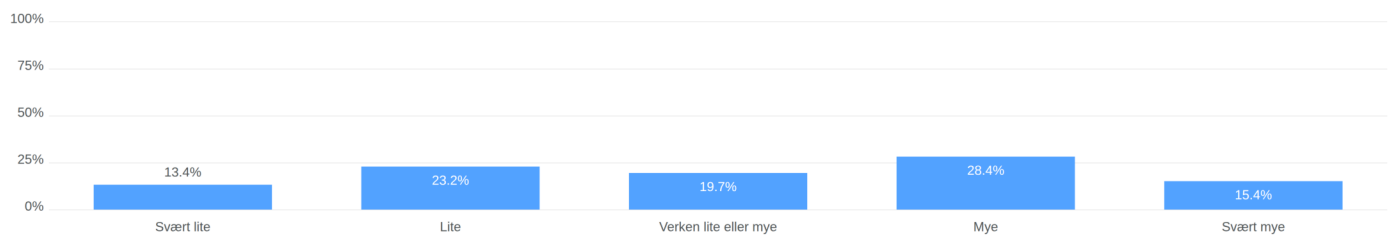


Observasjoner

Totalt Arbeidssted: Akuttpsykiatri, Sikkerhetspsykiatri, Annen døgn voksenpsykiatri + 1 mer

454

Hvor mye benyttes ufaglærte (personer uten formell helse-/sosialfaglig utdanning) på ditt arbeidssted?

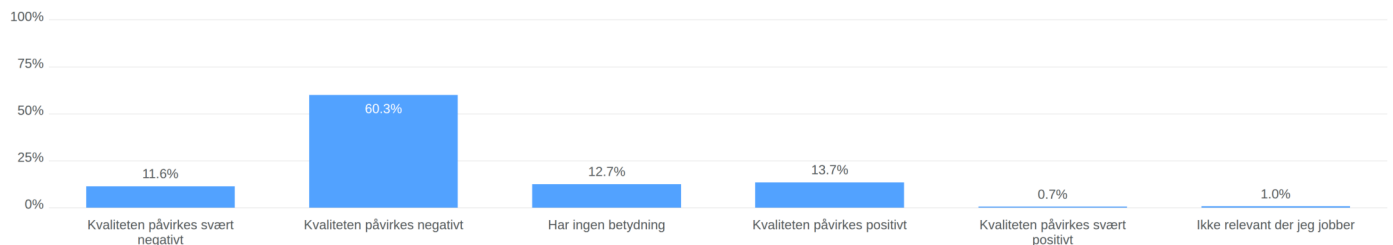


Observasjoner

Totalt Arbeidssted: Akuttpsykiatri, Sikkerhetspsykiatri, Annen døgn voksenpsykiatri + 1 mer

462

Hvordan, og i hvilken grad, mener du bruken av ufaglærte påvirker kvaliteten i tjenestene?



Observasjoner

Totalt Arbeidssted: Akuttpsykiatri, Sikkerhetspsykiatri, Annen døgn voksenpsykiatri + 1 mer

292

Kan du gi et eksempel som belyser hvordan ufaglærte påvirker kvaliteten i tjenestene?

248

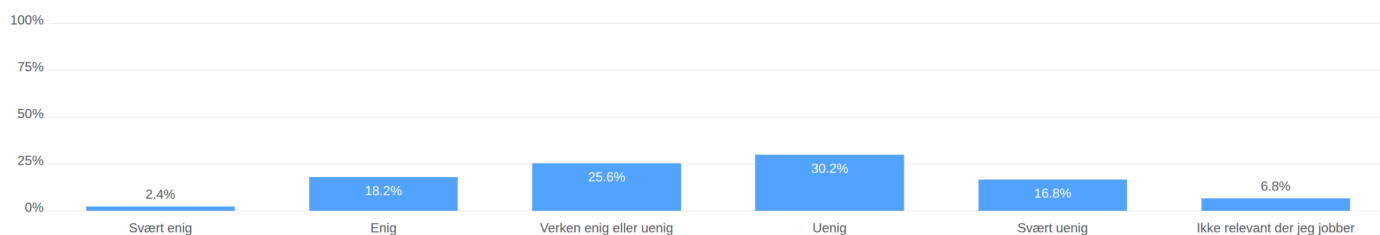
Åpne svar

Observasjoner

Totalt Arbeidssted: Akuttpsykiatri, Sikkerhetspsykiatri, Annen døgn voksenpsykiatri + 1 mer

248

Hvor enig er du i følgende påstand: Ufaglærte får tilstrekkelig opplæring og veiledning når de settes inn i krevende pasientsituasjoner.

