

MASTEROPPGAVE

Klinisk sykepleievitenskap

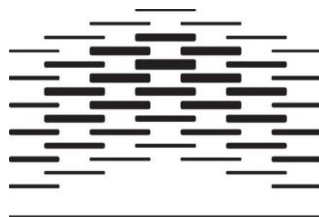
Mai 2015

«VI TRENGER IKKE FLERE HENDER!»

**- en studie av sykepleieres erfaringer med
samhandlingsreformen ved korttidsavdelinger på
sykehjem**

Paul André Vetvik Killie

Fakultet for helsefag
Institutt for sykepleie



**HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS**

Sammendrag

Tittel:**«Vi trenger ikke flere hender!»**

- En studie av sykepleieres erfaringer med samhandlingsreformen ved korttidsavdelinger på sykehjem

Bakgrunn: Samhandlingsreformen trådte i kraft 1.januar 2012, noe som medførte en dreining av ansvar for pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Korttidsavdelinger ved sykehjem var en viktig bidragsyter i skiftet, fordi de skulle ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehuset tidligere enn før. Hensikten med oppgaven var å undersøke sykepleiernes erfaringer i forbindelse med samhandlingsreformen: hvordan den påvirket deres arbeid og rolle som sykepleier ved korttidsavdelingene.

Metode: Gjennom en kvalitativ metode basert på eksplorerende intervjuer søkte jeg svar på sykepleiernes rolle og arbeidssituasjon i kjølvannet av samhandlingsreformen. Intervjuene var basert på en semistrukturert intervjuguide. Utvalget bestod av 6 deltakere fra ulike korttidsavdelinger.

Resultat: Sykepleiernes rolle ved korttidsavdelingen har blitt endret på flere områder. Samhandlingsreformen har fått betydning for det økte tidspresset og behovet for kompetanseheving og bemanning for sykepleierne ved korttidsavdelinger.

Det hersker forskjellige syn på ansvar og makt ved forskjellige institusjoner og enheter som skal samarbeide om utskrevne pasienter fra spesialisthelsetjenesten. I utgangspunktet virker det som at flere sykepleiere har fått økt sin individuelle kompetanse etter samhandlingsreformen. Dette har likevel skjedd gjennom sykepleiernes individuelle tilpasning, og ikke som en følge av systemisk kompetansehevingstiltak i sektoren. Profesjonsnormene later også til å være utfordret gjennom den endrede hverdagen sykepleierne har og hvordan de har fått økt sitt ansvar uten beslutningsmyndighet til å utøve skjønnsvurderinger.

Konklusjon: Det har blitt endringer for sykepleierne på flere områder. Utfordringene de opplever i lys av økt tempo og økt kompetansebehov for å ta seg av pasienter som er sykere enn tidligere, kan føre til at sykepleiere kvier seg for å arbeide ved korttidsavdelinger. Uten økt satsning på kvalitetshevende tiltak i sektoren kan samhandlingsreformen bli til en reform uten samhandling.

Abstract

Title: “We don’t need more hands!”
– A study of nurses experiences with the Coordination Reform at short term wards in nursing homes

Background: The Coordination Reform came into force on January 1 2012, as a result patient responsibilities shifted from the hospitals to primary health care. Short-term wards at nursing homes was an important contributor to the shift, because it entailed that they would receive patients ready for discharge from the hospital at an earlier stage than previously. The purpose of the study was to investigate nurses' experiences related to the Coordination Reform, and how it affected their role as a nurse and their work at short-term wards.

Method: Through a qualitative methodology based on exploratory interviews, I sought answers to the nurses' role and work in the wake of the Coordination Reform. The interviews were based on a semi-structured interview guide. The sample consists of six participants from various short-term wards.

Results: Nurses' role in the short-term ward has changed in several areas. The Coordination Reform has increased time pressure and need for expertise as well as influencing nurse staffing at short-term wards.

There seems to exist different views on responsibility and power at various institutions and units that are supposed to cooperate concerning discharged hospital patients. It seems that more nurses have increased their individual skills after the reform. The improved skill sets do however seem to be a result of individual adjustments rather than systematic quality improvement programs in the sector. Nurses' professional norms seems challenged by the everyday work and their increased responsibilities without decision-making authority to exercise discretion.

Conclusion: There have been changes for the nurses in several areas. The challenges they experience in light of the increased pace and need for expertise to take care of patients who are sicker than before, can cause the nurses to be reluctant to work at

short-term wards. Without increased investment in quality improvement measures in the sector, the Coordination Reform may become a reform without coordination.

Forord

Gjennom arbeidet med studien har jeg lært utrolig mye om feltet jeg har studert, og sykepleierne sin betydning og rolle. Både når det gjelder som utøvere av endringer, men også hvor viktige sykepleierne er for at helsevesenet skal fungere.

Først vil jeg rette en stor takk til min veileder Jonas Debesay, uten hans tålmodighet og uvurderlige tilbakemeldinger hadde jeg nok aldri kommet i mål. Tusen takk for all den tiden du har gitt meg og all den kunnskap og innsikt du har delt med meg. Jeg ønsker også å takke informantene som tok seg tid til å stille opp til intervjuene, samt bibliotekarer for deres hjelp ved litteratursøk.

Ellers vil jeg takke venner og familie for deres tid og samtaler som har gitt meg innsikt og kreative innspill til dilemmaer i prosessen. Og all den hjelp dere har gitt meg i form av korrekturlesning og konstruktiv kritikk til min studie. Med fare for å glemme noen ønsker jeg ikke å gjøre den urett å glemme en person, dere vet selv hvem dere er. Så tusen takk til dere!

Paul André Vetvik Killie

Mai 2015, Oslo

Innholdsfortegnelse

1 BAKGRUNN	9
Valg av tema og presentasjon	13
Hensikten med studien.....	14
Forskningsspørsmål.....	15
Beveggrunner for reformer i det norske helsevesenet	15
Samhandlingsreformen	18
Korttidsavdelingen	21
Gjennomgang av tidligere litteratur	22
2 TEORETISK RAMMEVERK	25
Kompetansens betydning for yrkesutøvelse.....	26
Skjønnsutøvelse i klinisk praksis	28
Rutiner og kvalitet i helseinstitusjoner	31
Autonomi og ansvar i sykepleieutøvelsen	34
3 METODE	37
Design.....	38
Utvalg	39
Refleksivitet.....	41
Validitet og reliabilitet i studien.....	42
Presentasjon av analyseprosessen	43
Etikk	45
4 PRESENTASJON AV FUNN	47
Den nye hverdagen på korttidsavdelingen	47
Økt tidspress i kjølvannet av samhandlingsreformen.....	50
Hvordan kommer behovet for kompetanse til uttrykk?	55
Ulike forventninger mellom samarbeidende institusjoner og enheter	64

5 SAMHANDLINGSREFORMENS PÅVIRKNING AV SYKEPLEIERNES KLINISKE ARBEID	72
Tidspresset som følge av samhandlingsreformen går utover faglig forsvarlig praksis	73
Behovet for ny kompetanse og bemanning ved korttidsavdelingen	76
Ulike logikker i forbindelse med ansvar og makt i samarbeidet med andre institusjoner og enheter	84
Oppsummering av diskusjonen	91
6 KONKLUSJON	93
Forslag til videre forskning.....	94
Litteraturliste.....	95
Vedlegg 1 – NSD sin godkjenning av prosjekt	100
Vedlegg 2 – NSD godkjent utsettelse	103
Vedlegg 3 – Informasjonsskriv med samtykkeerklæring.....	104
Vedlegg 4 – Intervjuguide	107

1 BAKGRUNN

Samhandlingsreformen trådte i kraft 1. januar 2012, og den har stor betydning for store deler av det norske helsevesenet i dag. Hensikten med innføringen av reformen var å bedre samhandlingen mellom ulike ledd, det være seg sykehus med ulike funksjoner og deres samarbeid med kommunene i helsevesenet. Gjennom dette samarbeidet og en omstrukturering ønsket man å effektivisere helsevesenet som en helhet og redusere de totale utgiftene (St. meld. nr. 47 2008-2009). Det tas i denne oppgaven utgangspunkt i at disse endringene mest sannsynlig har fått konsekvenser for de som jobber i helsevesenet, men hvilke konsekvenser det handler om er det nødvendig å undersøke nærmere.

Sykepleiere står ovenfor nye krav til effektivisering og omstrukturering gjennom reformen. Jeg ønsker gjennom masteroppgaveprosjektet å oppnå økt forståelse rundt grunnlaget for samhandlingsreformen, og mer spesifikt hvordan den skal bidra til at det ytes bedre kvalitet og effektivitet i helsevesenet. I etterkant av innføringen av reformen kommuniserer Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) gjennom offentlige kanaler at reformen synes å fungere slik den var planlagt.

HOD melder blant annet om at vi er på god vei mot målet om en effektivisering av- og reduserte kostnader i -helsevesenet (HOD, 2013). Sykepleierne som arbeider i forskjellige ledd av helsetjenesten og ved ulike institusjoner har imidlertid en annerledes forståelse av situasjonen etter innføringen av samhandlingsreformen (Gautun & Syse, 2013).

På bakgrunn av dette ønsker jeg i min studie å intervju sykepleiere som var i direkte arbeid med pasienter. Sykepleierne i studien arbeider på korttidsavdelinger ved sykehjem, og nettopp disse er relevante for å belyse hvordan samhandlingsreformen oppleves og påvirker deres rolle. Grunnen til at valget falt på korttidsavdelinger begrunnes med at kommunehelsetjenesten har fått endret store deler av sitt virke gjennom samhandlingsreformen. Korttidsavdelingene er dermed et viktig bindeledd mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Studien søker med andre ord å formidle sykepleiernes virkelighetsoppfatning vedrørende reformeringen av avdelingen de arbeider ved.

Årsakene HOD har hatt for å planlegge og gjennomføre Samhandlingsreformen er mange og komplekse. I St. meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid* finnes noen sentrale grunntanker og idéer som lå bak utarbeidelsen og implementeringen som er vesentlig for å forstå hva reformen innebærer. Ifølge stortingsmelding nummer 47 er det største problemet som trekkes fram, og som man ønsket løst, samhandling mellom og effektivisering av spesialist- og primærhelsetjenesten (St. meld. nr. 47 2008-2009). Spesialisthelsetjenesten består av sykehusene, både lokalsykehus og helseforetak. Primærhelsetjenesten i kommunene inkluderer blant annet sykehjem, hjemmesykepleie, legevaktjenester og fastlegeordningen (Regjeringen, 2006).

I Stortingsmelding 47 og en norsk offentlig utredning bestilt av HOD påpekes det at interaksjon og koordinering mellom sykehusene og kommunene kan forbedres betraktelig (NOU, 2005; St. meld. nr. 47 2008-2009). Av utredningen: *Fra stykkevis til helt* fremkom det at ønsket om effektivisering skulle skje gjennom tidligere overføring av pasienter fra sykehus til kommune, med argumentasjon om at de er

ferdig behandlet i spesialisthelsetjenesten. Kommunen skulle med andre ord være rustet til å ta imot pasienter tidligere enn det de før ville gjort, og pasienten vil da være karakterisert som utskrivningsklare, eller klare for overføring til kommune tidligere. I St. meld. nr. 47 (2008-2009) sees en kostnadseffektivitet i å overføre helsehjelpsbehovet og dermed pasienten til kommunen på gitt tidspunkt, for å kontinuere behandlingen der (St. meld. nr. 47 2008-2009). Dette bidrar igjen til å frigi nødvendige ressurser på sykehusene til de mest behandlingstrengende. Frigjøringen av ressurser bidrar derfor til at sykehusene får større kapasitet til å behandle pasienter.

Samhandlingsreformens uttalte formål er å sikre trygghet og god kvalitet på helsetjenester til pasientgrupper som har blitt ansett som utfordrende å ivareta, også omtalt som sårbare eller marginaliserte. Pasientgruppene som trekkes fram er syke eldre, psykisk syke personer, mennesker med rusmiddelavhengighet og personer med kroniske lidelser. Disse gruppene er nå planlagt å motta hovedvekten av sin helsehjelp gjennom primærhelsetjenesten, gjennom et bedre utviklet tilbud enn tidligere (St. meld. nr. 47 2008-2009).

På bakgrunn av at en større del av behandlingsforløpet skal skje i kommunen har man opprettet akutte sengeplasser i kommunen, også kalt *kommunalt akutt døgntilbud* (KAD), samt at korttidsavdelingene ved sykehjemmene skal ta ansvar for pasientene når de anses som utskrivningsklare fra sykehuset (HOD, 2013). Disse tilbudene vil erstatte intermediæravdelinger som var samarbeidsavdelinger med sykehus og kommune forskjellige steder tidligere, finansiert av begge instansene. Akutte kommunale døgneheter som KAD skal dermed ivareta pasienter som har lungebetennelser som krever inneliggende behandling, og eksempelvis kolsforverring, eldre pasienter med magesmerter, anginaproblematikk og lignende. Essensielt for pasienter som overføres og legges inn ved KAD er at de skal komme gjennom fastlegetjenesten, legevaktstjenesten eller akuttmottak. Med andre ord skal behandlingsskjeden ikke gå fra spesialisthelsetjenestens sengepostavdelinger og til KAD.

Når målet er å få bedret og effektivisert flyt av pasienter og tjenester mellom ulike sektorer og helsetjenestenivå, og da å sikre behandling på riktig nivå, kalles dette det *beste effektive omsorgsnivå* (BEON) (St. meld. nr. 47 2008-2009). I praksis betyr dette at pasientflyten ikke kan inneha en behandlingsskjede som går fra sykehjem til KAD, men at pasienten må vurderes ved legevakt eller fastlege i mellomtiden før en innleggelse ved KAD. I tillegg blir KAD starten på en behandlingsskjede, og ikke et ledd som kommer etter en eventuell sengepostinnleggelse, som nevnt ovenfor. Pasienter fra sykehusets sengeposter overføres til korttidsavdeling når de er avklart behandlet fra sykehuset. Slike overføringer medfører med andre ord at fortsettelse av behandling fra sykehuset gjøres ved korttidsenheter, og at KAD befinner seg i et annet ledd av behandlingsskjeden.

Jeg er i denne oppgaven opptatt av samhandlingsreformen og dens utgangspunkt, og jeg skal derfor kort gjøre rede for de ulike aktører i samfunnet som har uttalt seg om og ønsket å ha innvirkning på grunnlaget reformen ble bygget på. Helse- og omsorgsdepartementet har tatt utgangspunkt i at Norge bruker svært mye penger helsemessig per innbygger, sammenlignet med andre land (OECD, 2011, 2013; St. meld. nr. 47 2008-2009).

Samfunnsøkonomer og debattanter har påpekt at dette ikke nødvendigvis anses som det riktige utgangspunktet (Bakke, 2012; Jensen, 2012; Ystad, 2013). Statistisk sentralbyrå (SSB) har beskrevet helseutgifter tallmessig i et skriv hvor de henviser til at alle retningslinjer fra Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], bekrefter at de tallene det er tatt utgangspunkt i når helsetjenesten har blitt vurdert som svært dyr, stemmer (SSB, 2012). I rapportene til OECD "Health at a Glance" som SSB baserer sine tall på, beskrives det mangel på definisjoner som tallene for helseutgifter per innbygger bygger på. Årsaken til definisjonsmangelen er ulike oppfatninger og føringer innad i forskjellige land for hvordan de selv skiller mellom sosiale utgifter og hva som er rene økonomiske helseutgifter. Definisjonsproblematikken er spesielt knyttet opp mot langtidspleie og kroniske sykdommer, som det da vil være vanskelig å identifisere konkrete økonomiske

kostnader på. I Norge regnes begge disse kategoriene som helseutgifter (OECD, 2011, 2013).

Valg av tema og presentasjon

Hovedgrunnen til valg av tema for oppgaven er basert på erfaringer fra min jobb på sykehus hvor både kollegaer og jeg selv så at pasientene under implementering ble overført til sykehjemmene tidligere enn det vi var vant med. Kontakten med bydelene pasientene tilhørte økte, og pasientene ble i flere tilfeller skrevet ut sent på kvelden fordi det ofte tar tid før ambulansene har kapasitet til å overføre pasientene til sykehjemmene. Vi satt derfor med en følelse av at pasientene nå var sykere når de ble overført, og at man til tider var usikker på om det var forsvarlig å sende pasienten fra sykehuset.

Posten jeg jobber ved hadde tidligere vært ansvarlig for sykehjemsprosjektet sammen med bydeler i tilknytning til vår sektorfunksjon. Prosjektet bestod av ambulerende sykepleier som reiste ut til aktuelle sykehjem. Vedkommende kunne tilkalles ved spørsmål eller behov for hjelp i forbindelse med kliniske vurderinger og praktisk assistanse. På bakgrunn av dette stilte man seg noe tvilende til kompetansen som fantes på sykehjem dersom HOD skulle gi dem ansvaret så tidlig i sykdomsforløpet som det nå ble gjort. Med andre ord hadde avdelingen allerede et visst innblikk i hva som ventet pasientene kompetansemessig når de skulle skrives ut til kommunen på et tidligere tidspunkt enn før.

På samme tidspunkt som Samhandlingsreformen trådte i kraft valgte man på kort varsel å legge ned sykehjemsprosjektet. På bakgrunn av rollen avdelingen min hadde og hvordan sykehjemmene reagerte, søker jeg nå svar rundt hvordan reformen har endret sykepleiernes rolle i kommunen. Hvilke konsekvenser fikk dette for sykehjemmene og sykepleierne som arbeider der? Jeg fokuserer spesielt på korttidsavdelingene siden det var disse som fikk hovedvekten av de overførte sykehuspasientene.

Hensikten med studien

I etterkant av implementering av samhandlingsreformen 1.januar 2012, og i lys av det kontinuerlige arbeidet med reformen, fremstår fokuset i min studie etter mitt syn som dagsaktuelt. Hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan samhandlingsreformen har påvirket sykepleiernes rolle på korttidsavdelingene på sykehjem. Jeg ønsker å undersøke hvilken innvirkning reformen har på sykepleiernes rolle i det daglige arbeid, samt hvordan de opplever endringene.

I studien har jeg forsøkt å identifisere hva som kan gjøres for å implementere reformen på en god måte, og hvordan den påvirker sykepleiernes rolle. Fokusområder for sykepleierens rolle og for oppgavens tema er i denne sammenheng basert på sykepleierens generelle kompetanse, bruk av skjønn, kunnskap om rutiner i arbeidet, erfarte arbeidsbelastninger, besittelse av autonomi, ansvarsfordeling i helsetjenesten og kvaliteten på tjenestene. Sykepleierens rolle kan være viktig for å forstå hvordan de som jobber med og under endringene selv opplever utslagene av reformen. Det er i dette tilfelle sykepleierne som jobber med pasienter i kommunal sektor som kan fortelle hvordan samhandlingsreformen får utfall i det daglige arbeidet. Gjennom å undersøke hvordan de opplever den endrede situasjonen kan man knytte praksis og teori sammen for å skaffe ny innsikt om reformens konsekvenser for de som står i endringene til daglig.

Da jeg gjennomførte systematiske litteratursøk for å innhente relevant forskningslitteratur for prosjektet, viste det seg at det finnes få utforskende studier med lignende design og metode som jeg selv har valgt. Det er med andre ord sparsomt med kvalitativ forskning knyttet til samhandlingsreformen i Norge, og noe av grunnen kan være at det kun er tre år siden den ble implementert. Å finne studier fra andre land med potensiell overførbarhet til det norske helsevesenet ga også få treff, hvilket som gjenspeiler det noe særegne ved helsevesenet i Norge. Hovedvekten av forskningen med potensiell overførbarhet var rettet særlig mot spesialisthelsetjenestenivået.

Forskningsspørsmål

I dette avsnittet presenterer jeg forskningsspørsmålene jeg søker å besvare med denne studien. Spørsmålene er blitt til som følge av litteraturgjennomgangen, egne erfaringer fra feltet og samtaler med aktører som har innsikt i prosessen. Dette har resultert i følgende fire forskningsspørsmål:

1. Hvordan påvirker samhandlingsreformen rollen som sykepleier ved korttidsavdelingen?
2. Hvilken betydning har reformen hatt for kvaliteten på korttidsavdelingen ved sykehjem?
3. Hvordan opplever sykepleierne sitt kompetansebehov i lys av endringene som reformen har medført?
4. På hvilken måte har reformen påvirket sykepleiernes samhandling med andre enheter og institusjoner?

Beveggrunner for reformer i det norske helsevesenet

Det norske helsevesenet er forankret i politisk ideologi. Dette er et viktig premiss når man skal forstå hvorfor helsevesenet framstår som det gjør, fordi politisk ideologi påvirker utformingen av helsevesenet og tillegger det spesifikke funksjoner (Veggeland, 2012). Veggeland (2012) påpeker at de ideologiske tilnærmingene som ligger til grunn for reformer, ved at de institusjonaliseres, lett gjør reformene irreversible. Han viser til at det på 1990-tallet skjedde en dreining i helsevesenet mot en markedsgjøring av offentlig sektor, inkludert helsetjenestene. Dette får utslag i en form for privatisering, selv om det fortsatt er staten som er eier og finansierer produksjonen av helsetjenester.

Det som er interessant i vår sammenheng er ikke at omorganiseringen finner sted, men troen på at dette skjedde i et ideologisk vakuum, og at det hvilte offentlig konsensus om at dette var den mest effektive organisering uansett type offentlig virksomhet (Veggeland, 2012). Dette oppfattes av Veggeland som et paradoks fordi

beslutninger for reformeringer blir gjort tilsynelatende uavhengige av ideologisk styring, og at reformene fremstår som om de ikke blir styrt av rådende politisk ideologi. Da hviler retorikken på at endringene er apolitiske og hviler kun på en forståelse av at det er eneste riktige løsning.

