



# Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Sykepleieres erfaringer

HEIDI HAUKELIEN, HALVARD VIKE OG INGVILD VARDHEIM

TF-rapport nr. 362

2015

**Tittel:** Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.  
**Undertittel:** Sykepleieres erfaringer  
**TF-rapport nr:** 362  
**Forfatter(e):** Heidi Haukelien, Halvard Vike og Ingvild Vardheim  
**Dato:** 01.07.15  
**ISBN:** 978-82-7401-829-7  
**ISSN:** 1501-9918  
**Pris:** 165,- (Kan lastes ned gratis fra [www.telemarksforskning.no](http://www.telemarksforskning.no))  
**Framsidedfoto:** Klas Niklas Fransson  
**Prosjekt:** Undersøkelse av sykepleieres erfaring med Samhandlingsreformen  
**Prosjektnr.:** 20150180  
**Prosjektleder:** Heidi Haukelien  
**Oppdragsgiver(e):** Norsk Sykepleierforbund

**Spørsmål om denne rapporten kan rettes til:**

Telemarksforskning  
Postboks 4  
3833 Bø i Telemark  
Tlf: +47 35 06 15 00  
[www.telemarksforskning.no](http://www.telemarksforskning.no)

**Resymé:**

I denne rapporten undersøker vi konsekvensene av samhandlingsreformen, og har gjennomført fokusgruppeintervjuer i fem kommuner samt en landsomfattende spørreundersøkelse besvart av 2705 sykepleiere. Vår konklusjon er at reformen har ført til bedre samarbeid og trolig bedre utnyttelse av ressursene, men innebærer også en massiv ansvarsoverføring fra helseforetakene til kommunene.



**Heidi Haukelien, ph.d.**, er utdannet sykepleier fra Høgskolen i Telemark og sosialantropolog fra Universitetet i Oslo og Universitetet i Bergen. Hun har gjennomført flere studier av norsk helse- og sosialpolitikk, med spesiell vekt på å analysere sammenhenger mellom velferdspolitik og tjenesteutøvelse. Haukelien er forsker I og fagkoordinator for Helse- og velferdsforskning, og har vært ansatt ved Telemarksforskning siden 2000.



**Halvard Vike** er professor i sosialantropologi ved Universitetet i Oslo og seniorforsker ved Telemarksforskning. Han har skrevet mye om politikk, forvaltning og tjenesteyting i Norge, og har blant annet utgitt bøkene *Maktens samvittighet* (2002) i Makt- og demokratiutredningen, og *Velferd uten grenser* (2004).



**Ingvild Vardheim** er utdannet statsviter fra Universitetet i Bergen, med en mastergrad i sammenlignede politikk. Vardheim jobber hovedsakelig med prosjekter på helse- velferdsområdet. Hun har bidratt på flere større og mindre forskningsprosjekter innen blant annet pleie- og omsorg, barnevern, arbeidsmarkedspolitik og oppfølging av utsatte barn og unge.

# Forord

Telemarksforskning har på vegne av Norsk Sykepleierforbund gjennomført en undersøkelse av sykepleieres erfaringer med Samhandlingsreformen. Metodene vi har brukt er spørreundersøkelse rettet mot Norsk Sykepleierforbunds medlemmer, og fokusgruppeintervjuer i fem kommuner. Dette oppdraget har vært særdeles lærerikt og meningsfullt for oss, og vi vil rette en stor takk til alle sykepleiere som har besvart spørreskjemaene og gitt mange interessante tilleggskommentarer. Vi vil også takke deltakerne i de 10 fokusgruppene for spennende, friske og gode samtaler om samhandlingsreformens konsekvenser for sykepleieres arbeid i kommunene. Vi vil rette en spesiell takk til hovedtillitsvalgte i kommunene som har organisert det hele for oss på en flott måte.

Takk til Norsk Sykepleierforbund for oppdraget, spesielt seniorrådgiver Trude Hagen, for gode innspill og godt samarbeid!

Vi vil understreke at alle analyser og konklusjoner i denne rapporten helt og holdent er forfatterens ansvar.

Bø, 01.07.15

Heidi Haukelien

Prosjektleder



# Innhold

Sammendrag .....	7
<b>1. Innledning.....</b>	<b>11</b>
1.1 Om samhandlingsreformen.....	12
1.1.1 Resultater av Samhandlingsreformen .....	13
1.1.2 Erfaringer fra førstelinjen .....	16
<b>2. Metodiske tilnærminger.....</b>	<b>19</b>
2.1 Spørreundersøkelse blant sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien.....	19
2.2 Kvalitativ metode .....	20
<b>3. Resultater fra spørreundersøkelsen.....</b>	<b>21</b>
3.1 Om respondentene.....	21
3.2 Ressurser, kompetanse og kvalitet.....	22
3.2.1 Ressurser og bemanning.....	23
3.2.2 Kompetanse.....	25
3.2.3 Tjenestekvalitet .....	27
3.3 Endringer de siste tre årene.....	30
3.3.1 Endringer i arbeidsoppgaver og arbeidssituasjon.....	30
3.3.2 Endringer i tjenesten.....	32
3.4 Samarbeid med sykehus og kommunale aktører .....	35
3.4.1 Samarbeid med sykehus .....	35
3.4.2 Samarbeid med ulike kommunale deltjenester .....	38
3.5 Kompetanse – behov og tilrettelegging .....	41
3.5.1 Organisert opplæring eller kurs.....	41
3.5.2 Kompetansekartlegging og faglig ajourhold .....	42
3.5.3 Tilrettelegging for formell videreutdanning/master .....	43
3.5.4 Gjennomføring og behov for formell videreutdanning/master.....	45
3.6 Oppsummering av spørreundersøkelsen .....	47

<b>4. Intervjuundersøkelsen .....</b>	<b>51</b>
4.1 Økt arbeidsmengde.....	51
4.2 Sykepleiere om samhandlingsreformen .....	52
4.3 Økt kompleksitet.....	53
4.3.1 Flere medisinske prosedyrer .....	53
4.3.2 Økt kompleksitet i den kommunale organiseringen .....	55
4.4 Samhandling mellom kommuner og sykehus.....	56
4.5 Forholdet mellom behov og ressurser .....	58
4.6 Samhandlingsreformen forutsetter økt kompetanse.....	59
4.7 Kvaliteten på tjenestene .....	61
4.8 Oppsummering av intervjuundersøkelsen .....	62
<b>5. Funn og perspektiver .....</b>	<b>65</b>
5.1 Hovedfunn .....	65
5.2 Analytiske perspektiver.....	66

# Sammen drag

*Samhandlingsreformen* ble iverksatt i 2012 (St.meld. nr. 47, 2008-2009). Hensikten var å styrke samhandlingen mellom helseforetakene og kommunenes helse- og omsorgstjenester med det formål å koordinere tjenestene bedre, styrke forebygging (og dermed reduksjon av sykdom) og bli bedre i stand til å møte den demografiske utfordringen knyttet til flere eldre og et endret sykdomsbilde. Ambisjonen om å styrke samhandlingen har blitt forsøkt realisert ved hjelp av lovpålagte samarbeidsavtaler, kommunal medfinansiering, kommunalt betalingsansvar for utskrivingsklare pasienter og utvikling av kommunale akutte døgnplasser («KAD»-plasser).

Derfor har liggetiden blitt redusert og flere pasienter behandlet ved sykehus. Dette har i sin tur gjort at et langt større antall pasienter enn før overføres fra sykehus til kommunene, og langt flere av disse har omfattende behov for aktivt tilsyn og oppfølging, medisinsk og sykepleiefaglig. På denne måten har et omfattende ansvar for helse- og omsorgstjenester blitt desentralisert. I denne rapporten ser vi nærmere på konsekvensene av dette, og har gjennomført fokusgruppeintervjuer i fem kommuner samt en landsomfattende spørreundersøkelse besvart av 2705 sykepleiere som jobber i kommunale helse- og omsorgstjenester.

## Hovedfunn:

- Samhandlingsreformen har gitt økt arbeidsmengde i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Den økte arbeidsmengden skyldes flere og sykere pasienter, større gjennomstrømming av pasienter mellom ulike kommunale tilbud og mellom kommunens helse- og omsorgstjeneste og helseforetakene, noe som medfører økt administrering og dokumentasjon.
- Oppgavene har blitt langt mer komplekse. Dette gjelder både mer kompliserte medisinske prosedyrer enn før, langt større krav til koordinering, beredskap og kvalitetssikring.
- Økt kompleksitet og arbeidsmengde har kommet før kommunene har vært i stand til å bygge opp kompetanse og faglig infrastruktur. Det gjør at kommunene hele tiden er på etterskudd i å møte de økte kravene.
- De kommunale helse- og omsorgstjenestene har for liten kompetanse til å imøtekomme de økte utfordringene. Kompetanseheving foregår i stor grad i form av kurs- og ad hoc-opp-læring og i mindre grad i form av systematisk utdanning av sykepleiespesialister.
- Dette fører til økt sårbarhet og svikt i kvalitetssikringen.
- Kvaliteten varierer mer enn før mellom ulike deler av det kommunale helse- og omsorgs-apparatet og mellom ulike kommuner.
- Både spørreundersøkelsen og intervjuundersøkelsen viser at sykepleierne gjennomgående svarer at kvaliteten er god, selv om de påpeker store mangler i kvalitet og kompetanse. Denne tilsynelatende motsetningen ser ut til å ha sammenheng med sykepleiernes personlig erfarte, individuelle, og vanskelig avgrensbare ansvar for kvaliteten i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

- Ledere og ansatte vurderer situasjonen ulikt. Ledere vurderer situasjonen som langt mindre problematisk enn de som yter tjenestene.
- De utilsiktede konsekvensene av den store oppgave- og ansvarsoverføringen fra helseforetak til kommuner er lite erkjent og lite gjort kjent.
- Terskelen for å få innvilget kommunale helse- og omsorgstjenester har blitt merkbart høyere på grunn av for knappe ressurser i forhold til de økte behovene.
- Samhandlingsreformen synes ikke å ha ført til økt rehabilitering, bedre psykiske helsehjelp eller mer forebygging. De som kommer dårligst ut etter Samhandlingsreformen er eldre mennesker med moderate psykiske problemer, eldre mennesker med behov for tilsyn, moderate helse- og omsorgsbehov, og sosial kontakt.
- For alle de fem kommunene vi har undersøkt kom Samhandlingsreformen brått på. I løpet av kort tid på nyåret 2012 begynte nye og sykere pasientgrupper å strømme til. Det var på ingen måte snakk om gradvis opptrapping i takt med bemannings- og kompetanseheving i kommunene.

Sykepleiere i alle kommunene opplever økt arbeidsmengde som følge av flere og sykere pasienter, uten at bemanningen er trappet opp tilsvarende. Det er behov for flere som kan ta seg av de enkle pleieoppgavene og flere spesialister som kan ta seg av pasienter som har behov for mer spesialisert sykepleiekompetanse. Den økte arbeidsmengden har resultert i en forskyvning av arbeidsoppgavene mellom sykepleiere og hjelpepleiere/helsefagarbeidere, og nedprioritering av enkelte sykepleieoppgaver. Sykepleierne må konsentrere seg om de oppgavene som krever deres kompetanse på medisinske prosedyrer, og får i mindre grad gjort helhetlige vurderinger som grunnlag for forebyggende tiltak. Dermed blir eldre mennesker med mindre spesialiserte behov nedprioritert. Oppgaver som kan delegeres, slik som sårstell og medisiner forsøkes delegert. Sykepleierne forteller om sår hvor de ikke får tatt den vurderingen og behandlingen som trengs fordi oppgavene gis til ufaglærte og helsefagarbeidere som ikke har like høy kompetanse på området. Tilstandene får dermed utvikle seg sterkere i negativ retning enn de hadde gjort dersom sykepleierne hadde tid til å ha tilsyn med dem.

Sykepleierne i alle de fem kommunene forteller at kompleksiteten i det daglige arbeidet har økt. Det har to årsaker: 1) pasientene er sykere og har behov for mer spesialisert behandling og omsorg, og 2) opprettelsen av flere kommunale enheter krever langt mer administrering og koordinering mellom ulike spesialavdelinger, profesjoner og etater enn tidligere. I tillegg opplever flere sykepleiere at pårørende stiller større krav, og har større forventninger som krever dialog og forventningsavklaringer. Flere av de nye pasientene er yngre kreftpasienter hvor både de selv og pårørende stiller høyere krav enn eldre hjemmeboende pasienter som ser ut til å være Samhandlingsreformens tapere.

Sykepleierne forteller om mer faglig utveksling mellom de kommuneansatte og ansatte på sykehuset. Sykehusene tilbyr kurs, hospitering og deltakelse i faglige nettverk som oppleves positivt. Samtidig er det utfordrende å få til dialog og enighet i gjennomføringen av avtaler om for eksempel utskrivningstidspunkt for pasienter – selv om dette ser ut til å ha forbedret seg i perioden etter at Samhandlingsreformen ble innført. En annen utfordring i samhandlingen er at sykehusene fokuserer kun på innleggelsesdiagnosen og den akutte tilstanden, uten at et større bilde av pasientens



problemer forsøkes utredet og behandlet. Det skaper uverdige tilstander for svært gamle og skrøpelige mennesker som risikerer å bli svingdørspasienter, og som istedenfor å oppnå forbedring av helsetilstanden, blir syke av dårlig fungerende systemer.

Kompetanshevingen som Samhandlingsreformen forutsetter for å lykkes, gjennomføres i stor grad i form av kurs, opplæring av ressurspersoner og ad hoc- opplæring i tilknytning til den enkelte pasient. Spesialistutdanning for sykepleiere vurderes av flere ledere som både en mindre fleksibel og mindre rasjonell løsning.

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at litt over halvparten av sykepleierne (54 %) er enige i at tjenesten de jobber i er tilstrekkelig bemannet til å klare å ta imot pasienter fra sykehuset. Bemanningsutfordringene ser ut til å være noe større i hjemmetjenesten enn i institusjon. Et flertall av sykepleierne (66 %) gir uttrykk for at tjenesten har tilstrekkelig sykepleiefaglig kompetanse til å ivareta pasientene, men samtidig er det tydelig at særlig behovet for flere sykepleiere med videreutdanning/master er stort. Nærmere 70 % krysser av for at tjenesten har behov for flere sykepleiere med slik utdanning. Sykepleierne ser ut til å være mindre fornøyde med legedekningen og tilgang til ulike støttefunksjoner, og tilgang på tilstrekkelig medisinsk-teknisk utstyr ser ut til å være en større utfordring i hjemmetjenesten enn i institusjon. Et stort flertall av de spurte er enige i at sykepleierne bruker mye tid på å utføre oppgaver som kunne vært utført av andre personellgrupper.

Når det gjelder sykepleiernes vurderinger av tjenestekvalitet, viser resultatene at sykepleierne klarer å ivareta pasientenes primærbehov som for eksempel hygiene, men at de har for liten tid til å ivareta behov for sosial kontakt og omsorg. Under 40 % av sykepleierne mener at de har tid til å ivareta pasientenes behov for omsorg, sosial kontakt og fellesskap. Utfordringene synes å være særlig store i hjemmetjenesten. Samtidig er det interessant å se at et stort flertall av sykepleierne, godt over 70 %, likevel svarer at den sykepleiefaglige kvaliteten ivaretas på en god måte. I både hjemmetjeneste og institusjon synes det å være en utfordring at kvaliteten på tjenestetilbudet er dårligere i helger enn på ukedager, og at avviksmeldinger ikke tas på alvor og følges opp i tilstrekkelig grad.

I løpet av de tre siste årene har de aller fleste sykepleierne opplevd at kompleksiteten i de sykepleiefaglige oppgavene har økt, at de har fått mer varierte oppgaver og at de bruker mer tid på kompliserte prosedyrer og oppgaver. Samtidig er flertallet (60 %) enige i at de bruker mer tid på administrasjon og koordinering, for eksempel inn- og utskrivninger fra sykehus. Sykepleierne gir tydelig uttrykk for at arbeidspresset fører til at de har for liten tid til å dokumentere arbeidet de gjør.

Resultatene viser at samhandlingsreformen utvilsomt har medført at pasientgjennomstrømningen i de kommunale tjenestetilbudene har økt, og at tjenestene ivaretar flere pasienter enn før. Endringene ser ut til å være større i hjemmetjenesten enn i institusjon. De aller fleste sykepleierne innen begge tjenesteområdene er også enige i at flere pasienter nå enn tidligere har større pleiebehov og krever tett oppfølging. Samtidig ser det ikke ut til at bemanningen har økt tilsvarende: Kun 32 % av de spurte er enige i at den samlede helsefaglige bemanningen er styrket de tre siste årene. Vi finner også at nærmere 80 % av sykepleierne er enige i at tjenesten har blitt pålagt krav om økonomisk innsparinger/kutt i stillinger og tilbud i løpet av de siste tre årene.

Svarene fra spørreundersøkelsen antyder at det fortsatt er visse utfordringer i samarbeidet mellom sykehus og kommune knyttet til utskrivning av pasienter. Vi finner blant annet at kun et mindretall (13 %) av sykepleierne opplever at sykehuset innkaller til samarbeidsmøte i god tid før utskrivning av pasienter med omfattende pleiebehov. Flertallet av sykepleierne (75 %) gir også uttrykk

for at de ofte opplever at pasientene som skrives ut fortsatt trenger sykehusbehandling. Mangelfull informasjon fra sykehus ved utskrivning synes også å være en utfordring: Kun 37 % mener at det følger med tilstrekkelig informasjon om pasientens funksjonsnivå og behov ved utskrivning, og 65 % oppgir at de ofte må ta kontakt med sykehuset på grunn av manglende informasjon. Kun 1 av 3 mener at tjenesten som regel har tid til å få på plass nødvendig medisinsk teknologisk utstyr eller hjelpemidler før utskrivning. Det synes også å være en stor utfordring at pasienter skrives ut til alle døgnets tider og i helger. Til tross for tydelige utfordringer svarer kun et lite mindretall (13 %) av sykepleierne at samarbeidet med sykehuset fungerer dårlig. Dette ser ut til å være færre enn da NOVA stilte et lignende spørsmål i sin spørreundersøkelse i 2013.

Også når det gjelder tilrettelegging for kompetanseutviklingen på arbeidsplassen ser det ut til å være potensiale for forbedringer: Vi finner at nær halvparten av sykepleierne er enige i at arbeidsgiver har kartlagt kompetansen deres i løpet av de siste tre årene, mens litt under 40 % oppgir at det foreligger en kompetanseplan på arbeidsplassen. Hele 73 % er imidlertid uenige i at det er avsatt tid til faglig ajourhold og veiledning i turnusplaner/arbeidsplaner. Kun 35 % er enige i at arbeidsgiver oppmuntrer eller stimulerer sine ansatte til å ta formell videreutdanning/master. Samtidig synes behovet for videreutdanning å være stort: Hele 75 % gir uttrykk for at de har behov for økt kompetanse gjennom videreutdanning/master i deres nåværende jobb.

Et interessant funn i undersøkelsen er at sykepleierne med lederstilling gjennomgående stiller seg mer positive til flere av påstandene, sammenlignet med sykepleierne uten lederstilling. Dette gjelder både vurderinger rundt ressurs- og bemanningssituasjonen, kvaliteten på tjenestene og tilrettelegging for kompetanseutvikling. Dette kan tyde på at lederne og de andre ansatte har ulike oppfatninger av hva som er «godt nok» i tjenesten. Det kan også tolkes som at rutiner og planer som kanskje finnes på papiret (eks. kompetanseplaner), ikke er godt nok implementert eller synliggjort blant sykepleierne i praktisk pleie.

På enkelte av spørsmålene finner vi markante forskjeller mellom små, mellomstore og store kommuner. Dette er særlig knyttet til påstandene om samhandling og koordinering. Det ser ut til at samarbeidet med sykehuset vurderes som bedre i de minste kommunene, samtidig som er færre i de små kommunene som oppgir at det er en utfordring at pasienter flyttes mellom enheter internt i kommunen.

«Samhandlingsreformen» er en lite dekkende betegnelse på det nye ansvarsfordelings- og samarbeidsregimet mellom helseforetakene og kommunene som ble satt ut i livet i 2012. Selv om det er liten tvil om at det har ført til bedre samarbeid på flere områder, og trolig også samlet sett en bedre utnyttelse av ressursene, handler reformen ikke primært om samhandling, men om ansvarsoverføring innenfor rammen av en asymmetrisk relasjon der den ene part – kommunene – er avhengig av den andre (helseforetakene).

# 1. Innledning

Telemarksforskning ble i januar 2015 invitert av Norsk Sykepleierforbund (NSF) til å være med på anbudskonkurransen om en undersøkelse av sykepleieres erfaringer med samhandlingsreformen som trådte i kraft 1. januar 2012. Undersøkelsen skulle inneholde en kvalitativ tilnærming og en oppfølging av den spørreundersøkelsen NOVA gjennomførte for NSF i 2013. Vi presenterte et tilbud som vi mente ville kunne tilføre NSF vesentlig ny kunnskap. Vi la vekt på presentere et metodisk opplegg for å framskaffe data som er sammenliknbare med NOVA's data fra 2012, og i tillegg gjennomføre en intervjuundersøkelse i fem kommuner. Målet var for øvrig å tilføre nye teoretiske perspektiver som det empiriske materialet kan analyseres ut fra.

Samhandlingsreformen, som trådte i kraft 1. januar 2012, har til hensikt å realisere helsepolitiske mål knyttet til følgende områder (HOD 2009):

- Økt satsing på forebyggende og helsefremmende arbeid
- Bedre koordinering av komplekse tjenester
- Mer spissing av spesialisthelsetjenesten
- Oppbygging av behandlings- og rehabiliteringstilbud i kommunene

Fra tidligere undersøkelser vet vi at sykepleieres erfaringer med samhandlingsreformen er varierte. På den utvetydige positive siden finner vi rekken av mer eller mindre nye faglige utfordringer som innebærer at sykepleieres hverdag og yrkeskarriere blir mer variert, spennende og meningsfull. Dette fører også med seg strukturelle endringer som kan bety mye for sykepleiere, spesielt ved at mer spesialiserte oppgaver gir muligheter for å fokusere sterkere på oppgaver som sykepleiere selv oppfatter som genuint sykepleiefaglige. På den negative siden finner vi ulike erfaringer av økende kapasitetsproblemer og det vi tidligere har omtalt som «ansvarsoversvømmelse» (Vike m. fl. 2002). Mye tyder på at denne typen erfaringer dominerer. Et hovedinntrykk er at reformen har ført til mange nye oppgaver som (ennå) ikke har fått sitt motsvar i flere ansatte, mer kompetanse og nødvendig spesialisering, og at sykepleiere står i fremste rekke når det gjelder å absorbere meransvaret som følger av dette.

Samhandlingsreformens effekter på oppgaver som sykepleiere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er hovedansvarlige for, har i høy grad allmenn interesse. Når presset øker, kan dette ofte forstås som et symptom på grunnleggende problemer i selve velferdsstatens organisering. I dette prosjektet foreslår vi å gripe muligheten til å føre denne innsikten noen skritt videre. Gjennom de siste par tiårene har vi fått stadig mer og bedre dokumentasjon på at (a) velferdsstatens kapasitetsproblem er økende, og samtidig at (b) problemet har en tendens til å bli størst på de tjenesteområdene som er vanskeligst å avgrense (Vabø 2007, Kroken 2012, Ekeli 2013). Våre egne undersøkelser blant sykepleiere støtter dette i klart.

Våre undersøkelser viser at sykepleieres erfaringer ikke nødvendigvis regnes som «god dokumentasjon» på tilstanden i tjenestene, men snarere ofte som et uttrykk for relativt utdaterte oppfatninger av hva velferdsstaten en gang søkte å realisere. I lys av dette finner vi det også interessant at sykepleiere som arbeider i «førstelinjen», og som altså beskriver problemer med å opprettholde kvalitet i tjenestene, ikke nødvendigvis bruker dette aktivt til å utfordre egne ledere, og at deres erfaringer kan synes å være i ferd med å bli «privatisert».

I prosjektbeskrivelsen formulerte vi utfordringen på denne måten: «Vi tror det er grunn til å vurdere hvorvidt den endringen vi her har beskrevet bør få noen metodiske og fagpolitiske konsekvenser. Vi vil argumentere for at den kvalitative delen av denne undersøkelsen bør rette et sterkere fokus på forholdet mellom erfaring (framfor alt av kvaliteten og vilkårene for kvaliteten i tjenestene) og den sosiale/profesjonelle/hierarkiske konteksten den formuleres og uttrykkes i. Hensikten må være å få fram hva som påvirker endringer i forståelsen av hva kvalitet er, hvem som i praksis definerer den og dermed hva slags dokumentasjon og fagpolitiske argumenter som kan tenkes å ha den ønskede effekten. Derfor foreslår vi å bringe «førstelinjesykepleiere» og deres ledere sammen i fokusgrupper.

Vår undersøkelse retter seg mot hvordan den institusjonelle konteksten er innrettet med tanke på å håndtere den økte kompleksiteten og det økte omfanget av oppgaver som NOVA-undersøkelsen dokumenterer. Derfor har vi spesielt fokusert på følgende problemstillinger i den kvalitative undersøkelsen:

1. Hvor i systemet oppleves presset størst?
2. Hvordan håndteres og kommuniseres det økte omfanget og den økte kompleksiteten av
  - a. Sykepleiere som arbeider pasientrettet (sykehjem og hjemmesykepleie).
  - b. Sykepleieleidere (mellomledere og opp til helse- og omsorgsleder).

## 1.1 Om samhandlingsreformen

---

*Samhandlingsreformen* ble iverksatt i 2012 (St.meld. nr. 47, 2008-2009). Hensikten var å styrke samhandlingen mellom helseforetakene og kommunenes helse- og omsorgstjenester med det formål å koordinere tjenestene bedre, styrke forebygging (og dermed reduksjon av sykdom) og bli bedre i stand til å møte demografiske utfordringen knyttet til flere eldre og et endret sykdomsbilde. Ambisjonen om å styrke samhandlingen har blitt forsøkt realisert ved hjelp av lovpålagte samarbeidsavtaler, kommunal medfinansiering, kommunalt betalingsansvar for utskrivingsklare pasienter og utvikling av kommunale akutte døgnplasser («KAD»-plasser).