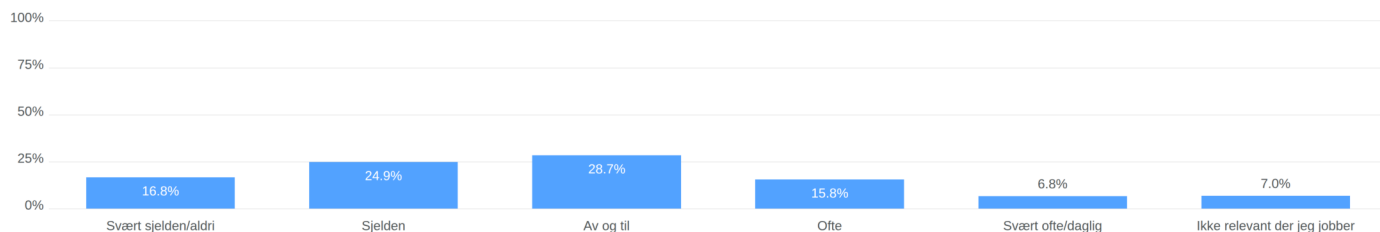


Observasjoner

Totalt Arbeidssted: Akuttpsykiatri, Sikkerhetspsykiatri, Annen døgn voksenpsykiatri + 1 mer

457

Hvor ofte opplever du at ufaglærte gis ansvar som burde forutsette sykepleierfaglig kompetanse?



Observasjoner

Totalt Arbeidssted: Akuttpsykiatri, Sikkerhetspsykiatri, Annen døgn voksenpsykiatri + 1 mer

457

Kan du gi 1-2 eksempler på hva slags typer ansvar/oppgaver dette gjelder?

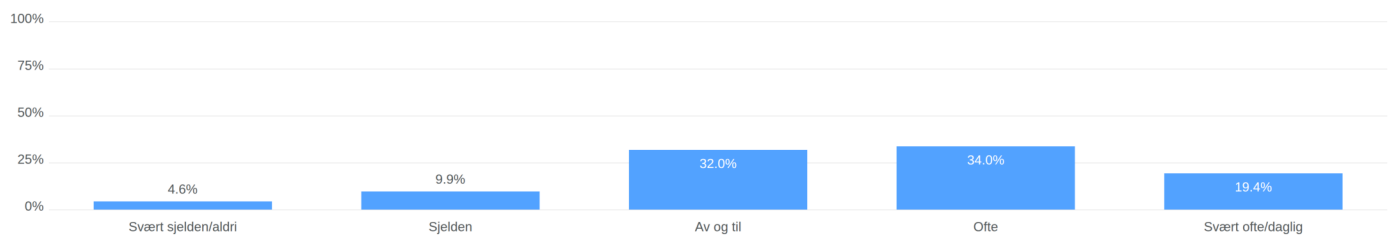
232
Åpne svar

Observasjoner

Totalt Arbeidssted: Akuttpsykiatri, Sikkerhetspsykiatri, Annen døgn voksenpsykiatri + 1 mer

232

Hvor ofte utfører du oppgaver som andre med lavere/annen kompetanse burde utført?



Observasjoner

Totalt Arbeidssted: Akuttpsykiatri, Sikkerhetspsykiatri, Annen døgn voksenpsykiatri + 1 mer

453

Kan du gi noen eksempler på hvilke typer oppgaver dette dreier seg om?