I den nyliberalistiske retningen har konkurranseutsetting for økt effektivitet vært den sentrale argumentasjonen for dreiningen av offentlig virksomhet. Det skulle opprettes offentlige foretak og selskaper som skulle forvalte helsevesenet (Veggeland, 2012, s. 48). Nyliberalismen vektlegger sterkt avregulering og global integrering for å skape en fri bevegelse av alle typer varer, tjenester og arbeidskraft uavhengig av virksomhetens karakter. Det kan se ut som den norske debatten ikke helt har tatt inn over seg konsekvensene dette kan ha for helsevesenet. Liten forståelse for det nyliberale grepets konsekvenser synes derfor merkelig sett i lys av de ideologiske diskusjonene i andre europeiske land, herunder også EUs engasjement i drøftingen av de problematiske sidene ved liberalisering, kapitalisering og markedsgjøring i de offentlige velferdssektorene (Veggeland, 2012). Den ideologiske dreiningen kan tydelig sees i begrepsendringer og mangel på offentlig tilgjengelighet, som når for eksempel byrådet i Oslo gjorde når de slo fast at bemanning på sykehjem er en bedriftshemmelighet (Byråden for eldre 2014; Østby, 2014).

Fra 2002 ble norsk sykehussektor mer innrettet mot markedsstyring. Statens ansvar ble endret til styring via norske regionale helseforetak (RHF). RHFene er organisasjoner styrt etter et privat mønster, selv om staten ble eier og finansiell instans for produksjonen av spesialisthelsetjenesten. Målet med RHFene er at de skal fremme kostnadseffektiv behandling, men de har blitt tiltakende mindre demokratisk organisert (Jensen, 2013).

På nasjonalt nivå i ulike land i Europa har man debattert forvittringsprosessen i offentlig forvaltning, og det har særlig vært fokus på foretaksorganisering av helsetjenester (Jensen, 2013). Både Tyskland og Frankrike har vært opptatt av risikoen for at politiske myndigheter skal miste kontrollen over organisasjonene. Samtidig ser man til England, hvor man etter Margaret Thatcher sin markedsliberale

reform av helsevesenet i liten grad har vært opptatt av demokratisk innsyn og kontroll. Englands organisering har vært gjennomsyret av den liberale troen på den «usynlig styrende hånd»¹, men man har allikevel ønsket at helsevesenet skulle bli styrt gjennom en styrende og «synlig hånd» (Veggeland, 2012). Denne hierarkiske styringen av helsetjenester finner man igjen i andre land og sektorer, og blir av Jensen (2013) betegnet som «post-NPM-reformer». Dette har ingen tydelige avgrensninger, men Jensen (2013) mener at det skyldes en frykt for at det kan føre til seleksjon av pasienter som gir større økonomisk gevinst, eller forringe kvaliteten på tjenestene.

Den ideologiske diskusjonen har i Norge vært nærmest fraværende under omorganiseringen til RHF, både før, under opprettelsen og i etterkant av iverksettelsen. Helseforetaksloven gikk raskt gjennom i Stortinget og RHF'ene ble opprettet i 2002. Foretaksmodellen som er inspirert av nyliberalismens styrings- og forvaltningsideer, har en innebygd ide om markedsgjøring og en fristilling av spesialisthelsetjenesten fra politisk styring. Man endret således verdier og prinsipper som var tuftet på sosialdemokratiets tanke om statlig og politisk styring av velferdsordningen (Jensen, 2013). Stoltenbergs første regjering var opptatt av at dette ikke skulle gjøres til en ideologisk debatt og fortalte at «sterk statlig styring er ingen automatisk garanti for likeverdig tilbud». Stoltenberg var også av den oppfatning at denne typen styring var sosialdemokratisk så lenge det var for felleskapet, og la vekt på at organiseringen i privat eller offentlig ikke var utslagsgivende (Stoltenberg, 2000, s. 3).

¹ Den usynlige hånd er en metafor fra Adam Smith: «By preferring the support of domestic to that of foreign industry, he intends only his own security; and by directing that industry in such a manner as its produce may be of the greatest value, he intends only his own gain; and he is in this, as in many other cases, led by an invisible hand to promote an end which was no part of his intention. Nor is it always the worse for the society that it was no part of it. By pursuing his own interest, he frequently promotes that of the society more effectually than when he really intends to promote it. I have never known much good done by those who affected to trade for the public good» (Smith, 2005, s. 363-364).

Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen ble presentert av helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen og godkjent i statsråd 19. juni 2009 under Regjeringen Stoltenberg II. Samhandlingsreformen legger vekt på utfordringer som både er knyttet til pasientperspektiv, bedret forebygging av sykdom og samfunnsøkonomiske perspektiv (St. meld. nr. 47 2008-2009). Som løsning til dette problemkomplekset tilbyr dokumentene, slik Hagen & Johnsen (2013) forstår det, samhandling.

*«Manglende samhandling er den viktigste årsaken til systemets manglende evne til å forsyne samfunnet med nødvendige helsetjenester til kostnader samfunnet kan leve med: God samhandling er en forutsetning for gode helsetjenester»
(Hagen & Johnsen, 2013, s. 39)*

Samhandlingsreformen er tuftet på ideen om bedret samhandling i helse- og omsorgstjenestene som en helhet, og dette må utvikles for å gjøre tjenestene bedre. Satsningen på samhandling skal fremme en trygg og kvalitetsbevisst tjeneste gjennom tiltak som understøtter helheten i tjenestesystemene. Formålet er at det skal etableres rammebetingelser som gir de enkelte virksomhetene motivasjon til samarbeid og leveranse av tjenester som samsvarer med helse- og omsorgspolitiske mål (St. meld. nr. 47 2008-2009). Samtidig skal man søke å få involverte aktører til å legge helhetsperspektivet til grunn for sine vurderinger og endelige avgjørelser (Hagen & Johnsen, 2013). Det er altså behov for strukturelle tiltak for å fremme samhandlingsproblemer, samt at man må la riktig instans løse problemet på bakgrunn av det store helhetsperspektivet for å få en effektiv og fortsatt god helsetjeneste.

Her skal jeg nevne og knytte noen kommentarer til hovedgrepene regjeringen har valgt å legge frem som grunnlag for samhandlingsreformen (St. meld. nr. 47 2008-2009). Noen av hovedgrepene vil få større fokus enn andre i min studie, da det ikke er alle som er direkte relevante for sykepleiernes rolle.

Hovedgrep 1 - Klarere pasientroller: Siktemålet er at man gjennom gode og helhetlige pasientforløp, utviklet i samarbeid med pasienter og deres organisasjoner, i større grad enn før skal vektlegges som referanseramme for alle aktører i helse- og omsorgstjenestene. Det legges også vekt på at befolkningen generelt selv må ta ansvar for egen helse.

Hovedgrep 2 - Ny framtidig kommunerolle: Gjennom reformen ser man en endret rolle for kommunen som et viktig skritt for å løse den ventede veksten eller behovet for helsetjenester. Kommunene skal stå ansvarlig for større deler av det helhetlige tilbudet til pasienter. Dette gjelder både forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging av pasientens forløp slik at mest mulig av helsetjenestene kan behandles på beste effektive omsorgsnivå. Den endrede profilen og bruksområde til korttidsavdelingene som en viktig enhet blir herunder fremhevet. Dette hovedgrepet omhandler kommunens endrede rolle og er viktig fordi den inneholder korttidsavdelingenes nye arbeidsdag, inkludert deres opplevelse av hvordan de har opplevd endringene. Regjeringen hevder at vi er på god vei med samhandlingsreformen og implementeringen. De meddeler at kommunene tar imot utskrivningsklare pasienter og det er høy aktivitet for etablering av lokale tilbud, som korttidsplasser, rehabilitering og styrking av hjemmetjenestene. Kommunene har hatt stor interesse for å sette i gang med KAD og etableringen av dette er godt i gang (HOD, 2013). I Oslo ble prosjektet med KAD startet 2012 (Oslo kommune 2013).

Hovedgrep 3 - Etablering av økonomiske insentiver: Kommunen skal nå være medfinansierende til spesialisthelsetjenesten. Dette skal stimulere kommunene til å vurdere riktigere bruk av sykehusene, og dermed sin egen ressursbruk. Kommunene skal betale for somatiske pasienter 24 timer etter at de er ansett som utskrivningsklare fra spesialisthelsetjenesten. Dette skal finansieres via dagbøter pålydende 4000 kroner per døgn som kommunen må betale fram til de har funnet plass i kommunal sektor (Kommunal- og Regionaldepartementet, 2011). Deretter mener departementet at det er tiltenkt at økonomiske insentiv i form av dagbøter som skal gis til kommunene vil få betydning for beslutninger knyttet til pasientenes behandlingssted og hvor og når de skal overflyttes mellom samarbeidende

institusjoner (St. meld. nr. 47 2008-2009). Melby og Tjora (2013) ser på dette som en total og helhetlig styring og et ansvar som tildeles primærhelsetjenesten som ikke uavhengig legger til rette for samhandling og relasjonsbygging mellom institusjoner i helsetjenesten. De ser på finansieringsordningen som ett strukturelt forhold som kompliserer samarbeid innad i helsevesenet (Melby & Tjora, 2013). Dette kan både gi kommunene som ansvarlige i primærhelsetjenesten utfordringer som ikke bare er heldig for pasientene. Det kan få konsekvenser for hvordan pasientene vil bli behandlet.

Hovedgrep 4 - Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse: Det skal sikres at spesialisthelsetjenesten gir befolkningen trygghet gjennom at man benytter deres spesialkompetanse når det behøves. Dette skal sikres via en oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten som sikrer at sykehusene benyttes når det er hensiktsmessig. Det er viktig at man forsøker å gi spesialisthelsetjenesten frihet til å bruke sin spesialkompetanse der den behøves. Samtidig gis det også uttrykk for at man vet at sektoren er hardt presset hva gjelder kapasitet i regi av somatisk sengeplasser (Kommunal- og Regionaldepartementet, 2011). Det har vært kritiske utsagn mot dette fra fagekspertene og journalister fordi man er redd for at kommunal sektor ikke har ressursene eller kunnskap og kompetansen til å ta seg av pasientgruppene på en forsvarlig måte. Det er også uttrykt frykt for at leger blir presset til å legge inn pasientene i kommunen ved korttidsavdelinger eller KAD istedenfor på sykehus fordi man i utgangspunktet skal behandle pasientene på lavest mulig behandlingsnivå (Krossli, 2011; Wyller, 2012, 2014).

Hovedgrep 5 - Tilrettelegging for tydeligere prioriteringer: Beslutninger skal tas med fokus på det helhetlige pasientforløpet, i og med at myndighetene ikke har ett koordinert beslutningssystem for helse- og omsorgstjenestene. Ettersom risikoen for at deltjenester passer dårlig sammen er til stede, har man etablert Nasjonalt råd for kvalitet og prioriteringer som skal være med på god utvikling innen helhetlige prioriteringer.

I lys av samhandlingsreformen er det viktig å forstå hva man mener med samhandling. I følge Hagen and Johnsen (2013, s. 32) er det følgende terminologi som anvendes:

Samhandling opptrer når en aktør er avhengig av andre aktørers handlinger for å realisere sine intensjoner, og aktørene tar hensyn til denne gjensidige avhengigheten i beslutningene om å handle.

Denne måten å tolke begrepet på er som de sier selv, identisk med Weber (1978) sin definisjon av det som kalles en *sosial handling*, hvor det er minimum to aktører som gjør valg på bakgrunn av valg den andre har gjort (Hagen & Johnsen, 2013).

Korttidsavdelingen

Korttidsavdelingene har en nøkkelfunksjon for kommunen i lys av samhandlingsreformen. Korttidsavdelingene på sykehjem er ansvarlige for korttidsopphold i regi av kommunen. Dette er opphold av kortere varighet som er et tilbud til befolkningen. Grunnlaget for tjenesten er at korttidsavdelingene har som målsetning at pasientene skal få hjelp, fram til de igjen klarer seg på egen hånd og kan flytte hjem igjen. Tilbudet kan benyttes både når pasienter er utskrivningsklare fra sykehus, eller via søknad fra fastlege eller hjemmesykepleie om man ser at personen behøver mer hjelp enn det man kan tilby pasienter i sitt eget hjem. Når pasienter kommer fra sykehus, gjelder det både medisinske pasienter som har vært syke og kirurgiske pasienter som behøver hjelp til å komme seg før de klarer seg i hverdagen igjen (Sykehjemsetaten, 2013a).

Korttidsavdelingen er en viktig enhet når man skal endre ansvarsnivå i det man anser pasienter som ferdigbehandlet (utskrivningsklare) i spesialisthelsetjenesten. Disse pasientene behøver da et tilbud innenfor rammen av beste effektive omsorgsnivå (BEON) (St. meld. nr. 47 2008-2009). Da skal pasientene som har behov for alt fra 2 dager til 12 ukers opphold få bedret sitt funksjonsnivå og få hjelp til å komme hjem igjen (Sykehjemsetaten, 2013b). I hoveddokumentet om samhandlingsreformen er

det ikke eksplisitt at det er korttidsavdelinger man sikter til, men det uttrykkes at *døgnplasser til etterbehandling* er planlagt for å overta behandling etter rehabiliteringsopplegg fra sykehus (St. meld. nr. 47 2008-2009).

Da det er fragmentert og lite tilgjengelig informasjon om sykehjemmene og korttidsavdelingene sin rolle, er det vanskelig å finne omfattende data eller spesifikke beskrivelser i de offentlige dokumentene. De viktigste tiltakene synes likevel å være blant annet en annerkjennelse av korttidsavdelingens viktige rolle, og at det til enhver tid skal være en egen sykepleier som kun har ansvaret for avdelingen 24 timer i døgnet. Dette skulle ifølge flere av mine informanter, sykepleierne, være på plass fra høsten 2014. Ingen spesiell dato eller informasjon er imidlertid offentlig tilgjengelig. Dette kan sees i sammenheng med at byrådet i Oslo kommune har slått fast at bemanning på sykehjemmene er en bedriftshemmelighet. (Oslo kommune 2014; Østby, 2014).

Gjennom samhandlingsreformen trer derfor korttidsavdelingene frem som en viktig arena for å endre behandlingsnivå mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helsetjenester. Dersom kommunen oppgraderer tilbudet «før, i stedet for og etter sykehusopphold», vil de kommunale tjenestene i noen grad kunne erstatte de dyrere spesialisthelsetjenestene – vi får da etter sigende tilbud som både er bedre for pasient, og sikrer en bærekraftig samfunnsutvikling (St. meld. nr. 47 2008-2009, s. 27). Det er slik sett knyttet store forventninger til korttidsavdelingenes rolle, og betydning for overflytning av pasienter fra sykehus og over til kommune. Hovedideen er kort sagt at det er denne omorganiseringen skal føre til et bedre tilbud for pasientene og spare helsevesenet for utgifter (St. meld. nr. 47 2008-2009).

Gjennomgang av tidligere litteratur

I søken etter relevant litteratur måtte jeg gå bredt ut for å se om det fantes internasjonale kilder som undersøker reformer eller lignende endringer, hvor de ser på hvordan helsepersonalet opplever endringer, men det har vært svært begrenset med funn. Av

databaser har jeg gått gjennom Cinahl, Medline, Swemed+, Google Scholar og SocIndex. De viktigste komponentene det ble søkt etter var for eksempel opplevelser (experience/perception), reform (health care reform), sykepleie (nurse) og helsepersonell (health personnel). Etter gjennomgang av nærmere 150 artikler som passet til søkekriterier, er det lite litteratur på området som fokuserer på hvordan reformer påvirker sykepleiere eller omsorgsarbeidere. Jeg fant likevel noen få forskningsartikler som omhandler samhandlingsreformen og sykepleiernes opplevelse av situasjonen, hvorav flere er norske.

Det er derfor hovedsakelig bøker og rapporter som omhandler samhandlingsreformen, og det har vært ett brennbart tema innen helsevesenet. Det har vært særlig fokus på ideologien og politikken som er bakgrunnen for reformen, altså som en videreføring av New Public Management (NPM) og sykehusreformen fra 2002 (Ot.prp. nr. 66 2000 - 2001). Bjarne Jensen (2013) har vært spesielt opptatt av Norges ressursbruk på helsetjenester, mens den kjente geriateren Torgeir Brun Wyller (2012) har vært opptatt av det han kaller en nedprioritering av eldre, gjennom en dreining fra behandling på sykehus over til kommunen via sykehjem og KAD. Helse – og omsorgsdepartementets ekspertutvalg advarte i sin tid også mot økonomiske incentiver som skulle dreie behandlingstilbudet for eldre over i helsetjenester som ikke var dokumentert faglig forsvarlige (HOD, 2010). Dette gjelder både KAD og tidligere overføring til korttidsavdeling som er viktige elementer, som må forstås som konsekvenser av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og en dreining mot økt kommunalt ansvar for behandlingsutgifter (St. meld. nr. 47 2008-2009).

Når det gjelder helsepersonell og samhandlingsreformen er det enkeltstudier som har sett på dette mer spesifikt. Pedersen & Tingvoll (2014) gjennomførte en kvalitativ studie av sykepleiere på en korttidsavdeling i sykehjem som het *Kompetanseutfordringer i sykehjem – en studie basert på sykepleieres erfaring fra hverdagssituasjoner*. Studien ble gjennomført som to fokusgrupper med 4 sykepleiere hver på ett sykehjem. I studien peker man på at pasientene er sykere enn tidligere, og man opplever at kravene til sykepleierne er mer komplekse. Ved usikkerhet angående prosedyrer og utførelse av disse så man seg nødt til å møte på avdelingen utenom arbeidstiden for å lære av en erfaren kollega. Ifølge studien sluttet sykepleiere med liten erfaring på grunn av utrygghet. (Pedersen & Tingvoll, 2014).

På oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund (NSF) utarbeidet Norsk institutt for oppvekst, velferd og aldring (NOVA) i 2013 rapporten: *Samhandlingsreformen – hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene imot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene?* Det ble først gjort intervju av tre hjemmesykepleiere og tre sykepleier som jobbet på sykehjem. Disse intervjuene ble brukt som bakgrunn for å lage en utfyllende guide til en spørreundersøkelse som ble sendt ut til 5000 sykepleiere i hjemmesykepleie og 5000 sykepleiere på sykehjem. I løpet av mai 2013 var det 2372 sykepleiere som hadde respondert på undersøkelsen. Grunnet ekskludering fordi noen jobbet både i hjemmesykepleien og på sykehjem eller hadde byttet arbeidssted ble det til analysen benyttet 1034 sykepleiere i hjemmesykepleien og 998 sykepleier som arbeidet på sykehjem (Gautun & Syse, 2013). Av funn i Gautun & Syse (2013) sin studie som er relevante for sykehjem, kan man trekke fram at det er enighet blant ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester at man tar imot flere alvorlig syke pasienter etter implementering av samhandlingsreformen. Over 90 % av sykepleierne føler at de har fått mer varierte oppgaver, men de opplever samtidig at det følger lite ressurser med de økte utfordringene. Selv om mange opplever bedre samhandling med sykehuset opplever de at sykehusene har det for travelt med utskrivelsen av pasientene.

En svært relevant internasjonal kilde som tar for seg sykepleiere og reformer, er en artikkel fra Australia: *Searching for value: the influence of policy and reform on nurses' sense of value in long-term aged care in Australia* (Venturato, Kellett & Windsor, 2007). Artikkelen skiller seg fra min studie på flere områder, men det er relevante likheter bak inspirasjonen til at de gjorde studien. De tar for seg langtidsavdelinger fra sykehjem i Australia og essensen i studien er å forstå hvordan reformer påvirker grasrotnivået, her representert gjennom sykepleiere som arbeider med eldre som bor på sykehjem. Det er ikke meningen å sammenlikne endringene på sykehjem eller helsevesen i Norge med Australia, men studien er et nyttig tilskudd til min undersøkelse der forfatterne forsøker å se reformene gjennom sykepleiernes øyne. Venturato et al. (2007) forteller hvordan det er interessant at det har vært lite fokus på hvordan «*industry reform*», en form for new public management styring, påvirker tjenestene på sykehjem. Det handler om hvordan de opplever at NPM påvirker arbeidsgleden negativt, samt at det fører til vanskeligheter med å beholde kvalifiserte helsearbeidere (Venturato et al., 2007).

2 TEORETISK RAMMEVERK

Dette kapitlet presenterer det teoretiske rammeverket som danner grunnlaget for analysen av materialet som presenteres i kapittel 4. Teorien baserer seg i stor grad på Michael Lipsky sin klassiker *Street-level bureaucracy* som tar for seg hvordan frontlinjeansatte i offentlig sektor arbeider. Frontlinjeansatte er basert på Lipsky sitt begrep «street-level bureaucrats» som omhandler utøvere av offentlige tjenester i kontakt med innbyggerne. Frontlinjeansatte blir derfor en samlebetegnelse for politi, lærere, sosialarbeidere, sykepleiere med flere. Boken fokuserer på deres bruk av skjønn og deres arbeidsmiljø. Det handler om hvordan deres arbeidsutførelse påvirker og er påvirket av de offentlige tjenestene de presenterer, i møte med mennesker i behov for tjenestene (Lipsky, 2010).

Ved siden av Lipsky (2010) benyttes i hovedsak Haukelien, Vike og Bakkens (2009) rapport: *Kompetanse og faglig infrastruktur i helse- og omsorgstjenestene*, samt Orviks *Organisatorisk kompetanse* som er sentral i underkapitlet om kompetanse. Rammeverket består også av underkapitler om skjønn, rutiner, kvalitet, autonomi og ansvarsområder. Dette er viktige tema for å forstå samhandlingsreformens betydning for sykepleierne ved korttidsavdelingene. Lipsky sine antakelser blir imidlertid et viktig teoretisk perspektiv og

anses som det mest sentrale bidraget i dette kapittelet, fordi hans arbeid dreier seg om flere av temaene som er relevante for min studie.

Kompetansens betydning for yrkesutøvelse

Kompetanse er et mangefasettert begrep som bærer i seg flere dimensjoner. Orvik (2004) beskriver kompetanse som en kollektiv egenskap som er forankret i et arbeidsfellesskap, og på denne måten binder organisasjonen og fagpersonene sammen. Sykepleierens kompetanse er todelt og består av en klinisk del og en organisatorisk del. Den kliniske kompetanse er kjernen i sykepleierens kompetanse. Det handler om at sykepleieren klarer å yte direkte omsorg som pasienten har behov for (Orvik, 2004). Dette er således grunnlaget for sykepleieren sin funksjon og rolle. Uten den kliniske kompetansen mangler sykepleieren noe vesentlig i yrkesrollen.