Begrepet *samhandling* må i denne sammenhengen forstås som normativt snarere enn analytisk. Det betegner en ønsket tilstand. Reformen og dens konsekvenser lar seg ikke beskrive uten en mer nøktern og operasjonell forståelse. I vår undersøkelse er det som antydning ingen tvil om at det finnes flere og gode eksempler på mer samarbeid mellom helseforetak og kommunenes helse- og omsorgstjenester, men empirisk sett er det fordelingen av oppgaver, ansvar og myndighet som utgjør det sentrale temaet. I analytisk forstand er det mer fruktbart å se på hvilke faktorer som driver reformen framover enn på de politiske visjonene bak den, og deretter legge vekt på å undersøke hvilke konsekvenser dette har. Reformen tok sikte på å endre arbeidsdelingen mellom helseforetakene og kommunenes helse- og omsorgstjenester. Et sentralt virkemiddel var å konsentrere den medisinske innsatsen som ytes ved sykehusene mer, slik at kapasiteten ikke brukes på pasienter som kan behandles i kommunene. Derfor har liggetiden blitt redusert og flere pasienter behandlet. Dette har i sin tur gjort at et langt større antall pasienter enn før overføres fra sykehus til kommunene, og langt flere av disse har omfattende behov for aktivt tilsyn og oppfølging, medisinsk og sykepleiefaglig. På denne måten har et omfattende ansvar for helse- og omsorgstjenester blitt desentralisert.

Hovedmønsteret i samhandlingen mellom sykehusene og kommunene kan, med utgangspunkt i de funnene vi har gjort i denne undersøkelsen, beskrives gjennom fire forhold. For det første har flere pasienter fått bedre tjenester, spesielt i kommune, der det er utviklet en rekke tilbud med mye mer

spesialisert og kompetanseintensivt innhold enn før. For det andre er det skapt former for samarbeid om tjenester og kompetanseutvikling på en rekke felt. For det tredje skaper den nye arbeidsdelingen en stor netto overføring av ansvar for pasienter med omfattende behov fra helseforetak til de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Til slutt, men ikke minst, er «grensekontrollen» mellom de to aktørene i all hovedsak i den ene partens hender. Sykehusene sliter med «overliggere», men kommunene har i realiteten liten innflytelse over beslutninger om tidspunkt for overføring av de fleste grupper pasienter. Dette er knapt overraskende, gitt de incentivene som styrer prosessen. Helseforetakene genererer inntekter ved kort liggetid og høy produksjon av utskrivningsklare pasienter, og incentivene er knyttet til enkeltdiagnoser (ikke pasientens samlede helse- og livssituasjon). Kommunene på sin side betaler utgiften for utskrivningsklare pasienter de ikke har kapasitet for å ta imot, og har ingen direkte incentiver knyttet til tjenesteproduksjonen.

I lys av dette er det nødvendig å stille spørsmålet om hvor det omfattende ansvaret helseforetakene tidligere hadde for pasienter som nå defineres som utskrivningsklare, har forskjøvet seg, hvordan det blir ivaretatt og hvilke konsekvenser det har.

Det er vanskelig å vurdere Samhandlingsreformens størrelsesorden, men det er likevel neppe tvil om at den er en omfattende reform. Det har dessuten vært lite bemerket at den skiller seg avgjørende fra de andre offentlige reformene i de siste par tiårene, spesielt fordi den innebærer en radikal endring i ansvarsfordelingen mellom to typer institusjoner. Tidligere store reformer har i hovedsak dreid seg om å gi ansvar til nye institusjoner eller overføre det fra en institusjon til en annen en bloc. I dette tilfellet har vi altså å gjøre med en omfattende deling av ansvar mellom helseforetak og kommuner – kanskje den største ansvarsfordelingsreformen i velferdsstatens nyere historie. Dette er svært interessant, ikke minst i lys av at den kommunale ansvarsovertakelsen knapt synes å ha kostet noe «ekstra». Fra 2012 (da reformen trådte i kraft) har økningen i netto driftsutgifter per innbygger til pleie- og omsorgstjenestene til brukere fra 67 år og oppover økt mindre enn de gjorde fra 2010.<sup>1</sup>

### 1.1.1 Resultater av Samhandlingsreformen

Mye tyder på at Samhandlingsreformen i hovedsak vurderes som vellykket. Offentlig statistikk og foreløpige evalueringer bekrefter dette i høy grad. Her en oppsummering fra Helsedirektoratets rapport «Samhandlingsstatistikk» fra 2014:<sup>2</sup>

I 2014 fortsetter økningen i antall opphold hvor pasienten meldes utskrivningsklar (260 prosent økning fra 2011 til 2014). Sum liggedager for utskrivningsklare pasienter gikk betydelig ned i alle regioner og nesten alle kommunegrupper etter innføringen av samhandlingsreformen i 2012. Nedgangen har fortsatt i perioden etter innføringen av reformen, men fra 2013 til 2014 ser vi en økning i liggedagsratene (..). For pasienter som er meldt utskrivningsklare var det en betydelig nedgang i gjennomsnittlig liggetid etter innføringen av samhandlingsreformen i 2012. (s.141)

---

<sup>1</sup> <https://www.ssb.no/a/kostra/stt/varia-bel.cgi?f=95254922811832&r=156000&r=EKG02&r=EKA15&r=EAKUO&r=EAK&t=2014&std=checked&v=95254922811824>

<sup>2</sup> <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/798/Samhandlingsstatistikk-2013-2014-IS-2245.pdf>

Reformen har ført til en 260 prosent økning i utskrivingsklare pasienter, og liggetiden har gått betydelig ned. For kommunenes vedkommende viser tilgjengelig statistikk tilsynelatende at oppgavene har blitt noe mer omfattende, men økningen er ikke dramatisk.

Per 31.12.2013 var det nærmere 139 000 mottakere av hjemmesykepleie. Dette er 8 prosent flere mottakere enn det var i 2009. Veksten har vært størst for den aller eldste aldersgruppen med 27 prosent flere mottakere enn det var i 2009, mens for aldersgruppen 80-89 er det 4 prosent færre, og antallet mottakere blant de yngste eldre 67-79 år er ikke mye endret. I de øvrige aldersgruppene har det vært en vekst på rundt 10 prosent. (s.135)

Det er generelt små endringer over perioden 2010-2013, men en gradvis og liten tendens mot at flere av de som mottar hjemmetjenester har mer omfattende bistandsbehov.

Helsedirektoratet stiller imidlertid også en annen type spørsmål. Kan det være at ansvarsmengden har økt i kommunene?

Potensielt kunne man tenke seg at reformen fører til flere mottakere med større bistandsbehov – at pasientene gjennomgående er mer syke. Dette på bakgrunn av at omsorgstjenestene etter reformen mottar pasienter som tidligere ble behandlet i sykehus, og som nå har rett på tilbud i kommunenes helse- og omsorgstjenester etter utskrivningen fra sykehus. Kommunene rapporterer nå om at de mer enn før gir tjenester til personer med sykdommene MS, ALS, KOLS, trafikkskadde og for tidlig fødte. Dette i tillegg til at mottakerne oftere er personer med psykiske lidelser og rus-problemer

Dette krever åpenbart et tilleggsspørsmål: hvordan måles ansvarsmengden i helse- og omsorgstjenestene? For å kvalitetssikre konklusjonen om at den reduserte utgiftsøkningen etter 2012 faktisk betyr at mengden av ansvar som er overført til kommunene er moderat, trengs annet empirisk materiale: dokumentasjon av det faktiske helse- og omsorgsbehovet som pasientene samlet sett har, og av hva som kreves for å imøtekomme dem. Dette er imidlertid knapt tilgjengelig, og så langt vi kan se blir fraværet av denne typen dokumentasjon ikke diskutert i noe offentlig dokument. Derfor er det for så vidt rimelig at den heller ikke legges til grunn for samhandlingsreformen og oppfølgingen av den. Altså: når det gjelder den samlede økningen av behov som etter gjeldende lov og forskrift skal imøtekommes, er ingen god oversikt tilgjengelig. Enda mer interessant er det at den ikke synes å bli etterlyst. Et viktig unntak er dog en nylig gjennomført undersøkelse fra IRIS (Abelsen m.fl. 2014), som – til tross for at den ikke diskuterer den samlede mengden behov som ivaretas i kommunene – kritisk diskuterer hva som kan tenkes å skje med ansvarsmengden.

Det er nærliggende å forvente at samhandlingsreformen vil bidra til to typer endring i pleie- og omsorgstilbudet i kommunene: etablering/oppbygging av nye tjenester/aktiviteter og nedbygging/fortrengning av eksisterende tjenester/aktiviteter (s.78).

For å illustrere bildet av situasjonen i kommunene ytterligere, viser vi til Telemark Kommunerevisjon sin nylige gjennomgang av kommunene i nedre del av fylket.<sup>3</sup> Denne gjennomgangen angår kommuner som samlet sett er ganske representative for landet som helhet.

Antall mottakere av hjemmetjenester og gjennomsnittlig antall tildelte timer hjemmetjeneste, har ikke økt i Skien kommune i den perioden vi ser på. Sett i forhold til den eldste delen av befolkningen, har ikke kommunen fått flere sykehjemsplasser. Antall korttidsplasser er redusert (s.ii).

---

<sup>3</sup> <http://tekomrev.no/wp-content/uploads/2014/11/750013-Samhandlingsreformen-i-Grenland-Skien-kommune.pdf>

Korttidsavdelingen og rehabiliteringsenheten har trolig merket samhandlingsreformen mest. Det er der presset om å ta imot utskrivningsklare pasienter er størst. Kommunen har omdisponert plassene for best å samsvare med behovene hos brukere og pasienter, men som nevnt er den samlede kapasiteten ikke økt. Presset fra utskrivningsklare pasienter kan ha gjort det vanskeligere for hjemmeboende å få korttids- og rehabiliteringsopphold. Tall fra rehabiliteringsenheten viser at andelen hjemmeboende som har fått opphold, er halvert fra 2011 til 2013. Pasientene på disse avdelingene er sykere enn før, og den gjennomsnittlige liggetiden har økt (s.ii).

Utgiftene for pleie- og omsorgstjenester har vært stabile i perioden 2010 til 2013. I 2013 er nivået litt lavere i Skien enn hva det er i egen kommunegruppe. Kommunen fikk økte statlige overføringer i forbindelse med samhandlingsreformen. (...) I 2013 var overføringen noe større enn kommunens utgifter, kommunen hadde dermed et «overskudd» på ordningen dette året (s.iii).

Selv om Skien kommune ligger noe etter nabokommunene når det gjelder investering i kompetanse, ser vi at situasjonen synes å være relativt god – kommunen har endog gått med «overskudd» og tilsynelatende fått mer statlige midler enn den trenger. Den eneste opplysningen om behovene som tas med i rapporten fra Telemark kommunerevisjon, angår pasientene i rehabiliteringsavdelingen. Der er det sykere pasienter enn før, og plassene er færre.

La oss derfor undersøke dette fenomenet grundigere og se litt på hva tilgjengelig statistikk kan indikere. IPLOS-tallene i KOSTRA-databasen er godt egnet for formålet. De illustrerer en rekke sentrale kjennetegn ved omfang av tjenestene og kostnadene det innebærer. I tillegg gir de for eksempel oversikt over hvordan tjenestene fordeles i henhold til grader av bistandsbehov. Men begrensningen disse tallene har i relasjon til spørsmålet vi stiller her, er at de måler alt med utgangspunkt i vedtak om tildeling av tjenester i kommunene. Kategorien «Omfattende pleiebehov» er i realiteten ikke basert på en faglig vurdering alene, men en vurdering/vedtak som er gjort av fagfolk som kjenner sektorens økonomi, prioriteringsprofil og helse- og omsorgspolicy. I lys av dette er det interessant å merke seg at tall for perioden etter innføringen av Samhandlingsreformen stort sett representerer en videreføring – og i all hovedsak en moderat sådan – av mønstre som forelå i tiden før. Samlet sett representerer dette mønsteret en interessant utvikling i retning av gradvis færre behov, slik Helsedirektoratet understreker:

Hjemmesykepleie for de eldre har utviklet seg ulikt for ulike aldersgrupper. Blant de over 90 år mottar flere enn før hjemmesykepleie, for aldersgruppen 80-89 er det like mange som før, mens for de yngste eldre i aldersgruppen 67-79 år er andelen som mottar tjenesten redusert de siste årene (s.132).

Disse gjennomsnittstallene dekker riktignok over store forskjeller mellom kommunene. Ser vi for eksempel på gjennomsnittlig antall tildelte ukentlige timer per bruker av hjemmesykepleie i de fem kommunene vi har undersøkt, varierer den mellom 1,9 timer og 4 timer. Vi kan legge til at på landsbasis har antall tildelte timer ikke økt siden Samhandlingsreformen ble innført.<sup>4</sup>

Vi har vært inne på at incentivsystemet i sykehusene og kommunene er så dramatisk forskjellige at man kan undre seg over at de faktisk finnes i samme land og er en del av den samme helsepolitikken. Noe liknende gjelder avgjørelser som regulerer forholdet mellom ansvarsmengde, personell, tid og kompetanse. I kommunene er dette forholdet i hovedsak skapt relativt uavhengig av de som utfører oppgavene, og i henhold til andre kriterier enn selve behovet. I tillegg til dette er det helt

---

<sup>4</sup> <https://www.ssb.no/a/kostra/stt/varia-bel.cgi?f=95254922811832&r=156000&r=EKG02&r=EKA15&r=EAKUO&r=EAK&t=2014&std=checked&v=K1213111619P03232>

avgjørende at mens sykehuset altså kan regulere ansvarsmengden ved å skrive ut pasienter raskere, eller å etablere køer når kapasitetsproblemer oppstår, kan de kommunale helse- og omsorgstjenestene i realiteten ikke gjøre noen av delene. De fungerer derfor i praksis som en ansvarsabsorberende instans. Denne funksjonen hviler primært på helse- og omsorgspersonellet, altså de som yter tjenestene i praksis. På dette nivået er forholdet mellom arbeidsmengde, kompetanse og personell flytende og fleksibelt. De fleste kommuner har et mål om økt kompetanse, men oppfølgingen er knyttet til en mengde andre faktorer enn det tjenestebehovet definerer. I en av kommunene vi har undersøkt i dette prosjektet, har andelen sykepleiere blitt økt gjennom flere år, og kvaliteten er i ferd med å bli relativt god. Men det siste året har andelen gått ned, og så vidt vi kan forstå finnes ingen klar faglig/kvalitetsmessig begrunnelse for dette.

Dette har minst to viktige konsekvenser. For det første skaper det stor fleksibilitet. Helse- og omsorgstjenestene i kommunene har lang tradisjon for å absorbere ansvar, og i den forstand representerer den store ansvarsoverføringen som Samhandlingsreformen skapte ikke noe fundamentalt nytt. For det andre er det en etablert tradisjon for ikke å måle ansvarsmengde, standardisere kostnader i henhold til behov eller etablere kompetanse- eller kvalitetskrav, verken hos statlige myndigheter eller i kommunene. Disse to faktorene sammen bidrar til at helse- og omsorgstjenestene i kommunene kan endre seg mye uten at det legges spesielt godt merke til.

### 1.1.2 Erfaringer fra førstelinjen

Det meste av oppmerksomheten Samhandlingsreformen har skapt når det gjelder de kommunale helse- og omsorgstjenestene, har vært knyttet til spesialisering. Dette virker rimelig, siden det er den økende mengden av spesialisthelsefunksjoner som har bidratt sterkest til å endre det kommunale tilbudet rent institusjonelt. Enkelte større kommuner har opprettet helsehus med en rekke spesialistfunksjoner som knapt noen for kort tid siden kunne forestille seg skulle bli håndtert utenfor sykehusene. I tillegg er det for eksempel etablert intensivplasser i rehabiliteringsavdelinger ved kommunale sykehjem over det meste av landet, og gjennomført en stor opprusting av de ordinære hjemmetjenestenes kapasitet til å yte avansert medisinsk behandling. Sammen med spesialiseringen har det også foregått en styrking av helse- og omsorgstjenestenes kompetansegrunnlag. Andelen årsverk med høgskoleutdanning har økt med seks prosent på landsbasis i løpet av åtte år (2006-2014).<sup>5</sup>

Tjenestebildet har imidlertid endret seg på langt mer komplekse måter. Mønsteret er imidlertid vanskelig å beskrive entydig. La oss illustrere dette med et eksempel: forholdet mellom antall eldre, den generelle helsetilstanden blant de eldre, reduksjonen i institusjonsplasser og det økende antallet utskrivingsklare pasienter fra sykehus, tilsier en økning av antall timer hjemmesykepleie. Når antall timer gitt til hjemmesykepleie ikke har økt, er det grunn til å anta at kriteriene for tildeling av tjenester har endret seg over tid i kommunene – slik også eksemplet Telemark Kommune-revisjons beskrivelse av Skien kommune illustrerer. Dette er ikke overraskende; vi har lenge visst at terskelen for å få tilgang til helse- og omsorgstjenester i norske kommuner heves (Abelsen m.fl. 2014). Men samtidig må det ha foregått en betydelig konsentrasjon av ressursene som går med til disse tjenestene. Færre timer til hver enkelt bruker brukes til å håndtere langt mer kompetansekre-

---

<sup>5</sup> <https://www.ssb.no/a/kostra/stt/varia-bel.cgi?f=95254922811832&r=156000&r=EKG02&r=EKA15&r=EAKUO&r=EAK&t=2014&std=checked&v=K1180011141P00017609>



vende oppgaver enn tidligere. Innholdet i kategorien «omfattende bistandsbehov» har trolig endret seg mye i løpet av kort tid. I tillegg har det blitt skapt et nytt mønster av pasientforløp internt i kommunene, spesielt mellom hjem og til og fra korttidsplasser, noe som gjør at endringstakten er høyere og kravene til beredskap og fleksibilitet har økt.

Flere andre viktige konsekvenser følger av dette. Blant de viktigste er trolig at koordineringsoppgaver har vokst sterkt i omfang sammen med krav til planlegging og dokumentasjon. Det brukes følgelig langt mer tid på å koordinere team med sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter og andre spesialister, tilpasse tjenestene og avklare roller, innsats og forventninger med pårørende, integrere opplæring i tjenesteprosessen, samordne andre enheter i og utenfor kommunen, kompensere for utilgjengelige fastleger og så videre. Det økte behovet for å foreta komplekse faglige vurderinger og beslutninger må også understrekes, for de kommunale helse- og omsorgstjeneste har tradisjonelt fungert uten at det har vært nødvendig å ta hensyn til at fagfolk må møtes for å diskutere faglige utfordringer. I tillegg til dette kommer andre typer oppgaver som tjenesteyterne i førstelinjen har overtatt fra annet personell som er skåret bort – som merkantilt personell, kjøkkenpersonell, rengjøringspersonell, transporttjenester med mer. Endelig kan vi ta med at det vi med et noe tungvint uttrykk kan kalle koordineringens infrastruktur, er eksepsjonelt sårbar. Kommunene har ikke råd til mange ansatte i fulle stillinger, og sammen med det relativt høye antall ansatte som ikke har høgskoleutdanning, skaper dette store transaksjonskostnader. I mange tilfeller skaper dette også store mengder dobbeltarbeid for fagpersonalet. Når den normale faglige og kapasitetsmessige beredskapen i realiteten viser å være mer et unntak enn en normalsituasjon (på grunn av sykefravær, brå endringer i brukers helsetilstand, en fraværende fastlege, en kollega som må læres opp, behov for en samtale med pårørende og så videre), er det vår erfaring at det kan bli store mengder dobbeltarbeid. Vi legger til her at andelen ufaglærte er redusert med kun 3% i løpet av perioden 2008-2014.<sup>6</sup>

En illustrasjon av dette er en tilsynelatende triviell detalj i Samhandlingsreformen. Når sykehuset skriver ut pasienter, orienteres pasienten hva hun eller han kan forvente av tjenester i kommunen, ikke minst for at pasienten skal føle seg tryggest mulig. Mange av sykepleierne vi har intervjuet i kommunene forteller at dette ofte skaper forventninger som ikke kan innfris. Det skaper behov for møter, utfordrende samtaler, tilpassing av tilbudet – og potensielt andre oppgaver i tillegg. Ikke noe av det vi har nevnt her inngår i helsemyndighetenes målinger av Samhandlingsreformens konsekvenser. Dette viser også til et annet allment, og svært viktig fenomen: på grunn av de kommunale helse- og omsorgstjenestenes strukturelle posisjon, blir det deres rolle å ta ansvar for konsekvenser av at oppgaver på andre nivå, og samordningen mellom alle partene som er involvert i stadig mer komplekse forløpene, ikke blir negative – i tillegg til kjerneoppgavene. Her er noen illustrasjoner av hva det kan bety (eksemplene er hentet fra kommentarfelt i spørreundersøkelsen):

For få faglærte ved avdelinger som tar ansvar ved endringer i pasientens tilstand. Har medført alvorlig helsesvikt når sykepleier med ansvarsvakt får innsikt i situasjonen.  
Lav dekning av leger, gjennomtrekk av vikarleger og tilsynslege som ikke er oppdatert på ny teknologi/ behandlingsmetoder. Tjenesten sliter med lav sykepleierdekning.  
Vanskelig å få rekruttert nye til stillinger.

---

<sup>6</sup> <https://www.ssb.no/a/kostra/stt/varia-bel.cgi?f=95254922811832&r=156000&r=EKG02&r=EKA15&r=EAKUO&r=EAK&t=2014&std=checked&v=K1109951094P00012706>

Tildelingsteam tar ikke hensyn til avdelingens behov og legger inn pasienter uten at avdelingen er klare for det. Ofte har de for lite innsikt i sykdom og diagnoser og legger inn pasienter som burde fått behandling på andre steder som er mer egnet. De hører aldri på det vi sier og gjør kun det som passer dem best. Pasientene ender opp med å komme til en avdeling som er kaotisk pga at vi ikke har fått tid til å planlegge/flytte/vaske rom.

Bestillerkontoret prøver å frata oss myndighet over eget fag selv om de ifølge helsepersonelloven ikke har anledning til dette. Opplever at de ikke er på pasientens side, men at de er dørvoktere over kommuneøkonomien. De omdefinerer og splitter opp deler av sykepleiearbeidet til praktisk bistand for å kunne ta betalt for det. De snakker om å fylle kriterier i stedet for å se på pasientens behov. Sykepleien blir strippet ned til enkeltoppdrag

Fastlegene tar ikke problemstillinger alvorlig, de svarer ikke på e-meldinger, føler de ofte tar forhastede beslutninger og at vi nesten må fortelle de hva de skal gjøre.

Noen fastleger er svært utfordrende å få tak i og samarbeide med. Bruker mindre tid nå som vi bruker e-meldinger men syns at fastlegene må komme mer på banen. Hjemmesykepleien kan beskrives som edderkoppa i nettet som må spinne alt sammen. Mye tid og energi på dette.

Vi skal komme tilbake til disse endringene og hva de innebærer. Vi understreker at de omfattende konsekvensene av Samhandlingsreformen er uløselig knyttet til hvordan ulike institusjoner håndterer ansvar.

## 2. Metodiske tilnærminger

### 2.1 Spørreundersøkelse blant sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien

---

I 2013 gjennomførte NOVA en omfattende spørreundersøkelse blant sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem i kommuner spredt over hele landet (Gautun og Syse 2013). Formålet med undersøkelsen var å kartlegge hvordan de kommunale helse- og omsorgstjenestene tar imot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehuset som følge av Samhandlingsreformen. Resultatene viste blant annet at sykepleierne gir uttrykk for at de har fått mer varierte og spennende oppgaver etter at reformen trådte i kraft, samtidig som de opplever det som vanskelig at det følger for lite ressurser med de økte oppgavene. Andre hovedfunn var at sykepleierne etterspør kompetansehevede tiltak, og at nesten halvparten av informantene gir uttrykk for at hjemmeboende eldre har fått et redusert tjenestetilbud som følge av reformen. Det ser også ut til at hjemmesykepleien opplever en større økning enn sykehjem i antall pasienter som utskrives fra sykehus (Gautun og Syse 2013, s. 14).

Med utgangspunkt i NOVAs spørreundersøkelse fra 2013, har vi gjennomført en tilsvarende spørreundersøkelse blant sykepleiere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Spørreskjemaet inneholder i flere av de samme spørsmålene som i 2013, men enkelte av spørsmålene er slettet mens andre er omformulert. Vi har også føyd til flere temaer og spørsmål for å inkludere flere dagsaktuelle problemstillinger. Mens NOVAs undersøkelse i stor grad fokuserte på endringer etter Samhandlingsreformen, har vi lagt større vekt på sykepleiernes vurderinger av dagens situasjon, særlig når det gjelder behov og tilrettelegging av kompetanse. Vi har også lagt mindre vekt på antall og sammensetning av pasientgruppen som utskrives fra sykehuset, og hvordan reformen har påvirket tjenestetilbudet til andre brukere i kommunen.

Hovedtemaene i spørreskjemaet er som følger:

- Ressurser, kompetanse og tjenestekvalitet
- Endringer i arbeidsoppgaver og arbeidssituasjon de siste tre årene
- Samhandling med sykehus og ulike deltjenester i kommunen
- Tilrettelegging og behov for kompetanseutvikling

På samme måte som i 2013 ble spørreundersøkelsen sendt til 5000 sykepleiere som jobber på sykehjem og 5000 sykepleiere i hjemmesykepleien. Utvalget ble trukket fra NSF's medlemsregister, og undersøkelsen ble sendt ut elektronisk via programmet SurveyXact. Undersøkelsen ble gjennomført i april måned i 2015, og vi sendte ut én puring i løpet av denne perioden.

Til sammen besvarte 2705 sykepleiere undersøkelsen. Dette er et høyere tall enn i 2013 (2372), men likevel et markant lavere antall enn de 10 000 spørreskjemaene som ble sendt ut. En nærmere gjennomgang viser at ca. 400 skjemaer ikke kom frem på grunn av feil e-postadresse, mens 907 respondenter valgte å avslutte besvarelsen før den var gjennomført. 60 personer ga tilbakemelding om at de ikke var i målgruppen og har derfor blitt slettet fra utvalget. Det betyr at over 6000 sykepleiere enten har mottatt undersøkelsen og valgt å ikke svare, eller de har aldri sett forespørselen. Som også NOVA bemerker i sin rapport fra 2013, er nok «hovedproblemet» her at mange av e-postadressene ikke er i bruk. NSF registrerer (som oftest private) e-postadresser når sykepleierne melder seg inn i forbundet, uten at de oppdateres jevnlig. Sannsynligvis har et relativt stort antall

brukere latt være å slette e-postadresser selv om de har sluttet å bruke dem, uten at vi vet hvor mange dette gjelder. Det er nok også en del som har latt være å svare på undersøkelsen fordi de eksempelvis er pensjonerte eller har byttet jobb, uten at de har kontaktet oss. Likevel: Nærmere 3000 besvarelser fra hele landet gir oss et godt grunnlag for å kunne si noe om hvordan sykepleiere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten vurderer ulike sider ved sin arbeidshverdag.