387

Åpne svar

Observasjoner

Totalt Arbeidssted: Akuttpsykiatri, Sikkerhetspsykiatri, Annen døgn voksenpsykiatri + 1 mer

387

Hvor godt opplever du at ansvar og oppgaver fordeles mellom ulike grupper ansatte, utfra deres utdanning/kompetanse og pasientens behov, der du jobber?

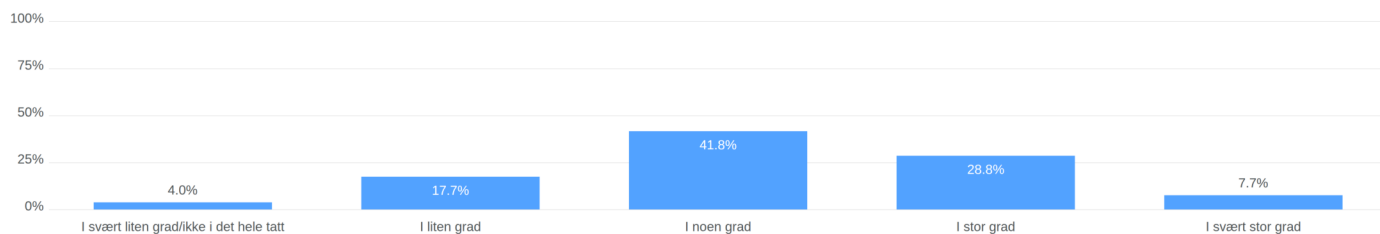


Observasjoner

Totalt Arbeidssted: Akuttpsykiatri, Sikkerhetspsykiatri, Annen døgn voksenpsykiatri + 1 mer

453

I hvilken grad påvirker arbeidsvilkårene (bemanning, tidspress, kompetansetilgang, arbeidsbelastning eller annet) din mulighet til å utøve faglig forsvarlig sykepleie der du jobber?



Observasjoner

Totalt Arbeidssted: Akuttpsykiatri, Sikkerhetspsykiatri, Annen døgn voksenpsykiatri + 1 mer

452

Kan du gi et konkret eksempel på hvordan arbeidsvilkårene påvirker faglig forsvarlighet?

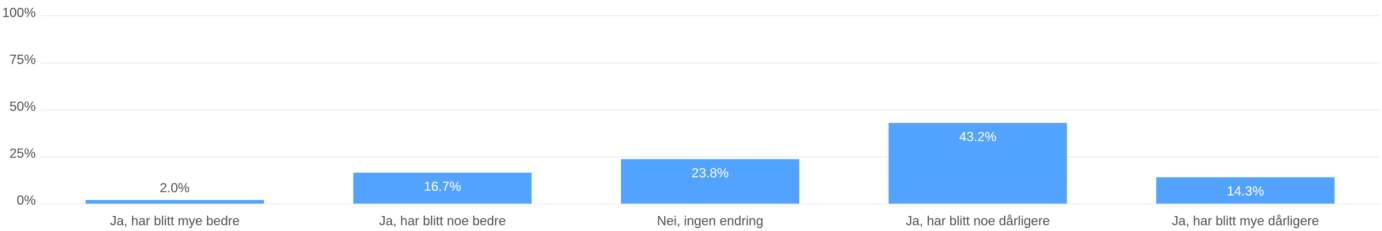


Observasjoner

Totalt Arbeidssted: Akuttpsykiatri, Sikkerhetspsykiatri, Annen døgn voksenpsykiatri + 1 mer

353

Har arbeidsvilkårene endret seg de siste 3-5 årene?



Observasjoner

Totalt Arbeidssted: Akuttpsykiatri, Sikkerhetspsykiatri, Annen døgn voksenpsykiatri + 1 mer

449

Kan du konkretisere hvordan arbeidsvilkårene har endret seg?