Organisatorisk kompetanse blir av Orvik (2004) fremhevet som en viktig kompetanse for sykepleiere.. Den består av organisasjonskompetanse som er sykepleierens evne til å se seg selv som en del av en større organisasjon. Sykepleieren blir slik bevisst sin egen rolle og funksjon. Det er en refleksiv evne til å se seg selv som en del av helheten. Sykepleieren er da bevisst hvilken rolle hun eller han innehar. Organisatorisk kompetanse handler også om sykepleierens evne til å organisere sitt arbeid (Orvik, 2004). Dette er en rent praktisk komponent som er rettet mot å strukturere arbeidet som skal utføres, både av seg selv og annet pleiepersonale. Dette er viktig fordi sykepleieren i kraft av sin funksjon styrer arbeidet som skal utføres. En dyktig kliniker kjennetegnes derfor ofte ved sin evne til godt samarbeid med kollegaer (Orvik, 2004). Sykepleieren er da et bindeledd mellom fagpersoner som sørger for at arbeidet blir utført.

Den dobbelte sykepleierkompetansen er Orvik (2004) sitt forsøk på å sammenfatte kompleksiteten i sykepleierens rolle. Evnen til å være en dyktig kliniker og samtidig inneha organisatorisk kompetanse er et kvalitetsstempel på en velfungerende helsetjeneste (Orvik, 2004). Kompetanse er viktig fordi den kan bidra til en bedre

utnyttelse av sykehjemmene gjennom effektivisering av deres ressurser. I denne sammenheng sier Haukelien, Vike and Bakken (2009, s. 12):

Kompetansen kommer til anvendelse når den bidrar til å fremme organisasjonens mål. Slike mål handler som oftest om kvalitet (på arbeidsprosessen og produktet) og hensiktsmessig bruk av ressurser. En enkel – og sannsynligvis vanlig oppskrift på suksess, er at investering i kompetanse gir økt inntjening, som kan gjeninvesteres i ny kompetanse, som gir enda bedre og flere konkurransedyktige tjenester osv.

Det er viktig å se på måten man utnytter kompetanse i tillegg av til målet om å øke kompetanse. Rammeverket som ligger til grunn for organisasjonen skal slik sett styre hvordan kompetansen utnyttes for best mulig å fremme deres mål. «Blant annet må det finnes et identifiserbart produkt med en pris, og villige, kjøpekraftige kunder» (Haukelien et al., 2009, s. 12). Haukelien et al. (2009) mener at det stilles krav til at man må klare å identifisere hva som skal gjøres for å øke kompetansen. Man må altså definere hva problemet er og hva som skal til for å gjøre tjenesten gunstig for kunden. Kompetansen skal ved siden av dette, bidra til å sikre at produktet som leveres er tilnærmet likt i alle kommuner og på det enkelte sykehjem (St. meld. nr. 47 2008-2009). Ved å ha nødvendig kompetanse på plass, vil det være mulig å forstå hva som kan effektiviseres og hvor mye tid som bør legges ned for å oppnå det ønskede produkt som i dette tilfelle er stell, organisering og prosedyrer som beboere og pasienter mottar.

Kompetanse kan på linje med kapital forstås som en generell verdi, som kan transformeres og gi seg utslag i forskjellige ønskede former. Det kan gi økt effektivitet, kvalitet eller motivasjon (Haukelien et al., 2009). Kompetansen kan derfor tolkes som en viktig nøkkel for å løse utfordringene som det ønskes å tas tak i ved endringer i lys av reformer. Men dette må settes ut i live, og man må sikre seg at kompetansen både blir utnyttet og rettet inn mot de områdene som behøver et løft for å tilpasse seg det

endrede bilde og kravene som følger av reformer. For å sikre bruk av økt kompetanse er det nødvendig med målrettede løsninger for hvordan man skal nå målet. Eller som Schmid (2010) poengterer; hvis man tilstreber ansatte med høyt kompetansenivå og profesjonell modenhet, vil det bidra til at de kan operere med større grad av autonomi. De kan da være med å forme kompetanse på sine institusjoner og skape en selvstendig velfungerende enhet bygget på denne kompetansen. Deres kunnskap innen feltet vil da være et viktig bidrag om man tar deres erfaringer og kompetanse med i implementeringen, men det fordrer at man aktivt benytter seg av deres innsikt.

Økt kunnskap og økte ferdigheter på et individuelt plan hos den enkelte ansatte vil automatisk sikre en økt privatisert kompetanse (Haukelien et al., 2009). Det som kanskje er en av de største utfordringene er hvordan kompetansen skal sikre spredning av kompetansen i institusjonen og føre til en bedre helhet. Man behøver kvalitet og effektive arbeidsrutiner som optimaliseres for at det skal kunne gjøres. Schmid (2010) problematiserer dette ved at endringer som foregår over tid, og i et rolig tempo er bedre i stand til å implementere endringer uten å endre sin aktivitet og sine kjerneverdier.

Skjønnsutøvelse i klinisk praksis

«Bare erfarne personer kan vise praktisk klokskap.» (Aristoteles & Stigen, 1973, s. 65)

Utøvelse av skjønn er basert på tidligere erfaringer som en profesjonell yrkesutøver. Skjønnsbasert handlinger en viktig side av praksis der sykepleieren anvender generell kunnskap og dømmekraft ut i fra resonnering og sammenfatning ved enkelttilfeller (Grimen & Molander, 2008). Dette er avgjørende for hvordan man handler i det enkelte tilfelle på bakgrunn av kunnskapen som besittes både gjennom det generelle og den enkeltes dømmekraft. Et viktig aspekt ved skjønnsutøvelsen er at det må finnes kjennetegn som skiller den fra fri fantasi. Det må finnes et eller flere normative holdepunkter som styrer utfallet av handlingen (Grimen & Molander, 2008). Som

sykepleier vil det være holdepunkter² gitt via lovverk, styrende institusjoner og yrkesetiske normer som vil være styrende for handlingene. Man benytter seg av de holdepunktene man har tilgjengelig for å gjøre en vurdering og komme fram til en konklusjon som så fører til handling (Grimen & Molander, 2008). De tilgjengelige normene vil da være avgjørende for uttrykket skjønnets får. Dette legger grunnlaget for hvordan sykepleieren velger å handle, selv om holdepunktene kan vise seg å være vage eller uforenelige seg imellom. Dette stiller sykepleierne i et dilemma hvor man må velge hva man oppfatter som riktig handling i den enkelte situasjon.

Det er en nødvendighet for yrkesutøvelsen at sykepleieren har kjennskap til pasientens individuelle situasjon som passer innen en kontekst av normative forventninger (Grimen & Molander, 2008). Hvis det for eksempel er besluttet at pasienten skal sendes hjem fra korttidsavdelingen, vil sykepleieren gjøre seg opp en mening på bakgrunn av forventet utfall til å ta en beslutning på hva det vil føre til. Vurderinger knyttet til om det oppleves som forsvarlig ovenfor pasienten eller ikke vil også kunne spille inn. Sykepleieres vurdering av pasient og deres behov kan derfor forstås på to måter: På den ene siden vurderer og avgjør de behov gjennom individuell vurdering via sitt skjønn, og hvordan dette skal tilfredsstilles.

På den andre siden blir summen av alle disse avgjørelsene til holdningene og utfallene til helsevesenet som til slutt påvirker hva pasientene mottar (Lipsky, 2010). Sykepleierne vil være ansvarlige for hvordan borgere opplever helsevesenet gjennom sin skønnsutøvelse omgang med pasienter. Dette gjør at hver sykepleier og hver enkelt handling gir et uttrykk til innbyggere om hvordan helsevesenet vårt skal fungere. Inntrykket og oppfatningen av helsevesenet er da basert på en hel mengde situasjoner som er basert på skjønn og profesjonsnormer i hvert enkelt tilfelle.

² «Stephen Toulmin kaller slike normer «warrants» eller garantister. En «warrant» er en slutningsregel som tillater overgang fra visse premisser til en viss konklusjon. Konklusjonene som normen «garanterer» - gitt situasjonsbeskrivelsen – kan være mer eller mindre bestemt» (Grimen & Molander, 2008, s. 183).

Lipsky (2010) peker også på en annen konsekvens av skjønn. Dette handler om vanskeliggjøringen av å standardisere kvalitet og rutiner i hver enkelt situasjon uten innflytelsen av skjønn. På et sykehjem står man for eksempel som sykepleier ofte alene med pasienten og vurderingen, spesielt i helgene og på kveld/natt. Da vil deres vurdering være avgjørende for om en pasient er for dårlig til å være på sykehjem og må legges inn på sykehus, eller om pasienten skal forbli på sykehjemmet. Her vil faglig skjønn og erfaring være en avgjørende faktor. Dette vanskeliggjør kvalitetssikring ved at det er den enkelte sykepleier som avgjør om pasienten blir på sykehjemmet eller ikke, samtidig som det gjør at man ikke kan standardisere kvaliteten på behandlingen. Man vil ha behov for en viss standardisering eller en rettesnor å vurdere ut fra for å sikre at kvaliteten ikke kun er basert på individuelt skjønn. Man vet at skjønnen er en personlig egenskap og at avgjørelsen derfor blir individbasert (Vike, Haukelien & Bakken, 2009).

Skjønn er styrende for sykepleierens handlinger og vurderinger av pasienter, men det er kun en del av deres vurderingsgrunnlag. Lovverket og retningslinjene som skal styre sykepleierne yrkesutøvelse er omfattende, noe som kan føre til usikkerhet på hva som skal gjøres i den enkelte situasjon og hvordan problemer skal løses (Lipsky, 2010). Når det gjøres endringer blant annet gjennom reformer som sykepleierne skal tilpasse seg med begrensede muligheter til å påvirke, kommer problemene tydelig fram. I følge Lipsky (2010) kan endringer være en grobunn for usikkerhet og motarbeidelse fra sykepleierne sin side. Deres tidligere bruk av skjønn kan gjennom en reformering av helsevesenet måte tilpasse seg en endret hverdag. Og det kan være en av grunnene til at sykepleierne føler misnøye ved å måtte tilpasse seg endringer som de opplever tar fra dem muligheter til å utøve sykepleie slik de har gjort tidligere.

Dette er et kjent handlingsmønster ved forskjellige reformer poengterer Lipsky (2010). Skjønn er slik vi har sett en viktig faktor for at pasientene skal få det de har krav på (Pasientrettighetsloven, 2012). Hvilken sykepleier som er på jobb og hvilke erfaringer de innehar vil ha betydning for hvilke behov beboeren får dekket i løpet av dagen og hva som prioriteres (Lipsky, 2010). Dette er viktig å bemerke fordi skjønn er

individbasert og er påvirket av profesjonell kunnskap og retningslinjer, selv om ytre faktorer har innflytelse på måten skjønnnet utøves.

Rutiner og kvalitet i helseinstitusjoner

Haukelien et al. (2009) mener det fremstår som en sannhet i norsk helsevesen at lavere kompetanse på arbeidsplassen vil skape problemer for reformering. På bakgrunn av denne antakelsen er det en viktig dimensjon ved reformer at rutiner for kompetanseutvikling og kvalitet er etablert, noe som synes å være tilfellet i spesialisthelsetjenesten mer enn det er i kommunehelsetjenesten. Det vil derfor være vanskeligere å gjennomføre endringer på sykehjem enn det er på et sykehus (Haukelien et al., 2009). Dette går ut over forsøk på å sikre gode rutiner og økt kvalitet på tjenestene som ytes. Her presenterer Haukelien et al. (2009) historier hvor dette er tilfellet, og det fremstår som et gjennomgående problem:

Spesielt i PU-boliger, omsorgsboliger og sykehjem – altså der hvor man har «ett hus» å ta kollektivt ansvar for. Det er tendensen til å prioritere husmor relaterte oppgaver som vasking, stell, rydding og andre oppgaver som er synlige for det blotte øye dersom det ikke er gjort og for det andre kan gjøre arbeidsdagen lettere for skiftet som kommer etterpå (Haukelien et al., 2009, s. 49).

Kompetanseheving hos de ansatte er en god måte å endre rutiner og vaner, og man vil kunne oppleve endringer som rokker ved det man «alltid» har gjort. Kompetanse kan således forstås som en viktig nøkkel til å endre rutinene som hersker på arbeidsplassen. Det kan sees som et grunnleggende tiltak for å bedre rutiner når målet for eksempel er beboeres helse og velvære, og ikke bare hvor ryddig det er i «huset» (Haukelien et al., 2009). De ansatte behøver kompetanseheving, og det nevnes at når enkelte har utviklet sin kompetanse og er interessert i tematikken, kan det oppleves som opponering og en trussel mot det bestående (Haukelien et al., 2009). Dette gjør det veldig komplekst, og det kan ha negative konsekvenser for det fungerende arbeidsmiljø man allerede har. Lipsky (2010) viser til den samme type

problematikk knyttet til reformers påvirkning i store organisasjoner, på samme måte som samhandlingsreformen kan antas å påvirke helsevesenet.

Det offentlige helsevesenet har som målsetting å ta tilfredsstillende vare på hver enkelt pasients helhetlige behov (Haukelien et al., 2009), og dette er også nedfelt i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Sykepleierforbund, 2011). Under punkt nummer 2 står det at: *sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket*. Det er viktig å sikre pasienten god pleie og det kan kun sikres ved god kvalitet på pleien som utføres. I de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er disse kravene tuftet på individuelt plan der sykepleieren selv er ansvarlig for det arbeidet hun utfører. Vil man gjøre noe med tjenestene som sykepleieren utfører, kan det bli for enkelt å si at sykepleieren selv er ansvarlig for dette. Man må likevel sikre at tjenesten faktisk utøves på en tilfredsstillende måte, og det må fra myndighetens side legges til rette for å oppnå kvaliteten som etterstrebes. Det er ofte slik at tjenestene absorberer reformens konsekvenser for tjenestene, men det garanterer ikke at det god kvalitet på tilbudet den enkelte mottar. (Lipsky, 2010).

I lys av samhandlingsreformen fremstår det som om det er et gap mellom hva ressursene man i realiteten kan oppnå og hva som er ønskelig. Lipsky (2010) forteller om kompliserte regnestykker som ikke virker til å gå opp. Hvis man ønsker mer ressurser fordi det er problemer med kapasitet, vil dette igjen føre til større etterspørsel etter tjenester som igjen vil føre til samme problemet som var årsaken til ønsket om økte bevilgninger.

Lipsky (2010) argumenterer videre for at standardiserte rutiner i mange tilfeller vil sikre en forutsigbar og rettferdig fordeling av tilgjengelige ressurser. Derfor kan standardisering sees som en god måte å sikre en jevn kvalitet i arbeidet som utføres. Ved standardisering av rutinene vil det bli lettere å se hvor mye av ressurser som er tilgjengelig. Da har man skaffet seg et holdepunkt for å si om ressursene strekker til eller ikke. Hvis man benytter tydelige krav i form av rutiner som krav for minstemål

av hva sykehjemmet skal kunne tilby beboeren, ville det vært enklere å se om ressursene som er tilgjengelige er tilstrekkelige for å opprettholde ønsket kvalitet på tilbudet. Ved å sikre gode rutiner kan man gi en forutsigbar tjeneste som det er lettere å oppfylle, men det vil kunne være vanskeligere å gi individuelt tilpasset omsorg. Man kan gi trengende en tydeliggjøring av hva de har krav på og dette kan gi dem en større trygghet i forhold til hva de kan forvente seg. Det kan således beskytte pasientene ved at de vet hva de har krav på. Ved å sette brukerperspektiv i sentrum og fremheve brukermedvirkning, kan det gjøre tjenestene uoppnåelige i form av at dysfunksjonelle ledd i tjenestene får større påtrykk og det kan være negativt for effektiviteten i tjenestene som en helhet. Dette er et spesielt viktig punkt ved økende krav til tjenester samtidig som tilgjengelige ressurser ikke økes (Lipsky, 2010).

Reorganisering kan friggi ressurser hos den enkelte sykepleier, men tilpasning til nye rutiner og krav kan også få negative konsekvenser. Målstyring i form av papirarbeid og tilpasningsevne har negative psykologiske effekter hos den enkelte, og hvis man ikke klarer å tydeliggjøre gevinsten i endringene kan det føre til motarbeidelse og få uheldige utfall. Det kan også føre til at ansatte føler seg presset, og en tilsynelatende uoverkommelig arbeidsbyrde kan føre til at man slutter i jobben (Lipsky, 2010). Manglende muligheter for sykepleierne til å styre utviklingen kan få uheldige konsekvenser ved at de motarbeider det man forsøker å oppnå ved rutineendringer. Om sykepleierne får mindre tid til individuelt tilpasset pleie kan dette få konsekvenser for pasientene. Lipsky (2010) argumentere for at denne type dilemmaer får uheldige utfall ved at sykepleierne rasjonaliserer seg fram til at de på grunn av utviklingen og krav som kommer ovenfra, må fire sine krav til kvalitet på tjenesten. Sykepleierne aksepterer derfor at deres rutiner og arbeid preges av lavere kvalitet fordi de anser kapasiteten de har tilgjengelig til å utføre jobben på en bedre måte som urealistisk.

Autonomi og ansvar i sykepleieutøvelsen

Sykepleieren sitt ansvar består av flere dimensjoner: De har blant annet ansvar for helhetlig omsorg og oppfølging av pasientene. Samtidig har de et ansvar for systemet rundt pasientene gjennom koordinering av andre faggrupper og instanser hvor det er behov for dem (Orvik, 2004). Ansvaret kan til tider å bli så omfattende at det gir sykepleierne en ansvarsoversvømmelse som fører til en opplevelse av utilstrekkelighet (Vike et al., 2002). Sykepleierne søker å gjøre skjønnsbaserte beslutninger på individuell basis hos pasientene, mens man oppover i systemet forsøker å diktere normene arbeidet utføres på basis av. Dette blir en konflikt hvor sykepleieren kan oppleve innskrenkning av sin autonomi. Sykepleierne kan oppleve det som illegitimt, men det behøver ikke nødvendigvis å stemme med oppfatningen til arbeidsgiveren. Selv om sykepleiere er profesjonelle innbefatter deres rolle at de tilpasser seg deres overordnedes direktiver på arbeidsplassen (Lipsky, 2010). Det oppstår da en balansegang basert på sykepleiernes autonomi og ønske om å styre sitt eget arbeid på faglig grunnlag og organisasjonens øvrige krav.

Lipsky (2010) forteller at denne balansegangen mellom interesser fra sykepleiernes side handler om deres relative autonomi. Han er opptatt av hvilke virkemidler sykepleierne har tilgjengelig for å imøtekomme sine «antagonistiske» interesser. Deres virkemidler til å ta avgjørelser består under slike omstendigheter ifølge Lipsky (2010) av flere alternativer. Sykepleierne kan velge ikke å jobbe (fravær eller slutte), utøve aggresjon (ta snarveier og boikotte arbeidet) eller ta til seg negative holdninger som går ut over arbeidet (fremmedgjøring eller apati). Dette vil gå utover organisasjonens evner til å nå sine mål fordi medarbeiderne ikke yter til sitt fulle. Det blir da ledelsen sitt mål å øke jobbtilfredsstillelsen samtidig som man bevarer produktiviteten i organisasjonen (Lipsky, 2010). Hvordan sykepleierne utøver denne autonomien i sitt arbeid er interessant fordi den kan vise hvordan de forsøker å styre organisasjonen i den retningen de opplever som riktig.

På bakgrunn av ressursutfordringer vil det være nødvendig for sykepleierne å differensiere mellom brukere. Fordi man må ta beslutninger på bakgrunn av hvem som behøver det mest stiller dette krav til sykepleierne. Hvis man må hjelpe flere pasienter uten tilstrekkelige ressurser vil dette føre til mindre rom for å gi pasientene individuelt tilpasset pleie. Sykepleieren må da velge ut i fra hvem som behøver det mest (Debesay, 2012). Hvis det er en akutt situasjon må man legge alt annet til side for å hjelpe denne pasienten, og da må man yte ekstra for å ta igjen arbeidet seinere. Om dette pågår ofte vil sykepleieren ha ansvar for å prioritere hardt for å gjøre det som hele tiden er viktigst, selv om dette går utover de andre pasientene som i utgangspunktet også har krav på hjelp.

Den faglige lederen ved en avdeling har ansvar for den faglige standarden på tjenestene de og deres medarbeidere utfører, men sykepleieren i sin profesjonelle rolle har ansvar for det faglige i pleiegruppen. Sykepleieren står ansvarlig for arbeidet som blir utført. Ved ressursknapphet gir dette sykepleierne et ansvar for å sikre tilfredsstillende tjenester. Når det kommer til beslutninger om en avdeling har kapasitet til å ta imot en pasient, er det avdelingssykepleier som sitter med myndighet til å beslutte om det er faglig forsvarlig eller ikke (Orvik, 2004). Ansvar og autonomi kan føre til en umettelig kilde av krav om ressurser som igjen fører til økte krav om kvalitet (Lipsky, 2010). Men det må gjennom reformer tydeliggjøres hva som skal prioriteres og hvordan dette skal oppnås.

I motsatt tilfelle vil gapet mellom negative arbeidsbelastninger og positive utfordringer i arbeidet bli for stor.

The fact that street-level bureaucrats must exercise discretion in processing large amounts of work with inadequate resources means that they must develop shortcuts and simplifications to cope with the pressure of responsibilities (Lipsky, 2010, s. 18).

De frontlinjeansatte Lipsky (2010) referer til kjenner man igjen i helsevesenet. Det er undersøkelser gjort i Norge de siste årene som tar for seg denne type problemstillinger (W. K. Malmedal, 2013). De som arbeider i tjenesten sier selv at det er deres ressursmangel som ligger til grunn for problemene og utfordringene. Selv om ikke forfatterne er fullstendige enige med deltakerne angående ressursmangelen, er det likevel viktig å se nærmere på hva som faktisk finnes av problemer med kompetanse på sykehjem. Dette vil ha konsekvenser for sykepleierne og andre som jobber der ved at de får et større ansvar enn det man skal ha. Dette fører samtidig til at de ifølge Lipsky (2010) vil utvikle strategier og snarveier for å komme i mål. Man kan alltid gjøre mer for beboerne dersom det utelukkende er deres behov som skal legges til grunn. Skulle alle pasienter bestemme hva de selv ønsker kan det likevel i prinsippet aldri bli nok.