## 2.2 Kvalitativ metode

---

Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført i fem kommuner (to i hver). Til sammen ble om lag 60 personer intervjuet. De fem kommunene ble valgt ut for å oppnå størst mulig representativitet med hensyn til størrelse, økonomi, beliggenhet og kompetanseprofil. Kommunene omfatter en større bykommune i østlandsområdet, en middels stor bykommune i Sørøst-Norge, en bykommune i Midt-Norge, en middels stor distriktskommune i Vest-Norge og en liten distriktskommune i Nord-Norge.

Intervjuene ble gjennomført i henhold til en kombinasjon av to komplementære metodiske design:

(1) Semantisk nettverk-design (se Haukelien m.fl. 2011) innebærer å kartlegge meningsdomener (semantikk står for «læren om språkets innholdsside», altså *betydning*). Med utgangspunkt i problemstillinger, ord og begrep som er sentrale for informantene, søker forskeren å kartlegge de meningsfulle helhetene disse inngår i, måten de er organisert på, og hvilke semantiske implikasjoner dette har. På denne måten er det mulig å kartlegge (via induksjon fra resonnement, ikke fra direkte påstander) hvilke verdier som er sentrale innen et gitt felt, hvordan de henger sammen og hvordan de realiseres (via mer eller mindre aksepterte normer og konkrete valg). For eksempel: Hvilken status har kategorier som «ansvar», «sykepleiefaglig kvalitet», «prioritering», «samhandling», «samarbeid», «effektivitet», «godt nok», «verdighet», og hva står disse kategoriene eventuelt i opposisjon til? Eller er det andre, mer konkrete verdier som gir mening i arbeidshverdagen, og i så fall: hvordan uttrykkes disse, hvordan henger de sammen og hvordan begrunnes de innenfor rammen av relevante sosiale fellesskap (avdelingen, fagfeller, sykehjemmet, hjemmetjenestesonen, ledelsen, etaten, kommunen)?

Et annet eksempel: I et prosjekt vi gjennomførte for KS hvor vi undersøkte frihetsverdier og likhetsverdier, oppdaget vi via denne typen strategi at de to verdiene faktisk ikke sto i opposisjon til hverandre blant informantene, til tross for at det på forhånd var atskillig grunn til å anta nettopp det. Dette fikk omfattende konsekvenser for vår videre analyse (Haukelien m. fl. 2011).

(2) Rekonstruksjonsdesignet bygger på innsikten om at kulturell kunnskap for en stor del er organisert som modeller for handling, eller «scripts», som ikke nødvendigvis reflekteres i språklig representasjon (Bennardo og deMunck 2013, Kronenfeld 2008). Det innebærer å bruke samtalen med informantene til å bevege seg fra normnivået til konkrete valg, altså fra fortellinger om hvordan ting *bør* gjøres til hvordan ting *faktisk blir gjort* gitt de konkrete betingelsene som foreligger i de helt konkrete situasjonene. Hensikten er å ta hensyn til at vi mennesker organiserer kunnskap på ulike måter for ulik bruk, og at intervjuer som oftest oppfattes som norm-orienterte situasjoner.

Denne komplementære metodiske strategien gir mulighet for å overvinne begrensninger som konvensjonelle intervjuopplegg lider under, og som skapt tvetydige data – spesielt om forhold som (uten at verken informanter, forskere eller oppdragsgivere nødvendigvis tenker mye over det) er kontroversielle, rutiniserte eller omgitt av sterke normer (for eksempel faglige).

# 3. Resultater fra spørreundersøkelsen

I dette kapitlet gjennomgår vi funnene fra spørreundersøkelsen rettet mot sykepleiere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Vi beskriver både de generelle funnene og ser nærmere på hvordan svarfordelingen varierer mellom ulike grupper. Her studerer vi særlig hvordan svarene varierer mellom hjemmesykepleie og sykehjem, mellom «førstelinjeansatte» og ansatte i lederstilling, og mellom sykepleiere som jobber i henholdsvis små, mellomstore og store kommune. Under noen av spørsmålene vil vi tilføye utfyllende kommentarer og sitater hentet fra intervjuundersøkelsen.

## 3.1 Om respondentene

---

Totalt svarte 2705 sykepleiere på undersøkelsen. Bakgrunsspørsmålene i skjemaet viser at respondentene kjennetegnes av blant annet følgende karakteristikker:

- 95 % av respondentene er kvinner
- Gjennomsnittsalderen er 48 år. 60 % av respondentene er over 40 år. Gjennomsnittsalderen er noe høyere i hjemmesykepleien (51 år) enn på sykehjem (44 år).
- Respondentene har i snitt 16 års arbeidserfaring, og har i snitt jobbet på samme arbeidssted i 9 år
- 45 % jobber i hjemmebaserte tjenester, 45 % på institusjon, mens 10 % har krysset av for «annet»
- Blant de som jobber i hjemmebaserte tjenester oppgir 13 % av de er tilknyttet omsorgsboliger med eller uten heldøgns bemanning
- Blant de som arbeider på institusjon svarer 58 % at de jobber på en langtidsavdeling, mens 42 % jobber på ulike typer korttidsavdelinger
- 96 % av sykepleierne oppgir at de har fast stilling (i snitt 90 %-stilling)
- 16 % av respondentene oppgir at de har en lederstilling på arbeidsplassen. Av disse krysser 86 % av for at de har personalansvar, 48 % har budsjettansvar, mens 54 % har økonomiansvar. 39 % har både personal-, budsjett- og økonomiansvar.
- 40 % av sykepleierne har fullført formell master- eller videreutdanning. Dette gjelder en noe høyere andel av pleierne på institusjon (40 %) enn i hjemmesykepleien (36%). 58 % av sykepleierne med lederstilling har fullført en slik utdanning

Det ser ut til å være god geografisk spredning på respondentene: Totalt er hele 370 av 428 kommuner i Norge representert. Ved hjelp av kommunenummer har vi også koblet innbyggertall fra SSB til hver enkelt respondents arbeidskommune. Tabellen under viser fordelingen av respondenter i henhold til kommunistørrelse:

Tabell 1 Fordeling etter kommunestørrelse (innbyggere). N=2705

Kommunestørrelse	Antall	Prosent
Færre enn 3000	202	7
3001-10 000	641	24
10 001 - 20 000	406	15
20001 - 50 000	620	23
50 001 eller flere	826	31

Tabellen viser at det er en god fordeling på kommuner av ulik størrelse målt ved antall innbyggere. Fordelingen synes også å samsvare godt med tilsvarende tabell i undersøkelsen fra 2013 (Gautun og Syse 2013, s. 23).

I gjennomgangen av resultatene vil vi sammenligne svarene med NOVAs undersøkelse fra 2013 der dette er mulig. Ulike metodiske grep i de to undersøkelsene gjør imidlertid at vi må være forsiktige med å legge for stor vekt på disse sammenligningene. I motsetning til hva NOVA gjorde har vi inkludert en «vet ikke/ikke relevant»-kategori på flere spørsmålene, da vi mener at respondentene som vurderer noe som «midt på treet» bør skilles fra de som oppgir at de ikke har grunnlag for å svare på spørsmålet. Mens man i 2013 valgte å ekskludere respondentene som hadde skiftet arbeidssted siden samhandlingsreformen ble innført, har vi valgt å inkludere alle i analysene, men gi dem muligheten til å svare «ikke relevant». Som nevnt innledningsvis, er også formuleringene på flere av spørsmålene endret noe siden 2013.

## 3.2 Ressurser, kompetanse og kvalitet

I den første delen av undersøkelsen ble sykepleierne bedt om å ta stilling til en rekke påstander knyttet til ressurser, kompetanse og kvalitet i tjenesten. De fleste påstandene har seks svaralternativer; «helt enig», «delvis enig», «verken enig eller uenig», «delvis uenig», «helt uenig» og «vet ikke/ikke relevant». I tabellene viser vi som regel hvordan andelen som sier seg helt enig eller delvis enig i en påstand, varierer mellom hjemmetjeneste, institusjonstjeneste og samtlige respondenter.

### 3.2.1 Ressurser og bemanning

Sykepleierne ble først bedt om å vurdere en rekke påstander om ressurser og bemanning i tjenesten.

Tabell 2 Ressurser og bemanning i tjenesten: Hvor enig er du i følgende utsagn? Svaralternativer: Helt enig, delvis enig, verken enig eller uenig, delvis uenig, helt uenig, vet ikke/ikke relevant. Tabellen viser andel respondenter som svarer «helt enig» eller «delvis enig». Svarfordeling hjemmetjeneste, sykehjem og alle respondenter.

	Hjemmetjenesten	Sykehjem	Alle
Tjenesten jeg jobber i er tilstrekkelig bemannet for å klare å ta imot pasienter fra sykehus	57 %	50 %	54 %
Vi har tilstrekkelig sykepleiefaglig kompetanse til å ivareta våre pasienter	67 %	66 %	66 %
Tjenesten har det medisinsk-tekniske utstyret som skal til	45 %	60 %	53 %
Antall ufaglærte er for høyt	54 %	61 %	57 %
Tjenesten er tilstrekkelig bemannet med sykepleiere	56 %	47 %	51 %
Tjenesten har nok personell med helsefaglig utdanning	58 %	52 %	55 %
Vi trenger flere sykepleiere med videreutdanning/master	70 %	68 %	69 %
Legedekningen er tilstrekkelig	46 %	52 %	49 %
Tjenesten har god nok tilgang til støttefunksjoner som merkantil, vedlikehold, renhold etc.	42 %	45 %	44 %
Det er mange ubesatte stillinger i min tjeneste	36 %	39 %	37 %
Kompetanse og ressurser i avdelingen er like god i helger som på ukedager	24 %	20 %	22 %
Sykepleiere i min tjeneste bruker mye tid på utføre oppgaver som kunne vært utført av andre personellgrupper	75 %	79 %	77 %
Det leies som regel inn vikarer ved fravær	72 %	77 %	75 %
Det leies som regel inn kvalifiserte vikarer ved fravær	37 %	31 %	34 %
N=	1193-1201	1192-1200	2642-2656

Tabellen viser oss at litt over halvparten av de spurte, 57 % i hjemmetjenesten og 50 % i institusjon, mener at tjenesten er tilstrekkelig bemannet for å klare å ta imot pasienter fra sykehuset. Innen begge tjenesteområdene oppgir en høyere andel (66 %) at tjenesten har tilstrekkelig sykepleiefaglig kompetanse til å ivareta pasientene. Videre viser resultatene at andelen som er enig i at tjenesten har tilstrekkelig medisinsk-teknisk, utstyr, er klart lavere i hjemmetjenesten (45 %) enn i institusjon (60 %). Når det gjelder behovet for kompetanse, ser det ut til at sykepleierne særlig etterlyser flere ansatte med videreutdanning/master. Nærmere 70 % krysser av for at tjenesten har behov for flere sykepleiere med slik utdanning. I underkant av halvparten av de spurte (49%), noe færre i hjemmetjenesten enn i institusjon, er enige i at legedekningen er tilstrekkelig, mens noe færre er enige i at tjenesten har god nok tilgang til ulike støttefunksjoner. Litt lenger ned i tabellen

viser tallene at det er relativt få som er enig i at kompetanse og ressurser i avdeling er like god i helger som på ukedager, mens et stort flertall er enige i at sykepleierne bruker mye tid på å utføre oppgaver som kunne vært utført av andre personellgrupper. Til slutt ser at vi de fleste er enige i at det som regel leies inn vikarer ved fravær, men at disse i mindre grad vurderes å være kvalifiserte. Vi har også sett nærmere hvordan svarfordelingen varierer mellom sykepleiere med og uten lederstilling. Analysene viser da at lederne jevnt over vurderer ressurs- og bemanningssituasjon som noe bedre enn de øvrige ansatte, noe eksemplene i tabellen nedenfor viser.

Tabell 3 Ressurser og bemanning i tjenesten: Hvor enig er du i følgende utsagn? Svaralternativer: Helt enig, delvis enig, verken enig eller uenig, delvis uenig, helt uenig, vet ikke/ikke relevant. Tabellen viser andel respondenter som svarer «helt enig» eller «delvis enig». Svarfordeling ledere og ikke ledere.

	Leder	Ikke-leder
Tjenesten jeg jobber i er tilstrekkelig bemannet for å klare å ta imot pasienter fra sykehus	62 %	51 %
Tjenesten har det medisinsk-tekniske utstyret som skal til	66 %	50 %
Antall ufaglærte er for høyt	45 %	59 %
Sykepleiere i min tjeneste bruker mye tid på utføre oppgaver som kunne vært utført av andre personellgrupper	64 %	78 %
Det leies som regel inn kvalifiserte vikarer ved fravær	52 %	31 %
N=	504-509	2138-2149

Som vi ser av tabellen, svarer 62 % av lederne av tjenesten er tilstrekkelig bemannet til å ta imot pasienter fra sykehus, mens 51 % av sykepleierne uten lederstilling svarer det samme. Det er også markant flere ledere (66 %) som mener at tjenesten har det medisinsk-tekniske utstyret som skal til, sammenlignet med de andre ansatte (50 %). 45 % av lederne mener at antall ufaglærte er for høy, mot 59 % av andre ansatte. Videre ser at det er færre ledere (64 %) enn ikke-ledere (78 %) som er enige i at sykepleierne bruker mye tid på å utføre oppgaver som kunne vært utført av andre personalgrupper. Til slutt viser tabellen at 52 % av lederne er enige i at det som regel leies inn kvalifiserte vikarer ved fravær, mot 31 % blant de andre ansatte. For øvrig mener omtrent like mange ledere (46 %) som ikke-ledere (44 %) at tjenesten har god nok tilgang til ulike støttefunksjoner. Vi finner også kun små variasjoner når det gjelder vurderinger av behovet for flere sykepleiere med videreutdanning/master (ledere 65 % versus ikke-ledere 69 %).

I resultatene finner vi visse variasjoner i resultatene mellom kommuner av ulik størrelse. Den største forskjellen mellom små og store kommuner gjelder påstanden om legedekning. Mens 61 % av sykepleierne i de minste kommunene mener at legedekningen er tilstrekkelig, gjelder dette 43 % av sykepleierne i de største kommunene. Det er også en noe høyere andel i de små kommunene (54 %) som er enige i at de har god nok tilgang til støttefunksjoner som merkantil, vedlikehold, renhold etc., sammenlignet med de største kommunene (40 %). Andelen som er enige i at tjenesten er tilstrekkelig bemannet, er også høyere i de små kommunene (62 %) enn i de største kommunene (50 %).

Flere av påstandene over var også inkludert i NOVAs undersøkelse i 2013. Sammenligner vi svarene fra de to undersøkelsene, ser det ut til at bemanningssituasjonen oppleves noe bedre i dag. I



2013 svarte kun 32 % at tjenesten er tilstrekkelig bemannet for å klare å ta imot pasienter fra sykehus, mot 54 % i vår undersøkelse. Tilsvarende svarte 34 % i 2013 at tjenesten er tilstrekkelig bemannet med sykepleiere, mens 51 % i denne undersøkelsen svarer det samme. Det er også flere i vår undersøkelse som opplever at de har det medisinsk-tekniske utstyret som er nødvendig. I 2013 oppga henholdsvis 30 % i hjemmetjenesten og 43 % i institusjon i at de har nødvendig utstyr, mens de tilsvarende tallene i tabellen over viser 45 % og 60%.

### 3.2.2 Kompetanse

Sykepleierne ble også spurt om det etter dere vurdering er områder i tjenesten hvor det er behov for økt kompetanse for å gi brukerne bedre oppfølging og behandling. Over 9 av 10 krysser av for at det er områder med behov for økt kompetanse.

Videre ble sykepleierne bedt om å oppgi hvilke fagområder de mener har et slikt behov. Tabellen nedenfor viser andelen som krysser av for de ulike områdene, fordelt på hjemmetjenestene, institusjon og alle respondenter.

Tabell 4 Behov for økt kompetanse: På hvilke områder vurderer du at det er et slikt behov? Flere kryss mulig. Svarfordeling hjemmetjeneste, institusjon og alle respondenter.

	Hjemmetjeneste	Institusjon	Alle
Demens	64 %	70 %	67 %
Psykisk helse	63 %	57 %	60 %
Geriatrici	52 %	63 %	58 %
Palliativ behandling	50 %	51 %	51 %
Hud/sårbehandling	47 %	42 %	44 %
Rus	47 %	22 %	34 %
Helsefremmende og forebyggende arbeid	44 %	30 %	37 %
Kreft	42 %	34 %	38 %
Diabetes	40 %	29 %	34 %
Lungesykdommer	39 %	35 %	37 %
Akuttmedisin	37 %	35 %	36 %
Hjerneslag	32 %	35 %	33 %
Hjerte- og karsykdommer	30 %	31 %	31 %
Infeksjon	28 %	33 %	31 %
Lårhalsbrudd/ortopedi	17 %	22 %	20 %
N=	1205	1206	2673

Som vi ser av tabellen, er demens, psykiatri, geriatri og palliativ behandling de fire områdene der behovet for mer kompetanse ser ut til å være størst. Behovet for økt kompetanse innen geriatri er størst innen institusjon, mens vi lenger ned i tabellen ser at behov for økt kompetanse innen både

rus, helsefremmende og forebyggende arbeid, kreft og diabetes er betydelig høyere i hjemmetjenesten. Sykepleierne fikk også mulighet til å spesifisere andre områder med behov for mer kompetanse. I kommentarfeltet nevnes særlig ernæring, dokumentasjon og rehabilitering/habilitering gjentatte ganger.

I NOVAs spørreundersøkelse fra 2013 ble sykepleierne spurt om hvor god fagkompetanse tjenesten har på ulike områder. Resultatene viste da at særlig rus og psykiatri skiller seg ut på en negativ måte. Over halvparten (53 %) av sykepleierne svarer at tjenesten de jobber i mangler kompetanse i forhold til pasienter som er rusmisbrukere, mens 44 % svarer at de mangler kompetanse på psykiatri. Samtidig svarer kun et mindretall av sykepleierne at kompetansen innen behandling av sykdommer i hjerte/kar, lunge, ortopedi, hjerneslag, infeksjoner, kreft og/eller palliasjon, demens og geriatri, er mangelfull (NOVA 2013, s. 36). Dette kan tyde på at selv om kompetansen innen geriatri og demens vurderes som god, er dette områder der det «alltid» vil være behov for mer kompetanse, særlig i institusjon. Motsatt ser vi at behovet for økt kompetanse innen rus ikke vurderes som særlig stor blant de ansatte på institusjon, selv om mange i 2013 svarte at kompetansen på området er mangelfull.

Fra fokusgruppeintervjuene kommer det også frem at behovet for økt kompetanse innenfor rus/psykiatri vurderes som spesielt høyt i hjemmetjenestene. De fleste kommuner har organisert psykisk helse som egne team innenfor hjemmetjenestene. Det betyr at de i betydelig større grad enn de øvrige sykepleierne har mulighet til å utøve sin spesialkompetanse i det de slipper å forholde seg til andre problemstillinger enn pasientenes psykiske helse, slik sitatene under illustrerer. En annen side ved organiseringen av psykisk helse og rus i et eget team utenfor den ordinære turnusen, er at de øvrige ansatte i hjemmetjenestene overtar pasienter med store psykiske problemer på kvelder, i helger og høytidsdager, noe de ikke føler seg rustet til. Her er et knippe uttalelser fra fokusgruppeintervjuene. Sitatene er hentet fra alle fem kommunene.

Vi trenger flere psykiatriske sykepleiere. Vi har mye komplisert psykiatri. Vi kommer knapt inn døra. Hjemmetjenesten må ta alt.

Psykisk helseteam tar bare samtaler

De som jobber innenfor psykisk helse jobber i eget team, og de tviholder på den sekken, mens andre ønske å åpne den opp.

Det vi kan minst er rus og psykiatri. Vi har en ruskonsulent og psykiatrisk team. De går hjem klokka halv fire. Rusa folk som ringer og ber oss komme. Vi må lære å være strenge. Vi får ikke rapport fra psykisk helseteam. Vi leverer ut antabus og metadon. Ofte veldig diffust beskrevet. Bare «demens», eller «utagerende»

Vi kunne trengt kompetanse i alderspsykiatri. Vi har en demenssykepleier, men hun får ikke brukt kompetansen

Det er bare alvorlig syke med psykiatriske lidelser som får vedtak om tjenester fra psykisk helse.

### 3.2.3 Tjenestekvalitet

I neste del av undersøkelsen ble sykepleierne bedt om å vurdere en rekke påstander om kvaliteten på tjenestene de tilbyr brukere og pasienter. Påstandene er knyttet til ulike aspekter ved kvalitetsbegrepet, som individuell tilpasning, samordning av tjenester og hvorvidt tjenesten dekker på fysiske og sosiale behov. Tabellen under viser andelen sykepleiere som oppgir at de er svært enig eller ganske enig i de ulike påstandene.

Tabell 5 Kvaliteten på tjenestetilbudet: Hvor enig er du i følgende utsagn? Svaralternativer: Helt enig, delvis enig, verken enig eller uenig, delvis uenig, helt uenig, vet ikke/ikke relevant. Tabellen viser andel respondenter som svarer «helt enig» eller «delvis enig». Svarfordeling hjemmetjeneste, institusjon og alle respondenter.

	Hjemmetjeneste	Institusjon	Alle
Den sykepleiefaglige kvaliteten ivaretas på en god måte	75 %	71 %	73 %
Pasientenes behov for sosial kontakt og fellesskap ivaretas godt	28 %	46 %	37 %
Vi har et sterkt fokus på egenomsorg og hverdagsrehabilitering	62 %	49 %	55 %
Vi har tid til å ivareta pasientenes behov for omsorg	37 %	40 %	38 %
Ernæring ivaretas på en god måte	49 %	71 %	60 %
Pasientenes hygiene ivaretas på en god måte	81 %	87 %	84 %
Pasienter i min tjeneste får tilstrekkelig med legetilsyn og medisinsk behandling	59 %	71 %	65 %
Det brukes for liten tid på den enkelte pasient	70 %	74 %	72 %
Vi legger vekt på individuell tilpasning i samarbeid med bruker/pasient	72 %	70 %	71 %
Vi prioriterer samarbeid med og oppfølging av pårørende	59 %	74 %	66 %
Tilbudet til den enkelte pasient er helhetlig og koordinert	50 %	59 %	54 %
Samarbeidet mellom kommune og sykehus gir gode pasientforløp	39 %	41 %	40 %
Det er en utfordring av pasienter flyttes mellom enheter internt i kommunen	39 %	44 %	42 %
Tjenestekvaliteten er like god i helger som på ukedager	25 %	21 %	23 %
Jeg vet alltid hvem som har det medisinske behandlingsansvaret for pasienten	62 %	80 %	71 %
Avviksmeldinger tas på alvor og følges opp slik at avvikene lukkes	45 %	48 %	47 %
N=	1193-1198	1194-1198	2630-2651

Et raskt blikk på resultatene gir et inntrykk av sykepleierne vurderer den sykepleiefaglige kvaliteten som god, og at i stor grad klarer å dekke brukernes primære behov, men at de har liten tid til å ivareta behov for sosial kontakt og omsorg. Vi ser at godt over 70 % av alle de spurte er svært enige eller ganske enige i at den sykepleiefaglige kvaliteten ivaretas på en god måte. Lenger ned ser vi også at godt over 80 % er enige i at pasientenes hygiene ivaretas på en god måte, mens over 70 % mener at tjenesten legger vekt på individuell oppfølging av den enkelte pasient. Samtidig ser vi altså at påstandene som omhandler omsorg og sosial kontakt får lavere oppslutning: 37 % av alle

de spurte, betydelig færre i hjemmetjenesten enn i institusjon, svarer at pasientenes behov for sosial kontakt og fellesskap ivaretas godt. Vi ser også at i under 40 % av sykepleierne mener at de har tid til å ivareta pasientenes behov for omsorg, og tilsvarende at et stort flertall (70 %) opplever at det brukes for liten tid til hver enkelt pasient. Tabellen viser også at utfordringene synes å være større i hjemmetjenesten på flere hold: Langt færre i hjemmetjenesten (49 %) enn i institusjon (71 %) er også enige i at ernæring ivaretas på en god måte, og det er færre i hjemmetjenesten som oppgir at de prioriterer samarbeid og oppfølging av pårørende. Andelen som er enige i at pasientene får tilstrekkelig med legetilsyn og medisinsk behandling er også betydelig lavere i hjemmetjenesten. Når det gjelder påstandene som omhandler samordning av tjenester, ser vi at litt over halvparten, og da flere i institusjon enn i hjemmetjenesten, mener at tilbudet til den enkelte pasient er helhetlig og koordinert. 40 % er enige i at samarbeidet mellom kommunen og sykehuset gir gode pasientforløp, mens omtrent like mange mener det er utfordrende at pasienter flyttes mellom enheter internt i kommunen. Ellers ser vi tydelig at sykepleierne i både hjemmetjeneste og institusjon er opplever at tjenestekvaliteten ikke er like god i helger som på ukedager. Hele 77 % av sykepleierne svarer at de er delvis eller helt *u*enige i dette. Nederst ser vi at under halvparten av sykepleiere (47 %) mener at avviksmeldinger tas på alvor og følges opp slik at avvikene lukkes.

Svarene sykepleierne gir på spørsmålene om kvalitet kan være vanskelige å tolke. De fremstår som selvmotsigende på flere områder. For eksempel: hvordan kan vi forklare at 75% av sykepleierne i hjemmetjenestene og 71% i institusjon mener at den sykepleiefaglige kvaliteten ivaretas på en god måte, samtidig som bare henholdsvis 25%/21% i hjemmetjeneste og institusjon mener at tjenestekvaliteten er like god i helger som på ukedager? Og hvordan skal vi tolke den relativt høye andelen som mener sykepleiefaglige kvalitet ivaretas på en god måte, samtidig som bare 28% i hjemmetjenesten og 46% i institusjon mener at sosial kontakt og fellesskap ivaretas på en god måte? Vi skal komme nærmere tilbake til en mulig måte å gi mening til disse tilsynelatende meningsløse sammenhengene i diskusjonskapittelet senere. I denne omgangen nøyer vi oss med å antyde at dette kan ha med særlig to forhold å gjøre. For det første er det grunn til å tro at sykepleieres vurdering av kvaliteten på tjenestene de gir er svært nært knyttet til deres egen identitet og selvforståelse som utøvere av et fag, og at en nedvurdering av kvaliteten på tjenestene lett kan føles som en nedvurdering av kvaliteten på eget arbeid. For det andre er det mye som tyder på at sykepleiere – og kanskje i særlig grad sykepleieledere – vurderer kvalitet ut fra relative og ikke absolutte standarder. Dersom det ikke finnes midler til å gi pasientene det de trenger i helgene, vurderes kvaliteten ut fra det som er mulig å få til innenfor de eksisterende rammene – og ikke ut fra en kontekst-uavhengig faglig standard. Sitatene under er tre av mange eksempler som kan tyde på en stor grad av plasticitet når det gjelder sykepleieres evne og vilje til å tilpasse seg ulike rådende forhold.