333

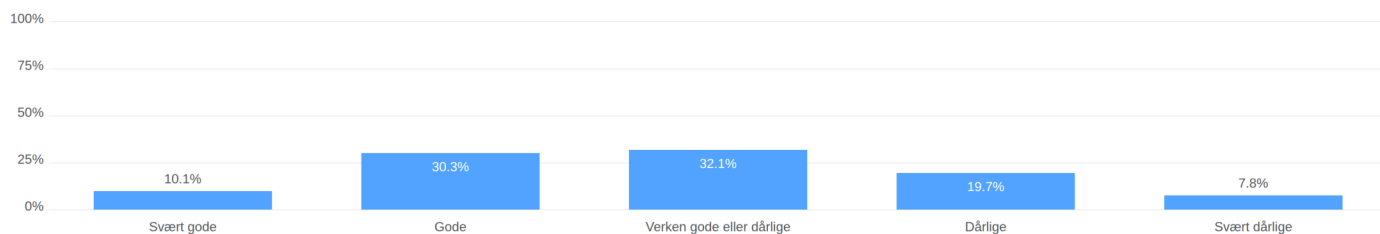
Åpne svar

Observasjoner

Totalt Arbeidssted: Akuttpsykiatri, Sikkerhetspsykiatri, Annen døgn voksenpsykiatri + 1 mer

333

Hvordan opplever du mulighetene til faglig veiledning og etisk refleksjon ved din arbeidsplass?

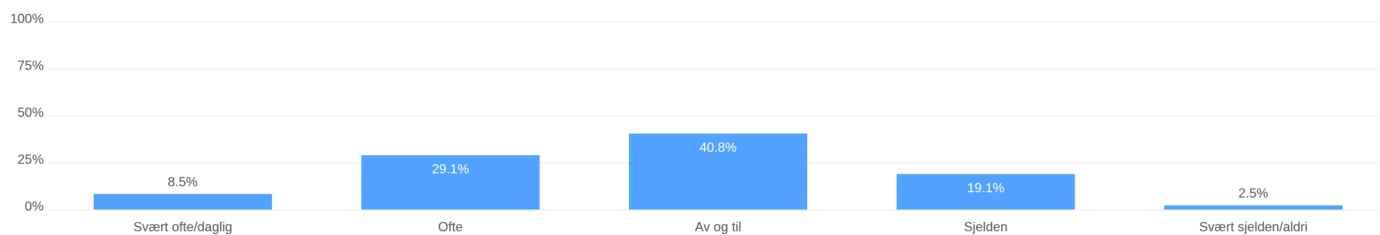


Observasjoner

Totalt Arbeidssted: Akuttpsykiatri, Sikkerhetspsykiatri, Annen døgn voksenpsykiatri + 1 mer

446

Hvor ofte opplever du unødig stress og tegn til utbrenthet i din arbeidshverdag?

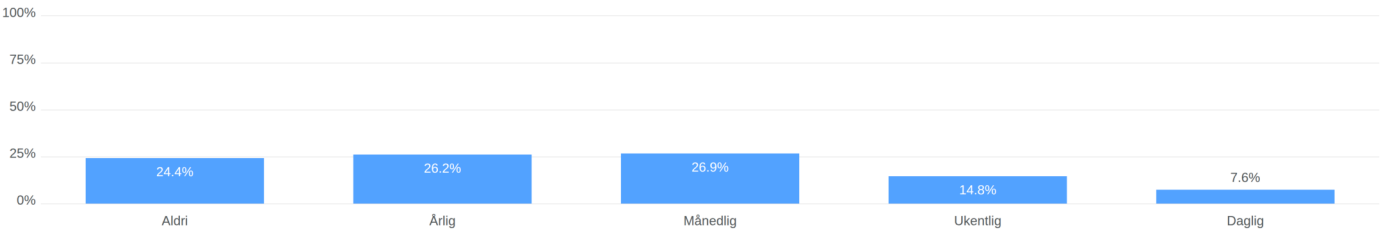


Observasjoner

Totalt Arbeidssted: Akuttpsykiatri, Sikkerhetspsykiatri, Annen døgn voksenpsykiatri + 1 mer

446

Hvor ofte tenker du på å slutte i jobben din?



Observasjoner

Totalt Arbeidssted: Akuttpsykiatri, Sikkerhetspsykiatri, Annen døgn voksenpsykiatri + 1 mer **446**