3 METODE

Denne studien har en kvalitativ og eksplorerende tilnærming, basert på sykepleiernes subjektive opplevelser fra sitt arbeid ved korttidsavdelinger i kjølevannet av implementeringen av samhandlingsreformen (A. Johannessen, Tufte & Kristoffersen, 2010). I dette kapittelet skal jeg vise hvordan jeg har innhentet og analysert mine intervjuer med sykepleiernes og annen dokumentasjon for å forstå hvordan strukturelle endringer i helsevesenet påvirker deres kliniske praksis. Målet er å forstå endringene med utgangspunkt i den konteksten dette utspiller seg i (A. Johannessen et al., 2010).

Studien bygger på den fortolkende tradisjon med utgangspunkt i hermeneutikken som en «allmenn teori og fortolkning og forståelse i vid forstand» (Thomassen, 2006, s. 157). Hvis man søker etter å forstå noe dreier det seg ofte om å danne seg et bilde basert på fortolkning. Fortolkning i søken etter kunnskap er en betingelse for at humanvitenskapene skal oppnå forståelsen av mennesket og kulturen (Thomassen, 2006). Det handler i denne sammenhengen om evnen til å forstå samspillet mellom organisasjoner, systemer og individet innad i helsevesenet (Thomassen, 2006).

Det vil gjennom sykepleiernes egne opplevelser av samhandlingsreformen tegnes et bilde av hvordan reformen har betydning for deres arbeid på korttidsavdelingen. Konsekvenser av endring, i lys av samhandlingsreformen, bør belyses fra primærhelsetjenestens nivå for å forstå betydningen av implementeringen fra ståsted til de som blir direkte berørt. Det er nødvendig med kvalitative studier for å forstå implikasjonene av samhandlingsreformen, og belyse konsekvenser som ikke kan fanges opp via målstyring eller måling av kvalitet slik det står i stortingsmeldingen (St. meld. nr. 47 2008-2009).

Den hermeneutiske metoden utforsker sammenhengen mellom helheten og deler, hvor man gjennom en bevegelse mellom enkeltdeler og sammenheng de står i får en forståelse av handlingen (Thomassen, 2006). Handlingene og opplevelsene til sykepleierne blir således deler som fortolkes til å danne et bilde av en forståelig helhet. Når dette så settes i kontekst med samhandlingsreformen og dens intensjoner, kan man få nyervervet kunnskap om hvordan den nye helheten eller arbeidsdagen til sykepleierne utarter seg. Man har da skaffet seg en ny forståelse av helheten som bygger på flere deler og som er fremkommet fra forskjellige kilder gjennom fortolkning og stadig pendling mellom helhet og deler (Thomassen, 2006, s. 160).

Design

Det empiriske materialet i denne studien består av intervjuer og offentlige dokumenter. Jeg gjennomførte våren 2013 dybdeintervju med sykepleiere som jobber ved 4 korttidsavdelinger på forskjellige sykehjem i Oslo. Alle intervjuene ble tatt opp på lydband, og jeg tok kun korte notater i form av stikkord for å fange opp sammenhenger og kroppsspråk i intervjusituasjonen. Opptakene ble transkribert ordrett for å unngå utelatelse av sammenhenger en ikke umiddelbart er bevist på under transkripsjonen, når man forsøkte å se hva informantene prøvde å formidle i sine uttalelser (Tjora, 2010).

Det ble utført en gjennomgang av offentlige dokumenter av typen offentlige utredninger og stortingsmeldinger om strukturelle endringer i det norske helsevesenet de siste årene. Dette er en viktig del av arbeidet for å forstå hvorfor strukturelle endringer finner sted, og det vil hjelpe med å sette undersøkelsen og intervjuene i en saksrelevant kontekst i samtiden (A. Johannessen et al., 2010).

Temaene til intervjuguiden ble utarbeidet gjennom en sammensatt prosess. Utviklingen baserte seg på forskningsspørsmålene jeg ønsket svar på, noe som igjen sprang ut av egne erfaringer, relevant litteratur om tidligere studier og teorier tilpasset temaområdene. Det ble brukt mye tid på prosessen for å utvikle en relevant tematikk til intervjuguiden. Forskningsspørsmålene dannet grunnlag for tema og struktur på intervjuguiden. Intervjuguiden var semistrukturert og den hadde konkrete spørsmål og stikkord for hvert tema. De opprinnelige spørsmålenes funksjon ble ofte en inngangsport for å komme i dybden av hva sykepleierne opplevde. Spørsmålene ble da brukt for å bryte isen om tematikken det var hensiktsmessig å belyse. Formålet var å få gode og dyptgående svar, da dette var viktig for å forstå hvordan samhandlingsreformen påvirker sykepleiernes roller og arbeid på korttidsavdelingene.

Utvalg

Intervju er en hensiktsmessig metode for å forstå hvordan strukturelle endringer påvirker det daglige arbeidet til sykepleierne. Det er et viktig verktøy for å forstå perspektivene til sykepleierne som skal iverksette reformens endringer i praksis, og hvordan de opplever hva som skjer og hvilke konsekvenser det har for arbeidet de utfører. Det vil være en viktig arena for å forstå hvordan sykepleierne påvirkes i arbeidets kontekst.

Sykepleierne ble rekruttert fra ulike sykehjem i Oslo kommune. På denne måten sikres variasjon i sykepleiernes erfaringer og opplevelser av endringer fra flere bydeler i Oslo (Saastad, 2013). Grunnlaget for å velge sykepleiere fra forskjellige sykehjem er at dette skaper en større variasjon og nyanserer forståelse av hvordan

samhandlingsreformen påvirker korttidsavdelingene når man ser hva avdelingene har til felles eller hva ulikhetene består i.

I studien var det 6 deltakere fordelt på 5 intervju, og de var i alderen 28 til 57 som alle jobbet på korttidsavdeling. Utvalget bestod av en teamleder og 5 sykepleier som jobbet pasientnært på korttidsavdelinger. Grunnen til at det er 6 deltagere på 5 intervjuer, er at det ved starten av prosjektet var planlagt å gjennomføre fokusgrupper. Når det ikke lot seg gjennomføre ble materialet etter det første forsøket med to deltakere beholdt fordi det var mye viktig informasjon som kom fram i dette dobbelintervjuet.

Intervjudeltakerne har mellom 3 og 40 års erfaring fra helsevesenet, og 5 av dem har erfaring fra sykehus. Det har også blitt benyttet en fagleder fra et sykehjem, da dette var hensiktsmessig og viktig for å avklare spørsmål og gi innspill til dannelsen av et helhetlig bilde.

Deltaker	Alder	År på sykehjem (i helsevesenet)	Relevant erfaring
Anne	32	4 (10)	Sykehus, Sykehjem, Hjemmesykepleie
Berit	57	36 (40)	Sykehus, Sykehjem
Carina	31	5 (8)	Sykehus, Sykehjem
Danielle	28	3 (3)	Sykehjem
Elise	33	4 (6)	Sykehus, Sykehjem
Frida	52	20 (29)	Sykehus, Intensivavdeling, Sykehjem

Jeg har også benyttet meg av dokumenter som datamateriale for å få bedre innsikt i sykepleiernes kontekstuelle forhold, og deres posisjon i helsevesenet. Dokumentene er hovedsakelig offentlige rapporter som omhandler samhandlingsreformen.

Rapportene er i stor grad nøytrale i beskrivelser av profesjoner eller oppgaver, men sykepleierne rolle som omsorgsgiver er poengtert. Ved behov for gjennomføring av

avanserte medisinske prosedyrer i omsorgsarbeidene, er det ved lov sykepleier som skal utføre oppgavene (Helsepersonelloven, 1999).

Refleksivitet

Min bakgrunn og forforståelse har betydning for hvordan temaet i min studie blir behandlet. Mine ulike sosiale roller som mann, sykepleier i spesialisthelsetjenesten og i 30-årene vil kunne påvirke måten studien blir til og blir analysert på (Kvale, 2006). Jeg har selv merket endringene ved implementering av reformen, og har på den måten fortløpende erfart det som har skjedd på min arbeidsplass. I mitt arbeid på sykehus kan jeg se at man har fått organisatoriske forandringer som følge av meldinger til bydelene, og en opplevelse av at det finner sted tidligere overflytning enn før til kommunehelsetjenesten. Vi måtte etter innføringen av reformen få faksmaskin inn på avdelingen igjen for å sende en mengde skjemaer til bydelene om innlagte pasienter, endre overflytning av pasienter til annen dato enn planlagt, eller endring i forventet dato for hjemreise og behandling i kommunen.

På bakgrunn av dette ønsket jeg å undersøke hvordan sykepleierne på sykehjem har opplevd gjennomføring av samhandlingsreformen, og slik gi dem en mulighet til å uttrykke sine opplevelser og erfaringer med reformen. I forbindelse med intervjuene er min bakgrunn som sykepleier en faktor fordi den former hvordan jeg tenker og hva jeg ser på som vanlige oppgaver for en sykepleier. Ut ifra mine erfaringer i spesialisthelsetjenesten synes det å være usikkerhet på sykehusavdelinger i forhold til hva sykepleiere på sykehjemmene kan og hva slags arbeid de utfører. Jeg opplevde imidlertid lite problemer i samtalene når det gjaldt medisinsk terminologi eller ordbruk, og deres kunnskap om behandling og prosedyrer virket oppdatert. Det er tydelig at deres rolle på korttidsavdelingene er tøff og krever mye fagkunnskap, noe som gjorde at det var god flyt og forståelse mellom meg og deltakerne i intervjuene.

Validitet og reliabilitet i studien

Påliteligheten i forskning handler om i hvilken grad innsamlingen av datamaterialet har vært påvirket av ulike feilkilder. I kvantitativ forskning er reproduserbarhet eller replikabilitet viktig, og derfor må innsamling av data skje på en måte der det er mulig å følge de samme trinnene og komme til samme resultat. I kvalitative studier er fleksibilitet og muligheten til å justere løpet underveis gjennom hele undersøkelsesopplegget mer avgjørende. Ved å gjøre argumentasjonen tydelig samt rettleiding av hva argumentasjonen bygger på vil det være for leseren selv å vurdere holdbarhet av fortolkning og argumentasjon som føres i studien (Kvale, 2006). Tjora (2010) kaller det en form for moderat generalisering hvor man tydeliggjør sammenhengen av rammer og sannsynlighet for generalisering. I min studie har jeg gjort dette ved å relatere oppgaven til samhandlingsreformen som en spesifikk situasjon som betingelse for funnene.

Validitet bygger på en velfundert og overbevisende argumentasjon som må være tydelig og basert på de faktiske funnene (Kvale & Brinkmann, 2009). Altså hvordan de henger sammen med forskningsspørsmålene og det man ønsker å undersøke. Kvale & Brinkmann (2009) sammenlikner det med kvaliteten på et håndverk, som vurderes gjennom alle ledd i forskningsprosessen. Det er viktig å vise sin egen forforståelse og refleksivitet som ledd i å tydeliggjøre hvordan jeg tolker informantenes utsagn. Ved å tydeliggjøre dette forsøker jeg å vise min egen rolle slik at premissene for tolkning av materialet er klargjorte (Dalen, 2004).

Pålitelighet og validitet er viktige kriterier i de forskjellige stadiene gjennom studien (Kvale, 2006). Kvale (2006) er spesielt opptatt av dette i sammenheng med spørsmålsstillinger ved intervjuer. Mine intervjuer var basert på en semistrukturert og åpen intervjuguide. Med dette utgangspunktet for intervjuene var det teoretiske rammeverket ledende for diskusjonen i form av temakategorier jeg ønsket å undersøke hos informantene, samtidig som jeg forsøkte å være åpen for nye måter å se på informantenes uttalelser underveis. Det teoretiske rammeverket, litteraturgjennomgangen og mine egne erfaringer lå til grunn for intervjuguiden fordi det er en teoretisk basis som lager rammen for hvordan intervjuene tolkes (Kvale, 2006). Uavhengig av min første gjennomgang av det helhetlige transkriberte materialet gjorde veileder en gjennomgang hvor resultatet siden ble et

produkt av våre forståelser av intervjuene. Det jeg har beskrevet av fasene for mitt undersøkelsesopplegg ovenfor gir en fortolkningsramme for reliabilitet i min studie som gir leseren en mulighet til å gjøre seg opp en mening om empiri og diskusjonen.

Presentasjon av analyseprosessen

For å analysere det innhentede datamaterialet har jeg benyttet Steinar Kvale (2006) sin modell av tolkningskontekster. Alle intervjuene ble først transkribert ordrett for å beholde mest mulig av konteksten for intervjuene i det videre arbeidet med analysen. Kodingen av materialet er en viktig del av forskningen fordi det gir oversikt og reduserer datamaterialet ned til en oversiktlig og håndterbar mengde. Kvale (2006, s. 144-146) sin modell som består av følgende tre fortolkningskontekster: *gjengivelse av selvforståelsen, kritisk forståelse basert på sunn fornuft og teoretisk forståelse*. I analyseprosessen har jeg fulgt disse fasene.

Gjengivelse av selvforståelsen handler om validering av den intervjuedes utsagn og videre min fortettede formulering av hva informanten har uttrykt. For å illustrere har jeg dette utdraget fra en informant:

Elise: Det var ikke før nå rett før jul (2013) at vi fikk ekg-apparat, blærescanner og utstyr som vi absolutt bør ha for at vi kan ta vare på mange av pasientene våre på en forsvarlig måte

Min fortolkning og gjengivelse av utsagnet kan være som følger: *Sykepleierne opplever faglige problemer ved mangel på medisinsk-teknisk utstyr.*

Kritisk forståelse basert på sunn fornuft vil si at jeg gjennom informantens uttalelser og utsagn skal forstå og fortolke sitatene i et empirinært og fornuftsbasert kontekst, men også i et mer kritisk lys. Dette gjøres ved å sette enkeltuttalelser fra deltakerne i sammenheng med flere lignende sitater for å danne et bilde som kan gjengis slik: *Det*

oppleves som problematisk av sykepleierne ikke å ha nødvendig medisinsk-teknisk utstyr for å gi faglig forsvarlig behandling til pasienter.

Teoretisk forståelse. Videre er det nødvendig å sette dette i en større sammenheng enn det informanten selv nødvendigvis har tenkt over eller sett situasjonen i lys av. Det er derfor nødvendig å belyse tolkningen av sykepleiernes problemer med medisinsk-teknisk utstyr i en teoretisk ramme for å utvide kunnskapen om deres situasjon ved å relatere det til andre lignende fenomener: *Når det iboende i samhandlingsreformen er et ønske om å benytte korttidsavdelingene til å ta seg av pasientene tidligere, må man legge til rette for dette ved å gi dem medisinsk-teknisk utstyr til å sikre faglig forsvarlighet ved behandling av pasientene. Lipsky (2010) forteller at det i et reformklima på kort sikt er hjelp til problemløsning som sannsynligvis er den enkleste måten å sikre gode tjenester på. Det vil således være en god løsning for å trygge sykepleierne, og dette vil bidra til ønsket om økt utnyttelse av kommunehelsetjenesten gjennom korttidsavdelingene.*

Analysen har foregått gjennom hele intervjuprosessen. Således har analysen funnet sted helt fra utarbeiding av intervjuguide, gjennom selve intervjuene og under transkribering til utvikling av kategorier. Analysen har derfor pågått helt fram til det ferdige materialet som er presentert i kapittel fire og diskusjonen i kapittel fem (Tjora, 2010).

Totalt hadde jeg 48 sider med transkribert materialet etter intervjuene. Ved å samle hovedkodene som kategorier i frittstående dokumenter var det mulig å få bedre oversikt over materialet. Etter flere runder og sammenfatning av sitater som omhandlet samme tematikk, ble det lettere å skille ut hva som var relevant med tanke på analytisk rammeverk, og dannelsen av nye dimensjoner under prosessen. På denne måten har det teoretiske rammeverket, gjennom en interaksjon med empirien og tidligere litteratur, lagt premisser for utvikling av kategoriene og hovedtemaer for analysen (Tjora, 2010).

En av de viktigste kategoriene, «*Ulike forventninger mellom samarbeidende institusjoner og enheter*», var et resultat av en stadig veksling mellom helhet og enkelte deler gjennom intervjuene og ble først tydeligere under kategoriseringen etter at transkriberingen var ferdig (Kvale, 2006).

Noen fortolkningsproblemer oppstod når det var forskjellige kulturelle inngangsvinkler til intervjusituasjonen. En av informantene innledet ofte svarene med at det gikk fint eller at alt var bra før, hun kom til poenget om at det kanskje ikke var så bra allikevel eller at hun klarte alt greit. Samtidig var det noen ganger hun ikke var sikker på om hun fikk gjort alt allikevel, slik som i dette innledende positive svaret: «*F: Det er nok ingen som har sluttet unntatt to tror jeg.*» Men så kommer det fram at «*jo, det er to som har sluttet*». Det samme gjaldt når hun fortalte at «*samhandlingsreformen er ikke noe bra*», mens hun på spørsmål om hva som var tilkomne utfordringer med bakgrunn i samhandlingsreformen fortalte at «*alt er bra her hos oss*». Dette ser ut til å ha sammenheng med arbeidskulturen og kom fram flere ganger i løpet av intervjuet. Jeg oppfattet det som et uttrykk for å vise at hun/de var flinke, ergo hadde de ingen problemer med å tilpasse seg endringer. Utgangspunktet med at endringene ikke var bra, men at det ikke påvirket dem kan oppfattes som ett ønske om å fremstå korrekt og dyktig. Jeg har derfor lagt dette til grunn for tolkning av dette intervjuet når jeg har analysert utsagn og forsøkt å tolke hva som har vært av betydning i helheten og ikke bare utelukkende i de enkelte sitatene.

Etikk

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste [NSD] godkjente prosjektet med oppstart 15. november 2013 med prosjektnummer 36201 (se vedlegg 1). Tilbakemeldingen var at behandlingen av personopplysninger tilfredsstillte personvernloven § 31. Når prosjektet er avsluttet vil lydopptak og koblingsnøkler bli slettet (se vedlegg 2).

Kontakten med intervjudeltakerne ble etablert gjennom institusjonsledelsen. Det ble sendt henvendelse via mail til ledere ved sykehjem, for å høre om de hadde mulige kandidater som var villige til å stille til intervju. Via forskjellige ledere på de

respektive sykehjemmene og tips fikk jeg de kandidatene det var behov for slik at studien kunne bli gjennomført.

Informasjonsskriv med samtykkeerklæring ble utlevert deltakerne enten ved mailkorrespondanse eller ved et arrangert møte, slik at de fikk tid til å lese gjennom informasjonen om prosjektet og deres rett til å trekke seg til enhver tid. Ved intervjuene ble deltakerne informert om at all data ble anonymisert med hensyn til deres personvern for at de ikke skulle bli gjenkjent i materialet (Kvale, 2006). Alle deltakerne signerte samtykkeerklæringen før intervjuet startet (se vedlegg 3).

Konfidensialitet er viktig for å sikre deltakerne anonymitet slik at ikke de skal bli kjent igjen på bakgrunn av intervjuene, og alle navnene er derfor fiktive. Det er naturlig at deltakerne selv vil kunne kjenne igjen egne utsagn, men utover dette er det ikke mulig for andre å dra kjensel på deltakerne eller hvor de arbeider. Derfor er det ikke opplyst om hvilke sykehjem korttidsavdelingene er tilknyttet, kun at de tilhører Oslo kommune (Kvale, 2006).

Det er viktig å gi studien validitet for at det skal ha relevans for debatten som er reist i helsevesenet rundt samhandlingsreformen om byråkrati og helsevesen (Helsetjenesteaksjonen, 2013), uten at den bare skal høres som en forenklet subjektiv stemme (Tjora, 2010). Det vil derfor være en fordel å få publisert deler av studien i et annet format senere, for å forsøke å starte en debatt basert på funnene. Dette vil kunne være et bidrag til å gi en stemme til en stor gruppe som bør ha betydning for debatten. Når man ser på store prosjekter som er gjort av Vike et al. (2002) viser det at denne typen bidrag kan ha betydning, selv om denne enkelte studie ikke på noen som helst måte kan sammenlignes med dette massive og grundige arbeidet som ble utført. Sammenligningen gjøres fordi deres bidrag også forsøker å gi en stemme til den samme gruppen av helsearbeider som er fokus for min studie.

4 PRESENTASJON AV FUNN

Under arbeidet med analyseprosessen var det en del funn som pekte seg ut. Her vil jeg presentere hovedfunnene. Det vil være en meningsfortetning av visse uttrykk og uttalelser som gjentok seg ved flere av intervjuene. Kapitlet er delt inn i fire hoveddeler som omhandler; opplevelser vedrørende sykepleiernes hverdag etter samhandlingsreformen trådte i kraft, kompetansebehov ved korttidsavdelingen, sykepleiernes opplevelse av tidspress og de tilsynelatende ulike forventningene til samhandlingsreformen som råder hos institusjoner og enheter i helsevesenet.

Den nye hverdagen på korttidsavdelingen

Samhandlingsreformen ble, som nevnt tidligere, innført den 1.januar 2012 (St. meld. nr. 47 2008-2009) og dette er en presentasjon av hvordan informantene opplevde implementeringen og hvordan dette påvirker deres arbeidsdag. Det er flere av intervjudeltakerne som opplevde usikkerhet rundt hva som egentlig skulle skje. Informasjonsflyten i forkant av innføringen ble oppfattet som mangelfull. De hadde fått beskjed om når reformen skulle innføres og de hadde hatt informasjonsmøte med Sykehjemsetaten (SYE), men de opplevde at de satt igjen med mange spørsmål til

deler av det som skulle skje slik som i dette sitatet: «*hvordan skal de få anestesisykepleier hit liksom?*». Dette er ett av mange spørsmål som viser hvorfor de følte seg usikre på reformen og hvordan den ville påvirke deres arbeidsplass.