Vi er underbemannet totalt sett. Noen ganger er det 3 sykepleiere på. Da blomstrer vi, og får gjort masse.

Vi må senke på hva vi kan tilby. Vi må snu litt tankegangen til de som jobber. Det er ikke lett. Vi har måttet gå ned fra 3 til en gang i uka på noen tjenester. Ofte gjør de ansatte det likevel. Vi må se på hva som er lovfestet. På grunn av økonomi så kan de ikke ta den hårrullen likevel.

Vi inngår kompromisser når kommunen skal overta mer behandling. Det hele mennesket blir oversett litt. Det er mest prosedyrer. Samtaler blir satt til side. Vi reiser ikke hjem med skikkelig dårlig samvittighet, men det kunne vært bedre.

Når vi sammenligner resultatene fra sykepleierne med og uten lederstilling, finner vi flere interessante forskjeller. Tabellen nedenfor gir en oversikt over noen eksempler.

Tabell 6 Kvaliteten på tjenestetilbudet: Hvor enig er du i følgende utsagn? Svaralternativer: Helt enig, delvis enig, verken enig eller uenig, delvis uenig, helt uenig, vet ikke/ikke relevant. Tabellen viser andel respondenter som svarer «helt enig» eller «delvis enig». Svarfordeling leder og ikke-leder.

	Leder	Ikke-leder
Pasientenes behov for sosial kontakt og fellesskap ivaretas godt	51 %	35 %
Vi har tid til å ivareta pasientenes behov for omsorg	53 %	35 %
Ernæring ivaretas på en god måte	75 %	55 %
Det brukes for liten tid på den enkelte pasient	57 %	73 %
Pasienter i min tjeneste får tilstrekkelig med legetilsyn og medisinsk behandling	73 %	62 %
Tilbudet til den enkelte pasient er helhetlig og koordinert	70 %	51 %
Samarbeidet mellom kommune og sykehus gir gode pasientforløp	50 %	39 %
Tjenestekvaliteten er like god i helger som på ukedager	32 %	20 %
Avviksmeldinger tas på alvor og følges opp slik at avvikene lukkes	76 %	41 %
N=	2132-2144	500-507

Resultatene viser tydelig at lederne gjennomgående gir bedre score på flere av påstandene knyttet til tjenestekvalitet. Mens kun 35 % av sykepleierne uten lederstilling mener at pasientenes behov for sosial kontakt og fellesskap ivaretas godt nok, er over halvparten av lederne (51 %) enige i denne påstandene. Tilsvarende svarer 53 % av lederne at man har tid til å ivareta pasientenes behov for omsorg, mens kun 35 % av sykepleierne uten lederstilling er enige i dette. Videre ser vi at differansene er store både når det gjelder blant annet vurderingene av ernæring, hvorvidt tilbudet til den enkelte er helhetlig og koordinert, og hvorvidt tjenestekvaliteten er like god i helger som på ukedager. Den aller største differansen mellom de to gruppene finner vi på påstanden om avviksmeldinger: Hele 76 % av lederne er enige i at avviksmeldinger tas på alvor og følges opp slik at avvikene lukkes, men kun 41 % av de andre ansatte er enige i dette. Utfordringene knyttet til avviksmeldinger trekkes også frem i de kvalitative intervjuene:

Avvik er ikke behandlet siden oktober i fjor, for lederen er sjuk. Noe avviksmeldinger blir avvist, andre «er til behandling» – etter flere år. Vi sitter 10-15 minutter ekstra for å skrive avvik. Hvorfor skal jeg gidde å strekke meg? Føler meg som en dura-celldukke.

Samtidig som det er tydelige variasjoner i svarfordelingen mellom ledere og andre ansatte, er det interessant å se at også lederne stiller seg kritiske til flere av påstandene. For eksempel svarer altså kun halvparten av lederne at samarbeidet mellom kommune og sykehus gir gode pasientforløp, mens kun 32 % er enige i at tjenestekvaliteten er like god i helger som på ukedager.

Når det gjelder variasjoner i tjenestekvalitet mellom kommuner av ulik størrelse, er det særlig påstandene knyttet til koordinering og samhandling som skiller seg ut: Mens 26 % av sykepleierne i de minst kommunene (under 5000 innbyggere) mener at det er en utfordring at pasienter flyttes mellom enheter internt i kommunen, er 47 % av sykepleierne i de større kommunene (over 30 000 innbyggere) enige i dette. Andelen som er enige i at samarbeidet mellom kommunen og sykehus gir gode pasientforløp, er også betydelig høyere i de små kommunene (53 %) enn i de største

kommunene (37 %). Også på de andre påstandene knyttet til tjenestekvalitet er sykepleierne i de minste kommunene gjennomgående mer positive enn i de største kommunene, selv om forskjellene her ikke er like store. Den største differansen finner vi på påstanden om legetilsyn og medisinsk behandling. Mens 75 % av sykepleierne i de minste kommunene mener at pasientene i tjenesten får tilstrekkelig med legetilsyn og medisinsk behandling, er 58 % i de store kommunene enige i det samme.

### 3.3 Endringer de siste tre årene

I undersøkelsen spurte vi også om hvorvidt sykepleierne har opplevd *endringer* de tre siste årene, både knyttet til endringer i egne arbeidsoppgaver og arbeidssituasjon, og i tjenesten generelt.

#### 3.3.1 Endringer i arbeidsoppgaver og arbeidssituasjon

Tabellen nedenfor viser andelen sykepleiere som sier seg svært enig eller nokså enige i påstandene om endringer i arbeidsoppgaver og arbeidssituasjon de tre siste årene.

Tabell 7 Endringer i arbeidssituasjon og arbeidsoppgaver: Hvor enig er du i følgende utsagn? Svaralternativer: Helt enig, delvis enig, verken enig eller uenig, delvis uenig, helt uenig, vet ikke/ikke relevant. Tabellen viser andel respondenter som svarer «helt enig» eller «delvis enig». Svarfordeling hjemmetjeneste, institusjon og alle respondenter.

	Hjemmetjeneste	Institusjon	Alle
Kompleksiteten i de sykepleiefaglige oppgavene har økt de siste tre årene	88 %	87 %	87 %
Jeg bruker mer tid på avanserte prosedyrer og oppgaver	72 %	70 %	71 %
Jeg føler meg ofte utrygg på oppgaver jeg skal utføre	30 %	34 %	32 %
Jeg trenger opplæring og veiledning i utførelsen av nye oppgaver	76 %	77 %	76 %
Jeg har fått mer varierte og faglig utfordrende oppgaver	78 %	77 %	77 %
Jeg følger opp flere pasienter i løpet av en vakt enn før	64 %	60 %	62 %
Jeg har ansvar for flere brukere med omfattende tjenestebehov enn før	78 %	71 %	74 %
Jeg har nok tid til å dokumentere arbeidet mitt	30 %	27 %	29 %
Jeg bruker mer tid på administrasjon og koordinering, for eksempel inn- og utskrivninger fra sykehus	65 %	54 %	60 %
Jeg bruker mer tid på oppgaver som kunne vært ivaretatt av støttepersonell	56 %	68 %	62 %
N=	1181-1193	1187-1191	2615-2632

Som figuren viser, svarer de aller fleste sykepleierne, nærmere 9 av 10, at kompleksiteten i de sykepleiefaglige oppgavene har økt de siste tre årene. Det store flertallet (71 %) er også enige i at de bruker mer tid på avanserte prosedyrer og oppgaver, og at de har fått mer varierte og faglig utfordrende arbeidsoppgaver (76 %). Langt færre (32 %) oppgir at de ofte føler seg utrygge på oppgaver de skal utføre, samtidig som 76 % er enige i at de trenger opplæring og veiledning i utførelsen av nye oppgaver. Dette tilsynelatende paradokset skal vi forsøke å forklare på bakgrunn av de kvalitative intervjuene. En stor andel av sykepleierne opplever altså at de har fått mer kompliserte arbeidsoppgaver de siste 3 årene, at de trenger opplæring og veiledning i nye prosedyrer, men at flestparten likevel føler seg trygge på oppgavene de utfører. På grunnlag av intervjuene har vi grunn til å tro at samhandlingen med sykehusene er blitt gradvis bedre, vel og merke på enkelte punkter. Et av de punktene handler om opplæring. I flere kommuner forteller sykepleierne at de får tilbud om faglig veiledning, kurs og hospitering fra sykehusene i forbindelse med overtakelse av pasienter hvor det skal gjennomføres særlig kompliserte prosedyrer. Flere av sykepleierne vi har intervjuet har fulgt slike undervisningsopplegg. Enkelte kommuner ser likevel ut til å ha så stor arbeidsbelastning at sykepleierne ikke er i stand til å ta imot de tilbudene som gis, og de betegner kommunens praksis som uforsvarlig:

Pasientene blir skrevet ut tidligere. Vi får veldig syke folk hjem. Kompetansen strekker ikke til.

Når det gjelder endringer i antall pasienter og deres behov, ser vi at litt over 6 av 10, noe flere i hjemmetjeneste enn i institusjon, er enige i at de følger opp flere pasienter i løpet av en vakt enn før. Langt flere av sykepleierne, 78 % i hjemmetjenesten og 71 % i institusjon, er enige i at de har ansvar for flere brukere med omfattende tjenestebehov enn før. Videre viser tabellen at kun 29 % er enige i at de har nok tid til å dokumentere arbeidet sitt. Faktisk svarer 60 % av alle de spurte at de er *helt* eller *delvis* uenig i dette. Nederst ser vi at flere i hjemmetjenesten (65 %) enn i institusjon (60 %) oppgir at de bruker mer tid på administrasjon og koordinering, mens en større andel av sykepleierne i institusjon er enige i at de bruker mer tid på oppgaver som kunne vært ivaretatt av støttepersonell.

Resultatene fra disse påstandene samsvarer i stor grad med svarene fra NOVAs spørreundersøkelse i 2013. I 2013 svarte nesten alle (91 %) at kompleksiteten i de sykepleiefaglige oppgavene har økt, mens 74 % ga uttrykk for at de har fått mer spennende og varierte arbeidsoppgaver. Om trent like mange som i dag (73 %) svarte at de har behov for opplæring og veiledning i utførelsen av nye oppgaver, mens 76 % oppga at de bruker mer tid til rapportering og administrasjon. Helhetsinntrykket fra de to undersøkelsene er dermed det samme; Flere brukere med omfattende tjenestebehov innebærer økt kompleksitet og mer spennende og varierte oppgaver, samtidig som det er utfordrende å møte økte krav til dokumentasjon og administrasjon.

Videre spurte vi sykepleierne om hvorvidt de har fått nye oppgaver og/eller prosedyrer i løpet av de siste tre årene. Her svarer de aller fleste, 87 % i hjemmetjenesten og 84 % i institusjon, at de har fått nye oppgaver. Tabellen nedenfor gir en oversikt over hvilke områder disse oppgavene er knyttet til. Sykepleierne fikk mulighet til å sette flere kryss.

Tabell 8 Nye oppgaver og/eller prosedyrer i løpet av de siste tre årene: Hvilke områder er disse oppgavene knyttet til? Flere kryss mulig. Svarfordeling hjemmetjeneste, institusjon og alle respondenter.

	Hjemmetjeneste	Institusjon	Alle
Intravenøs medikamentell behandling	44 %	48 %	46 %
Palliasjon	47 %	44 %	46 %
Koordinering av pasientforløp og tjenestetilbud	45 %	39 %	42 %
Behandling av kompliserte sår	44 %	33 %	39 %
Fagutvikling og kvalitet i tjenesten	33 %	37 %	35 %
Sondeernæring	38 %	30 %	34 %
Vurdering og bestilling av hjelpemidler	35 %	24 %	29 %
Rehabilitering/habilitering	29 %	27 %	28 %
Dren	22 %	10 %	16 %
Respiratorbehandling	8 %	9 %	8 %
N=	1205	1206	2673

Resultatene viser at flest sykepleiere krysser av for at de har fått nye oppgaver knyttet til intravenøs medikamentell behandling (46 %), palliasjon (46 %) og koordinering av pasientforløp og tjenestetilbud (21 %). Tabellen viser at de ansatte i hjemmetjenesten jevnt over krysser av på flere alternativer enn de ansatte i institusjon, noe som indikerer at hjemmetjenesten i større grad har fått nye ansvarsoppgaver. Dette gjelder både palliasjon, koordinering av pasientforløp og tjenestetilbud, behandling av kompliserte sår, sondeernæring, vurdering og bestilling av hjelpemidler og dren. I et åpent felt fikk sykepleierne også mulighet til å spesifisere hvilke områder eventuelle nye oppgaver er knyttet til. Svarene som ofte gjentas er blant annet dialysebehandling, demenskartlegging, laboratorieoppgaver, hverdagsrehabilitering, smittevern, merkantile oppgaver og administrasjon/dokumentasjon.

### 3.3.2 Endringer i tjenesten

Tabellen nedenfor viser andelen sykepleiere som sier seg svært enig eller nokså enige i påstandene om endringer i tjenesten de tre siste årene.



Tabell 9 Endringer i tjenesten/institusjonen de siste tre årene: Hvor enig er du i følgende påstander? Svaralternativer: Helt enig, delvis enig, verken enig eller uenig, delvis uenig, helt uenig, vet ikke/ikke relevant. Tabellen viser andel respondenter som svarer «helt enig» eller «delvis enig». Svarfordeling hjemmetjeneste, institusjon og alle respondenter.

	Hjemmetjeneste	Institusjon	Alle
Arbeidsbelastningen har økt	87 %	88 %	87 %
Trivselen har økt	34 %	35 %	34 %
Sykefraværet har gått opp	49 %	53 %	51 %
Antallet ufaglærte er redusert	31 %	27 %	29 %
Antallet sykepleiere er økt	45 %	40 %	43 %
Antall spesialsykepleiere har økt	22 %	22 %	22 %
Legedekningen har økt	8 %	29 %	19 %
Den samlede helsefaglige bemanningen er styrket	32 %	31 %	32 %
Pasientgjennomstrømningen i min tjeneste har økt	79 %	66 %	73 %
Vi ivaretar flere pasienter totalt enn tidligere	80 %	62 %	71 %
Flere pasienter enn tidligere krever tett oppfølging, som hyppigere besøk eller to ansatte i stell og pleie	86 %	83 %	85 %
Flere med god kompetanse søker utlyste stillinger hos oss nå	22 %	22 %	22 %
Min tjeneste har blitt pålagt krav om økonomiske innsparinger/kutt i stillinger og tilbud i løpet av de siste tre årene	77 %	79 %	78 %
N=	1188- 1196	1175- 1193	2614- 2640

Som vi ser av tabellen er de alle fleste sykepleierne enige i at arbeidsbelastningen har økt de siste tre årene. Langt færre, i alt 34 % gir uttrykk for at trivselen har økt, mens litt over halvparten er enige (51 %) i at sykefraværet har gått opp. Når det gjelder eventuell bemanningsøkning de siste tre årene, er alle prosenttallene relativt lave; 29 % mener at antall ufaglærte er redusert, 43 % er enige i at antallet sykepleiere har økt, kun 22 % svarer at antall spesialsykepleiere har økt, mens 32 % er enige i at den samlede helsefaglige bemanningen er styrket. Sykepleierne er i langt større grad enige i at pasientgruppen har endret seg; Vi ser at hele 73 %, og da markant flere i hjemmetjeneste enn institusjon, er enige i at pasientgjennomstrømningen i tjenesten har økt. Tilsvarende er det langt flere i hjemmetjenesten (80 %) enn i institusjon (62 %) som opplever at de ivaretar flere pasienter totalt enn tidligere. De aller fleste innen begge tjenesteområdene er også enige i at flere pasienter nå enn tidligere krever tett oppfølging. Kun 22 % av sykepleierne mener at flere med god kompetanse søker stillinger i tjenesten etter samhandlingsreformen. Her er det riktignok relativt mange som stiller seg nøytrale eller som krysser av for «vet ikke». Nærmere 80 % av sykepleierne er enige i at tjenesten har blitt pålagt krav om økonomisk innsparinger/kutt i stillinger og tilbud i løpet av de siste tre årene.

Også når det gjelder påstandene knyttet til endringer i tjenesten, finner vi flere interessante variasjoner i svarene fra ledere kontra de øvrige ansatte, noe eksemplene i tabellen under viser.

Tabell 10 Endringer i tjenesten/institusjonen de siste tre årene: Hvor enig er du i følgende påstander? Svaralternativer: Helt enig, delvis enig, verken enig eller uenig, delvis uenig, helt uenig, vet ikke/ikke relevant. Tabellen viser andel respondenter som svarer «helt enig» eller «delvis enig». Svarfordeling ledere og ikke-ledere.

	Ledere	Ikke-ledere
Trivselen har økt	52 %	31 %
Sykefraværet har gått opp	42 %	52 %
Antallet ufaglærte er redusert	44 %	25 %
Antallet sykepleiere er økt	55 %	40 %
Antall spesialsykepleiere har økt	33 %	20 %
Den samlede helsefaglige bemanningen er styrket	49 %	28 %
Flere med god kompetanse søker utlyste stillinger hos oss nå	39 %	19 %
N=	488-504	2117-2131

Vi ser av tabellen at litt over halvparten (52 %) av ledere mener at trivselen i tjenesten har økt, mens kun 31 % av sykepleierne uten lederstilling svarer det samme<sup>7</sup>. Lederne er også i mindre grad enige i at sykefraværet har økt (42 %) sammenlignet med de andre ansatte (52 %), mens de i større grad er enige i at antall ufaglærte er redusert (44 % versus 25 %). Generelt ser vi at lederne gir uttrykk for større bemanningsøkning enn det sykepleierne uten lederstilling gjør. Eksempelvis svarer 49 % av lederne at den samlede helsefaglige bemanningen er styrket, mens kun 28 % av andre ansatte er enige i dette. En langt større andel ledere enn ikke-ledere er også enige at flere med god kompetanse søker utlyste stillinger nå enn tidligere. Her er det imidlertid mange av sykepleierne uten lederstilling som svarer *vet ikke*, hele 22 %.

I likhet med de andre ansatte er de aller fleste lederne enige i at arbeidsbelastningen har økt de siste tre årene (87 %). Det er også små variasjoner i svarfordelingene på påstandene knyttet til pasientgruppen. 80 % av lederne er enige i at tjenesten ivaretar flere pasienter som krever tett oppfølging enn tidligere, sammenlignet med 80 % av sykepleierne som ikke er ledere. 81 % av lederne oppgir at tjenesten har blitt pålagt krav om økonomiske innsparinger/kutt i stillinger og tilbud i løpet av de siste årene, mot 77 % av de øvrige ansatte.

<sup>7</sup> Alle disse spørsmålene, og respondentenes svar på dem, er knyttet til «objektive» størrelser. Det gir midlertid liten mening å bruke nasjonale gjennomsnittstall som referanse for respondentenes vurderinger, for vurderingene kan være knyttet til en rekke lokale variasjoner som ulike respondenter legger ulik vekt på når de svarer. Snarere enn å vurdere hvilke av respondentgruppene som har mest «rett», legger vi vekt på at de relativt systematisk vektlegger ulike ting og derfor synes å erfare utviklingen ulikt. Tjenesteyterne opplever i sin arbeidssituasjon hvordan forholdet mellom endringer i ansvarsmengde og oppgaver, på den ene siden, står i forhold til endringer i bemanning, kompetanse, sykefravær osv. på den andre. Ledere, på sin side, synes i større grad å innnta et makroperspektiv på trendene, og har mindre direkte erfaring med hvordan ansvaret endrer seg «på bakken». Derfor antar vi at de to gruppene i noen grad svarer på noe ulike ting, og at ingen av dem nødvendigvis tar feil.

Sammenligner vi funnene med resultatene fra spørreundersøkelsen fra 2013, finner vi igjen at de to undersøkelsene samsvarer på flere punkter. I NOVAs undersøkelse ga 86 % uttrykk for at arbeidsbelastningen har økt, mens litt under halvparten var enige i at sykefraværet har økt. Det er også omtrent like mange (19 %) som er enige i at flere med god kompetanse søker utlyste stillinger i tjenesten. I 2013 ble sykepleierne i et separat spørsmål spurt: «Mottar dere færre eller flere pasienter fra sykehus etter at samhandlingsreformen trådte i kraft?» Her svarte betydelig flere hjemmesykepleiere (78 %) enn sykepleiere som jobber i sykehjem (59 %) at det har funnet sted en økning i antall pasienter. Dette samsvarer dermed godt med andelen som i vår undersøkelse er enige i påstanden «vi ivaretar flere pasienter totalt enn tidligere». I vår undersøkelse er det imidlertid flere som oppgir at trivselen har økt; I 2013 svarte kun 20 % at trivselen i tjenesten har økt etter samhandlingsreformen, mot 34 % i 2015. Kun 25 % av de spurte i 2013 var enige i at antall sykepleiere har økt, mens vi ser i tabellen over at 45 % er enige i dette i dag. Andelen som er enige i at antall ufaglærte er redusert, er også høyere i vår undersøkelse (29 %) enn det tallene fra 2013 viser (16 %).

### 3.4 Samarbeid med sykehus og kommunale aktører

I neste del av undersøkelsen fikk sykepleierne flere spørsmål om hvordan de vurderer samarbeidet med både sykehus og ulike deltjenester i kommunen.

#### 3.4.1 Samarbeid med sykehus

Når det gjelder samarbeidet med sykehuset, ble respondentene bedt om å si seg enig eller uenig i en rekke ulike påstander knyttet til samarbeidsforholdet. Flere av disse påstandene er hentet fra Paulsen og Grimsmo (2008), som gjorde en tilsvarende spørreundersøkelse blant nøkkelpersonell i omsorgstjenesten i et utvalg norsk kommuner i 2008. Noen av påstandene var også inkludert i NOVAs spørreundersøkelse fra 2013, men de ble kun stilt til respondentene som i et foregående spørsmål oppga at samarbeidet med sykehuset fungerte dårlig. Vi ba derimot samtlige respondenter om å ta stilling til påstandene.

Tabell 11 Samarbeidet med sykehuset: Hvor enig er du i følgende påstander? Svaralternativer: Helt enig, delvis enig, verken enig eller uenig, delvis uenig, helt uenig, vet ikke/ikke relevant. Tabellen viser andel respondenter som svarer «helt enig» eller «delvis enig». N=2595 (gj.snitt)

	Helt/delvis enig	Verken eller	Helt/delvis uenig	Vet ikke
Jeg synes det er lett å få tak koordinator i spesialisthelsetjenesten	23 %	25 %	32 %	20 %
Sykehuset innkaller til samarbeidsmøte i god tid før utskrivning av pasienter med omfattende pleiebehov	13 %	15 %	51 %	21 %
Sykehuset gir stort sett gode og treffsikre vurderinger av pasientens funksjonsnivå og behov	26 %	19 %	48 %	7 %
Jeg opplever ofte at pasientene som skrives ut fortsatt trenger sykehusbehandling	75 %	12 %	9 %	5 %
Jeg synes sykehuset gir gode anbefalinger om hva slags omsorgstilbud pasienten trenger etter utskrivning	32 %	25 %	35 %	8 %

Ved utskriving følger det med tilstrekkelig informasjon om pasientens funksjonsnivå og behov	37 %	17 %	42 %	5 %
Ved utskriving følger det med fullstendige medikamentlister	48 %	12 %	36 %	4 %
Vi har som regel tid til å få på plass nødvendig medisinsk teknologisk utstyr eller hjelpemidler for pasienten skrives ut	30 %	15 %	46 %	9 %
Manglende opplysninger i utskrivningsdokumentene gjør at vi ofte må kontakte sykehuset for mer informasjon	65 %	17 %	13 %	6 %
Vi får beskjed umiddelbart hvis det oppstår forandringer mht. utskrivningstidspunkt	48 %	18 %	25 %	9 %
Vi opplever ofte at sykehuset omgjør utskrivningsmeldinger	37 %	31 %	16 %	16 %
Det oppleves som utfordrende at pasienter skrives ut til alle døgnets tider og i helger	70 %	11 %	11 %	8 %
Jeg er fornøyd med mulighetene for veiledning fra spesialisthelsetjenesten	38 %	27 %	24 %	12 %
Jeg har god kjennskap til innholdet i samarbeidsavtalen med helseforetaket	44 %	22 %	25 %	8 %

Tabellen viser at 23 % av sykepleierne er enige i at det er lett å få tak i koordinator i spesialisthelsetjenesten, mens 32 % er uenige i dette. Her ser vi imidlertid at relativt mange svarer «vet ikke» eller «verken enig eller uenig», noe som kan tyde på at det er endel som ikke har tilgang til eller forholder seg til en slik koordinator. Videre ser vi at kun et mindretall (13 %) er enige i at det er sykehuset innkaller til samarbeidsmøte i god tid før utskriving av pasienter med omfattende pleiebehov. I overkant av halvparten (51 %) er delvis eller helt uenige i dette, og også her er det en del som svarer «vet ikke» eller «ikke relevant». Nær halvparten (48 %) er også uenige i at sykehuset stort sett gir gode og treffsikre vurderinger av pasientenes funksjonsnivå og behov, mens 26 % er enige i dette. Videre viser resultatene at et stort flertall av sykepleierne, hele 75 %, opplever at pasientene som skrives ut fortsatt trenger sykehusbehandling. Når det gjelder informasjon ved utskriving, er det tydeligvis fortsatt visse utfordringer i samarbeidsforholdet: bare 37 % mener at det følger med tilstrekkelig informasjon om pasientens funksjonsnivå og behov, mens bare litt under halvparten mener at det følger med fullstendige medikamentlister. Vi ser også en stor andel respondenter, 65 % oppgir at de ofte må ta kontakt med sykehuset på grunn av manglende informasjon. Kun 30 % mener at de som regel har tid til å få på plass nødvendig utstyr og hjelpemidler før pasienten skrives ut. Litt lenger ned viser tabellen ser vi at et stort flertall av sykepleierne (70 %) svarer at det oppleves som utfordrende at pasienter skrives ut til alle døgnets tider og i helger. 38 % er fornøyde med mulighet for veiledning, mens 44 % har god kjennskap til innholdet i samarbeidsavtaler med sykehus.

Når vi sammenligner svarene fra ansatte i institusjon og i hjemmesykepleien, finner vi visse variasjoner i svarfordelingen. Resultatene tyder på at samarbeidet med sykehuset oppleves som noe mer utfordrende blant de ansatte i hjemmetjenesten:

- Flere ansatte i hjemmetjenesten (80 %) enn i institusjon (72%) opplever ofte at pasientenes som skrives ut fortsatt trenger sykehusbehandling

- Det er langt flere av de ansatte i hjemmetjenesten (48%) enn i institusjon (28 %) som mener at sykehuset går for langt i å prøve å bestemme hva slags tilbud pasientene skal ha
- Det er flere i hjemmetjenesten (43 %) enn i institusjon (32 %) som ofte opplever at sykehuset omgjør utskrivningsmeldinger
- Andelen som er enige i at det følger med fullstendige medikamentlister ved utskrivning er også noe lavere i hjemmetjenesten (46 %) enn i institusjon (53 %)
- En noe høyere andel i hjemmetjenesten (76 %) enn i institusjon (70 %) opplever det som utfordrende at pasienter skriver ut til alle døgnets tider og i helger

På spørsmålene om samarbeidet med sykehuset finner vi få markante variasjoner i svarfordelingene mellom ledere og ikke-ledere. Kanskje ikke overraskende er den største forskjellen knyttet til kjennskap til samarbeidsavtalene: Mens 39 % av sykepleierne uten lederstilling oppgir at de har kjennskap til innholdet i samarbeidsavtaler med sykehuset, er hele 69 % av lederne enige i det samme. Det er også langt flere ledere (52 %) som sier seg enige i at sykehuset går for langt i å prøve å bestemme hva slags omsorgstilbud pasienten skal ha, sammenlignet med de øvrige ansatte (34 %).

Til slutt fikk alle respondentene også et mer generelt spørsmål om hvordan de vurderer samarbeidet med sykehuset.

Tabell 12 Alt i alt, hvordan opplever du samarbeidet med sykehuset? Svarfordeling hjemmetjeneste, institusjon og alle respondenter.

	Hjemmetjeneste	Institusjon	Alle
Svært bra	4 %	4 %	4 %
Nokså bra	49 %	49 %	49 %
Verken bra eller dårlig	31 %	31 %	31 %
Nokså dårlig	14 %	10 %	12 %
Svært dårlig	1 %	1 %	1 %
Vet ikke /ikke relevant	1 %	5 %	3 %
N=	1196	1197	2649

Her ser vi at til tross for at påstandene over viste at er visse utfordringer i samarbeidsforholdet, svarer likevel over halvparten av de spurte (53 %) at samarbeidet fungerer svært bra eller nokså bra. Det er kun et mindretall (13 %) av sykepleierne som mener at samarbeidet fungerer dårlig. Vi finner heller ikke store variasjoner mellom tjenestestedene på dette spørsmålet. Ett litt større andel av de ansatte i hjemmetjenesten opplever riktignok at samarbeidet fungerer nokså dårlig eller svært dårlig. NOVA stilte et tilsvarende spørsmål in sin spørreundersøkelse i 2013, men formulert på en litt annen måte: «Hvordan opplever du samarbeidet med sykehus om utskrivning av pasienter?» Da svarte langt flere, 27 % i hjemmetjenesten og 23 % i institusjon, at de vurderte samarbeidet som svært dårlig eller dårlig. Tilsvarende oppga henholdsvis 39 % og 41 % at samarbeidet fungerte svært bra eller bra. Som nevnt gir også våre kvalitative intervjuer grunnlag til å tro at samhandlingen med sykehusene gradvis har blitt bedre, vel og merke på enkelte punkter.

Ser vi nærmere på resultatene på dette spørsmålet brutt ned på kommunestørrelse, ser det ut til at samarbeidet med sykehus vurderes som bedre i de små kommunene. I kommunene med under 10 000 innbyggere svarer 67 % at samarbeidet med sykehuset fungerer svært bra eller nokså bra,

men de tilsvarende tallene er 48 % i kommuner med mellom 20 000 og 50 000, og 47 % i kommunene med over 50 000 innbyggere.

### 3.4.2 Samarbeid med ulike kommunale deltjenester

Sykepleierne ble videre bedt om å ta stilling til hvordan de vurderer samarbeidet med en rekke ulike deltjenester i kommunene. Tabellen nedenfor viser svarfordelingen blant alle de spurte. Respondentene ble bedt om å hoppe over tjenesten de selv jobber i.

Tabell 13 Vurderinger av samhandlingen med ulike aktører i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Antall svar (med unntak av hjemmesykepleie og sykehjem) varierer fra 2490 til 2581.

	Svært/nokså bra	Verken bra eller dårlig	Nokså/svært dårlig	Vet ikke/ikke relevant
Hjemmesykepleien	71 %	11 %	5 %	13 %
Legevakt	69 %	19 %	9 %	3 %
Sykehjem	67 %	14 %	6 %	13 %
Fysioterapi og ergoterapi	62 %	17 %	16 %	6 %
Tannhelsetjenesten	61 %	17 %	6 %	15 %
Hjelpemiddelsentralen	60 %	20 %	8 %	12 %
Fastlege	55 %	22 %	11 %	12 %
Kreftkoordinator	55 %	14 %	5 %	27 %
Tilsynslege	54 %	13 %	6 %	27 %
Bestillerkontor/tildelingsenhet	50 %	21 %	11 %	18 %
Øyeblikkelig hjelp døgntilbud (KAD)	48 %	19 %	7 %	26 %
Sykepleiere med spesialfunksjoner	46 %	21 %	7 %	26 %
Demenskoordinator	38 %	18 %	8 %	36 %
Ambulant team	36 %	18 %	6 %	39 %
Helsestasjon	18 %	13 %	3 %	66 %

Tabellen viser at på de flere tjenesteområdene er over halvparten av de spurte enige i at samarbeidet fungerer svært bra eller nokså bra. Vi ser at et stort flertall vurderer samarbeidet med legevakt som godt, samtidig som hjemmesykepleie og sykehjem er godt fornøyde med samarbeidet med hverandre. For flere av tjenestene ser vi at relativt mange av de spurte stiller seg «midt på treet» eller krysser av for vet ikke/ikke relevant. Det er derfor kun et mindretall av sykepleierne som vurderer samarbeidet med andre tjenester som nokså dårlig eller svært dårlig. Vi ser at fysioterapi og ergoterapi skiller seg noe ut ved at 16 % av sykepleierne mener at samarbeidet med denne tjenesten fungerer nokså dårlig eller svært dårlig. Dette gjelder en større andel av de ansatte på institusjon (19 %) enn i hjemmetjenesten. Ellers finner kun små forskjeller i svarfordelingen mellom de to tjenesteområdene.

I et oppfølgingsspørsmål fikk sykepleierne mulighet til å utdype hvorfor samarbeidet med de ulike tjenesteområdene fungerer bra eller dårlig. Kommentarfeltet viser at sykepleierne har klare meninger om de ulike samarbeidsforholdene, både positive og negative, som ikke kommer frem i en tabell som den over. Det er særlig samarbeidet med fastleger og bestillingskontor/tildelingsenheten som trekkes frem. Nedenfor presenterer vi et utvalg av disse kommentarene.

### Om fastleger:

Fastlegene tar ikke problemstillinger alvorlig, de svarer ikke på e-meldinger, føler de ofte tar forhastede beslutninger og at vi nesten må fortelle de hva de skal gjøre.

Det er mange fastleger å forholde seg til. Erfaringen er at sykepleiere gjør mye av legens arbeid. Vi må ofte korrigere medisinlister som ikke blir oppdatert hos legene. Flere har en dårlig holdning til sykepleierne, i form av å ikke følge opp div./ringe oss tilbake. Mye "slett" arbeid av leger.

Noen fastleger er svært utfordrende å få tak i og samarbeide med. Bruker mindre tid nå som vi bruker e-meldinger men synes at fastlegene må komme mer på banen. Hjemmesykepleien kan beskrives som edderkoppene i nettet som må spinne alt sammen. Mye tid og energi på dette.

Veldig god legedekning i kommunen, som gjør at samarbeidet med tjenesten fungerer veldig bra. Små forhold der alle kjenner alle, noe som gjør at engasjementet for den enkelte pasient er stort. Samtidig kan små forhold være en ulempe for enkelte, faks ifra rus.

Fastlegene reiser ikke på hjemmebesøk og det er ofte vanskelig å få svar på spørsmål som gjelder pasientene deres

### Om bestillerkontor/tildelingsenhet:

Vi er ei lita kommune på drøye 3000 innbyggere. Kun to deltidsansatte på tildelingskontor. Dette gir en god oversikt og god kjennskap, med trygghet for kontakt og god dialog mellom tjenestene når noe oppstår. Til tross for at vi har saksbehandlingstid langt over forvaltningslovens frister så gjøres vurderinger raskt etter søknad er mottatt og tjenesten iverksettes. Så kommer det formelle vedtaket desverre i andre rekke.

Saksbehandlere ser på seg selv som spesialistene som kan alt og vet best, og tar for lite hensyn til våre vurderinger - de stiller kritiske spørsmål til alle våre vurderinger. Det er slitsomt at de bruker alt som er sagt i vedtak av fortrolige opplysninger som bruker kan lese. Har ofte tenkt at tror ikke jeg orker å arbeide mere med helse når alle våre tiltak må begrunnes fra a til å og det snart er umulig å ta en selvstendig avgjørelse. Sier vi de imot så blir det kalt for samarbeidsproblemer.

Bestillerkontoret stiller krav til tidkrevende saksbehandling hvor den utøvende sykepleierens faglige skjønn blir vurdert på grunnlag av dennes evne til faglige skriftlige begrunnelse. Utøvende sykepleiere har liten tid til dokumentasjon og saksbehandling og det skriftlige grunnlaget for å fatte vedtak blir derfor ikke tilstrekkelig.

Tildelingsteam tar ikke hensyn til avdelingens behov og legger inn pasienter uten at avdelingen er klare for det. Ofte har de for lite innsikt i sykdom og diagnoser og legger inn pasienter som burde fått behandling på andre steder som er mer egnet. De hører aldri på det

vi sier og gjør kun det som passer dem best. Pasientene ender opp med å komme til en avdeling som er kaotisk pga. at vi ikke har fått tid til å planlegge/flytte/vaske rom.

Bestillerkontoret prøver å frata oss myndighet over eget fag selv om de ifølge helsepersonelloven ikke har anledning til dette. Opplever at de ikke er på pasientens side, men at de er dørvoktere over kommuneøkonomien. De omdefinerer og splitter opp deler av sykepleiarbeidet til praktisk bistand for å kunne ta betalt for det. De snakker om å fylle kriterier isteden for å se på pasientens behov. Sykepleien blir strippet ned til enkeltoppdrag

## Om legevakt:

Samarbeid med legevakt fungerer dårlig grunnet at de ikke tar hjemmesykepleiens vurderinger på nok alvor. En må ofte være "pasientens advokat" og overtale legevakslegen til hjemmetilsyn. Ofte ender det med innleggelse eller behandling for alvorlige komplikasjoner/sykdommer.

Interkommunal sykehjemslegevakt på kveldstid og helg har gitt bedre og meir heilhetlege behandling. Adekvat behandling blir sett i gang, og ein unngår unødvendig innlegging på sjukehus. Lettar mitt arbeid som sjukepleiar, sidan legane som har vakt er tilsynslegar på sjukeheim. Dei kjenner systemet, pasientgrupper/pårørande og veit kva det går i. Opplever at det er lett å ta kontakt, og at dei ringer tilbake for å høyre korleis det går.

## Annet:

Fysio/ergo og hjelpemiddeltjenesten har ikke kapasitet til å hjelpe så raskt det er behov for. Hjemmesykepleien må derfor ofte jobbe hos en pasient uten at nødvendige hjelpemidler er til stede. Og det er nesten umulig å få en ergoterapeut til å komme hjem til pasienter for vurderinger.

Vi er mange aktører under samme tak slik at kommunikasjonen er enklere. Fysioterapeut, Ergoterapeut, innsatsteam, hjemmetrenere, tildelingskontor og psykisk helse samt sykehjem og hjemmetjenesten

På min arbeidsplass er det tett samarbeid mellom de ulike faggruppene, institusjon og hjemmetjeneste. Jeg opplever å ha medarbeidere med både god formell kompetanse og høy reell innsikt, kunnskap og engasjement. Opplever også at det er en kultur for å "strekke seg ekstra". På den måten er det helst yrkesutøverne som løfter kvaliteten på tjenestene, mer enn systemet gjør det. Dette kan dessverre også medføre at kapasitetsproblemer blir kamuflert og dessuten projisert over på helsearbeiderens egen helse.

Jeg er selv demenskoordinator, men opplever at mine kollegaer ikke tar kontakt med meg for samarbeid. Jeg må alltid ta kontakt.

Samarbeid fungerer dårlig når man ikke får kommunisert med hverandre. Eksempelvis at man blir sittende i telefonkø, eller ikke får tak i personer man søker etter, eller skriver beskjeder i gitte forum hvor man ikke får tilbakemelding eller svar på nødvendige spørsmål. At mye informasjon går tapt da ting ikke blir godt dokumentert, eller at ulike instanser bruker ulike metoder og systemer slik at man ikke finner informasjonen.

Dei aktørane som er tilknytt fysisk arbeidsplassen samarbeider ein godt med. Dei vi må jakte på for å få avtale/ hjelp frå er veldig tidkrevende og ofte lite hjelp å få.

For få faglærte ved avdelinger som tar ansvar ved endringer i pasientens tilstand. Har medført alvorlig helsesvikt når sykepleier med ansvarsvakt får innsikt i situasjonen. Lav dekning



av leger, gjennomtrekk av vikarleger og tilsynslege som ikke er oppdatert på ny teknologi/ behandlingsmetoder. Tjenesten sliter med lav sykepleierdekning. Vanskelig å få rekruttert nye til stillinger.

Tverrfaglig vurdering/ samarbeidsmøte har gitt oss bra resultat men tidsbegrensning og lav bemanning hindrer helsepersonell å gi god kvalitet i behandling og omsorg.

## 3.5 Kompetanse – behov og tilrettelegging

---

Den siste delen av spørreundersøkelser inneholder flere spørsmål som dreier seg om behov og tilrettelegging for kompetanseutvikling, både organisert opplæring og kurs, kompetansekartlegging og faglig ajourhold samt formell master/utdanning.

### 3.5.1 Organisert opplæring eller kurs

Respondentene ble først spurt om hvorvidt de har deltatt i organisert opplæring eller kurs (som ikke gir studiepoeng eller formell spesialkompetanse) på eller utenfor arbeidsplassen i løpet av de siste tre årene. Tabellen under viser andelen respondenter som krysser av for «ja» på de ulike kategoriene.

Tabell 14 Har du deltatt i organisert opplæring og kurs (som ikke gir studiepoeng eller formell spesialkompetanse) på eller utenfor arbeidsplassen i løpet av de siste tre årene? Svarfordeling hjemmetjeneste, institusjon og alle respondenter.

	Hjemmetjeneste	Institusjon	Alle
Organisert opplæring og kurs utenfor arbeid	31 %	30 %	30 %
Organisert opplæring på arbeidstedet	29 %	32 %	30 %
Begge deler	38 %	40 %	39 %
Ikke deltatt	19 %	15 %	17 %
N=	1205	1206	2673

Tabellen viser at det ikke er store variasjoner mellom hjemmetjenesten og institusjon på disse spørsmålene: 30 % har deltatt på organisert opplæring og kurs utenfor arbeid, en like stor andel har deltatt på organisert opplæring på arbeidstedet, mens i underkant av 40 % har deltatt på begge deler. 17 % av respondentene, noen flere ansatte i hjemmetjenesten enn i institusjon, svarer at de ikke har deltatt på slik opplæring. Vi ser at den totale prosentandelen ikke går opp i 100 %, da respondentene (noe unødvendig) har hatt mulighet til å krysse av for flere alternativer.

Nærmere analyser viser en større andel av sykepleierne med lederstilling har gjennomført opplæring og kurs på eller utenfor arbeidsplassen sammenlignet med andre ansatte. Kun 10 % av lederne oppgir at de ikke har deltatt på opplæring i løpet av de siste tre årene, mot 18 % av sykepleierne uten lederstilling.

### 3.5.2 Kompetansekartlegging og faglig ajourhold

Videre ble sykepleierne bedt om å ta stilling til en rekke utsagn knyttet til kompetansekartlegging og faglig ajourhold. Tabellen under viser svarfordelingen blant alle de spurte.

Tabell 15 Kompetansekartlegging og faglig ajourhold: I hvilken grad er du i følgende utsagn? Alle respondenter. Antall svar= 2620 (gj.snitt)

	Helt/delvis enig	Helt/delvis uenig	Vet ikke
Arbeidsgiver har kartlagt min kompetanse i løpet av de siste tre årene	49 %	40 %	11 %
Det foreligger en kompetanseplan for min arbeidsplass	39 %	35 %	26 %
Det er avsatt tid i turnusplaner/arbeidsplaner til faglig ajourhold/fordypning	19 %	73 %	8 %
Det er avsatt tid i turnusplaner/arbeidsplaner til veiledning	18 %	73 %	9 %

Vi ser at nær halvparten av de spurte oppgir at arbeidsgiver har kartlagt kompetansen deres i løpet av de siste tre årene, mens litt under 40 % er enige i at det foreligger en kompetanseplan på arbeidsplassen. Når det gjelder påstandene om avsatt tid til faglig ajourhold og veiledning, er det langt færre som sier seg enig: Her svarer hele 73 % at de er helt eller delvis *uenig* i at det er avsatt tid til dette i turnusplaner/arbeidsplaner.

På alle disse påstander finner vi kun minimale forskjeller i svarfordelingen mellom hjemmetjeneste og institusjon, og også mellom kommuner av ulik størrelse. Som tabellen under viser finner vi imidlertid relativt store variasjoner i svarene mellom sykepleierne med og uten lederstilling:

Tabell 16 Kompetansekartlegging og faglig ajourhold: I hvilken grad er du enig i følgende utsagn? Andel som svarer «helt enig» eller «delvis enig». Svarfordeling ledere og ikke-ledere.

	Leder	Ikke-leder
Arbeidsgiver har kartlagt min kompetanse i løpet av de siste tre årene	66 %	46 %
Det foreligger en kompetanseplan for min arbeidsplass	69 %	34 %
Det er avsatt tid i turnusplaner/arbeidsplaner til faglig ajourhold/fordypning	33 %	17 %
Det er avsatt tid i turnusplaner/arbeidsplaner til veiledning	30 %	16 %
N=	499	2118

Vi ser at blant sykepleierne med lederstilling oppgir 66 % at arbeidsgiver har kartlagt kompetansen deres i løpet av de siste tre årene, mot 46 % av de øvrige ansatte. Hele 69 % av lederne er helt eller delvis enig i at det foreligger en kompetanseplan på arbeidsplassen, mens kun 34 % av sykepleierne uten lederstilling er enige i det samme. Her svarer 29 % sykepleierne uten lederstilling at de er usikre på om det foreligger en kompetanseplan. Når det gjelder avsatt tid til faglig ajourhold og veiledning, er henholdsvis 33 % og 30 % av lederne enig i at dette finner sted, mens de tilsvarende tallene blant øvrige ansatte er 17 % og 16 %.

### 3.5.3 Tilrettelegging for formell videreutdanning/master

I hvilken grad oppmuntrer eller stimulerer arbeidsgiverne sine ansatte til å ta formell videreutdanning eller master? Tabellen under viser fordelingen brutt ned på hjemmetjenester og institusjon, samt den totale svarfordelingen.

Tabell 17 I hvilken grad oppmuntrer eller stimulerer din arbeidsgiver sine ansatte til å ta formell videreutdanning/master? Svarfordeling hjemmetjeneste, institusjon og alle respondenter.

	Hjemmetjeneste	Institusjon	Alle
I stor grad	9 %	9 %	9 %
I noen grad	26 %	27 %	26 %
I mindre grad	24 %	22 %	23 %
Ikke i det hele tatt	34 %	33 %	33 %
Vet ikke/ikke relevant	7 %	9 %	8 %
N=	1194	1195	2641

Også her ser vi det ikke er store variasjoner i resultatene mellom hjemmetjeneste og institusjon. Kun 9 % er enige i at arbeidsgiver i stor grad oppmuntrer eller stimulerer de ansatte til å ta formell videreutdanning/master. Godt over halvparten, 56 %, mener at dette skjer «i mindre grad» eller «ikke i det hele tatt».

Igjen finner vi at svarene fra sykepleierne med lederstilling skiller seg fra de øvrige ansatte: Blant lederne svarer hele 64 % at arbeidsgiver i stor grad eller i noen grad oppmuntrer til å ta slik utdanning, mens 31 % oppgir at dette skjer i mindre grad eller ikke i det hele tatt. Blant sykepleierne som ikke er ledere er de tilsvarende tallene henholdsvis 31 % og 60 %.

De relativt lave andelen som svarer positivt på spørsmålet om arbeidsgiver oppmuntrer til å ta formell videreutdanning bekreftes i intervjuundersøkelsen. Flere av sykepleierne vi har intervjuet uttrykker ønske om videreutdanning eller master, men får ikke mulighetene tilrettelagt gjennom arbeidsgiver. Så når bare 9% oppgir at arbeidsgiver i stor grad oppmuntrer til å ta mer formell utdanning, viser det at kommunenes måte å løse utfordringene med større kompetansebehov i stor grad dekkes gjennom mindre kurs og opplæring som gir sykepleierne økt realkompetansen, men ikke formalkompetanse.

Videre ble sykepleierne spurt om hvordan arbeidsgiver praktisk legger til rette for at ansatte kan ta formell videreutdanning/master. Her fikk respondentene mulighet til å sette flere kryss.

Tabell 18 Hvordan legger arbeidsgiver praktisk til rette for at ansatte kan ta formell videreutdanning/master. Flere kryss mulig. Svarfordeling hjemmetjeneste, institusjon og alle respondenter.

	Hjemmetjeneste	Institusjon	Alle
Permisjon med hel/delvis lønn	32 %	32 %	32 %
Permisjon uten lønn	32 %	33 %	32 %
Stipend	9 %	9 %	9 %
Tilrettelegging av turnus	22 %	25 %	23 %
Avtale om høyere lønn/endret stillingskode ved fullført utdanning	13 %	12 %	13 %
Dekker kurs-/semesteravgift	17 %	17 %	17 %
Vet ikke/ikke relevant	40 %	39 %	39 %
N=	1205	1206	2673

Tabellen viser at det også her er lite forskjeller mellom hjemmetjeneste og institusjon. Det vanligste ser ut til å være at arbeidsgiver legger til rette for permisjon med eller uten lønn, dernest tilrettelegging av turnus. 17 % krysser av for at arbeidsgiver dekker kurs- eller semesteravgift. Svarene viser at det mindre vanlig at arbeidsgiver gir avtale og høyere lønn eller endret stillingskode (11 %), mens 9 % oppgir at arbeidsgiver gir stipend for formell videreutdanning/master. Samtidig ser vi at det en relativt stor andel, 39 %, som svarer vet ikke/ikke relevant på dette spørsmålet.

I tråd med det foregående spørsmålet krysser lederne av for flere av alternativene sammenlignet med sykepleierne uten lederstilling. Dette fremgår i tabellen under:

Tabell 19 Hvordan legger arbeidsgiver praktisk til rette for at ansatte kan ta formell videreutdanning/master. Flere kryss mulig. Svarfordeling ledere og ikke ledere.

	Leder	Ikke-leder
Permisjon med hel/delvis lønn	60 %	27 %
Permisjon uten lønn	37 %	31 %
Stipend	20 %	7 %
Tilrettelegging av turnus	39 %	20 %
Avtale om høyere lønn/endret stillingskode ved fullført utdanning	22 %	11 %
Dekker kurs-/semesteravgift	37 %	14 %
Vet ikke/ikke relevant	15 %	44 %
N=	509	2166

Resultatene viser at hele 60 % av lederne krysser av for at arbeidsgiver legger til rette for videreutdanning gjennom permisjon med hel/delvis lønn, mens dette kun gjelder 27 % av sykepleierne uten lederstilling. Videre ser vi at det er flere ledere som krysser av for permisjon uten lønn og stipend, og betydelig flere som oppgir at arbeidsgiver tilrettelegger gjennom tilrettelegging av turnus, avtale om høyere lønn/endret stillingskode og dekking av kurs-/semesteravgift. Nederst ser vi at

kun 15 % av lederne svarer «vet ikke/ikke relevant», mens dette gjelder 44 % av de øvrige ansatte.

### 3.5.4 Gjennomføring og behov for formell videreutdanning/master

Som nevnt innledningsvis, oppgir 40 % av sykepleierne at de har fullført formell master- eller videreutdanning. Dette ser ut til å gjelde en noe høyere andel av pleierne på institusjon (40 %) enn i hjemmesykepleien (36 %) 59 % av sykepleierne med lederstilling har fullført en slik utdanning, mot 36 % av sykepleierne som ikke er ledere.

Sykepleierne med fullført master/videreutdanning ble bedt om å krysse av for hvilket område utdanningen er innenfor.

Tabell 20 Innenfor hvilket område har du fullført din master/videreutdanning? Flere kryss mulig.

	Hjemmetjeneste	Institusjon	Alle
Geriatrici/eldreomsorg/demens	25 %	40 %	32 %
Ledelse	26 %	30 %	28 %
Palliasjon	11 %	12 %	12 %
Psykisk helsearbeid/rus	14 %	8 %	11 %
Kreftsykepleie	13 %	6 %	10 %
Helsesøster	2 %	4 %	3 %
Intensivsykepleie	2 %	3 %	3 %
Diabetes	3 %	2 %	2 %
Akuttsykepleie	1 %	3 %	2 %
Anestesisykepleie	1 %	2 %	1 %
Hudsykepleie	1 %	0 %	1 %
Nevrosykepleie	1 %	1 %	1 %
Jordmor	1 %	0 %	0 %
Kardiologisk sykepleie	0 %	0 %	0 %
Urologisk sykepleie	0 %	0 %	0 %
Barnesykepleie	0 %	0 %	0 %
N=	429	474	1063

Tabellen viser at den største andelen av de spurte (32 %), svarer at de har fullført master/videreutdanning innen geriatri/område og demens. Dette ser imidlertid ut til å være vanligere blant ansatte på institusjon enn i hjemmetjenesten. Dernest er det ledelse som er mest utbredt, 28 % krysser av for at de har tatt master/videreutdanning innenfor dette området. I overkant av 10 % oppgir at de har tatt slik utdanning innen palliasjon, psykisk helsearbeid eller kreftsykepleiere, mens de øvrige alternativene vi har listet opp er langt mindre vanlig. På dette spørsmålet er det imidlertid relativt

mange som har krysset av for «annet». En gjennomgang av spesifiseringene viser at temaene som går igjen her er helserett, veiledning, habilitering/rehabilitering og smertebehandling.