Danielle: Vi fikk beskjed om hvilken dato det skulle skje, og vi satt jo med en viss anelse av hva som skulle skje med tanke på sykere pasienter og høyere tempo. Men mer enn det fikk vi ikke vite. Vi spurte jo om: «har vi det utstyret vi behøver?» «Nei, men det blir ordnet.» «Ja, når da?» Det tok jo bare noen år, og det er mange pasienter som har vært gjennom på den tiden hvor vi hadde hatt behov for utstyret.

Det er tydelig at man på korttidsavdelingene hadde en forståelse for at avdelingen måtte rustes opp. Avdelingen visste at det med høy sannsynlighet ville bli flere dårlige pasienter og at de ville få en travlere arbeidsdag enn det de hadde hatt.

5 av 6 intervjudeltakere har eksplisitt nevnt at man hadde behov for nytt medisinsk-teknisk utstyr ved implementeringen, og som Danielle her peker på var dette et kjent problem som det måtte tas tak i. Dette fikk en til å stille spørsmål til hvordan planleggingen fram til 1.januar hadde forløpt seg, og hvordan man hadde planlagt implementeringen. Det var kjent at korttidsavdelingene ikke hadde medisinsk-teknisk utstyr som sykepleierne har sett på som nødvendig når pasientene var dårligere enn før.

Iverksettelsen var ment å skulle skje over tid, sykepleierne og avdelingen skulle få tid til å tilpasse seg. En uventet faktor for sykepleierne ved implementeringen var hvor hurtig alt skulle skje etter oppstarten av reformeringen. Sykepleierne så ut til å ha blitt overrumplet og tatt på sengen.

Berit: Vi merket det vel veldig kjapt, fra dag 1. man hørte jo så fint at det skulle følge penger med dette Men hos oss ble det jo ikke noe mere enn det det var når vi var en «vanlig» korttidsavdeling. Hva jeg opplevde var at vi fikk mye

dårligere brukere, mye kjappere enn vi var forespeilet Ja, det skjedde tilnærmet fra dag 1.

Presset på korttidsavdelingene meldte seg fra første dagen, og dette opplevde sykepleierne som problematisk da de hadde forstått det som at reformen ville trå gradvis i kraft. Da hadde man fått tid til å omstille seg, sette seg inn i endringene og ikke blitt kastet ut i en ny hverdag. Dette resulterte i at de tilnærmet fra dag 1 forsøkte så godt som mulig å tilpasse seg.

Anne: Det var en periode når man begynte med det hvor man bare løp. Og når det gjelder resten av personalet var de veldig opptatt av senger og frokost og lunsj.

Sykepleierne opplevde det som problematisk når endringene skjedde over natten og de følte at det var vanskelig å tilpasse seg. Samtidig virket det som det ble en kløft mellom sykepleierne og resten av personalet. Flere av sykepleierne følte at deler av personalet ble mer opptatt av å re senger og servere mat når det ikke var det som måtte prioriteres. Tilpasningen opplevdes som vanskelig når ikke hele personalgruppen trakk lasset i samme retning. Når deler av personalgruppen hadde fokus på huslige oppgaver samtidig som pasientene ikke fikk den viktigste pleien, ble situasjonen oppfattet som problematisk. Deler av pleiepersonalets fokus på senger og mat opplevdes som misforstått feilprioritering når sykepleierne «løp på kull».

Sykepleierne ble overrasket over det de kaller en kaotisk innkjøringsperiode. De stilte spørsmål ved forberedelsene som var gjort ved samhandlingsreformen. Sykepleieren påpekte at det er menneskelig det handler om. Dette gjorde at sykepleierne opplevde det som viktig å trygge pasientenes sikkerhet underveis.

Elise: Nå som det har holdt på en stund så tror jeg jo at det er blitt bedre, men problemet var jo at man overhodet ikke var forberedt på hva som skulle skje. Ikke i det hele tatt, da blir det jo kaotisk, man aner ikke hvordan det skal gjøres eller hvordan man skal takle det. Det er greit at det er innkjøringsproblemer, men her er det snakk om menneskeliv det handler om. Det er greit om det er rotete på ett kontor i en innkjøringsfase, men her er det snakk om pasienter som kan dø underveis i innkjøringen.

Man har tilpasset seg situasjonen gjennom å endre strukturen på korttidsavdelingene, men sykepleierne stilte seg kritiske til hvordan det hadde skjedd. Sykepleierne følte at det hadde vært risiko for pasienters liv og helse underveis i forløpet og at dette var problemer som ble prekære under innkjøringsfasen av samhandlingsreformen, og som fortsatt er tilstede på noen av korttidsavdelingene. Det pekes her på at kompetansen blant de ansatte har gjort situasjonen vanskelig både for sykepleierne som har ansvar, men også for de andre ansatte på avdelingen som ikke nødvendigvis har den nødvendige kompetansen for å ta vare på pasientene. Og dette utartet seg etter samhandlingsreformen når pasienter kom på korttidsavdelingene tidligere i sykdomsforløpet.

Elise: Veldig ofte ufaglærte ja, så får man beskjed om at pasienten sover så godt og ikke vil spise. Så går jeg inn å finne pasienten sklidd helt ned i sengen og nesten ikke får puste og holder på å dø. Og da definert som sover så godt av pleieassistenten. Den er klassisk.

Økt tidspress i kjølvannet av samhandlingsreformen

Flere av intervjudeltakerne anser tidspresset de opplever på jobb som endret. De mener at arbeidsbelastningen deres har økt «Du kan si som jeg sier at det har vært økt arbeidsbelastning. Det er mye travlere dager, man har jo det». De søker allikevel etter det positive i situasjonen. I flere av intervjuene kommer det frem at uansett hvor tøft det oppleves, forsøker å trekke frem de positive erfaringene.

Berit: Det som jeg tenker er jo at det har vært litt positivt og, vi har jo fått en økt kompetanse, men det er jo fordi man har tatt tak i det selv. I forhold til tverrfagligheten og sykepleierne at man har fått utviklet personalet. ... et dyktig personale som ønsker det og, men det er klart at hadde man ikke hatt det så vet jeg ikke hvordan det skulle ha gått.

Som sykepleieren forteller har hun opplevd belastningen og tilpasningsfasen som tøff. Det kunne virke som om endringene ved korttidsavdelingen var sykepleiernes ansvar. De måtte løse problemene og gjøre prioriteringene som var nødvendig for å få det til å fungere gitt de ressursene de hadde tilgjengelig. Sykepleierne forteller at de opplevde en endret hverdag ved korttidsavdelingen, sammenlignet med andre avdelinger på sykehjemmet. Som en av intervjudeltagerne sier «*det er jo en himmel imellom å jobbe på korttidsavdeling og en vanlig sykehjemsavdeling nå*».

Danielle: Vi har hatt veldig mye ansvar hele tiden, men tempoet har blitt veldig mye høyere og pasientene er mye sykere enn tidligere. De kommer til oss mye tidligere i forløpet enn hva de gjorde før samhandlingsreformen, så det er klart at vi ser at på den måten så er ansvaret større.

Det virker som ansvaret for sykere pasienter tidligere i sykdomsforløpet, være seg medisinsk eller kirurgisk, førte til en økt belastning på personalet. Dette var et tydelig skifte de tilpasset seg som en følge av samhandlingsreformen.

Frida: Ja, det har blitt mere press. Pasienten må tidligere hjem, både fra oss og fra sykehus ... det er mange som venter og da må pasienten hjem. Vi får kjeft fra familien ... hvordan skal hun klare seg hjemme? Så da står vi der og kan ikke bestemme ... hva skal vi si? Det er ikke vi som bestemmer. Og vi prøver å be dem kontakte saksbehandler, men vi blir jo vant til det

Dette har vært tøffe utfordringer for sykepleierne. De fikk pasientene tidligere fra sykehuset, og i noen tilfeller måtte de også sende pasienter tidligere hjem fra korttidsavdelingen for å frigi plassen til pasienter fra sykehuset. Ansvar for pasienter og pårørende opplevdes da som utfordrende.

Når pasienter kommer tidligere fra sykehus syntes sykepleierne det kunne være vanskelig å forholde seg til pårørende som hadde mange spørsmål om behandling og videre plan.

På sykehuset er pårørende vant til å få kontakt med leger, mens man på sykehjemmet kun har leger på dagtid. Noe av den samme belastningen kan man se når pasienter skal skrives ut og sendes hjem. Sykepleieren forteller at pårørende blir fortvilet, og da er det sykepleieren som må stå ansikt-til-ansikt med pårørende og som må svare på bakgrunn av prioriteringen de ikke er ansvarlig for. Dette er belastninger som har økt eller tilkommet som følge av samhandlingsreformen.

En positiv effekt som trekkes frem av flere, og er at det jobbes for at det skal være en sykepleier på vakt 24 timer i døgnet, som kun er ansvarlig for korttidsavdelingen. Ved å innføre tiltaket anerkjenner man sykepleiernes opplevelse av at det er travelt og at belastningen har økt. Denne anerkjennelsen av belastningen anser sykepleierne som et skritt i riktig retning.

Carina: Nei, så da har jeg ansvar for korttids, pluss langtids og en annen avdeling. Men det er det som liksom er drømmen da, at man kun skal ha korttidsavdelingen

Når mengden oppgaver øker vil tidspresset gi sykepleierne behov for tøffere prioritering av oppgavene.

Danielle: I stor grad, du springer etter klokka hele tiden. Altså når klokka er halv åtte og du har fått rapport så har du en plan for dagen, men når klokka er kvart på ni så er den planen bare helt ute. Du skal kanskje ha 4 utreiser og tilsvarende inn. Og fire utreiser det tar tid. Og så er det kanskje ikke med papirer på de som kommer inn, de kommer hjemmefra og så har de ikke med medisiner og da blir det telefoner for å nøste opp i det og man bruker masse tid på det. I tillegg til de 23 andre pasientene du har der som behøver hjelp med sine ting Sånn som ett sårstell blir ikke prioritert, man må gjøre det som haster først, også blir det bare forskjøvet videre og videre. Og tilslutt så haster jo det også, ikke sant.

Sykepleieren har fått en ny arbeidsdag i form av tøffere prioriteringer ovenfor pasientene. Økt tidspress har gjort behovet for prioriteringer enda viktigere enn det hadde vært før. Sykepleieren opplever det som vanskelig når det går utover avtaler man har gjort med pasientene «*jeg har for eksempel sagt til pasienten at da og da skal vi stelle såret, men så blir det ikke gjennomført*». Dette fører til en utfordrende hverdag fordi man opplever at tiden ikke strekker til. Samtidig er det vanskelig å innrømme at det fører til komplikasjoner som følge av at pasientene ikke får nødvendig oppfølging. Men det tyder på at prioriteringene får følger for pasienten og leder til uønskede komplikasjoner.

Danielle: Det har hendt at brannslukkinga blir veldig stor, ... og det er vel også dette som er grunnen til at jeg ble sykemeldt. At man går overtid hver dag, en eller to timer hver eneste dag og man gir og gir hele tida også får man påpakk for at man går overtid og får beskjed om at man må prioritere bedre, delegere, men det er ingen å delegere det videre til.

Når sykepleieren forteller om prioritering som brannslukking kan det virke som om tidspresset har blitt for stort til at hun klarte å håndtere det alene. Det er behov for tiltak som gjør at hun klarer å gjennomføre arbeidet. At det er travelt må man

forvente seg på en korttidsavdeling, men det er flere som opplever at strikken blir strukket veldig langt.

Elise: Daglige ledere har så mange oppgaver at det ikke lar seg gjøre joda, vi har det, men hun fagleder har jo ikke hatt pasientrettet arbeid på altfor mange år. Så det funker ikke, det blir bare pirket på rapporteringen og hvorfor vi ikke rapporterer der og der. Da må vi gjentatte ganger fortelle at det ikke blir gjort fordi vi ikke har tid. Står det ikke noe sted så er det ikke gjort mener ho, men det er jo fordi vi må prioritere pasientene.

Prioriteringen av pasientene fremfor papirarbeidet har blitt en konsekvens av samhandlingsreformen. Det er klart at man skal dokumentere det som gjøres, men det er tydelig at det har blitt så travelt at sykepleiere føler at rapporteringen kommer i veien for pasientrettet arbeid fordi tiden ikke strekker til. Og ledelsen på noen poster virker til å være uenige i prioriteringene som sykepleierne i pasientrettet arbeid opplever som viktigst. Dette er to uheldige historier som peker på at ledelse og sykepleiere i deler av det pasientrettede arbeidet har forskjellige oppfatninger når det gjelder hva som skal prioriteres.

Som en del av tidspresset er det tydelig at det har vært en økt mengde rutinearbeid som ikke er direkte rettet mot pasientene. Rutinearbeidet gjør at sykepleierne opplever at de ikke har tid til alle pasientene.

Frida: Når pasienten kommer, må du skrive ankomst, så skal medisiner registreres, så skal du gi medisiner til de andre pasientene. Så skal dagsplaner lages, Også har vi legevisitt, pasienter kommer og pasienter skal reise, hjemmesykepleier må informeres. det er så mye at noen ganger blir vi sittende 30 til 60 min ekstra Men når man ikke har vært hos pasienten er det ikke lett å vite hvordan pasienten er i stell og matsituasjoner, og hvordan kan man da skrive vurderingene, ... men det er sykepleier som må skrive.

Informantene trekker fram et godt samarbeid som en del av rutinene på avdelingene, man må stole på at de man arbeider sammen med gir adekvat informasjon som man kan bruke når vurderinger skal gjøres. Men det er også viktig at man har førstehåndskontakt med pasientene for å være sikker på at avgjørelser blir tatt på et forsvarlig grunnlag. Det er tydelig at den økte strømmen av pasienter fører til mer arbeid. Dette kan svekke tidligere gode rutiner fordi sykepleieren må gjøre en vurdering av en pasient uten egne erfaringer og observasjoner av pasienten.

Hvordan kommer behovet for kompetanse til uttrykk?

Samtalene med intervjudeltagerne tilsier at kompetanse har vært et uttalt fokus fra før samhandlingsreformen trådte i kraft. Behovet for kompetanse på sykehjemmene, og da spesielt korttidsavdelingene har sykepleierne opplevd som stigende. Flere av sykepleierne har fortalt at de gjerne skulle hatt mulighet for å øke sin kompetanse gjennom samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Dette er fordi de oppfatter samarbeid og samhandling som fokusområde for samhandlingsreformen. Derfor har sykepleierne trodd at økt kontakt med sykehusene ville bli en naturlig del av dette.

Carina: Det har vi ikke sett noe som helst til, ingenting. Faktisk ikke hørt noe eller noen som har vært interessert i å komme heller. Vi har ikke fått tilbud om noe heller nei Jo, men det er fordi jeg kjenner han. En fysioterapeut på lindrende på sykehuset som var her og hadde sykehjemsskole. Men det er kun fordi man kjenner eller har vært på undervisning og selv tar tak i det. Men vi har ikke fått noe tilbud om noe nei. Jeg har hatt en del kontakt med palliativt team på Ullevål og lindrende, men det er jo fordi jeg har jobba der og kjenner de. Men dette er jo ikke noe jeg hadde fått til uten det eller fått til hvis ikke jeg kjente de eller vet om det. Det er ikke så mange som vet om sånne ting.

Det virker ikke som man har kommet i gang med den nødvendige kompetansehevingen, og fra denne sykepleierens utsagn virker det som personalets

stå på-vilje og personlige kontakter har vært avgjørende for å tilegne seg ny kompetanse. Samhandlingsreformens mål om økt kompetanse i kommunal sektor må ha andre virkemidler enn de ansattes personlige initiativ. Samtlige av informantene opplever at viktige endringer for å nå målet om økt kompetanse har vært på basert på deres og andres individuelle innsats. Både når det gjelder kompetansehevende tiltak og samhandling med spesialisthelsetjenesten, opplever de ingen endringer utenom det som avdelingen deres selv la til rette for.

En viktig kilde til kompetanse var kursing av de ansatte på avdelingene. Det er interessant å se hvordan sykehjemmene har benyttet seg av dette for å gi sine ansatte faglig påfyll.

Anne: Videreutdanning, kurs, jeg har masse av det. Vi har ... egen sykehjemsskole, 2-3 ganger som går over tre tirsdager på rad på ett område, for eksempel Kols eller diabetes, smerter, palliativ behandling. Vi har f.eks. en fra korttids som er palliativ sykepleier. Man burde kanskje ha begynt å skaffe den kompetansen før. Men det skaffes nå, det blir bedre og bedre, men det er en lang vei å gå.

Kursing via såkalte fagdager eller en egen «sykehjemsskole» hvor man går gjennom en bestemt tematikk over flere uker opplevde personalet som bra for avdelingens kompetanse. Det kan være et godt virkemiddel for å fokusere på faglige problemstillinger og gi de ansatte gode løsninger til problemene de opplevde ved korttidsavdelingen. Men det har vært blandede opplevelser rundt gjennomføringen av fagdagene eller «skolen».

Elise: Det skal egentlig være sykepleiefagligforum hver måned, men det blir aldri noe av. Ja, vi har ikke no fagdag eller no sånt. På [sykehuset] hadde vi jo fagdager hvor man kunne ta med kunnskapen tilbake og dele med avdelingen, noe sånt har vi ikke Nei, jeg tror det bare er det at alle har så mye å gjøre at man ikke har så mye tid?

Flere av intervjudeltagerne forteller om vanskeligheter med å gjennomføre planlagte fagdager. En sykepleier forteller at man på avdelingen er så svekket i grunnbemanningen at man må bruke all energien på å forsøke å holde avdelingen flytende. Dette sier hun gjør det vanskeligere å gjennomføre fagdager eller kursing for de ansatte.

Et annet aspekt er at dette kunne vært en viktig forberedelse av de ansatte, men intervjudeltagerne opplevde ingen endringer på avdelingen før reformen trådte i kraft.

Det virker som sykepleierne ikke var klar over hvor store endringer reformen ville bringe til korttidsavdelingen på kort tid. Intervjudeltagerne forteller at de er positivt innstilt til kurs og samarbeid, men de opplever ikke at det ikke blir lagt godt nok til rette av ledelsen. To av informantene forteller at de er så presset på avdelingen at kurs ikke har latt seg gjennomføre. Sykepleierne føler at kurs og økt samhandling vil kunne heve deres kompetanse og gjøre dem bedre rustet til å møte endringene når kurs og kompetansehevende tiltak lar seg gjennomføre.

En annen form for kompetansehevende tiltak som har blitt trukket fram av flere intervjudeltakere er nytten av ambulerende team fra sykehus som hjelper sykehjemmene og kan veilede dem ved behov. De har ikke bare hatt mulighet å veilede, men også komme til avdelingen for å bistå. Det er altså en god mulighet for samhandling mellom sykehus og sykehjemmene hvor sykehusansatte samhandler direkte med sykehjemmene.

Anne: Vi kontaktet dem på en lørdag. Når det var noe nytt, da kontaktet vi dem. Så vi ville gjerne ha opplæring med det. Men jeg husker ikke hva det var, det er lenge siden. Vi hadde ikke Cvk for to år siden, jeg tror de har begynt å komme nå. Og den andre, vap, en pumpe som benyttes ved smertelindring. Jeg synes det er veldig spennende og jeg vil gjerne hospitere.

De informantene som har hatt mulighet til å benytte seg av dette tilbudet var utelukkende positive til hvordan dette har fungert. Resten av de tilhørende mente at dette var et godt tilbud som hadde gagnet samhandlingen mellom sykehus og sykehjem og gitt dem kompetanse på faglige problemstillinger eller utstyr som de behøvde. Noen av intervjudeltakerne forteller at deres lokal sykehus har lagt ned tilbudet, og resten er ikke kjent med at de har hatt noe slikt tilbud hverken tidligere eller på nåværende tidspunkt.

Sammensetningen i bemanningen oppleves som viktig for kompetansen, og det er stor forskjell på hvordan sykepleierne opplever situasjonen på sine respektive avdelinger. Mens en forteller at «vi har jo en egen fysioterapeut på avdelingen som er raskt på pletten» opplever andre at de står alene med ansvaret sammen med ufaglærte.

Danielle: Vi skal være 5 sykepleiere på fagteamet på dagtid, men det er vi ikke. Det har vi ikke vært, du kan regne på en hånd hvor mange ganger vi har vært det [siden våren 2011]. Vi er grovt regna 1 sykepleier på 27 pasienter per vakt ja, 1 på 27 korttids[pasienter], 1 på langtids og 1 på demens. Så vi er en sykepleier per avdeling på dag og så hender det at vi er 1 sykepleier fordelt på 3 avdelinger på kveld og natt. Og på røde dager er vi 2 fordelt på alle avdelingene på dag/kveld. Er vi heldige så klaffer det med postsykepleieren sin turnus.

Det er tydelige skiller mellom sykepleiere som føler at avdelingen deres er godt bemannet og sykepleiere som opplever at de sliter med dårlig grunnbemanning. Noen steder forteller intervjudeltakerne at det er faste dagstillinger hvor to sykepleiere har 23 pasienter delt mellom seg, mens en annen forteller om 1 enslig sykepleier på 27 pasienter på dagvakt. Sykepleieren som er alene med 27 pasienter på dagvakt har da ansvar for mer enn dobbelt så mange pasienter. Sykepleieren fokuserer ikke bare på dette, men belyser viktigheten av faglig kompetent personale.

Danielle: Som jeg har sagt tidligere, vi trenger ikke flere hender, vi gjør ikke det, det er jeg helt overbevist om. Men vi behøver kompetansen på disse hendene

tenker jeg, istedenfor at det plutselig dukker opp situasjoner som, «shit, han her har jo fått kjempe ødem i beina», «ja, sånn har jo beina vært i tre dager», «å ja, hvorfor har ingen sagt det?». Det tror jeg er fordi de ikke tenker over at den kan ha en sammenheng med andre ting, som hjertesvikt. Og da begynner ballen å rulle, kanskje er det for seint igjen, det er vanskelig å si. Hvis man hadde hatt kompetanse på hendene så hadde man oppdaget dette mye tidligere og man kunne ha gjort noe med det istedenfor at det nå kanskje ender med en ny sykehusinnleggelse fordi det har pågått så lenge, man må kontakte legevakt og ja, jeg tror ikke vi behøver flere hender, jeg tror ikke det. Men vi trenger folk som vet hva de gjør.»