Videre ble sykepleierne med fullført videreutdanning/master spurt om de har spesielle arbeidsoppgaver eller ansvarsområder som er i tråd med spesialiseringen, og hvorvidt de er ansatte i stilling som spesialsykepleier.

Tabell 21 Har du spesielle arbeidsoppgaver eller ansvarsområder som er i tråd med din spesialisering? Er du ansatt i stilling som spesialsykepleier?

	Hjemmetjeneste	Institusjon	Alle
Har du spesielle arbeidsoppgaver eller ansvarsområder som er i tråd med din spesialisering?	63 %	58 %	60 %
Er du ansatt i stilling som spesialsykepleier?	45 %	41 %	43 %
N=	424	469	1050

Her ser vi at 60 % av de spurte, noe flere i hjemmetjenesten enn på institusjon, oppgir at de har fått spesielle arbeidsoppgaver eller ansvarsoppgaver i tråd med spesialiseringen. Det er også noen flere i hjemmesykepleien (45 %) enn i institusjon (41 %) som er ansatt i stilling som spesialsykepleier.

Blant lederne oppgir hele 85 % at de har spesielle arbeidsoppgaver i tråd med spesialiseringen, mens dette gjelder 53 % av sykepleierne uten lederstilling. 20 % av lederne er ansatt i stilling som spesialsykepleier sammenlignet med 52 % av de øvrige ansatte.

Nærmere analyser viser at andelen som har fått spesielle arbeidsoppgaver eller ansvarsområder, er høyere i kommunene med under 10 000 innbyggere (68%), sammenlignet med de største kommunene med over 50 000 innbyggere (55 %).

Tabell 22 Fikk du høyere lønn/og eller annen stillingskode som følge av din master/videreutdanning. Svarfordeling hjemmetjeneste, institusjon og alle respondenter.

	Hjemmetjeneste	Institusjon	Alle
Ja, både annen stillingskode og høyere lønn	44 %	39 %	42 %
Ja, annen stillingskode	3 %	5 %	4 %
Ja, høyere lønn	32 %	30 %	31 %
Nei, verken annen stillingskode eller høyere lønn	19 %	23 %	21 %
Vet ikke	3 %	3 %	3 %
N=	426	470	1055

Som tabellen viser, svarer flertallet av de spurte (42%), også her noe flere i hjemmetjeneste enn i institusjon, at de både har fått annen stillingskode og høyere lønn. Litt over 30 % oppgir at de har

fått høyere lønn, mens kun 4 % krysser av for at de kun har fått annen stillingskode. Vi ser at 21 % svarer at det verken har fått annen stillingskode eller høyere lønn.

Blant lederne er det en større andel som oppgir at de verken har fått en annen stillingskode eller høyere lønn som følge av master/videreutdanning: Dette gjelder 29 % av lederne, mot 18 % av sykepleierne uten lederstilling. Tilsvarende svarer 45 % av respondentene som ikke er ledere, at de både fikk annen stillingskode og høyere lønn, mens dette gjelder 35 % av lederne.

Sykepleierne som ikke har fullført formell videreutdanning/master, ble spurt om hvorvidt de opplever å ha behov for økt kompetanse gjennom en videreutdanning/master i deres nåværende jobb. Tabellen under viser hvordan svarfordelingen varierer mellom alle hjemmetjeneste og institusjon.

Tabell 23 I hvilken grad opplever du å ha behov for økt kompetanse gjennom en videreutdanning/master i din nåværende jobb? Svarfordeling hjemmetjeneste, institusjon og alle respondenter.

	Hjemmetjeneste	Institusjon	Alle
I stor grad	27 %	28 %	28 %
I noen grad	49 %	45 %	47 %
I liten grad	15 %	16 %	15 %
I svært liten grad	5 %	5 %	5 %
Vet ikke/ikke relevant	4 %	6 %	5 %
N=	766	724	1586

Som tabellen viser, svarer 28 % av sykepleierne at de «i stor grad» opplever å ha behov for økt kompetanse gjennom videreutdanning/master i sin nåværende jobb, mens litt under halvparten (47 %) mener de «i noen grad» har behov dette. Det betyr at hele 75 % av de spurte, en noe høyere andel ansatte i hjemmetjenesten enn i institusjon, vurderer at de har et visst behov for slik utdanning. Vi ser videre at 20 % opplever at de i liten grad eller i svært liten grad har behov for økt kompetanse gjennom videreutdanning/master. Vi finner store forskjeller mellom respondenter med og uten lederstilling på dette spørsmålet, heller ikke mellom kommuner av ulik størrelse.

### 3.6 Oppsummering av spørreundersøkelsen

I dette kapitlet har vi presentert resultatene fra en spørreundersøkelse besvart av 2705 sykepleiere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten spredt over hele landet. Hensikten er å få mer kunnskap om hvordan sykepleierne opplever ulike sider av sin arbeidshverdag i 2015, knyttet til temaer som ressurser og kompetanse i tjenesten, kvaliteten på tjenestetilbudet, samarbeidet med sykehuset og andre deltjenester i kommunen, og muligheter for kompetanseutvikling.

*Ressurser og bemanning:* Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at litt over halvparten av sykepleierne (54 %) er enige i at tjenesten de jobber i er tilstrekkelig bemannet til å klare å ta imot pasienter fra sykehuset. Bemanningsutfordringene ser ut til å være noe større i hjemmetjenesten enn i institusjon. Et flertall av sykepleierne (66 %) gir uttrykk for at tjenesten har tilstrekkelig sykepleiefaglig kompetanse til å ivareta pasientene, men samtidig er det tydelig at særlig behovet for flere sykepleiere med videreutdanning/master er stort. Nærmere 70 % krysser av for at tjenesten har behov for flere sykepleiere med slik utdanning. Sykepleierne ser ut til å være mindre fornøyde med legedekningen og tilgang til ulike støttefunksjoner, og tilgang på tilstrekkelig medisinsk-teknisk

utstyr ser ut til å være en større utfordring i hjemmetjenesten enn i institusjon. Et stort flertall av de spurte er enige i at sykepleierne bruker mye tid på å utføre oppgaver som kunne vært utført av andre personellgrupper.

*Tjenestekvalitet:* Når det gjelder sykepleiernes vurderinger av tjenestekvalitet, viser resultatene at sykepleierne klarer å ivareta pasientenes primærbehov som for eksempel hygiene, men at de har for liten tid til å ivareta behov for sosial kontakt og omsorg. Under 40 % av sykepleierne mener at de har tid til å ivareta pasientenes behov for omsorg, sosial kontakt og fellesskap. Utfordringene synes å være særlig store i hjemmetjenesten. Samtidig er det interessant å se at et stort flertall av sykepleierne, godt over 70 %, likevel svarer at den sykepleiefaglige kvaliteten ivaretas på en god måte. I både hjemmetjeneste og institusjon synes det å være en utfordring av kvaliteten på tjenestetilbudet er dårligere i helger enn på ukedager, og at avviksmeldinger ikke tas på alvor og følges opp i tilstrekkelig grad.

*Endringer etter Samhandlingsreformen:* I løpet av de tre siste årene har de aller fleste sykepleierne opplevd at kompleksiteten i de sykepleiefaglige oppgavene har økt, at de har fått mer varierte oppgaver og at de bruker mer tid på kompliserte prosedyrer og oppgaver. Samtidig er flertallet (60 %) enige i at de bruker mer tid på administrasjon og koordinering, for eksempel inn- og utskrivninger fra sykehus. Sykepleierne gir tydelig uttrykk for at arbeidspresset fører til at de har for liten tid til å dokumenterer arbeidet de gjør.

Resultatene viser at Samhandlingsreformen utvilsomt har medført at pasientgjennomstrømningen har økt, og at tjenestene ivaretar flere pasienter enn før. Endringene ser ut til å være større i hjemmetjenesten enn i institusjon. De aller fleste sykepleierne innen begge tjenesteområdene er også enige i at flere pasienter nå enn tidligere har større pleiebehov og krever tett oppfølging. Samtidig ser det ikke ut til at bemanningen har økt tilsvarende: Kun 32 % av de spurte er enige i at den samlede helsefaglige bemanningen er styrket de tre siste årene. Vi finner også at nærmere 80 % av sykepleierne er enige i at tjenesten har blitt pålagt krav om økonomisk innsparinger/kutt i stillinger og tilbud i løpet av de siste tre årene. Krav om økonomiske innsparinger deler helse- og omsorgssektoren trolig med de fleste andre kommunale etater. Det spesielle her er at innsparinger og kutt i stillinger skjer parallelt med økning i arbeidsmengde og økt kompleksitet både i medisinske og administrative oppgaver.

*Samarbeid med sykehus:* Svarene fra spørreundersøkelsen antyder at det fortsatt er visse utfordringer i samarbeidet mellom sykehus og kommune knyttet til utskrivning av pasienter. Vi finner blant annet at kun et mindretall (13 %) av sykepleierne opplever at sykehuset innkaller til samarbeidsmøte i god tid før utskrivning av pasienter med omfattende pleiebehov. Flertallet av sykepleierne (75 %) gir også uttrykk for at de ofte opplever at pasientene som skrives ut fortsatt trenger sykehusbehandling. Mangelfull informasjon fra sykehus ved utskrivning synes også å være en utfordring: Kun 37 % mener at det følger med tilstrekkelig informasjon om pasientens funksjonsnivå og behov ved utskrivning, og 65 % oppgir at de ofte må ta kontakt med sykehuset på grunn av manglende informasjon. Kun 1 av 3 mener at tjenesten som regel har tid til å få på plass nødvendig medisinsk teknologisk utstyr eller hjelpemidler før utskrivning. Det synes også å være en stor utfordring at pasienter skrives ut til alle døgnets tider og i helger. Likevel, til tross for tydelige utfordringer svarer kun et lite mindretall (13 %) av sykepleierne at samarbeidet med sykehuset fungerer dårlig. Dette ser ut til å være færre enn da NOVA stilte et lignende spørsmål i sin spørreundersøkelse i 2013.

*Behov og tilrettelegging for kompetanseutvikling:* Også når det gjelder tilrettelegging for kompetanseutviklingen på arbeidsplassen ser det ut til å være potensiale for forbedringer: Vi finner at



nær halvparten av sykepleierne er enige i at arbeidsgiver har kartlagt kompetansen deres i løpet av de siste tre årene, mens litt under 40 % oppgir at det foreligger en kompetanseplass på arbeidsplassen. Hele 73 % er imidlertid *uenige* i at det er avsatt tid til faglig ajourhold og veiledning i turnusplaner/arbeidsplaner. Kun 35 % er enige i at arbeidsgiver oppmuntrer eller stimulerer sine ansatte til å ta formell videreutdanning/master. Samtidig synes behovet for videreutdanning å være stort: Hele 75 % ir uttrykk for at de har behov for økt kompetanse gjennom videreutdanning/master i deres nåværende jobb.

*Forskjeller mellom sykepleiere med og uten lederstilling:* Et interessant funn i undersøkelsen er at sykepleierne med lederstilling gjennomgående stiller seg mer positive til flere av påstandene, sammenlignet med sykepleierne uten lederstilling. Dette gjelder både vurderinger rundt ressurs- og bemannings situasjonen, kvaliteten på tjenestene og tilrettelegging for kompetanseutvikling. Dette kan tyde på at lederne og de andre ansatte har ulike oppfatninger av hva som er «godt nok» i tjenesten. Det kan også tolkes som at rutiner og planer som kanskje finnes på papiret (eks. kompetanseplaner), ikke er godt nok implementert eller synliggjort blant sykepleierne i praktisk pleie.

*Forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse:* På enkelte av spørsmålene finner vi markante forskjeller mellom små, mellomstore og store kommuner. Dette er særlig knyttet til påstandene om samhandling og koordinering. Det ser ut til at samarbeidet med sykehuset vurderes som bedre i de minste kommunene, samtidig som at det er færre i de små kommunene som oppgir at det er en utfordring at pasienter flyttes mellom enheter internt i kommunen. Sykepleierne i de minst kommunene er også mer fornøyd med legedekningen og den medisinske behandlingen av pasientene.



# 4. Intervjuundersøkelsen

## 4.1 Økt arbeidsmengde

---

Resultatene fra spørreundersøkelsen viste at de alle fleste sykepleierne opplever at arbeidsbelastningen har økt de siste tre årene. Også sykepleierne i de fem kommunene vi har besøkt forteller om økt arbeidsmengde. I noen kommuner opplever de at arbeidsmengden har blitt så stor at det er uforsvarlig fordi den totale arbeidsmengden har økt, mens staben som skal håndtere den økte mengden er stabil eller redusert. Her er et knippe uttalelser fra intervjuene i de fem kommunene:

Det var forsvarlig, men det er det ikke i dag. Vi hadde trappetrinnsplan. Det fungerte ganske lenge, men ble dårligere etter hvert. Det ble tatt bort 6 institusjonsplasser, og så vi hadde ingen plass å flytte folk. Øre pasienter er på avdelinger med mye gjennomtrekk.

Vi har mer arbeid, men den samme staben. Det gir dårlig samvittighet.

Grunnbemanningen er på 12, men vi leier inn til at det blir forsvarlig – til 15-16 stykker.

Nå skal vi ta produksjonen ned igjen til det som er grunnbemannning.

Det er større sirkulasjon og høyere belegg. 2000 i året. Det begynner å likne et sykehus.

Vi kan få 40 nye vedtakstimer, men ikke flere stillinger. Fagleder har sagt: vi får ikke ytt forsvarlig helsehjelp. Da ha vi fått lov til å leie inn 3 timer ekstra den helgen. Det burde vært gjort oftere.

Årsakene som oppgis til den økte arbeidsmengden er mange, og sammenfallende. Noe tilskrives samhandlingsreformen direkte, og andre tilskrives endringer som reduserte sengeantall på sykehuse, som her fra to forskjellige kommuner:

Sykehuset har lagt ned flere avdelinger, både DPS og avdeling for spiseforstyrrelser.

Samhandlingsreformen kom samtidig med at de fjernet flere hundre senger på sykehuset. De har kjempestort overbelegg.

En viktig årsak til økt arbeidsmengde er endring i type pasienter som blir ivaretatt av kommunens helse- og omsorgstjeneste. Mange yngre pasienter ønsker å bo hjemme i sin egen kommune og sitt eget hjem når de blir syke – pasienter som tidligere var innlagt på sykehus.

Hvorvidt den økte mengden oppleves som uforsvarlig eller uhåndterlig varierer ikke bare mellom kommuner, men også innenfor ulike deler av den samme kommunen. Skillet kan gå mellom hjemmetjeneste og institusjonstjeneste, og det kan gå imellom ulike deler av kommunen. Felles for alle er at den økte arbeidsmengden får konsekvenser for prioritering av oppgaver. Det er gjennomgående at yngre pasienter med alvorlig sykdom, eller pasienter med en alvorlig psykiatrisk diagnose blir prioritert fremfor den engstelig eldre med rullator og behov for tilsyn og samtale. Som også resultatene fra spørreundersøkelsen viste, blir forebygging, rehabilitering, «papirarbeid», og det som i flere av intervjuene refereres til som det å «se helheten» kommer i andre rekke.

Tiltaksplaner blir ikke prioritert – vi har ikke sjans til å få gjort det, men vi passer på å oppdatere IPLUS. Vi er dårligst til å ta oss av papirarbeidet.

Den økte arbeidsmengden har som sagt flere årsaker, og av de viktigste er det økte antall pasienter som blir erklært utskrivningsklare, deres behov for mer avansert sykepleie enn det kommunen tok seg av tidligere, og konsekvensene det får for sykepleieres arbeid med å koordinere tjenester. Før vi ser nærmere på hva kompleksiteten består i, skal vi se på hva sykepleierne selv sier om samhandlingsreformens betydning i relasjon til den økte arbeidsmengden.

## 4.2 Sykepleiere om samhandlingsreformen

---

Mens noen vektlegger den generelle medisinske utviklingen, og gradvis utvikling gjennom flere år med stadig sykere pasienter, er det flere som opplever at noe skjedde brått da samhandlingsreformen trådte i kraft. Endringene handler både om positive og negative forhold:

1. Pasientene kommer raskere hjem fra sykehus
2. Kortere tid fra sykehuset melder pasienten utskrivningsklar til de kommer
3. Sykepleierne i kommunen gjør mer avanserte medisinske prosedyrer
4. Det har blitt mer spennende og variert å jobbe i den kommunale helse- og omsorgstjenesten
5. Endringer i kommunikasjonen med sykehuset
6. Flere yngre pasienter
7. Flere reinnleggelser

Flere hadde store forventninger til Samhandlingsreformen, og syntes ideen var fantastisk, men de opplever at konsekvensene har blitt ensidige i form av større ansvar og arbeidspress uten at de har fått tilsvarende med ressurser verken kompetansemessig eller i form av flere ansatte. I et par av kommunene understreker sykepleierne at de likevel opplevde realiseringen av den som et sjokk:

I løpet av timer ble sykehuset tømt for pasienter – i romjula i 2012.

Det var ingen gradvis innføring – det skjedde på timer. Kommunen må betale 4000,- i døgnet for overliggere.

Vi ser enorm forskjell etter Samhandlingsreformen. Vi må passe på alt sammen. Vi blir tøffe sykepleiere. Vi står alene om avgjørelsene. Jeg har kjørt hjem med hjertet i halsen mange ganger, og tenkt: har jeg gjort noe feil?

En gjenganger er fortellingen om kommuner som – på tross av avtaler inngått mellom kommuner og sykehus – ofte opplever at pasientene «plutselig står på døra». Fredag ettermiddag er et tidspunkt som passer særdeles dårlig for kommunen å ta imot pasienter. For det første er det færre ansatte på jobb, spesielt gjelder det sykepleiere, som har ansvar for å administrere mottakelsen av pasientene. For det andre går de helgen i møte med nye pasienter og redusert bemanning. Ofte kan det mangle både epikrise og nødvendige hjelpemidler når den nye pasienten kommer.

Til å begynne med etter reformen kom pasientene på fredag ettermiddag. I følge avtalen skal de være inne innen klokka 15. Det hender de kommer halv ett- ett om natten (lang kjørevei fra sykehuset). Samhandling handler om pasienten. Det er uetisk å sende folk 3 ½ time på natta. I begynnelsen ble vi overkjørt. Nå kan vi stille spørsmål: er dere helt sikre på at det er forsvarlig å sende pasienten hjem?

Sykehuset melder utskrivningsklare om kvelden. Vi har skrevet avtale, og de har blitt bedre. Før ringte de døgnet rundt.

På lindrende har det blitt stadig verre. Pasientene kommer seinere og seinere, også i helger. Vi får ikke vasket romma. Flere kommer på ettermiddag/ kveld og helg. Vi prøver å sette grenser. Men de kommer på ettermiddagen, og har ikke papirer.

Mange rekker ikke å få CVK (sentral venekateter til å gi intravenøse medisiner) på sykehuset, så de får PVK (perifert venekateter) i ambulansen i stedet.

I starten kom pasientene hurtigere. Vi hadde store forventninger. Det var utfordrende i starten. Ofte reinnleggelse i løpet av et døgn eller to. Det har blitt bedre dialog. De er flinke til å sende dokumentasjon.

Hovedinntrykket er likevel at kommunikasjonen mellom ansatte i kommuner og sykehus har forbedret seg noe når det gjelder tilbakeføring av pasienter til kommunen i løpet av de 3 ½ årene som Samhandlingsreformen har vært i virksomhet.

Derimot er det ingen av sykepleierne i de fem kommunene som forteller om forbedringer med hensyn til det de vurderer som for korte sykehusinnleggelse. Tvert imot er dette en av de klareste tilbakemeldingene; pasientene blir svingdørspasienter fordi de 1) bare blir behandlet for innleggesdiagnosen, noe som ofte kan vise seg å ha bakenforliggende årsaker som trengs mer tid, undersøkelse og behandling, og 2) de blir sendt tilbake til kommunen midt i behandlingsløpet.

Pasienter som blir lagt inn kommer ut etter et par timer. Pasientene kommer sykere hjem nå. Mer krav til spesialistsykepleie enn før. De kommer på kort varsel.

De er kortere tid på sykehuset. En dag inne, og så tilbake neste dag.

## 4.3 Økt kompleksitet

---

Resultatene fra spørreundersøkelsen viste at de aller fleste sykepleierne opplever at kompleksiteten i de sykepleiefaglige oppgavene har økt og at de har fått mer varierte arbeidsoppgaver. Også i alle de fem case-kommunene forteller sykepleierne om økt kompleksitet. Kompleksiteten har økt både som følge av rent medisinsk mer kompliserte oppgaver, og som følge av mer komplisert logistikk og administrering.

### 4.3.1 Flere medisinske prosedyrer

Pasientene skrives tidligere ut fra sykehus, og er ofte ikke ferdig med antibiotika- eller annen intravenøs behandling før de sendes hjem, slik denne sykepleieren forteller:

Tidligere var det andre pasienter. Folk var kognitivt klarere. Før var pasientene utskrivningsklare når de kunne ta medisiner i tablettform. Nå skrives de ut når CRP 'n har gått litt ned, og de fremdeles har intravenøst.

Vi har mer kompliserte apparater og større kompleksitet.

Det begynner å bli så komplisert. Oppgavene er ikke for alle.

Her er noen av prosedyrene og pasientgruppene sykepleierne i hjemmetjenesten og på kommunale institusjoner tar ansvar for:

*Intravenøs behandling, altså ikke bare væskebehandling, men også intravenøs medisiner, sondeernæring, smertepumper, EKG-målinger, INR, diverse laboratorieprøver, sentralt venekateter (CVK), perifert venekateter (PVK), pleuratapping, håndtering av dren, veneport, peritonealdialyse, skifte kateter, respiratorpasienter, dialyse, smertepumper, blodoverføring, nyrekateter, c-papp, hostemaskiner, bi-papp. Omsorg og behandling til rus- psykiatripasienter, yngre demente, yngre og eldre kreftsyke.*

Flertallet av disse oppgavene var tidligere oppgaver som bare spesialisthelsetjenesten tok hånd om, og gjerne intensiv- og spesialavdelinger. De ansatte bruker mye tid til å utføre disse oppgavene. Og når ikke staben er utvidet tilsvarende oppgaveøkningen, sier det seg selv at andre oppgaver går ut. Sykepleierne forteller om flere oppgaver som nå blir nedprioritert til fordel for disse nye som har kommet inn. Det er de mindre håndfaste oppgavene som går ut. Det betyr for eksempel samtaler, det å vurdere pasientene ut fra helhetsperspektiv, og rehabilitering. Ansatte på rehabiliteringsavdelinger forteller at de ikke får brukt kompetansen de har til rehabilitering fordi det er så mange andre oppgaver som skal utføres.

Konsekvenser av reformen er at rehabiliteringsavdelingen mister litt rehabiliteringsfunksjonen fordi det blir så mye medisinsk. Den omsorgen man hadde tid til før, den har vi ikke tid til lenger. Sykepleiere er mer opptatt av sine oppgaver enn før. Prioriterer det medisinske.

Siden en av Samhandlingsreformens visjoner er å styrke den forebyggende funksjonen, er det ironisk at sykehusenes nye utskrivingsrutiner, som også er en del av reformen, bidrar til å hindre realiseringen av andre deler av reformen.

Sykepleierne snakker ofte om helheten som blir borte, både i sykehusets behandling av pasientenes innleggelsesdiagnose, men også i deres eget arbeid. Det gjelder også den kommunen hvor sykepleierne faktisk var mest tilfredse etter samhandlingsreformene.

Vi inngår kompromisser når kommunen skal overta mer behandling. Det hele mennesket blir oversett litt. Det er mest prosedyrer. Samtaler blir satt til side. Vi reiser ikke hjem med skikkelig dårlig samvittighet, men det kunne vært bedre.

Og det er de eldre med behov for opptrening, tilsyn, omsorg og menneskelig kontakt som ser ut til å bli nedprioritert.

Vi må ofte bruke all kompetanse på de alvorlig syke. De eldre blir nedprioritert. Der går ufaglærte og hjelpepleiere. Det er veldig mye som er skjult.

Den engstelige eldre blir dårlig ivaretatt.

Vi sliter med de gamle krokene som ikke burde vært hjemme. Så blir det sykehusinnleggelse nok en gang. De (sykehuset) blir lei, og sender dem hjem igjen.

Disse funnene samsvarer godt med resultatene fra spørreundersøkelsen, der vi så at et mindretall av sykepleierne mener de har tid til å ivareta pasientenes behov for omsorg, sosial kontakt og fellesskap.

### 4.3.2 Økt kompleksitet i den kommunale organiseringen

Som en del av kommunenes forberedelse på å ta større ansvar for behandlingen av syke innbyggere, er det opprettet nye enheter hvor pasientene kan tilbys spesialisert behandling over et kortere tidsrom, for eksempel kommunale akutte døgnplasser (KAD), for så å sendes videre. De ulike tilbudene omtales ofte som «Omsorgstrappa», og den kan bestå av mange trappetrinn med økende grad av bistand.

Administreringen og koordineringen mellom disse ulike tilbudene og spesialistfunksjonene representerer enorm mengde merarbeid for sykepleierne. Dette er arbeid som ikke fanges opp av i noe rapporteringsverktøy. Det er først og fremst sykepleierne som holder i trådene og er bindeleddet mellom de ulike funksjonene og aktørene som sykehus, pårørende, ergoterapi, fysioterapi, bestillerkontoret, hjemmetjeneste, ulike kommunale institusjoner, pasientenes ulike fastleger, med mer

Det er min jobb er å koordinere samarbeidet, å gjøre alt.

Det er mye administrering på korttidsavdeling.

Du [som sykepleier] er leddet som holder tråden i alt.

Den økte kompleksiteten, sårbarheten og risikoen for at det oppstår feil i logistikken eller uforutsette konsekvenser av handlinger og vedtak ser ut til å hope seg opp nettopp hos sykepleierne. Når sykehuset ikke overholder avtalen om å sende pasientene hjem før klokka 14 på fredag ettermiddag, er det sykepleiere og andre pleieansatte som må vaske rommet i full fart før den nye pasienten kommer (fordi vaskehjelpens arbeidsdag er over).

Andre eksempler er vedtak fattet fra bestillerkontoret. For eksempel når vedtakene fra bestillerkontoret ikke tar hensyn til den praktiske utfordringer i gjennomføringen av tiltakene.

Vi får merkelige bestillinger fra bestillerkontoret noen ganger: nå skal dere bare gi medisiner. En handler, en gir medisiner og en samtaler. Vi snakker ikke med hverandre.

Ofta er det bestillinger som ikke er nødvendige. Terskelen for hver enkelt saksbehandler varierer. Noen har høy, andre er snillere.

De tildeler uansett hva som er kapasiteten. De har ikke et budsjett å forholde seg til. Vi spurte: snakker dere ikke sammen om at dere har meldt 3 nye pasienter i kveld?

Fastleger som ikke fungerer optimalt må også håndteres av sykepleierne slik at pasientene skal merke minst mulig til det.

Vi har et stort problem med bruk av fastleger i hjemmesykepleien, men sykehjemslegene fungerer bra. Fastlegen er ikke en del av teamet.

Ikke alle bruker e-link. Det er ikke alle som kan det. Kommunelegen bruker 3 dager på å svare på e-link. Det kommer stadig nye leger – det er et mareritt.

Spesialistsykepleierne fungerer som barnevakter for leger.

I tillegg har vi hørt flere eksempler på at sykepleierne tar imot oppgaver som andre skyver fra seg og avgrenser seg i forhold til.

Vi får beskjed fra sykehuset om at de skal ikke ha forvirrede pasienter på røntgen, så vi må følge dem.

En av kommunene har satset på LEAN som metode for å strømlinjeforme tjenesteflyten. LEAN handler om å kvitte seg med det som skaper unødvendig arbeid slik at tjenesteflyten blir strømlinjeformet og mer effektiv til beste for brukeren. LEAN tas i bruk i stadig flere norske kommuner som en metode for å øke kvalitet og «stoppe tidstyvene». Men sykepleierne i denne kommunen peker på noen uforutsette konsekvenser ved at oppgaver ikke borte, men ser ut til å forskyve seg fra tjenesteutøvere som har mulighet til å avgrense seg – til sykepleierne som ikke har denne muligheten.

LEAN handler om å fjerne unødvendige oppgaver som hårrulling og rydding, men det er sykepleierne som ender opp med å gjøre alle oppgavene. Laboratoriet ringer til sykepleieren istedenfor til legen. Ergoterapeuter ber sykepleierne om å bestille hjelpemidler selv! og vi får beskjed om at vi må redusere grunnbemanningen!

En gjenganger i alle kommunene er at sykehusene gir pasienter og pårørende det de kommuneansatte opplever som urealistiske forventninger i overgangen fra sykehus til kommunen. Det medfører skuffede pasienter og pårørende som tror de kan få langt mer omfattende tjenester fra kommunen enn det kommunen har mulighet til å gi.

Pårørende opplever at sykehuset er oppmuntrende til at dette kan de få hjelp til hjemme, men i realiteten er det ikke økt bemanning og ikke økt kompetanse.

Mange forventer mer enn vi kan gi på grunn av det som blir sagt på sykehuset. De har ikke alltid oversikt over de ulike avdelingene.

Pårørende og pasienter har urealistiske forventninger. Det kan være praktiske ting som kan være lovet fra sykehuset at de har krav på.

Gjennom forventningsavklaringsmøter får de pårørende informasjon om hva kommunen i realiteten kan tilby, og mange forteller at de pårørende faktisk aksepterer det som blir formidlet. Men for sykepleierne representerer de stadige lovnadene om mer tjenester som de må tilbakevise, som en belastning.

## 4.4 Samhandling mellom kommuner og sykehus

---

Hovedfortellingen om endringene etter Samhandlingsreformen kan oppsummeres i disse punktene

1. Pasientene kom raskere tilbake til kommunen allerede fra første dag Samhandlingsreformen trådte i kraft.
2. På sykehuset blir pasientene bare behandlet for innleggelsesdiagnosen.
3. I noen kommuner har samhandlingen med sykehuset blitt bedre etter at den først ble dårligere etter at Samhandlingsreformen trådte i kraft.
4. Sykehusene tilbyr flere kurs og mer opplæring nå enn før reformen.



Kvaliteten av samhandlingen mellom kommunene og sykehusene varierer mye mellom de fem kommunene vi har studert, og på noen områder har samhandlingen blitt bedre. Felles for erfaringene i alle kommunene er likevel at pasientene kommer raskere tilbake.

Vi stiller spørsmålsteget ved om pasienten er utskrivningsklar når drenet ikke er tatt ut.

Pasientene blir skrevet ut tidligere. Vi får veldig syke folk hjem. Kompetansen strekker ikke til.

I starten kom pasientene hurtigere. Vi hadde store forventninger. Det var utfordrende i starten.

Det er ofte reinnleggelser i løpet av et døgn eller to.

Pasienter som blir lagt inn kommer ut etter et par timer

I begynnelsen var det helt galemathias. Alle skulle ut. De kom med CVK og hostemasking. De sa: Dere har jo blæreskanner? Hæ?? Det står ofte: måle residualuring på papirene fra sykehuset. Skulle gjerne hatt en blæreskanner.

I begynnelsen ble vi overkjørt. Nå kan vi stille spørsmål: Er dere helt sikre på at det er forsvarlig å sende pasienten hjem?

Dette samsvarer med det vi så i spørreundersøkelsen, der hele 75 % av sykepleierne vurderer at pasientene skrives ut selv om de fortsatt trenger sykehusbehandling.

Felles for alle er også historiene om at på sykehuset ser man ikke på annet enn det som er aktuelt i øyeblikket, og som er innleggesdiagnosen. Når den er behandlet, eller som flere forteller: når behandlingen er igangsatt, kommer pasientene tilbake til kommunen. Siden årsakssammenhengene ikke er kartlagt og dermed ikke forsøkt tatt tak i, dukker det raskt opp nye problemer, eller de samme kommer tilbake.

På sykehuset kan de lite om geriatrisk sykepleie. Fokuset er på organet, ikke på helheten.

På sykehuset er det bare det akutte som blir tatt tak i.

På sykehuset fikser de på en ting! Det er en stor belastning for gamle folk å bli sendt ut og inn.

De har et ensidig fokus. Hvis du har brukket foten ser de ikke på om du har lungebetennelse.

Det følger ikke alltid epikrise med når de kommer – eller medisiner

Samhandlingsreformen virket så bra, men veien til å bli innlagt er så lang. Akutt kritisk syke kommer hjem igjen med de samme problemene. Svimmel, underernært – så leses de inn igjen. De blir svingdørspasienter.

Som vi ser av sitatene er det noen som refererer til «i begynnelsen» var det ille, men det har gått seg til etter hvert. Likevel er det ingen tvil om at samhandlingen mellom sykehusene og de kommunale helse- og omsorgstjenestene i de fleste tilfellene fremdeles har en lang vei å gå før det blir en reell samhandling og ikke en gisselsituasjon der den ene parten er gitt alle muligheter til å definere spillereglene, mens den andre parten ikke gis noe valg.

Sykehuset er storebror. Det nytter ikke med noe motangrep. Når pasienten er utskrevet, så er du utskrevet.

Fra sykehuset sier de: nå er det deres ansvar. Det må du bare fikse. Tidligere kunne vi snakke sammen og bli enige.

Legen sa til meg: nå må du finne på noe lurt så de beholder ham.

Samhandlingen med sykehuset er blitt bedre med e-link.

Vi hører skrekkehistorier om arroganse fra sykehuset når hjemmesykepleierne spør om noe, men det har gått seg til.

Jeg har svelget mange kameler på grunn av overlegne sykepleiere på sykehuset. «Å, så du jobber i hjemmetjenesten du?» De vasker mere kopper og serverer mer mat på sykehuset enn i hjemmetjenesten. Vi har mer forskjellig problematikk enn på sykehuset. Det er ikke bare å trykke på en knapp her.

Det som ser ut til å fungere best, er samarbeidet om opplæring i prosedyrer. Sykehusene arrangerer kurs i ulike aktuelle temaer, og sykepleiere fra kommunene kan komme til sykehuset og hospitere og få opplæring knyttet til enkeltpasienter som skal utskrives.

Det som er positivt er hospitering på kreftavdelingen – Vi har godt samarbeid om den pasientgruppa. Sykepleiere i hjemmesykepleien har mer spennende dager enn sykepleiere på sykehuset.

Fortellingene i en av kommunene skiller seg fra de andre fire ved at samhandlingen med sykehuset ser ut til å ha blitt stadig bedre etter reformen. I denne kommunen er det satset på å øke antall sykepleierstillinger og å heve kompetansen til sykepleierne, og de ansatte er svært fornøyde med opplæring og kurstilbud fra sykehuset. Sykepleiere i denne kommunen er blant annet invitert med i ulike fagnettverk, og de understreker:

Sykehuset tar på alvor at vi trenger opplæring.

## 4.5 Forholdet mellom behov og ressurser

---

Selv om noen kommuner helt tydelig har større mulighet til å satse på kompetanse og kvalitet, er det påfallende hvordan sykepleiere tar på seg å håndtere den økte arbeidsmengden uten at tilførte ressurser står i forhold til oppgavene.

Vi hørte om Samhandlingsreformen – og så på det som positivt. Det skulle bli litt mer som sykehus – vi gikk inn for det med liv og sjel. Vi skulle ha ulike avdelinger. Det engasjerte folk. Vi skulle gjøre grundig jobb. Men vi ble møtt med at det ikke er økonomi til å gjennomføre det. Det fulgte ikke penger med, og dermed var det vanskelig å gjennomføre. Pengene er satt på bok for å kunne betale bøter.

I den samme kommunen:

...hvis det hadde kommet midler da.....og utdanna folk, så hadde det vært bedre. Hvor lenge har vi jobbet for å få kreftsykepleier? (latter). Vi har skikkelig dokumentert behovet for det.

Sykepleierne forteller at det har vært mange søkere til flere stillinger, men at kommuneledelsen ikke er villig til å inngå i forhandlinger om lønn, og at de derfor ikke har klart å få opp antall sykepleiestillinger.

Det er ingen automatikk i at du får økonomisk uttelling for spesialistkunnskap. De ser behovet for oss, men de vil ikke gi oss lønn for det.

I en annen kommune:

Kommunen kutter ned. Samhandlingsreformen skulle føre til økt fokus på rehabilitering. Det henger ikke på greip. Kommunen har fått mer penger, men hva blir de brukt til? De forteller at det er økonomien som teller mest, og at det går ut over faglig kvalitet. Nå er det faglig forsvarlighet som gjelder. Vi har senket oss til det.

I en tredje kommune:

Vi sier at vi ikke har mulighet til å ta mer. De har sagt: pasienten har rett. Vi kan få 40 nye vedtakstimer, men ikke flere stillinger.

I en fjerde kommune:

Vi må gå ned på kvalitet noen ganger. Det er mye fine ord på papiret, men virkeligheten er noe annet.

I den femte kommunen:

Noen ganger må vi nedprioritere dusj og rengjøring, men det er ved krise. Vi har prosedyrer for prioriteringer ved redusert bemanning. Vi hjelper hverandre.

Jeg føler ikke at vi har et prioriteringsproblem. Vi er fleksible, og flinke til å kaste oss rundt. Vi nedprioriterer tiltaksplaner, men det ha ikke noe med forsvarlighet å gjøre. Men en blir litt blasert etter hvert: vi burde kanskje vasket håret på pasienten, men det tar vi neste dag eller neste uke.

## 4.6 Samhandlingsreformen forutsetter økt kompetanse

---

I alle dokumentene som omtaler gjennomføringen av Samhandlingsreformen forutsettes det satsing på kompetanse for å ivareta de nye oppgavene og den bedrede samhandlingen. Det er de kommunale lederne som har fått ansvaret for å sørge for den nødvendige kompetansehevingen. Hvordan har kommunene vi har undersøkt ivaretatt denne siden av reformen? For det første varierer svarene på dette spørsmålet fra kommunen til kommune. For det andre varierer svaret ut fra om det er ledere eller ansatte med daglig pasientansvar som svarer, slik vi så veldig tydelig i spørreundersøkelsen. Et tredje hovedfunn i denne forbindelsen er at kommunene ser ut til å satse på ad hoc opplæring i tilknytning til nye utfordringer etter hvert som de oppstår, framfor å satse på videreutdanning og generell reell kompetanseheving. Et hovedinntrykk er derfor at det totale antallet ansatte med relevant og tilstrekkelig kompetanse til å ivareta ikke bare minstenivået for faglig forsvarlighet, men også faglighet som grunnlag for å forebygge forverring av tilstander, og å utvikle planer for forbedring av omsorg og behandling, er alt for knapt til at Samhandlingsreformens intensjoner kan sies å være ivaretatt. Satsingen på kompetanseheving ser ut til å være preget av mye tilfeldighet, og varierende støtte fra kommunene. Det store arbeidspresset som er resultat

av knapphet på kompetanse totalt sett, får tilbakevirkende kraft på de ansattes mulighet til å følge motivasjonen til videreutdanning.

Jeg forsøkte å fullføre master, men måtte gi opp på grunn av manglende støtte.

Jeg ble spurt om å starte på geriatrisk vurderingskompetanse, så ble det trukket tilbake - så ble det likevel. Det er vanskelig å få tilrettelagt videreutdanning. Jeg har permisjon i 20%. De ønsker videreutdanning, men gir ikke mye støtte.

Mange sykepleiere vil ha videreutdanning. Vi hungrer etter kunnskap. Vi har fått avslag på flere kurssøknader. Vi har utlyst sykepleierstillinger og ikke fått kvalifiserte søkere. Har vært deltidsstillinger. Folk flytter ikke hjem [til et småsted] for en deltidsstilling. De [ledelsen] sier de ikke har penger.

I fire av de fem kommunene forteller de ansatte og lederne at de har fått økt kompetanse, men inntrykket er likevel at utfordringene overskrider de faglige tilgjengelige ressursene. I to av kommunene kom det klare forskjeller frem mellom intervjuer hvor ledere var tilstede, og der hvor ledere ikke var til stede. Lederne sier bl.a.:

Vi har flere sykepleiere med videreutdanning (geriatri, sår, psykiatri, rus, palliativ, demensens pluss demensomsorgens abc. De får som regel permisjon med lønn og høyere lønnstrinn etterpå.

Vi prøver å bruke dem som ressurspersoner.

De ansatte formidlet et helt annet bilde.

Ledernes fokus er på økonomi, ikke på oss. Ingen har ansvar for det faglige i hjemmesykepleien. Ingen sørger for faglig kontinuitet.

For eksempel fikk vi en ny pumpe. Vi hadde ikke tid til å lære opp hverandre. Lederen sa at «Dette skal du kunne fordi du er sykepleier». Det kommer stadig nye ting. En må holde seg oppdatert på fritiden. Må betale sjøl hvis du reiser på kurs på fritiden. Vi bytter sjøl turnus for å gå på kurs.

En av kommunene så ut til å utmerke seg med å ha tilrettelagt bedre enn de andre for kompetanseheving og bruk av spesialistkompetanse.

Vi har ressurspersoner i psykiatri, demens, sår og kreft. De skal gjøre de andre gode.

Vi har gjort flere grep. Vi har fått flere sykepleiere og høyere kompetanse.

Vi får masse tilbud om kurs, og automatisk lønnsøkning etter videreutdanning.

Budskapet om satsing på kompetanse forsterkes av at en sykepleier forteller at hun har valgt å jobbe i denne kommunen på tross av at hun får lengre reisevei fordi hun vet at det satses på kompetanse. Inntrykket nyanseres noe i intervjuet med sykepleiere og mellomledere.

Kommunen har vært lite på tilbudssiden når det gjelder kompetanseheving. Vi har 20 000,- i året som vi kan søke på. Kommunen tilbyr seg ikke å betale for utdanning.

Vi har mye tilbud om kurs. Men det er forskjell på kurs og videreutdanning.

Ledernes mer positive fremstilling av kompetansenivået har trolig flere årsaker. For det første formidler sykepleierne faktisk ikke alltid sine behov til sine overordnede – kanskje fordi det mangler arenaer for dette, fordi sykepleierne er for travelt opptatt med å slukke de daglige brannene, eller fordi de er rett og slett ikke vant til å la sin stemme høres i relevante faglig-administrative-politiske fora. Forskjellene i fremstilling kan selvfølgelig også være et uttrykk for at lederne vet at de har ansvar for at de ansatte har den rette kompetansen, og ønsker å gi et godt inntrykk.

Det forrige sitatet peker på en tendens som gjelder alle kommunene; det er ikke en satsing på formell videreutdanning som dominerer strategiene for å imøtekomme det økte kompetansebehovet som følge av Samhandlingsreformen, men ad hoc-opplæring i tilknytning til den enkelte pasient, kurs, og ressurspersoner som formidler sin kunnskap til de andre. Som også resultatene fra spørreundersøkelsen viste, opplever kun 35 % av sykepleierne at arbeidsgiver oppmuntrer eller stimulerer sine ansatte til å ta formell videreutdanning/master.

Sykepleierne har selv ansvar for å skaffe seg kunnskap. Vi har fordelt ressurspersoner på ulike felt. Vi har fordypning, ikke så mye videreutdanning.

Det er lite rasjonelt å ha en stomisykepleier, en kreftsykepleier osv.

Men det kan bli proffsykepleiere og amatørsykepleiere. Det er livsfarlig å gjøre utvelgelses. Det er ikke lov å være flinkest – har med janteloven å gjøre.

Det går på opplæring og erfaring, ikke kompetanseheving

På spørsmål om bruk av spesialistkompetanse svarer sykepleierne i en kommune at:

Vi får ikke satt av tid til faglige arenaer, men vi har planer om det.

I tråd med KS' rapport om at det er etisk kompetanseheving som trengs for å løse utfordringene, har enkelte ansatte gode erfaringer:

Vi holder på med etisk kompetanseheving på skjermet enhet - i regi av KS. Det er spennende og matnyttig. Vi bygger hverandre opp. Det er for alle, inkludert vaskehjelp og ledere.

Å gi ansatte kurs og opplæring framfor formell videreutdanning og spesialistutdanning er et strategisk valg, men det kan betraktes som problematisk. For det første er kurs av kortere varighet og gir langt mindre omfattende kompetanseheving enn en videreutdanning. Kunnskapen som tilegnes gjennom kurs er mye mer kontekstavhengig enn dokumentert videreutdanning som kan omsettes på et arbeidsmarked. For det andre berører det tariffestede avtaler om høyere lønn etter endt videreutdanning. For det tredje berører det politisk/økonomiske sider ved ansvarsoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunene; kurs og ad hoc-opplæring sørger for at kommunene får mer kompetente sykepleiere som kan overta dyre sykehusspesialisters oppgaver uten at det koster kommunene særlig mye, og uten at kompetansen nødvendigvis er tilstrekkelig kvalitetssikret.

## 4.7 Kvaliteten på tjenestene

---

I omtalen av pleie- og omsorgstjenestene i kommunen vektlegges betydningen av å utvikle systemer for ivaretagelse av kvalitet i tjenestene. Kvalitet knyttes i flere sammenhenger opp mot læringskultur, arenaer for samhandling mellom de ulike tjenestene, flyt og kontinuitet. Ut fra det vi har presentert i avsnittene over, er det grunn til å stille spørsmålsteget ved om kvaliteten kan ivaretas på tross av stor arbeidsmengde, økt kompleksitet og sårbarhet i logistikken, og varierende

kompetanse. I to-tre av kommunene er inntrykket at sykepleiere og ledere mener at kvaliteten tross alt er god fordi de er i stand til å være fleksible, samarbeid med hverandre, og strekke seg langt for at pasientene og dere pårørende får det de trenger.

Vi får ikke klager. Vi tilstreber oss å ikke la brukerne få merke det

Vi har hatt sterke trygge ledere som har fortalt politikerne hva som er bra. Vi passer på å ikke gå i økonomifelle og tenker at vi har ikke råd til å ha så dyre årsverk. Det vil vi fordi kvalitet lønner seg.

Men også i disse kommunene er det variasjoner mellom erfaringer som kommer til uttrykk, slik de følgende to sitatene er eksempler på.

De reduserer med ett årsverk, vi bare jobber mer. En sykepleier som sa: dette er uforsvarlig. Ble møtt med: hva gjør du med det?

Den omsorgen man hadde tid til før, den har vi ikke tid til lenger. Sykepleiere er mer opptatt av sine oppgaver enn før. Vi prioriterer det medisinske.

Likevel er det fortellinger om redusert kvalitet som er lettest å finne blant alle våre intervjunotater, og som dominerer inntrykkene samlet sett.

Vi hadde bedre tid til å planlegge og evaluere før. Vi gjør det praktiske – og dokumenterer det mest nødvendige. Vi driver brannslukking, ikke planlegging og forebygging.

Vi må senke på hva vi kan tilby. Vi må snu litt tankegangen til de som jobber. Det er ikke lett.

Vi har måttet gå ned fra 3 til en gang i uka på noen tjenester. Ofte gjør de ansatte det likevel.

Vi må se på hva som er lovfestet. På grunn av økonomi så kan de ikke ta den hårrullen likevel.

Før følte jeg at kvaliteten var bra. Nå ser vi at antall fall øker, vi registrerer det [som avvik], men er det noe vits? De må gjøre noe med det

Vi henger opp antibiotika intravenøst og går. Kvaliteten er langt fra bra nok. Jeg tenker...Å, det gikk bra i dag og!

Jeg har ikke tid til å lese meg opp. Jeg håper på at de andre kjenner den pasienten. Krysser fingrene for at CRP 'n er lavere enn 3.

Vi er aleine på vakt, og det er et mareritt å bli sjuk.

## 4.8 Oppsummering av intervjuundersøkelsen

---

For alle de fem kommunene vi har undersøkt kom Samhandlingsreformen brått på. I løpet av kort tid på nyåret 2012 begynte nye og sykere pasientgrupper å strømme til. Det var på ingen måte snakk om gradvis opptrapping i takt med bemannings- og kompetanseheving i kommunene.

Sykepleiere i alle kommunene opplever økt arbeidsmengde som følge at flere og sykere pasienter, uten at bemanningen er trappet opp tilsvarende. Det er behov for flere som kan ta seg av de enkle pleieoppgavene og flere spesialister som kan ta seg av pasienter som har behov for mer spesialisert

sykepleiekompetanse. Den økte arbeidsmengden har resultert i en forskyvning av arbeidsoppgavene mellom sykepleiere og hjelpepleiere/helsefagarbeidere. Sykepleierne må konsentrere seg om de oppgavene som krever deres kompetanse på medisinske prosedyrer, og får i mindre grad gjort helhetlige vurderinger som grunnlag for forebyggende tiltak. Dermed blir eldre mennesker med mindre spesialiserte behov nedprioritert. Oppgaver som kan delegeres, slik som sårstell og medisiner, forsøkes delegert. Sykepleierne forteller om sår hvor de ikke får tatt den vurderingen og behandlingen som trengs fordi oppgavene gis til ufaglærte og helsefagarbeidere som ikke har like høy kompetanse på området. Tilstandene får dermed utvikle seg sterkere i negativ retning enn de hadde gjort dersom sykepleierne hadde tid til å ha tilsyn med dem.

Sykepleierne i alle de fem kommunene forteller at kompleksiteten i det daglige arbeidet har økt. Det har to årsaker: 1) pasientene er sykere og har behov for mer spesialisert behandling og pleie, og 2) opprettelsen av flere kommunale enheter krever langt mer administrering og koordinering mellom ulike spesialavdelinger, profesjoner og etater enn tidligere. I tillegg opplever flere sykepleiere at pårørende stiller større krav, og har større forventninger som krever dialog og forventningsavklaringer. Flere av de nye pasientene er yngre kreftpasienter hvor både de selv og pårørende stiller høyere krav enn tilfellet er for eldre hjemmeboende pasienter som ser ut til å være Samhandlingsreformens tapere.

Sykepleierne forteller om mer faglig utveksling mellom de kommuneansatte og ansatte på sykehuset. Sykehusene tilbyr kurs, hospitering og deltakelse i faglige nettverk som oppleves positivt. Samtidig er det utfordrende å få til dialog og enighet i gjennomføringen av avtaler om for eksempel utskrivningstidspunkt for pasienter – selv om dette ser ut til å ha forbedret seg i perioden etter at Samhandlingsreformen ble innført. En annen utfordring i samhandlingen med sykehuset er at det fokuseres kun på innleggelsesdiagnosen og den akutte tilstanden, uten at et større bilde av pasientens problemer forsøkes utredet og handlet i forhold til det. Det skaper uverdige tilstander for svært gamle og skrøpelige mennesker som risikerer å bli svingdørspasienter, og som istedenfor å oppnå forbedring av helsetilstanden, blir syke av dårlig fungerende systemer.

Kompetansehevingen som Samhandlingsreformen forutsetter for å lykkes, gjennomføres i stor grad i form av kurs, læring av ressurspersoner og ad hoc- opplæring i tilknytning til den enkelte pasient. Spesialistutdanning for sykepleiere vurderes av flere ledere som både en mindre fleksibel og mindre rasjonell løsning.





# 5. Funn og perspektiver

## 5.1 Hovedfunn

---

- Samhandlingsreformen har gitt økt arbeidsmengde i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Den økte arbeidsmengden skyldes flere og sykere pasienter, større gjennomstrømming av pasienter mellom ulike kommunale tilbud og mellom kommunens helse- og omsorgstjeneste og helseforetakene, noe som medfører økt administrering og dokumentasjon.
- Oppgavene har blitt langt mer komplekse. Dette gjelder både mer kompliserte medisinske prosedyrer enn før, langt større krav til koordinering, beredskap og kvalitetssikring.
- Økt kompleksitet og arbeidsmengde har kommet før kommunene har vært i stand til å bygge opp kompetanse og faglig infrastruktur. Det gjør at kommunene hele tiden er på etterskudd i å møte de økte kravene.
- De kommunale helse- og omsorgstjenestene har for liten kompetanse til å imøtekomme de økte utfordringene. Kompetanseheving foregår i stor grad i form av kurs- og ad hoc-opp-læring og i mindre grad i form av systematisk utdanning av sykepleiespesialister.
- Dette fører til økt sårbarhet og svikt i kvalitetssikringen.
- Kvaliteten varierer mer enn før mellom ulike deler av det kommunale helse- og omsorgs-apparatet og mellom ulike kommuner.
- Både spørreundersøkelsen og intervjuundersøkelsen viser at sykepleierne gjennomgående svarer at kvaliteten er god, selv om de påpeker store mangler i kvalitet og kompetanse. Denne tilsynelatende motsetningen ser ut til å ha sammenheng med sykepleiernes personlig erfarte, individuelle, og vanskelig avgrensbare ansvar for kvaliteten i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.
- Ledere og ansatte vurderer situasjonen ulikt. Ledere vurderer situasjonen som langt mindre problematisk enn de som yter tjenestene.
- De utilsiktede konsekvensene av den store oppgave- og ansvarsoverføringen fra helseforetak til kommuner er lite erkjent og lite gjort kjent.
- Terskelen for å få innvilget kommunale helse- og omsorgstjenester har blitt merkbart høyere på grunn av for knappe ressurser i forhold til de økte behovene.
- Samhandlingsreformen synes ikke å ha ført til økt rehabilitering, bedre psykiske helsehjelp eller mer forebygging. De som kommer dårligst ut etter Samhandlingsreformen er eldre mennesker med moderate psykiske problemer, eldre mennesker med behov for tilsyn, moderate helse- og omsorgsbehov, og sosial kontakt.