Sykepleieren forteller om det hun oppfatter som manglende kompetanse og mange ufaglærte i bemanningen. Hun er redd for at pasientene får flere sykehusinnleggelser og dårligere pleie som følge av for dårlig kompetanse. Hun mener at det ikke nødvendigvis er hvor mange man er på arbeid som er viktigst, men hvilken kompetanse de innehar. Flere intervjudeltagere opplever at det får konsekvenser for arbeidet som blir utført. Og at det har vært pasienter «man ikke har vært klar for å hankses med rett og slett».

Danielle: Vi merker at når de setter inn ekstra personalet er det ufaglærte de kjører på, og på en korttidsavdeling er det mer eller mindre uforsvarlig. For de ser ikke etter det, de ser ikke det vi behøver at de ser når sykepleier ikke går ute i pleien selv, for vi går jo ikke i stell. Sånn at å følge opp pasienter sånn som jeg mener at man burde fra et medisinsk faglig ståsted det blir ikke gjort. Og så blir det forskjøvet alt som man skal gjøre.

Sykepleierne opplever også at avdelingene har hatt vanskeligheter med å rekruttere sykepleiere til avdelingen. Noen steder har det tatt lang tid før de har fått dekket opp sykepleierstillingene som er en del av grunnbemanningen.

Elise: Nå er vi fulltallige med sykepleiere, men det tok ca. ett år og få opp alle stillingene, det er ikke så mange som søker seg til sykehjem så det gjør det vanskeligere å dekke opp alle stillingene. Men sånn som det er nå så er vi ganske greit dekt opp med sykepleiere, det merker vi. Og så ble det satt nye krav til korttidsavdelingen, det begynte vel for ett år siden eller noe sånt. At det også skal være sykepleier på natt, det har det ikke vært før.

I tillegg til problemer med å dekke opp grunnbemanningen forteller en sykepleier: «vi har flere ansvarlige sykepleiere som har slutta. Og det har jo også vært veldig markant økning etter samhandlingsreformen».

Ved sammensatte caser der pasienten har komplekse lidelser er det behov for bruk av medisinsk-teknisk utstyr og prosedyrer som krever kompetente sykepleiere.

Sykepleierne opplever økt behov for erfarne sykepleiere med god kompetanse og ser på dette som viktig.

Elise: Det gjør at man må ha ganske høy kompetanse på korttids for vi får så utrolig mye forskjellig. Vi får kreftpasienter, nyrepasienter. Og man må kunne ganske mye. Og vi har jo alt av stomi, nefrostomier, palliative pasienter og dialysetapping. Folk som skal trenes opp etter operasjoner og alt mulig rart, man skal ha ganske allsidig kompetanse.

Sykepleierne opplever at de har fått større ansvar selv om deres ansvarsområder ikke nødvendigvis har endret seg. Informantene synes også det er vanskelig med dårligere pasienter når de står alene uten lege eller andre sykepleiere på avdelingen. Dette er et problem som dukker opp på kveld, natt og i helgene hvor andel faglærte og sykepleiere ser ut til å være lavere. Ansvar er da ene og alene sykepleierens.

Elise: Det er jo for så vidt samme ansvarsområder, men tempoet har økt, sånn er det jo. Men dårligere pasienter og spesielt i helg blir man utsatt, da er det flere

pleieassistenter. På hverdag er man jo fem-seks i helgene fire, det er fortsatt like mange pas og de er like syke, men istedenfor to-tre sykepleiere så er man da aleine med ansvaret med resten pleieassistenter, er man heldig så har man en hjelpepleier. Og man har heller ikke lege på huset så man står veldig aleine med faglig ansvar.

Flere av sykepleierne forteller at dette er en annen problemstilling enn da de jobbet på sykehus. De har opplevd dette som utfordrende fordi de føler at de står alene med pasientene uten ansatte med kompetanse å støtte seg på. Ansvaret oppleves også større ved at de har ett bredt spekter av medisinske prosedyrer å forholde seg til, noe de forteller krever en bred kompetanse og lang erfaring.

Elise: Ja, ganske mye mer, med tanke på at man er så mye aleine i helger og på kvelder. På sykehuset så kan du alltid få tak i en lege om det skulle være noe, så du har alltid tilgang på en vurdering. Vi har kun legevakt, men de har ingen kjennskap til pasienten og den eneste vurderingen som er aktuell når man kontakter legevakt er den du gir per telefon til vakthavende der. Så det blir veldig annerledes, mhm. Det er egentlig sånn at jeg kan mer og har lært mer av å jobbe på sykehjem enn det jeg gjorde på sykehus fordi du møter så mye forskjellig. På sykehuset jobber du veldig mot den avdelingen og de pasientene du har der.

Det er tydelig at sykepleierne opplever korttidsavdelingens funksjon som endret. De forteller at det har ført til et vesentlig skifte av kommunens ansvar i helsevesenet. Informantene opplever at arbeid ved sykehjemmene har blitt splittet mellom korttidsavdelingen og resten av sykehjemmet.

Berit: Jeg tenker at det er viktig å fremheve at det er en korttidsavdeling også, det er ikke en vanlig langtidsavdeling. De som får innvilga langtids de kommer på en helt annen avdeling. Så man må tenke at det er mer enn f.eks. på en observasjonspost eller altså sykehus.

Sykepleierne mener arbeidet på korttidsavdelingene har dreid over til å ligne mer på det man gjør på et sykehus enn det man tidligere har gjort på korttidsavdelingen. Samtidig oppleves det som et skifte når pasientene er utskrivningsklare tidligere i forløpet i forhold til hva som var tidligere praksis.

Elise: Pasientene er jo mye dårligere enn det de har vært før, veldig syke pasienter som jeg ikke ville definert som utskrivningsklare når jeg jobba på sykehus. Egentlig fikk jeg sett det ganske greit i forhold til at noen av pasientene jeg nå får kommer fra der jeg jobbet på sykehuset. Og da vet jeg hva kravene til utskrivningsklar pasient var når jeg jobbet der, og de jeg fikk etterpå utfylte ikke de kravene i det hele tatt. Væskende sår f.eks. det skulle man ikke sende ut før det var tørt. De kom jo med, bandasjer som jeg måtte skifte med en gang fordi det var så vått. De skulle vært mobilisert ett par ganger før vi kunne sende dem ut, vi fikk så pasienter som ikke hadde vært oppe og gått en gang, gamle mennesker. Det var ganske tydelig at man hadde endret standard for hva som var utskrivningsklar pasient, det var tydelig.

Som en direkte konsekvens av samhandlingsreformen opplever sykepleierne at definisjonen på hva som er en utskrivningsklare pasienter fra sykehusets side har endret seg etter reformen.

Det oppleves at det i samsvar med økt ansvar har blitt tøffere for nyutdannede å arbeide ved korttidsavdelingene, noe som gjør det vanskeligere å rekruttere sykepleiere. En informant ble av flere nyutdannede fortalte at «*de synes det er for mye å gjøre med inn/utskrivning og alle prosedyrene*». Sykepleierens ansvar innebærer større krav til kompetanse og faglig dyktighet enn det gjorde tidligere.

Danielle: Hvis stillingene som er lyst ut var dekt, og man hadde en blanding av gamle erfarne og nye, og ikke bare en sykepleier på 27 pasienter. Så ser jeg det ikke som uforsvarlig å være helt ny, det går jo også på det, at man må ha ett team. Sånn som det er nå så ser jeg på det som uforsvarlig at det kun skal være

en helt ny (fersk) som kommer inn. Når det står til sånn som nå med økt sykefravær og mangel på sykepleiere generelt. Og også det at det er mye utskiftninger av personalet.

Sykepleieren mener at en forutsetning for at nyutdannede skal kunne arbeide ved korttidsavdeling er behovet av erfarne sykepleiere som kan hjelpe de ferske sykepleierne med å bli «varme i trøya» som en av informantene uttrykte det. En annen var enig i at man må legge til rette for nyutdannede for at det skal fungere, «*de synes det er vanskelig å bli kastet inn på avdelingen*». Det oppfattes som nødvendig å ha noen å støtte seg på for at man skal kunne tilpasse seg arbeidet på korttidsavdelingen.

Både pasienter og pårørende oppleves som en større utfordring for personalet enn før. Tidligere overflytning til korttidsavdelingen fører til krav fra pasienter og pårørende som krever kompetanse og erfaring, noe de ikke har vært vant til å håndtere i så stor grad tidligere, som de nå må.

Berit: Det er en ting som jeg tenker på med samhandlingsreformen det er pårørende. Der merker vi jo en forandring, det er klart at hvis de får sine syke inn på sykehjem tidligere så krever de mye mer av oss. Og både tid til sykepleier og lege og annet personell sånn at jeg tenker at den merkes også veldig Ja også merker man at pårørende ofte er ganske kritiske til at de blir overført til sykehjem. Og de har en veldig negativ holdning. Og det er klart at det tar mye tid Ja, kjempe mye. Veldig mange er da vant til at de kan få tak i lege hele tiden og «få snakke med, få snakke med». Dere merker jo det og jeg ser at det går veldig mye tid til det. Og hvis de er veldig dårlige, vi får jo en del terminale. Og det er klart at det krever veldig mye i forhold til pårørende.

Dette ser ut til å være en utfordring og tilvenning for alle parter. Samtidig opplever flere sykepleiere å stå alene på korttidsavdelingen. De må hankses med utfordrende situasjoner som på sykehus ville blitt ordnet av leger og sykepleiere i samarbeid.

Ulike forventninger mellom samarbeidende institusjoner og enheter

Alle sykepleierne hadde forventninger til samhandlingsreformen, men de var usikre på hva de skulle forvente og hvordan det ville påvirke deres arbeidsdag. De ble forespeilet hvordan dette skulle bli. På sykehuset hadde flere av sykepleierne en annen forventning og oppfattelse av hvordan det skulle bli, mens man på sykehjemmene, og kanskje spesielt på korttidsavdelingene hadde en annerledes forventning. Det er tydelig at man som ansatt på sykehus hadde en annen oppfatning av hvilket utstyr og hvilken kompetanse de hadde på korttidsavdelingene for å ta imot pasientene tidligere i sykdomsforløpet enn før. Flere av sykepleierne hadde jobbet på sykehuset tidligere, men det var en annen virkelighet som ventet når man kom på korttidsavdelingene selv.

Carina: Jeg jobba jo på sykehus før, når samhandlingsreformen starta og det var jo ganske morsomt å komme på andre sia. Når jeg kom hit så jeg jo at virkeligheten ikke var som den var forespeila. Med tanke på utstyr og kompetansen. Jeg tenkte jo og at nei, nei, vi sender den ut og det var nok kanskje på grensa. Jeg skulle sende avgårde de dårligste pasientene med pumper og greier og det var jo vanskelig ... jeg følte jo at sykehjemmet hadde ansvaret og greier, og at kompetanse og utstyret var der Fordi at det var en del av samhandlingsreformen og sånn skulle det være. Man føler jo at det var en del av avtalen. Men så skjønnte man jo at det ikke var sånn, men da satt man jo og var irritert på sykehjemmene for at det ikke var sånn.

Det ser ut som man både i førstelinje og i spesialisthelsetjenesten ble tatt på sengen med tanke på hvordan reformen ville påvirke deres forhold til hverandre. Kanskje spesielt med tanke på hvilke endringer man var forespeilet. Hverdagen på korttidsavdelingene ble annerledes enn det sykepleieren hadde forventet når hun

arbeidet på sykehuset og sendte pasientene dit. På den andre siden aner man at hun sitter med en mistanke om at det ikke er like god dekning som det de forventet og fikk inntrykk av at det skulle være på sykehjemmene. Det later til at det gjennom presset man opplevde på sykehuset for å få pasientene videre i systemet, gjorde at de la deler av ansvaret som ikke svarte til forventningene tilbake på korttidsavdelingene. Her virker det til å ha vært en diskrepans mellom den forventede og den faktiske virkeligheten.

Danielle: Men selvfølgelig ikke alltid, noen ganger så går det fint. Både samarbeid med sykehus, hjemmesykepleie, bydel og fastleger, men det er flere episoder hvor det ikke går så fint enn hvor det går knirkefritt. Men jeg er absolutt enig i det hun har sagt om at på en måte så har det etter samhandlingsreformen blitt slik at bydelen sier en ting til sykehusene og en ting til sykehjemmene om at sånn er det hos oss på ... sykehjemmet, men til oss sier de noe annet om hva de forteller sykehuset om oss. Fordi denne forståelsen av kompetanse og når vi har lege det er ikke samsvar mellom det, og det sykehuset har fått inntrykk av at vi har.

Flere intervjudeltakere oppfattet at det de formidlet til søknadskontorene om hva de kunne tilby og det søknadskontorene formidlet til sykehuset ikke stemte overens. Dette kan føre til gnisninger og frustrasjon, som deretter kan skape problemer når sykehus og korttidsavdelingene skal samarbeide. Korttidsavdelingene skal ta ansvaret for pasienter som de selv mener at de ikke er i stand til å ta ansvar for.

Søknadskontorene har fått en avgjørende rolle i samarbeidet mellom sykehus og korttidsavdelingene. De bestemmer hvilket sykehjem og hvilken korttidsavdeling pasienten får plass på. Så melder avdelingen på sykehuset pasienter til sykehjemmet og overfører pasienten når de får beskjed om at det er ledig plass.

Danielle: Jeg vil tro det. For det er de som er bindeleddet mellom sykehuset og sykehjemmene og det er de som tar avgjørelsen på hvor pasientene fra sykehuset skal hen selv om det er sykehuset som bestemmer når pasienten er

utskrivningsklar. Men bydelen har jo også ett ansvar for å vurdere at det er nok kompetanse dit hvor pasienten blir sendt og jeg vet ikke hvor mange ganger vi har sagt ifra til bydelen at nå må dere ikke sende flere. Vi får 5 pasienter i dag, og jeg kan ikke ta imot nummer 6 og 7, det går ikke, og allikevel så kommer de og det er ikke forsvarlig Vi har hatt flere møter med bydelen hvor vi forsøker å formidle at når vi sier at nå kan vi ikke ta imot flere så er det ikke fordi vi ikke orker, vi forstår at de betaler ekstra for pasienten viss den blir liggende på sykehuset, men vi har ikke kapasitet til å gjøre det forsvarlig.

Det virker til at man forstår situasjonen søknadskontorene står i, men at søknadskontorene som en sykepleier sier «glemmer at det er et menneske og ikke bare et navn på en data». Sykepleieren går langt i å antyde at det er lettere å ta avgjørelsen om å sende pasienten hjem når man slipper «menneske-til-menneske relasjonen».

I følge intervjudeltagerne hersker det forskjellige oppfattelser på sykehuset om hva man kan tilby en korttidsavdeling. Det virker som om det hersker usikkerhet rundt hva man gjør på korttidsavdelingen, og hva slags kompetanse de innehar.

Elise: Jeg tror også det er sprikende oppfattelse av dette på sykehuset også; «setter dere fragminsprøyter? Ja, selvfølgelig.» Det virker mange ganger som om de trur du er et mehe fordi du jobber på sykehjem liksom. Og skal begynne å forklare alt i pårørendespråk om man skal si det sånn. Det er mange som blir overrasket over at vi tar imot med iv-behandling og cvk, vi tar imot med vappumper. Jeg tror det er dårlig informasjon om hva vi faktisk kan og ikke kan.

Det ser ut som det hersker en del fordommer mellom sykehus og sykehjem. Samtidig er det forskjell mellom korttidsavdelingen etter samhandlingsreformen og hvordan man har drevet sykehjem tidligere. En sykepleier hevdet at hun «hadde lært mer ved korttidsavdelingen enn på sengepost».

Flere av sykepleierne føler at samhandlingsreformen kun tjener sykehusets interesser, og de føler at det er en kamp for å sende pasientene ut raskest mulig. Dette

sier de selv om de opplever at det har blitt lettere å sende pasienter tilbake til sykehuset.

Anne: Men likevel jeg føler at samhandlingsreformen bare fungerer en vei, hvor fort kan vi skrive dem ut fra sykehuset? Men jeg tror det hadde gått bedre om det hadde gått begge veier, med tanke på pasienter fram og tilbake.

Det er et positivt tegn at man forsøker å gjøre noe for å forbedre samarbeidet mellom sykehus og korttidsavdelingen. Når man sender sykepleiere fra sykehuset på hospitering ved en korttidsavdeling for selv å oppleve hvordan korttidsavdelingen arbeider og hvilken kompetanse de besitter kan det bedre samarbeidet.

Danielle: Ja, nå har vi faktisk to spl fra sykehuset som vi sogner til som er på avdelingen og hospiterer hos oss i to dager. Bare for å få inntrykk av hvordan vi jobber og hvordan ståa er. Hvordan vi opplever de og hvordan de opplever oss. For det er mye frustrasjon der begge veier med rette. For det er, fordi vi har aldri møtt de, man har aldri satt seg ned og snakka om hva de vil ha av oss og hva vi vil ha av de. Vi får tilsendt epikriser som ikke er fullstendige og vi har ikke lege tilstede og det forstår ikke de. Vi sender kanskje inn en pasient til reinnleggelse fordi vi har ikke nok informasjon og er ikke sikre på behandlingsnivå, legen vår har ikke tatt stilling til HLR-status. De synes dette er unødvendig fordi behandlingsstatus har blitt vurdert der til lav og det er her mye kommunikasjonsutfordringer. Og tempoet er veldig høyt, og vi har ikke samme forståelsen for hvordan hverandre jobber.

Hospitering er viktig og kan bedre pasientforløpene gjennom en bedre samhandling mellom førstelinje og spesialisthelsetjenesten. Dette kunne vært en fast rutine så alle fikk denne innsikten. Risikoen er at det er et enkelt initiativ slik man kan få inntrykk av da det kun var én av informantene som hadde vært med på hospitering fra sykehuset til en korttidsavdeling. Hospitering kan gi forståelse for hvordan det arbeides hos den andre parten, og man kan dele erfaringer rundt hva som fungerer, og hva man opplever, ikke fungerer så godt. Akkurat slik det konkret blir tatt opp her

med tanke på behandlingsnivå og hjerte-lunge-redning status [HLR-status] hos pasienter man er i tvil om skal behandles eller ikke.

På den andre siden er det flere intervjudeltakere som fortvilte da det de oppfattet som den beste samhandlingsarenaen de hadde, ble terminert ved implementering av samhandlingsreformen. Man hadde et såkalt ambulerende team fra sykehuset som kunne kontaktes ved behov for praktisk hjelp eller råd.

Berit: Ja, det er helt utrolig at det ble lagt ned når man virkelig behøvde det. Fordi da så man jo og de kom rundt og man kjente de, også plutselig ble det lagt ned når man egentlig hadde trengt det.

Det ambulerende teamet fra sykehuset ble av sykepleierne oppfattet som ett lavterskeltilbud mellom sykehus og sykehjem, som fungerte godt og som det var enkelt å benytte seg av.

Flere sykepleiere opplevde, som nevnt over, at det etter samhandlingsreformen hadde blitt enklere å sende pasienter tilbake til sykehuset hvis det skulle skje noe som ikke var en del av det forventede behandlingsforløpet for pasienten. Dette er en utdypelse og spesifisering av hvordan sykepleierne opplevde denne muligheten

Carina: Ved en feilstilling på et brudd eller hvis det er mye væsning fra et operasjonssår eller hvis det er en infeksjon som bare skyter i været igjen fordi pasienten har gått over på per os. Magesår etter ... ja en del sånne ting, at da er det rett inn. Og da er det ikke alltid man behøver å ringe legevakt engang før man får sendt pasienten rett inn. Da kan man ringe rett til avdelingen, og det er nok en positiv endring etter samhandlingsreformen. At det er lettere å få sendt de i retur enn før. Om det er en direkte konsekvens av behandling pas har fått på sykehuset så kan man ringe rett til moderavdelingen også får man dem lagt inn igjen. Sjøl om man ikke har åpen retur fordi det er sykehuset som har gjort en dårlig jobb Så det blir jo mye å gjøre selv om vi har lege tre ganger i uka og da vil det jo selvsagt glippe en del så vi har også en del returer til sykehus i løpet

av uka, reklamasjoner. Ja, fordi de er for dårlige eller det er for uavklart når de kommer til oss. Så er det da ting som skjer som gjør at de må inn igjen. Og de kan jo komme hit på første postoperative dag. Så da kan det jo oppstå en del problemer så ja, det blir en del reklamasjoner.

Muligheten for å ta kontakt med sykehusavdelingen for å vurdere om pasienten bør sendes tilbake, trekkes fram av intervjudeltakeren som bedret samhandling. Selv om det oppleves som en ekstra belastning for pasienten samsvarer dette med reformens mål om at kommunen skal ta ansvar for pasienten tidligere i behandlingsforløpet enn før. En intervjudeltaker stiller spørsmål ved om dette fører til «svingdørsproblematikken», hvor pasientene må fram og tilbake mellom sykehus og korttidsavdelingen.

Utskrivningsdokumentene fra sykehuset i form av avsluttende epikriser er rettleidende i arbeidet med pasientene ved korttidsavdelingen. Epikrisen gir dem innsikt i hvilken behandling og hvilke behov pasienten har ved overføring fra sykehus til korttidsavdelingen. Dette sikrer kvalitet og gjør det enklere å kontinuere behandling som er startet på sykehuset.

Carina: Ja, hvert fall fra den akutt geriatriske. Men de er også veldig flinke til å avklare pasientene før de sender dem fra seg og Ja, også er det jo stor forskjell på å få en pasient derfra kontra gastroavdeling, ortopedien eller andre. Epikrisemessig ser vi stor forskjell Men som sagt legebetinga, det er jo det noen er flinkere enn andre eller kanskje grundigere enn andre. Og evnen til å se den eldre Ja, og vi bruker jo ekstremt mye tid av visitten vår på det, at legen konferer tilbake til Ullevål. For å spørre om ting som er uklart i epikrise eller angående videre behandling.