- For alle de fem kommunene vi har undersøkt kom Samhandlingsreformen brått på. I løpet av kort tid på nyåret 2012 begynte nye og sykere pasientgrupper å strømme til. Det var på ingen måte snakk om gradvis opptrapping i takt med bemannings- og kompetanseheving i kommunene.

## 5.2 Analytiske perspektiver

---

Samhandlingsreformen er en lite dekkende betegnelse på det nye ansvarsfordelings- og samarbeidsregimet mellom helseforetakene og kommunene som ble iverksatt i 2012. Selv om det er liten tvil om at det har ført til bedre samarbeid på flere områder, og trolig også samlet sett en bedre utnyttelse av ressursene, handler reformen ikke primært om samhandling, men om ansvarsoverføring innenfor rammen av en asymmetrisk relasjon der den ene part – kommunene – er avhengig av den andre – sykehusene.

I denne rapporten har vi vist at betegnelsen Samhandlingsreformen ikke bare er lite dekkende, men at den trolig har bidratt til å skygge for de viktigste og mest interessante konsekvensene. Mønsteret vi har avdekket inkluderer som sagt eksempler på bedre samhandling, noe svarene i vår spørreskjemaundersøkelse tyder på.

Over halvparten av de spurte (53 %) at mener at samarbeidet med sykehuset fungerer svært bra eller nokså bra. Det er kun mindretall av sykepleierne som mener at samarbeidet fungerer dårlig.

Men primært dreier det seg en omfattende overføring av ansvar fra helseforetak til kommunene – uten at det er satt i gang omfattende tiltak for å gjøre dette mulig. Kommunene har absorbert et omfattende ansvar innenfor (i hovedsak) eksisterende rammer. For øvrig har kommunenes håndtering av det nye ansvaret i høy grad handlet om å ta ansvar for flere og sykere pasienter raskere, spesialisere tjenestene og bygge opp kompetanse.

I 2013 svarte nesten alle (91 %) at kompleksiteten i de sykepleiefaglige oppgavene har økt. Omtrent like mange som i dag (73 %) svarte at de har behov for opplæring og veiledning i utførelsen av nye oppgaver, mens 76 % oppga at de bruker mer tid til rapportering og administrasjon. Helhetsinntrykket fra de to undersøkelsene er dermed det samme: flere brukere med omfattende tjenestebehov innebærer økt kompleksitet og mer spennende og varierte oppgaver, samtidig som det er stadig vanskeligere å samtidig møte økte krav til dokumentasjon og administrasjon.

Mye tyder på at kommunene har lyktes relativt godt i å ivareta ansvaret for flere og sykere pasienter raskere, spesialisere tjenestene og å bygge opp kompetanse. Men konsekvensene av det sterkt økende ansvaret for flere og mer komplekse oppgaver er omfattende og svært problematiske. En av de viktigste er at kommunene har omprioritert ressurser ved å heve terskelen for tildeling av tjenester. En annen er at de kommunale helse- og omsorgstjenestene blir stadig mer sårbare. Fordi de blir mer spesialisert og kompetanseintensive, stilles det langt større krav til det vi kan kalle den faglige infrastrukturen Koordinerings- og beredskapsfunksjoner er to eksempler på denne sårbarheten, som kommunene i liten grad er rustet til å håndtere. Kommunenes helse- og omsorgstjenester blir stadig bedre på flere områder, men samtidig mer varierende og ujevn.

Dette leder oss til den tredje viktige konsekvensen av Samhandlingsreformen: selv om den den faglige infrastrukturen har blitt langt bedre i de kommunale helse- og omsorgstjenestene de siste årene, holder den ikke tritt, men er på etterskudd av kravene som stilles til tjenestene. Dette betyr

at de som er faglig ansvarlig for å yte dem, får svært store belastninger og arbeider i lengre perioder i unntakstilstand. Endelig vil vi legge vekt på at den trusselen for faglig kvalitet og brukernes helse og verdighet dette representerer, ikke tas alvorlig nok i kommunene. Selv om de aller fleste ledere vi har snakket med er opptatt av problemet, og støtter sine ansatte i å håndtere arbeidspres- set og de etiske dilemmaene det representerer, synes det å være svært lite de kan gjøre med manda- tet de har fått fra den politiske og administrative ledelsen i kommunen.

Sykepleiere står i en særstilling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Fordi deres arbeid preges av en generalistorientering, står de i første rekke når det gjelder å overta mer ansvar og håndtere konsekvensene dette får for kvalitet. Igjen er kontrasten mellom sykehus og de kommu- nale helse- og omsorgstjenestene slående. Mens leger har en selvsagt og avgjørende rolle å spille når det gjelder å definere og forvalte kriterier for kvalitet, er det tjenesteytende helse- og omsorgs- personellet i kommunene bare i liten grad direkte involvert i slike prosesser. Kommunene utformer heller ikke tjenestene i henhold til et standardisert forhold mellom den type og den andel kompe- tanse som skal til for å løse en gitt oppgave i henhold til en gitt standard ut fra en definisjon av det minimum av tid som kreves. Derfor kan kvaliteten variere svært mye uten at det vies oppmerk- somhet, og viktigere: derfor er sykepleieres faglige vurderinger ikke premissgivende for måten konsekvensene av Samhandlingsreformen måles på. Deres vurderinger framstår derfor ofte enten som uautoriserte, delvis private eller som profesjonsinteresse-motiverte utsagn.

Vår egen erfaring som forskere er at sykepleieres spesielle dobbelthet i relasjon til kvaliteten de ut- øver, reflekteres i en tvetydig måte å snakke om kvalitet på. Det er i vår erfaring vanlig å høre om bekymring over for lav kvalitet, men fordi tjenesten ytes på en så personlig måte, kan utsagn om dette slå tilbake på en selv. Derfor besvares svært ofte spørsmålet om hvor kvalitetsnivået oppfat- tes å ligge med at «Kvaliteten er god» – en respons som må forstås som en bekreftelse på at man gjør sitt aller beste. Sykepleiere som er vitne til at det kan gå en uke å konstatere at en pasient har smerter fordi det ikke finnes tilgjengelig kompetanse for å kartlegge og forebygge, er ansvarlige men samtidig uten myndighet til å endre situasjonen.

Det er svært sannsynlig at denne kontrasten gjenspeiles i måten henholdsvis leger og sykepleieres respektive kompetanse vurderes på. Leger har universell rett på lønnet permisjon for faglig oppda- tering etter faste intervaller. Når kun 20% av sykepleierne (i vår spørreundersøkelse, som er den foreløpig siste som er gjennomført i Norge) oppgir at det er satt av tid til faglig ajourføring og/el- ler veiledning i turnusplaner, har dette faktum imidlertid ingen direkte forbindelse med vurde- ringen av tjenestekvalitet. Faglighetens manglende autoritet skyldes i hovedsak at kvalitet nødven- digvis må kunne justeres i henhold til begrenset kapasitet. Å bruke «ekstra» tid til å forbygge et potensielt farlig sår er en pålagt oppgave og en etisk forpliktelse, samtidig som det i realiteten er meningsløst – fordi det er større, udekkede behov andre steder. Å problematisere dette dilemmaet kan i seg selv være ødeleggende fordi alle har en moralsk forpliktelse til å ønske at situasjonen hadde vært en annen og samtidig å være løsningsorienterte. Å «fylle hull» som oppstår på denne måten, eller mer korrekt: å håndtere en institusjonelt dilemma ved å yte ekstra, personlig innsats for å ivareta etiske prinsipper, er en integrert del av Samhandlingsreformens konsekvenser, ikke et unntak.

La oss gå tilbake til Helsedirektoratets oppsummerende rapport:

Potensielt kunne man tenke seg at reformen fører til flere mottakere med større bistandsbehov – at pasientene gjennomgående er mer syke. Dette på bakgrunn av at omsorgstjenestene etter reformen mottar pasienter som tidligere ble behandlet i sykehus, og som nå har rett på tilbud i kommunenes helse- og omsorgstjenester etter utskrivningen fra sykehus. Kommunene rappor-

terer nå om at de mer enn før gir tjenester til personer med sykdommene MS, ALS, KOLS, trafikkskadde og for tidlig fødte. Dette i tillegg til at mottakerne oftere er personer med psykiske lidelser og rusproblemer.

At «man kan tenke seg at reformen fører til flere mottakere med større bistandsbehov...(...)» er åpenbart høyst rimelig, men, i tråd med det vi har diskutert ovenfor, vil vi hevde at det likevel ikke ser ut til å være tilstrekkelig interesse for å forsøke å finne en forklaring på dette empiriske mønsteret.

Spørsmålet om hvor ansvaret for oppgavene som nevnes i sitatet ovenfor – og en rekke andre – har tatt veien, har så langt ikke blitt viet noen særlig interesse. De tidligere nevnte revisjonsrapportene til kommunene i nedre Telemark er illustrerende i så måte. En annen indikator er en oppsummering fra *Nasjonalt nettverk for implementering av Samhandlingsreformen*:<sup>8</sup>

- Spesialisthelsetjenesten som helhet har i for liten grad tatt inn over seg intensjonene i samhandlingsreformen og sin rolle i å nå de overordnede målene i reformen.
- Allmennlegetjenesten i kommunene (fastlegene) oppleves fortsatt som en uavhengig, ikke integrert tjeneste på siden av kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.
- Det må jobbes med kultur, holdninger, ledelse, kompetansebygging og rekruttering for å sikre oppfølging av reformen i alle deler av norsk helsevesen.
- Samarbeid mellom kommunene, helseforetakene og utdanningsinstitusjonene må bedres for å sikre rett kompetanse på rett plass til rett tid.

Det nasjonale nettverket er, som vi ser, sterkt kritisk, men henviser konsekvent til moralske kategorier som «kultur» og «holdninger».

En tredje indikator på at ansvarsoverføringen ikke tas alvorlig nok er KS sin innfallsvinkel til problemet «alvorlig svikt i eldreomsorgen». KS skriver:<sup>9</sup>

Kommunenes omsorgstjenester er livsviktige for mange eldre. Norge er i verdenstoppen i god eldreomsorg. Likevel, det rapporteres av og til om alvorlige feil der tjenestene svikter.

KS har denne diagnosen:

- Mangelfull utredning og diagnostisering av sykdom, særlig vurdering av demens

---

<sup>8</sup> <http://fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMST/Helse%20og%20omsorg/Samhandlingsreformen/Nasjonalt%20nettverk%20-%20statusrapport/Nasjonalt%20nettverk%20Statusrapport%20171214.pdf>

<sup>9</sup> <http://www.servicetorget.no/aktuelle-nettsteder/arbeidsgiverforeninger/ks.htm>

- Mangelfull kompetanse i de komplekse symptom- og sykdomsbildene blant eldre
- Mangelfulle kunnskaper i norsk, herunder også lese- og skriveferdigheter
- Arbeidstidsordninger og turnus som ikke ivaretar kontinuitet i tjenesten
- Dårlig praksis og gamle vaner som har fått lov å utvikle seg over tid
- Mangelfull journalføring/dokumentasjon og mangelfull utveksling av informasjon mellom personer/enheter/nivåer

Disse identifiserte problemene stemmer godt overens med empiriske funn fra helse- og omsorgstjenestene, inkludert våre egne. Det mest interessante er imidlertid at KS' fortolkning av hva dette betyr, og måten det skal følges opp på, ikke tar hensyn til at problemet kan ha å gjøre med manglende kompetanse og personell.

Til tross for gode systemer, gode ledere, tilstrekkelig bemanning og det meste på stell, skjer det også av og til alvorlig svikt som følge av bevisste eller ubevisste handlinger fra ansatte. Holdninger, verdier og etisk bevissthet er av stor betydning for å minimere overgrep. KS erfarer at kommunene viser stor interesse for å styrke medarbeidere og lederes etiske kompetanse.

KS er altså bekymret for alvorlig kvalitetssvikt, og mener de finner årsaken i de ansattes holdninger. Dette skjer altså til tross at KS selv erkjenner at norske kommuner velger å løse oppgaver som krever høykompetent arbeidskraft med innleid ikke-norskspråklig arbeidskraft som brukes til tross for at arbeidsgiveren vet at det nødvendigvis må skape ekstrem risiko, eller at kommunene krever turnusordninger som forhindrer kontinuitet. Dette må betegnes som oppsiktsvekkende, men det gjenspeiler likevel et etablert og (svært) tradisjonelt syn på kvinnelig arbeidskraft i den kommunale helse- og omsorgssektoren. Til sammenlikning er det sjelden å se at manglende kapasitet i norske sykehus ganske enkelt omdefineres til manglende etisk bevissthet blant leger, eller at sikkerhetsutfordringer i oljeindustrien løses ved å erstatte kompetanse med bedre holdninger. Det er videre grunn til å tro at forestillingene dette uttrykker kan bidra til å forklare at flere av de grunnleggende kjennetegnene ved og konsekvensene av Samhandlingsreformen så langt knapt har blitt vurdert som relevant.

Vi går derfor tilbake til spørsmålet om hvordan sykepleiere i kommunene vurderer utfordringene i sektoren, og på hva dette kan tenkes å bety. Utgangspunktet er NOVAs rapport fra 2013 om Samhandlingsreformen:

- Syv av ti informanter oppgir at det har vært en økning i antall pasienter som kommer fra sykehus til deres tjeneste etter at samhandlingsreformen trådte i kraft.
- Sykepleierne ser en stor økning i pasienter med kreft og/eller behov for palliasjon (55–57 %), ortopediske pasienter (45 %), pasienter med infeksjoner (44 %), geriatriske pasienter (42 %) og pasienter med demensproblematikk (39 %).
- Seks av ti svarer at antall reinnleggelser kort tid (innen en uke) etter utskrivning fra sykehus har økt etter at reformen trådte i kraft.
- 70 prosent av hjemmesykepleierne svarer at reinnleggelser har økt.

Forfatterne legger til:

- En studie av utfordringer med å prioritere mellom eldre og yngre brukere innen helse- og omsorgstjenestene, viser at tjenestetilbudet til eldre de siste 20 årene har blitt

strammet inn etter hvert som kommunene har fått ansvar for å yte tjenester til nye grupper av yngre brukere.

Vi har vært opptatt av at de viktigste konsekvensene av reformen i liten grad har nådd dagen lys, og vi har framfor alt illustrert dette med Helsedirektoratets grundige gjennomgang av tilgjengelig materiale. For å rette opp bildet er vi nødt til å ta et bredere spekter av erfaringer og observerbare fakta i betraktning. NOVA-rapporten fra 2013 gir et klart bilde av sykepleieres erfaringer med reformen, men dette er i svært liten grad blitt tatt hensyn til. Den foreløpig siste systematiske undersøkelsen på området, utført av IRIS i (Abelsen m.fl. 2014), gir et bilde som i særlig grad støtter våre egne funn.

- Det synes å foregå et skifte i kommunehelsetjenestens karakter, i retning av mer behandling og pleie av kort varighet og mer spesialisert karakter. Det er vekst i andelen korttidsplasser og andelen plasser til habilitering/rehabilitering, men den skjer i hovedsak på bekostning av langtidsplasser. Reell kapasitetsøkning forekommer i liten grad (s.74).
- Det har vært en reduksjon i andelen beboere i institusjon som er 80 år og eldre, og en stabilitet i andelen av denne aldersgruppen som mottar hjemmetjenester. Dette kan indikere at oppbygging av kortsiktig medisinsk behandlings- og oppfølgingstjenester til de utskrivningsklare har gått ut over det langsiktige tjenestetilbudet til eldre. Det kvalitative materialet bekrefter til dels dette inntrykket. Korttidsplasser som dels blir brukt til langtidsplasser, og omvendt langtidsplasser som til dels brukes til korttidsplasser, forteller om knapphet på plasser. Etterspørselen dekkes ikke av kapasiteten. I kommunene gir dette seg utslag i strengere vurderinger ved tildeling av langtidstjenester enn før (s.79).
- Våre funn tyder altså på at flere kommuner har store utfordringer med de utskrivningsklare pasientene, og det er grunn til å spørre om reformen bare overfører oppgaver fra sykehus til kommune, eller om mer behandling på kommunalt nivå reelt sett gir en bedre tjeneste for brukerne (s.76).

En svært sannsynlig forklaring på dette er knyttet til de fundamentale forskjellene i incentivsyste-  
mene som regulerer henholdsvis sykehus og kommuner. Sykehusene oppmuntres til å sende pasien-  
ter til kommunene før de er ferdigbehandlet, og får direkte og indirekte gevinster for dette. (Å  
sende pasienter tilbake fredag ettermiddag gir muligheter til å spare mye ressurser i helgene). Når  
ansvarsmengden i kommunene øker, trues kapasiteten og den økonomiske balansen. Enten må  
produktiviteten økes, terskelen for tilgang på tjenester heves eller kvaliteten reduseres. I en situa-  
sjon der alle de vesentlige tjenestene ytes personlig og relasjonelt, skaper dette er strukturelt, emo-  
sjonelt og etisk press av en helt spesiell type. Når rammebetingelsene blir dårligere enn det som  
kreves for å yte en god tjeneste, er det i mange situasjoner nærliggende å kompensere for dette ved  
å yte noe ekstra framfor å la det gå ut over pasienten, som er direkte avhengig. Skillet mellom tje-  
nestebyrers personlige, profesjonelle og institusjonelle ansvar må nødvendigvis bli utydelig. Dette  
er åpenbart en forklaring på at sykepleiere synes å oppfatte spørsmål av typen «hvordan vurderer  
du den faglige kvaliteten i din avdeling» med hvorvidt de gjør så godt de kan eller ikke. Her er  
kommunens institusjonelle særegenhet spesielt klart til syne: dersom sykepleieren sier at «kvalite-  
ten er for lav, og det kan jeg ikke akseptere», risikerer hun å sprengte grensene for hva en absorbe-  
rende organisasjon kan akseptere.

Vi tror det samme forholdet ligger til grunn for det faktum at det ikke er gjort noe seriøst forsøk  
på å identifisere den samlede ansvarsoverføringen reformen har ført til, bortsett fra den nevnte  
IRIS-rapporten. En annen måte å si dette på er at folkevalgte og ledere i kommunene normalt ikke  
har noe spesielt incentiv for å kartlegge kvaliteten de er ansvarlige for å opprettholde med ut-

gangspunkt i erfaringene blant de som yter tjenestene i praksis. KS' holdning uttrykker dette tydelig. Selv om KS selv går langt i å beskrive manglende kompetanse og dårlige turnuser som forklaringer på alvorlige feil som oppstår i tjenestene, er løsningen som foreskrives en helt annen – og betegnende nok et redskap for å endre holdninger blant de som daglig arbeider med å unngå dem.

Et gjennomgående trekk ved sykepleieres beskrivelse av egen arbeidshverdag er at det ofte mangler ressurser – tid, kapasitet, kompetanse – til å opprettholde forsvarlig kvalitet, og at dette krever ekstraordinær kompensasjon. Ledere på sin side legger vekt på at ressursene er knappe, at man alltid kunne håpe på mer, og at vi må innse at ressursene må brukes på de som trenger det mest. Dette gjenspeiles i de helt forskjellige erfaringene de to partene har på spørsmålet om det økte behovet for kompetanse. Det følgende er hentet fra spørreundersøkelsen vår:

Kun 9 % er enige i at arbeidsgiver i stor grad oppmuntrer eller stimulerer de ansatte til å ta formell videreutdanning/master. Godt over halvparten, 56 %, mener at dette skjer «i mindre grad» eller «ikke i det hele tatt». Igjen ser vi at svarene fra respondenter med lederstilling skiller seg fra de andre ansatte: Blant lederne svarer hele 64 % at arbeidsgiver i stor grad eller i noen grad oppmuntrer til å ta slik utdanning, mens 31 % oppgir at dette skjer i mindre grad eller ikke i det hele tatt.

Ledere gir gjennomgående høyere score på flere av påstandene knyttet til tjenestekvalitet. Mens kun 35 % av sykepleierne uten lederstilling mener at pasientenes behov for sosial kontakt og felleskap ivaretas godt nok, er over halvparten av lederne (51 %) enige i denne påstanden. Tilsvarende svarer 53 % av lederne at man har tid til å ivareta pasientenes behov for omsorg, mens kun 35 % av sykepleierne uten lederstilling er enige i dette.

De kontrasterende synpunktene handler om helt forskjellige ting, men står i et spesielt forhold til hverandre. Ledere representerer en legitim avgrensingsfunksjon på vegne av folkevalgte, og deres legitimeringsbehov dreier seg om å yte mer for (relativt) mindre ressurser. Sykepleiere på sin side er ofte personlig ansvarlige for at kvalitet og menneskeverd ivaretas. De to funksjonene er komplementære, men samtidig asymmetriske. Hvis vi antar at sykepleieres versjon gjenspeiler virkeligheten, framfor et profesjonssynspunkt, naivitet eller klaging, se vi at det er den som gjør lederes avgrensingsoppgave mulig. Kommunene kan på denne måten realisere flere motsatte mål samtidig: absorbere ansvar, desentralisere ansvaret til de ansatte i førstelinjen, avgrense utgiftene, avvise kritikk med referanse til at den er uttrykk for negative holdninger og helt korrekt peke på at forholdene er i ferd med å bedres. Måten Samhandlingsreformen har blitt forstått og håndtert på, illustrerer denne sammenhengen nokså klart. Oppmerksomheten mot de gode hensiktene har skygget for evnen og viljen til å kartlegge hvor ansvaret har tatt veien, hvordan det ivaretas og ikke ivaretas. Samhandlingsreformen har skapt et stort overskudd av ansvar som kommunene ser ut å håndtere godt, men de er på etterskudd. Etterslepet skaper et slags tomrom som tross alt blir ivarettatt av de som står nærmest brukerne.





# Referanser

- Abelsen, B. m. fl. 2014. *Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet*. Iris Rapport 382.
- Bennardo, G. og deMunck, V. (2013 ). *Models: Genesis, Typology, and Experiences*. New Yourk: Oxford University Press.
- Ekeli, B. V. (2013). *Tvetydighet: en studie av samarbeid i helsetjenester og samarbeidslæring i helsepersonellutdanning*. UiT. Fakultet for humaiora, samfunnsvitenskap og lærerutdanning.
- Gautun, H. og Syse, A. (2013). *Samhandlingsreformen: Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene?* NOVA-rapport 8/13.
- Haukelien, H., Vike, H. og Bakken, R. (2009). *Kompetanse og faglig infrastruktur i helse- og omsorgstjenestene. Evaluering av prosjektet Etter- og videreutdanning i kommunehelsetjenesten (EVUK)*. Rapport, b. nr. 252. Bø: Telemarksforskning.
- Haukelien, H., Vike, H., Landsverk, A. H. og Rudningen, G. L. (2011). *Frihet til likeverd. Likhetsverdier, lokal tilpasning og ansvarsfordeling*. Rapport, b. nr. 281. Bø: Telemarksforskning.
- Haukelien, H. (2013a). *Omsorg og styring. Kjønn, arbeid og makt i velferdskommunen*. Bergen: Universitetet i Bergen, Institutt for sosialantropologi, Samfunnsvitenskapelig fakultet.
- Haukelien, H. (2013b). *Omsorg og styring. Kjønn, arbeid og makt i velferdskommunen.*: Universitetet i Bergen, Institutt for sosialantropologi.
- Helsedirektoratet (2015). *Samhandlingsstatistikk 2013-14* (Beate Husby (red.)).
- Helsedirektoratet (2015). *Nøkkeltall for helse-og omsorgssektoren*
- HOD *Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- Kroken, R. (2012). *Forvandling av ansvar: en utvidet casestudie av barnevernarbeideres handlingsbetingelser i velferdsstaten*, b. 2012:61. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
- Kronenfeld, D. B. (2008). *Culture, society, and cognition: collective goals, values, action, and knowledge*. Berlin: Mouton de Gruyter.
- Rambøll Management Consulting (Rambøll) 2012. *Utskrivningsklare pasienter – endrer praksis seg? KS FoU-prosjekt nr. 124005*.
- Szebehely, M. 2015. *Äldreomsorg i Norden: Liknande utmaningar, skilda trender*. Presentation vid konferens Eldreomsorg i Norden, Oslo 4 juni 2015. Stockholms Universitet.
- Vabø, M. (2007). *Organisering for velferd : hjemmetjenesten i en styringsideologisk brytningstid*. [Oslo]: Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo Unipub.

Vike, H., Bakken, R., Brinchmann, A., Haukelien, H. og Kroken, R. (2002). *Maktens samvittighet: om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Vike, H. (2004). *Velferd uten grenser: den norske velferdsstaten ved veiskillet*. Oslo: Akribe.

Vike, H., Haukelien, H., Bakken, R. og Løyland, K. (2004). *Kvinnelig bemanning. Om vilkårene for faglighet og kvalitet i pleie- og omsorgsyrkene*. . Oslo: Norsk Sykepleieforbund.

Referanser på nett:

<http://fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMST/Helse%20og%20omsorg/Samhandlingsreformen/Nasjonalt%20nettverk%20-%20statusrapport/Nasjonalt%20nettverk%20Statusrapport%20171214.pdf>

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/166/Status-for-samhandlingsreformen-forvaltningsmessig-folge-med-rapport-fra-helsedirektoratet-2014-IS-2234.pdf>

(<http://www.servicetorget.no/aktuelle nettsteder/arbeidsgiverforeninger/ks.htm>)

<http://tekomrev.no/2014/11/28/samhandlingsreformen-skien/>

<https://www.ssb.no/a/kostra/stt/velg.cgi?f=95254922811832>