Det later til at epikrisene ofte ikke er tydelig nok, eller så er det videre behandling av pasienten sykepleierne er usikre på. Dette stjeler mye av tiden både fra lege og sykepleier på korttidsavdelingen når de til stadighet må ta kontakt med lege på sykehus for å oppklare usikkerheter i pasientens videre forløp.

Sykepleierne ser ut til å ha ganske klare oppfatninger om hvilket omsorgsbehov pasientene har og hva de mener er nødvendig videre for pasienten. Det er tydelig at dette er anbefalinger og det virker som, foruten på ett sykehjem, der anbefalingene ikke nødvendigvis blir etterfulgt av søknadskontorene. Da er det få virkemidler sykepleierne er i besittelse av hvis de oppfatter det som nødvendig å reagere mot beslutningen de mener som feilaktige.

Danielle: Hvis fru Hansen er en klar sykehjemskandidat i våre øyne og vi begynner på en sluttrapport og det er vår anbefaling herfra. Hvor dem da sier at fru Hansen har jo ikke hatt behov for noe hjelp hjemme tidligere ho har vært helt selvhjulpen og har ikke hatt behov for hjelp tidligere så vi prøver å sende henne hjem. Nei, mener jeg om de har hatt et slag eller noe som gjør at det er helt umulig at hun skal klare seg hjemme og dette er vår anbefaling, så ønsker allikevel bydelen å forsøke dette, bare en gang en siste gang for å se og da er det ett par ganger at vi må sette foten ned og gir beskjed til legen vår om at dette er uakseptabelt og ikke går. Eller palliative pasienter som de skal begynne å flytte på fordi vi har søkt langtidsplass på fru Hansen fordi ho var stabil over en lengre periode, men så går det ned og vi ser at det er snakk om dager, men bydelen kjører allikevel på.

Her er det tydelig at sykepleierne har trosset søknadskontorets ønske for å verne om pasientene. De nekter til tider å godkjenne vedtak fordi de mener at de har en plikt til å stille opp for pasienten i enkelte situasjoner.

En sykepleier forteller at hvis hun opplever at avgjørelsen er feil setter hun seg på bakbeina og nekter å sende pasienten hjem. Men som hun sier selv «*da må du være trygg på deg selv som sykepleier*».

Elise: Hos oss får vi beskjed om at søknadskontoret bestiller en tjeneste hos oss så de kan når som helst si opp korttidsplassene hos oss. Det kan oppleves som en trussel og viss ikke dere danser etter vår pipe kan dere miste korttidsplassene og bli gjort om til somatisk avdeling. Og dette blir utført, vi har allerede mistet 4

korttidsplasser som er blitt gjort til somatiske fordi vi var så vanskelige å samarbeide med Det blir gjort om til somatiske plasser og vi har da rullerende korttids og somatisk som det heter. Og igjen fordi vi har 4 somatiske plasser så mister vi ressurser, for ved somatiske plasser følger det ikke like mye ressurser som ved korttidsplasser.

Når søknadskontorene ved dette tilfelle først truer med å fjerne korttidsplasser på en avdeling for så faktisk å gjøre det, kan det se ut som en maktkamp, mellom sykepleieren, som handler på pasientens vegne, og søknadskontoret som handler på vegne av seg selv og sitt ansvar. En sykepleier mener at søknadskontoret er mer opptatt av kroner og ører enn pasientene, og at økonomi binder dem til kyniske avgjørelser. Dette er interessant fordi sykepleierne ser ut til føle et stort ansvar ovenfor sine pasienter selv om det ikke gagnar dem personlig på noen måte. Snarere tvert imot hvis plasser blir omgjort til somatiske senger slik at de mister grunnbemanning på avdelingen slik hun forteller.

5 SAMHANDLINGSREFORMENS PÅVIRKNING AV SYKEPLEIERNES KLINISKE ARBEID

I dette kapitlet skal jeg drøfte forskningsspørsmålene som jeg presenterte innledningsvis i kapittel 1. Jeg vil belyse det empiriske materialet fra kapittel 4 med utgangspunkt i det teoretiske rammeverket det har blitt gjort rede for i kapittel 2. I diskusjonen ser jeg nærmere på hvordan intervjudeltakernes arbeidsdag har utviklet seg. Overordnet vil delene i diskusjonen dreie seg om hvordan sykepleiernes rolle ved korttidsavdelingen har blitt påvirket av samhandlingsreformen. Sykepleierens rolle var det første forskningsspørsmålet, og påvirkning av sykepleierne er en gjennomgående del av diskusjonen.

Første del av diskusjonen tar derfor for seg informantenes opplevelse av tidspress og hvordan dette har påvirket deres arbeidsdag. I andre del diskuterer jeg hvordan sykepleierne har fått tilpasset sin kompetanse og hvilke konsekvenser dette kan ha for korttidsavdelingen. I den tredje delen av diskusjonen vil jeg ta for meg hvordan korttidsavdelingen og sykepleiernes samarbeid med andre enheter og institusjoner har blitt påvirket av samhandlingsreformen.

Tidspresset som følge av samhandlingsreformen går utover faglig forsvarlig praksis

Som vi så i kapittel 4 opplever informantene en presset situasjon etter samhandlingsreformen, de gir uttrykk for at pasienten kommer tidligere fra sykehuset og at tempoet på korttidsavdelingen har økt betraktelig. Et hovedinntrykk er altså at pasientene ved siden av å komme tidligere fra sykehuset var i behov av mer fagrelaterte prosedyrer som tar tid. Noen informanter følte at de drev brannslukking og lå hele tiden etter i arbeidet. Korttidsavdeling har også blitt en travlere arbeidsplass ved at de har fått økt rutinearbeid ved ankomster og utskrivelser av pasienter som spiser av deres tid.

En av grunnene til at denne situasjonen har oppstått kan være at sykehusene benytter anledningen til å skrive ut pasienter raskere som en mulighet til å prioritere de sykeste pasientene når deres kapasitet er begrenset (St. meld. nr. 47 2008-2009). Sykehuset har på denne måten fått en mulighet til å kunne frigjøre senger tidligere enn før. I denne sammenhengen er det viktig å merke seg at bydelen samtidig fikk kortere frist for å skaffe utskrivningsklare pasienter sengeplasser i kommunen. Tiden de hadde til rådighet gikk fra 72 til 24 timer fra en pasient var meldt utskrivningsklar til dagsbøtene begynte å komme (Kommunal- og Regionaldepartementet, 2011). Den endrede situasjonen og det økte tidspresset etter implementeringen av samhandlingsreformen ser ut til å ha fått betydelige konsekvenser for sykepleiernes arbeid, og dette er kjent gjennom andre studier (Gautun & Syse, 2013; Pedersen & Tingvoll, 2014). Situasjonen ble for eksempel tatt opp på Stortinget av Brurås-Leine (2015) 3.februar, hun var redd for at denne utviklingen fører til at pasienten blir behandlet som pakker og ikke som mennesker, noe som for øvrig ligner tolkningen til flere av mine informanter. Det virker i min studie som om dette får konsekvenser for pasientene. Dette var trolig noe Helse- og omsorgsdepartementet ikke hadde tatt tilstrekkelig høyde for når de endret tidsfristen for dagbøter som et effektiviseringstiltak.

Noen av sykepleierne i min studie slet med å skaffe nok personale ikke bare til avdelingens grunnbemanning, men også ekstravakter ved sykdom. Sykepleiemangelen på sykehjemmet kan forstås som et bebudet problem. Mangelen skjer i første omgang fordi sykehjemmet stadig må tilpasse seg et høyere behov basert på økte forventninger fra pasientene. I tillegg kommer samhandlingsreformens økte krav til raskere mottak enn tidligere av pasienter fra spesialisthelsetjenesten. Man vil derfor vanskelig kunne ansette mange nok til at det skal være mulig å dekke alle problemer og unngå alle tilfeller hvor det er behov for flere kvalifisert personell. Ergo kan det ikke bli tilstrekkelig med pleiepersonell uten avgrensning av arbeidet de gjør eller tjenestetilbudet (Lipsky, 2010; Vike et al., 2002). I følge Tjora (2012) er dette en form for systemavhengig mangel, der det kan være behov for å skille mellom hva som er akseptabelt og hva som krysser en faglig forsvarlig grense. Gjennom strukturelle grep i samhandlingsreformen flytter man jo deler av den medisinske behandlingen fra spesialisthelsetjenesten over til korttidsavdelingen. Dette får konsekvenser for avdelingen ved at det oppstår et behov for å øke bemanning av sykepleiere for å drive behandling som tidligere ble gjort i spesialisthelsetjenesten. Mine funn tyder på at økt dekning av sykepleiere er nødvendig fordi sykepleieren ved korttidsavdelingen er ansvarlige for pasientene 24 timer i døgnet, og må følgelig ha kapasitet til å gjøre det faglig forsvarlig. Som vist i kapittel 4 oppstod det flere situasjoner hvor ufaglærte hadde ansvar for pasientene hvor dette fikk uheldig utfall. Dette kan knyttes direkte til at sykepleierne ikke hadde tid til å se til pasienten og vurdere endringer i hans/hennes tilstand.

Mangel på tid til å se til pasientene kan igjen føre til ytterligere behov for behandling og i noen tilfeller nye sykehusopphold. Deler av samhandlingsreformens virkninger går ut også over sykepleiernes mulighet til å kartlegge pasientenes behov og iverksette nødvendige tiltak. Dette skyldes at de ikke rekker over alle arbeidsoppgavene grunnet manglende tid og en økende grad av kritisk syke pasienter. Dette kan tolkes dithen at det økte tidspresset etter reformeringen medfører et økt behov for sykepleiere til å håndtere teknisk krevende prosedyrer, og samtidig ha omsorg for den enkelte pasient sine behov. Det økte tidspresset er som

vist også dokumentert tidligere (Gautun og Syse 2013). En konkret konsekvens er i så måte at det oppstår et skift av oppgavefokus fra sykepleiernes faglig-etisk forankret omsorg til mer teknisk mer krevende prosedyrer, noe som følge av flere pasienter i behov av mer spesialiserte tjenester.

Politikerne har besluttet hvordan helsetjenestene i kommunen må utvikle seg for å etterkomme det økte behovet for spesialisert behandling i spesialisthelsetjeneste. Endringen har slik skapt et behov som er systemavhengig og forutsetter med det at bemanningen styrkes som følge av de politiske føringene som er lagt (Tjora, 2012). Men når man ser på sykepleiernes uttalelser så virker det ikke som man har maktet å følge opp disse kravene, i hvert fall ikke i løpet av den tiden som har gått fra samhandlingsreformen ble stemt fram på Stortinget og til intervjuene ble gjennomført våren 2013. Dette vil kunne føre til et gap mellom det ansvaret sykepleierne opplever at de bør ha, og det reformen legger opp til.

I sammenheng dette ansvaret skriver Vike et al. (2002) at sykepleierne ofte opplever det han kaller en «oversvømmelse» av ansvar og oppgaver. Det er både formelle og uformelle oppgaver de påpeker at må løses av sykepleiere og andre helsearbeidere. Det at pasientene er sykere og dårligere er absolutt noe som behøver tilsyn fra noen med sykepleiefaglig kompetanse, ikke bare ufaglært personale som er tilstede for å dekke bemanningen. Det ser derfor ut til at sykepleierne i slike situasjoner ofte ser seg nødt til å delegerer mange medisinsk- og pleiefaglige oppgaver til mindre kvalifisert personale. Dette er en oversvømmelse av oppgaver når sykepleieren i tillegg til egne oppgaver må kontrollere resten av personalets arbeid. Det legger et stort ansvar på sykepleierne når de mener at mye må dobbelt kontrolleres fordi resten av teamet ikke besitter den nødvendige kompetansen for å utføre oppgavene de blir satt til.

At det en innføres en reform med premisser om å gi kommunen større ansvar virker optimistisk, med tanke på at bemanning ved sykehjem har vært et kjent problem i kommunale helsetjenester over lengre tid. Problematikken støttes av Helsetilsynet (2011) sin samlede utredningsrapport. Det reiser også spørsmål ved hvordan man

har sett for seg at man skal øke bemanningen og tiltrekke seg bemanningen man behøver, hvis det i utgangspunktet var et problem å få tilstrekkelig fagpersonale. Lipsky (2010) peker på at de første som vil forsvinne fra tjenesten når det er tøffe arbeidsforhold og tilpasningsutfordringer, slik som korttidsavdelingen synes å ha vært gjennom ved implementering av samhandlingsreformen, er nettopp de med god kompetanse og muligheter til å finne seg tilfredsstillende arbeid andre steder.

Behovet for ny kompetanse og bemanning ved korttidsavdelingen

Pasientens behov for hjelp på korttidsavdelingene er etter alt å dømme blitt medisinsk mer spesialisert, noe som krever mer av sykepleiernes tilmålte tid. At det er blitt mer medisinsk og pleiefaglig krevende oppgaver medfører også at annet pleiepersonell på avdelingen vanskelig kan avlaste sykepleierne. Denne situasjonen er mest fremtredende i min studie, og er også inspirasjonen til tittelen på hele studien; «Vi trenger ikke flere hender!». Sykepleiernes kompetanse ser ut til å bli utnyttet maksimalt, selv om det også ser ut til å være behov for oppdatering og heving av denne kompetansen.

Behovet for flere profesjonelle fagutøvere, i motsetning til ufaglærte, er det som kommer tydeligst frem. Dette er ikke ukjent i organisasjoner med behov for kompetanse, slik Haukelien et al. (2009) poengterer i sin prosjektrapport om kompetanse og faglig infrastruktur i kommunehelsetjenesten. Derfor er det oftest nødvendig med tiltak for å oppnå ønsket kompetanse. Med utgangspunkt i informantenes opplevelser virker det som om kompetansehevende tiltak for å ta seg av de utskrevne pasientene, som kommer fra sykehus til korttidsavdelingen, er avhengig av deres eget individuelle initiativ. Gjennom selv å ta ansvar for å oppnå nødvendig kompetanse, virker det som de tar inn over seg reformen og individuelt *absorberer* konsekvensene av endringene (Vike et al., 2002). I dag kan en eventuell mangel på systematiske tiltak for å fremme en god kompetanse få konsekvenser for bemanningen, noe informantenes utsagn under intervjuene vitner om.

Vedrørende samhandlingsreformen så man for seg en prosess som skulle foregå over tid. Kompetansen som behøves for at korttidsavdelingene skal fungere slik de er

tiltenkt har det vært lite fokus på i forkant, spesielt med tanke på hvordan den skal skaffes (Gautun & Syse, 2013). Mine funn tyder på lite forberedelser og informasjon rundt hvordan kompetanse- og bemanningsbehovet skulle møtes. Hvis det var et premiss at man måtte øke kompetansen, virker det ikke til at det ble gjort systematiske tiltak for å fremme dette.

På den andre siden kan det hende at man ikke visste hvor man skulle begynne. Det virker som det ha vært utfordringer knyttet til å sette i gang prosessen med å bygge bro mellom det faktiske behovet for kompetanse og hvordan kompetansebehovet skulle nås. Haukelien et al. (2009) fremhever i denne forbindelse at man må etablere rammer hvor man kan få vekstprosess i faglig kompetanse. Den organisatoriske konteksten må gi kompetanserammer for å utvikle seg, det må være tid og rom for at sykepleierne skal utvikle seg. Det må være en form for gevinst ved vekst av kompetanse, og god faglighet må danne grunnlag for legitimering av autoritet ved at den danner rammer for faglige diskusjoner og rammer. Men informantene opplevde ikke at vekst i kompetanse var planlagt som en del av den langsiktige prosessen og tilpasning til endringene som samhandlingsreformen presenterte. Allikevel er det lite som tyder på at informantene opplevd denne typen tiltak for vekst i kompetanse dersom det var iverksatt, før de samtidig opplevde at behovet for kompetansen som de nye pasientene krevde var et faktum i deres nye arbeidssituasjon på korttidsavdelingene.

Dette er tydelig i informantenes utsagn vedrørende muligheter for kurs og undervisning. Det var som nevnt i kapittel 4 store forskjeller mellom hvordan kompetanseheving skjedde ved de forskjellige korttidsavdelingene. Et viktig aspekt ved dette er hvordan man skal gjøre personlig kompetanse til en felleskompetanse på avdelingen. Haukelien et al. (2009) viser i sin rapport at flere sykepleiere etter videreutdanning eller kurs fortalte at deres forbedringstiltak forsvinner om de ikke selv er til stede for å forsikre seg om at det blir gjennomført. Da kan forsøkene på å forbedre praksis ende i den enkeltes kompetanseportefølje og man er som et kollektivt fagfelleskap tilbake der man startet. Det at sykepleierne ofte står mye alene som sykepleier ved avdelingen har derfor også betydning for kompetanseutvikling og

faglig trygghet. Schmid (2010) poengterer at sykepleiere med høyt kompetansenivå og faglig modenhet har større mulighet for å handle med større grad av autonomi. Fordi sykepleierne opplever stor grad av «å stå i det» alene, tilsier det at de har behov for å få tilført økt kompetanse for å takle denne opplevde (faglige) ensomheten på en optimal måte. Samtidig virker det også som om flere av sykepleierne opplever problemer med tilrettelegging for å gjennomføre kursing, og dette får konsekvenser også ved framtidige forsøk på å komme med forbedrede rutiner for korttidsavdelingen. Dette kan være ett forklaringsgrunnlag for hvorfor det kan være vanskelig å gjennomføre tiltak for å forbedre kvalitet i tjenestene.

Ut ifra mine samtaler med informantene ser det ut til at det har skjedd lite ved korttidsavdelingen for å heve deres kompetanse, utenom initiativ og tiltak de selv har innført. Det som har skjedd ser som nevnt tidligere stort sett ut til å være basert på sykepleiernes egne initiativ for å bedre korttidsavdelingens kvalitet. Dette er neppe optimalt dersom kompetansen skal kunne tilflyte organisasjonen og bidra til økt kvalitet (Filstad, 2010). Dette er i tråd med Thidemann (2005) sin studie som legger vekt på hvor viktig fellesskapet er for å utvikle kompetanse. Det kan forstås som at et faglig fellesskap av sykepleiere som arbeider sammen kan øke den generelle kompetansen som igjen fører til trygghet i jobben. Dette er svært aktuelt ved korttidsavdelingen da de forteller om en følelse av ansvar og alenegang ved mange vakter. Dette kan være en forklaring på hvorfor mange sykepleiere gruer seg for å jobbe ved korttidsavdelingen, slik det kommer til uttrykk i mine intervjuer. Et godt faglig fellesskap kan i denne sammenheng bidra til stabilitet i bemanningen slik Thidemann (2005) påpeker.

Kompetanse anses derfor som en viktig suksessfaktor som kommer til anvendelse når den bidrar til å fremme organisasjonens mål (Haukelien et al., 2009). Sett i lys av dette kan det tenkes at myndighetene har forutsatt at dersom behovene for kompetanse endres, vil dette automatisk kunne endre kompetanstilfanget fordi dette er hensiktsmessig for å oppnå helseinstitusjonenes overordnede målsetting. Det virker derfor som om man ikke har planlagt mer konkret hvordan kompetansehevingen skal skje i kommunene som skulle motta medisinsk og

pleiefaglig mer krevende pasienter. Dette kan kanskje illustreres med utgangspunkt i en undersøkelse i regi av Norges Sykepleierforbund, hvor det ble gjennomført intervju blant ordførere og rådmenn i norske kommuner om hvordan de opplever kommunale helse- og omsorgstjenester. En tredjedel i denne spørreundersøkelsen svarte at de opplevde mangelfull fagkompetanse for gjennomføring av samhandlingsreformen (NorgesBarometeret, 2011).

Et tilbakevendende tema i mine samtaler med informantene var at de hadde et konstant problem med å skaffe sykepleiere til å dekke opp vaktene ved avdelingen, og de var ofte færre enn behovet skulle tilsi. Det kan derfor se ut som ressursbehovet kamufleres gjennom at de jobber hardere, slik jeg forstår det. Denne kamufleringen kan føre til en overdekning av kompetansemangelen. På denne måten forblir kompetanse- og bemanningsmangelen skjult fra beslutningstakere i høyere administrative eller politiske fora. Dette bidrar nok til at muligheten for å utvikle den nødvendige kompetansen ikke blir realisert (Vike et al., 2002). Situasjonen ved korttidsavdelingen tyder på at det per i dag ikke er samsvar mellom ytre reguleringskrav med dagens midler og det informantene opplever som mulig. Det later til å være manglende samsvar mellom hvordan tjenestene er og hvordan de skal være. Dette kan føre til at flere sykepleiere søker som tidligere antydte andre arbeidsarenaer, og slik kan fellesskapets kompetanse svekkes, og ikke bedres (Lipsky, 2010; Riccucci, 2005). Det kan være en mulig forsterkende sammenheng mellom mangel på faglig felleskap og sykepleiere som søker seg bort. Det er overraskende at man før implementeringen av samhandlingsreformen ikke ser ut til å ha startet arbeidet med å styrke det faglige nivået på tjenesteinstitusjonene i kommunen, særlig fordi man ut fra plandokumentene, og slik det kommer fram i kapittel 4 vedrørende planer om anestesisykepleier i kommunehelsetjenesten, allerede da hadde forutsett kompetansebehovet.

For å møte kompetansebehovet kunne for eksempel blitt satt av økonomiske midler til flere sykepleiere ved avdelingene, samtidig som man også i sterkere grad fokuserte på felles kompetanseheving i kommunene. Det kunne vært en løsning for å hindre frafall av sykepleiere i avdelingen, samt at det kunne vært lettere å beholde de

dyktigste medarbeiderne (Lipsky 2010). Samtidig tyder mine samtaler i denne studien at det fra 2015 var mål om at alle ansatte ved korttidsavdelingene i Oslo skulle være kvalifisert personell eller faglærte. Dette ser likevel ut til å ha dukket opp langt ut eller i etterkant av reformeringen. Man kan derfor ha gjort det vanskeligere å nå målet om økt kvalitet, noe som kunne vært imøtekommet om man hadde forutsett vanskelighetene situasjonen ville medføre for avdelingene. Man kunne for eksempel ha beholdt de sykepleierne man allerede hadde, og slik ville det blitt enklere å ruste opp videre fordi man allerede hadde et bedre rustet faglig fellesskap.

Statistisk sentralbyrå forteller at det allerede i 2010 manglet 1400 sykepleiere med bachelor, og man ser at det er nærmest identiske tall når det gjelder hjelpepleiere (Roksvaag & Texmon, 2012). Når sykepleierne er en ettertraktet arbeidsgruppe som enkelt kan finne en ny jobb, kan det i være vanskelig å beholde dem. Ved tøffe omstendigheter vil det være veldig utfordrende. Setter man mine funn om vanskeligheter med bemanning i sammenheng med statistisk sentralbyrås melding om mangel på sykepleiere, er det mulig at man har gjort situasjonen vanskelig for kommunene når man forventer opprustning av tjenestene på kort sikt for å møte samhandlingsreformens konsekvenser. Hvis man hadde startet opprustningen av de kommunale tjenestene før reformen, og ikke etter implementering, kunne man muligens gått ett skritt fram og ikke to skritt tilbake før man startet prosessen med å skaffe sykepleiere.

Det virker som man gjennom endring av pasientsammensetningen ved korttidsavdeling har uuttalt hevet kompetansekravet. Mye tyder på at det er behov for hardere prioritering etter innføring av samhandlingsreformen. Slik utfordres sykepleiernes plikt til å sikre faglig forsvarlighet (Sykepleierforbund, 2011). Utdanningsnivå hos helsearbeideren vil da ha betydning for hva man rangerer som viktigst ovenfor beboere, inkludert andre oppgaver slik som papirarbeid og huslige gjøremål (Haukelien et al., 2009). Informantenes utsagn angående deler av pleiepersonalets økte fokus på huslige ting, ledet sykepleierne til igjen å måtte endre sin bruk av skjønn for hva som er nødvendige behov hos pasientene. Det være seg vurdering av fysiske og psykiske behov eller oppfølging av sykdomstilstander.

Resten av pleiepersonalet ble opptatt av å re senger og sørge for ordnet frokost og lunsj. Dette ga igjen merarbeid til sykepleierne da de samtidig måtte ta tak i de viktige oppgavene som medisiner, sårstell og inhalasjoner.

Lipsky (2010) peker på at denne type arbeidsfokusinnsnevring kommer av et dårlig kunnskapsnivå og manglende erfaring. Dette forringer kvalitet i arbeidet som gjøres, og sykepleiernes ansvarsområder kan på denne måten i enda økende grad gå med til å passe på at andre gjør det de skal gjøre (Haukelien et al., 2009). Sykepleierne vil da bruke tiden sin til mer kontroll og administrering enn direkte arbeid med pasientene fordi kunnskapsnivået i tjenesten er for dårlig. Ved å sikre økt kunnskap på avdelingen kan man argumentere for at det vil sikre økt autonomi til den enkelte avdeling og avlaste ansvaret for den enkelte sykepleier for noe av administreringsansvaret.

Dette har selvfølgelig både positive og negative konsekvenser. På den ene siden sikrer man seg at det meste utføres individuelt (med økt autonomi) da det er tjenester som ytes og mottas av mennesker, samtidig som de ansattes skjønn og kompetanse vil være avgjørende for hvordan de løser enkeltsituasjonene. På den annen side kan det være ønskelig med en mer standardisert tjeneste fordi det vil være lettere å sikre forutsigbarhet, samt at alle sykehjemsbeboere hadde visst hva de hadde krav på av behandling og oppfølging (Lipsky, 2010). Hadde det vært en standardisert og målbar pleie ville det vært sannsynlig at alle pasientene kunne fått det de har krav på, og behandlingen ville vært likere over hele linja. Det er ikke sikkert at dette ville dekket pasientens ønsker og faktiske behov, fordi det ikke nødvendigvis faller inn under det som ville vært rammene ved en eventuell standardisering. På sykehjemmet er det tiltenkt at sykepleierens skjønn skal sikre gode tjenester til alle beboere, og selvstendige vurderinger av behov gjøres i hver enkelt situasjon. Dette gjelder selvsagt også andre som arbeider på sykehjemmet, men i det daglige er det slik at sykepleier er den som skal hjelpe til i saker hvor det skal løses komplekse utfordringer hos pasientene.

Kommuneforbundet og helseforbundet (nå Fagforbundet) ga i 2002 ut en oversikt over hva man bør få hjelp til på et sykehjem, og de rangerte alt fra selv å velge leggetid til hva man vil spise (Kommuneforbund & Sosialforbund, 2002). Da fremstår det som viktig at det brukes skjønn og styring for å forstå hvor man skal legge inn ressurser og hvor mye sykepleierne selv skal kunne være med på å styre sine ansvarsområder. Det vil også legge føringer for hva som er det viktigste å utføre for pasientene. Man kommer ikke utenom at ressursene må prioriteres og at helsearbeiderne bør være med på å vurdere hva som skal gjøres.

Prioriteringsproblematikken er selvsagt ikke noe nytt, men mitt poeng her er at det ser ut til at samhandlingsreformen bidrar til enda hardere prioriteringer. Flere studier i forskjellige felt viser i denne sammenheng om positive opplevelser for grasrotarbeiderne når de opplever at de kan utøve skjønn og gjøre vurderinger i sitt arbeid (Lipsky, 2010; Tummers & Bekkers, 2014). Haukelien et al. (2009) trekker frem at kompetanse og utdanning hos de ansatte har noe å si for hva som prioriteres og hvordan man skjønnsmessig løser prioriteringsflokene. Høyere kompetanse vil være avgjørende for kvaliteten på tjenesten og hvilke ansvarsområder som prioriteres. Samtidig er det avgjørende at tiden og antall beboere man har ansvar for i løpet av en vakt vil ha betydning for hva sykepleieren rekker å gjøre. Flere beboere fører til mindre tid per beboer (Lipsky, 2010), og det vil trolig få samme effekt når man både skal sende hjem og ta imot pasienter kontinuerlig, slik at det til enhver tid er et høyt belegg ved korttidsavdelingen.

Mine funn tyder også på at når sykepleierne opplever at de ikke kan gi god omsorg til pasienten, kan dette svekke jobbtilfredsheten hos sykepleierne. Dette har man sett ved endringer av helsevesenet både i Norge og i utlandet, hvor sykepleierne rapporterer at opplevd mangel på muligheter til å gjøre en god jobb fører til at opplever misnøye og vanskeligheter med implementering av nye rutiner (Corey-Lisle, Tarzian, Cohen & Trinkoff, 1999; Fläckman, Hansebo & Kihlgren, 2009; Parry-Jones et al., 1998; Sandvoll, Kristoffersen & Hauge, 2012). Dette kan føre til frustrasjon når sykepleiernes kompetanse og profesjonsnorm innebærer at de utøver sitt yrke på bakgrunn av omsorg og et ideal av at man skal være der for pasientene (Breivik &

Obstfelder, 2012). Det kan føre til en verdikonflikt som blir spesielt fremtredende når de opplever en stor grad av endring i sitt arbeid i forhold til hva de har vært vant til.

Denne verdikonflikten har fått konsekvenser for sykepleierne som ofte føler utbrenthet og maktesløshet, slik noen utenlandske studier viser (Keddy, Gregor, Foster & Denney, 1999; Peter, Macfarlane & O'Brien-Pallas, 2004; Venturato, Kellett & Windsor, 2006). Det er en utfordring å tilpasse seg disse endringene i sin arbeidshverdag. Lipsky (2010) mener at frontlinjeansatte tilpasser seg slike situasjoner gjennom forskjellige væremåter. Man kan, som enkelte av sykepleierne i min studie forteller at de gjør, innfinne seg med at sånn har det blitt og resignere. Det handler altså om at endringer som de opplever ligger over hodet på dem. De kan ikke gjøre annet enn å ta innover seg at slik har det blitt. Samtidig har man sykepleieren som forteller at når presset har blitt så stort at søknadskontoret sender ut pasienter sykepleierne opplever at ikke kan sendes hjem, ja da nekter de.

Nettopp denne type ordrenekt virker til å være en del av enkelte sykepleieres reaksjon basert på deres skjønn og kompetanse, fordi man må være trygg på seg selv i rollen som sykepleier. Å sende hjem pasienter man opplever burde fått mer tid på avdelingen går på akkord med sykepleierens profesjonsnorm og yrkesetikk, og kan oppfattes negativt som en ovenfra og ned styring med lite reelle muligheter til å påvirke tjenestene. Dette er et velkjent problematikk i flere andre studier (Harding & Lerdal, 2005; Peter et al., 2004; Sandvoll et al., 2012; Wollscheid, Eriksen & Hallvik, 2013). Dette får konsekvenser for korttidsavdelingene som må tilpasse seg Samhandlingsreformens krav, og det viser at det finnes flere alternative måter å ta innover seg endringene som skjer ved en reform. Det var i denne sammenheng også interessant at det ikke var noen av informantene som fortalte at sykepleierne ved deres avdeling hadde sluttet etter samhandlingsreformen på grunn av manglende kompetanse. Det nærmeste en kommer en slik reaksjon er utsagn om at sykepleiere ved andre avdelinger ikke ønsket å jobbe ved korttidsavdelingen. Dette kan ha sammenheng med at det er vanskeligere å slutte i en ansettelse enn å la være å starte på en ny jobb man opplever er blitt mer krevende. Jeg vil derfor anta at

kompetansemangel kan ført til at enkelte slutter på langsikt. Denne utfordringen vil da være negativ for kvaliteten på arbeidet ved korttidsavdelingene.

Ulike logikker i forbindelse med ansvar og makt i samarbeidet med andre institusjoner og enheter

En hoveddimensjon i min studie dreier seg om at dynamikken i samhandlingen mellom bydelene og kommunen, men også mellom spesialisthelsetjenesten og kommunalhelsetjenesten har endret seg. Samhandlingsreformen ser ut til å ha skiftet ansvarsposisjoner når det gjelder økt effektivisering og makt i helsetjenestene. Dette bunner i spesialisthelsetjenestens raskere utskrivningspraksis, søknadskontorenes behov for å frigjøre ledige plasser og korttidsavdelingenes opplevelse av tidspress og kompetanseproblemer.

Sykepleiernes erfaringer vitner om forskjellige opplevelser i forbindelse med hvordan samarbeidet fungerer innad i de ulike bydelene. Som vi så i kapittel fire opplever personalet ved korttidsavdelingene at de har en god dialog og de har ukentlige møter med søknadskontoret, men også at det ved enkelte avdelinger er lite samhandling mellom partene. Kassah, Tingvoll & Fredriksen (2014) drøftet i sin studie problematikken rundt søknadskontorenes rolle hvor de avdekker lignende opplevelser hos sykepleieledere som i min studie. Noen av sykepleielederne opplevde at modellen fungerte, mens andre fortalte at de ikke fikk gehør for sine synspunkter og ønsker i samhandlingen med samarbeidende enheter. Det var flere som følte at det var vanskelig å få god kontakt med det de kaller tildelingsenheten, som mine informanter refererte til som søknadskontoret (Kassah, Tingvoll & Fredriksen, 2014). I intervjuene som er gjort i min studie, er det noen av sykepleierne som forteller at de må respektere søknadskontorene sine beslutninger fordi de sitter med beslutningsmyndigheten, selv om sykepleierne ikke alltid er enige i beslutningene.

Definisjonsmakten over hvor og når pasientene flyttes i kommunehelsetjenesten er da tillagt søknadskontoret som enhet (Bourdieu & Prieur, 1996). A.-K. Johannessen (2014) sin doktorgradsavhandling bekreftet at definisjonsmakt var noe man brukte

mye tid på, ved å krangle om hva som var «riktige» pasienter for avdelingen. Hennes studie gjaldt imidlertid intermediærposter som er avsluttet i Oslo slik jeg nevnte i innledningskapitlet, og som avgjorde selv hvilke pasienter de kunne ta imot (Sykehjemsetaten, 2013b, 2013c). Ved å gi søknadskontorene makten har man i dag fjernet deler av problematikken, slik at korttidsavdelingene i dag er mer prisgitt søknadskontorenes vurderinger. Det virker som at deres beslutningsmyndighet vanligvis er helhetlig, unntatt i de tilfeller hvor sykepleierne opplevde det som totalt uholdbart og nektet å etterkomme beslutninger. Men dette skapte daglige konflikter både med pasientenes pårørende og pasienter, da sykepleierne opplevde å måtte stå til ansvar for beslutningene de selv ikke har noen formell myndighet til å kunne gjøre noe med. Da har de kun et virkemiddel å ty til, og det er ulydighet ovenfor beslutningene som har blitt fattet.

Mine funn viser også at sykepleierne i enkelte situasjoner har nektet å gjennomføre overflytningene fordi dette bryter med det de opplever er faglig forsvarlig. Sykepleierne peker da på sin plikt til å beskytte pasientene, og nekter å adlyde pålegg om å flytte pasienten hjem. Dette fører igjen til gnisninger som kan være uheldige for avdelingen på kort sikt, og dette er et dilemma fordi sykepleierne opplever at de blir mistrodd av systemet når de står opp for pasientens rettigheter, slik de ser det. De opplever dette som ubehagelig, og det vitner om strategier Lipsky (2010) mener oppstår når frontlinjeansatte får ansvar for situasjoner hvor brudd på pasientsikkerheten gjør at de nekter å handle på bakgrunn av det. Denne handlemåten koster og får betydning for samarbeid med bydelen, men også for korttidsavdelingens bemanning og funksjon.

Ved en av korttidsavdelingene opplevde de at søknadskontoret i deres bydel nedgraderte flere av sengene ved deres avdeling til rullerende/rehabiliteringssenger, noe som gir dem lavere grunnbemanning. Dette ble angivelig gjort fordi sykepleierne på denne korttidsavdelingen var så vanskelige å samarbeide med. Dette kan forstås som en reprimande fordi søknadskontoret ser ut til å sitte med definisjonsmakten på hva som er riktig eller gal fremgangsmåte, fordi de kan diktere avdelingen sin funksjon og slik også deres bemanning. Det kan selvfølgelig ha skjedd andre ting som

har ført til denne beslutningen om å justere bemanning og pasientgrunnlaget for plassene i bydelene. Samtidig er det tydelig at sykepleierne selv oppfattet det som at søknadskontoret tok beslutning på bakgrunn av at det var oppstått et vanskelig samarbeidsforhold mellom dem. Hvis dette er riktig kan dette få konsekvenser når man straffer sykepleiere og avdelinger som handler som pasientens advokat, i situasjoner når de opplever det som helt nødvendig. Et mulig scenario er at det på sikt vil sykepleiere og ledere ved korttidsavdelingene kvie seg med å foreta faglige vurderinger som går imot søknadskontorenes egne vurderinger.

Den frie kommunale rollen gjør at kommuner kan styre hvordan de selv skal utføre tjenestene og oppnå ønskede mål. Dette betinger at de har et system som fungerer og at de klarer å tilpasse seg ønskede mål, samt at de kunne gjennomføre kreative selvstendige løsninger som fungerer. Funnene i min studie tyder på at det hersker forskjellige opplevelser av samarbeid. Dette får utslag i mer eller mindre problematiske utfall for sykepleierne som i større grad enn før er avhengig av enhetene de må samarbeide med. Det foreligger en beslutningsprosess før man kommer fram til at flytting av pasienter blir iverksatt, og slik vil det dukke opp positive effekter samt utilsiktede feil og mangler. Ved å iverksette individuelle tiltak for å legge til rette for funksjonelle endringer, får det forskjellige uttrykk og en individuell grad av vellykkethet som varierer når man støtter seg til mine funn. Melby & Tjora (2013) ser på dette som en total og helhetlig styring hvor ansvaret tildeles primærhelsetjenesten, og dette legger ikke nødvendigvis til rette for samhandling og relasjonsbygging mellom institusjoner i helsetjenesten. I denne sammenheng ser de på finansieringsordningen som ett strukturelt forhold som kompliserer samarbeid innad i helsevesenet (Melby & Tjora, 2013).

Min studie viser at sykepleierne oppfatter seg selv som ansvarlige med en viss autonomi i arbeidet de utfører, de jobber med andre ord ikke kun på ordre fra andre. Sykepleiere opererer med bakgrunn i en yrkesetikk som er tuftet på omsorg og normer basert på medmenneskelighet og en «plikt» til å handle på vegne av pasienten (Martinsen, 1989; Rykkje, 2014). Det virker derfor som om de i pasientsituasjonene trer inn i en rolle som en talsperson eller advokat på vegne av pasienten.

Sykepleiernes yrkesetiske retningslinje punkt 2 viser til at sykepleieren har en plikt til å ivareta pasienten på best mulig måte. Sykepleieren skal sikre pasientens rett til helhetlig sykepleie (Sykepleierforbund, 2011). Dette kan tolkes som en oppfordring til ansvarsfølelse hos sykepleieren hvor man skal stå opp for å handle på vegne av pasienten. På denne måten vil sykepleieren fremme og ivareta pasientens krav og behov for hjelp.

Sykepleie har som disiplin beveget seg fra en opplevelse av et kall til det man i dag anser som en selvstendig profesjon (Briseid, 2009). Selv om profesjonstenkningen sees som en del av en naturvitenskapelig tradisjon som har tatt mer og mer over, så er omsorgen fortsatt et sentralt begrep for sykepleieren, uansett hvilken tradisjon som blir fulgt (Briseid, 2009). På grunn av omsorgsperspektivet er relasjonen til pasientene et viktig aspekt som sykepleieren opplever gjennom sitt daglige arbeid med pasientene. Henriksen & Vetlesen (2000) forsøker å kaste lys over hvorfor omsorgen er elementær, men dog har en så viktig og bærende funksjon i sykepleien:

Omsorg er svaret, responsen på andres sårbarhet. Som svar på noe grunnleggende og –gitt- ved vår eksistens er omsorg en nødvendighet. Vi vet hva dette i verste fall innebærer: Om omsorgen uteblir så dør den trengende. Omsorg er understøttelse av livet. Dette er omsorgen på sitt mest basale: å verne liv (Henriksen & Vetlesen, 2000, s. 29)

Dette kan forstås som at det uten omsorgen er det ingen sykepleie. Omsorgen er altså styrende for hvordan en sykepleier handler (Henriksen & Vetlesen, 2000). Dette samsvarer med mine funn hvor informantene ser ut å handle ut i fra pasientens beste. I vanskelige situasjoner hvor de blir stilt mellom fattede vedtak og pasientens krav til omsorg, forteller informantene i min studie at de heller handler på vegne av pasienten. Dette er krevende for sykepleierne, men de er tydelige på at pasienten skal komme først. En konsekvens kan være at kommunene vil prioritere økonomi foran pasientene. En ekspertgruppe nedsatt av HOD i 2010 var skeptiske til at de økonomiske insentivene skulle styre tjenestene noe de mente var en risiko for de syke eldre som kunne få svekkede tjenester (HOD, 2010).

Det er derfor tydelig i min studie at sykepleierne er fanget mellom ulike logikker. På den ene siden har man den profesjonsfaglige omsorgsorienteringen med pasienten i fokus og på den andre siden den økonomiske rasjonalitet representert ved søknadskontorene og spesialisthelsetjenesten. Det er viktig å påpeke at det er institusjonene og samhandlingslogikken mellom dem jeg fremhever her, og ikke enkeltprofesjonen eller individene som jobber på disse institusjonene. Søknadskontorenes rolle som beslutningstaker mellom korttidsavdelingene og sykehuset i Oslos bydeler trådt opprinnelig fram gjennom bestiller-utførermodellen (Kassah et al., 2014). Deres rolle er separat fra pleie og holder seg på et regulatorisk nivå hvor de bestemmer hvor og når pasienter skal flyttes (Kassah et al., 2014). Dette virker i henhold til informantene til å skje både mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og innad i kommunehelsetjenesten.

Søknadskontorene innvilger korttidsplasser, langtidsplasser og hjemmesykepleie i bydelen. Det er et vanlig grep i offentlig sektor å skille mellom makt og ansvar for å gjennomføre grep som effektivisering. Effektivisering gjøres for å optimalisere hva man får ut av det man har tilgjengelig (Lipsky, 2010; Riccucci, 2005). Økonomiske insentiver virker derfor til å vært styrende for samhandlingsreformens konsekvenser for samarbeidsform mellom enheter. Insentivet er et grep for å øke effektiviteten i offentlige tjenester, og Melby & Tjora (2013) forteller at dette kan være et hinder for samhandling i helsevesenet. Mine funn viser uheldige virkninger av denne styringen fordi det ser ut som disse økonomiske insentivene var uheldige ved at de fikk negative konsekvenser for pasientene i form av økt belastning ved flere overflytninger. De oppfattet det som at søknadskontorets fokus på økonomi overstyrte det de mente var forsvarlig praksis. Informantene var av den oppfatning at søknadskontorene tok beslutninger på bakgrunn av økonomi som rammet pasientene på en negativ måte, i form av at de ikke fikk ivaretatt sine behov gjennom opphold på korttidsavdelingen eller ved et behov for fast sykehjemsplass. De opplevde at søknadskontoret nærmest tok beslutninger ut i fra at pasienten måtte hjem for å få kabalen til å gå opp, selv om sykepleierne opplevde det som uforsvarlig.

Formålet med de økonomiske insentivene var i utgangspunktet ment å gi kommunene kreative muligheter for å skape løsninger for mottakelse av pasienter, og for å finne ledige plasser som et ledd i en kreativ prosess (St. meld. nr. 47 2008-2009). Man hadde lignende løsninger tidligere da det var store problemer med kapasitet i kommunal omsorgssektor. Dette løste man ved økonomisk fokusering og ved å kreve ulike kreative kommunale løsninger for hvordan problemet skulle løses (Vike et al., 2002). Nå virker det som om disse kravene om kreativitet har fått andre konsekvenser, noe som gjenspeiles i informantenes at erfaringer med vanskeligheter i samarbeid både med søknadskontorene og sykehus. Som nevnt tidligere virker det imidlertid at utnyttelsen av sykepleiernes rolle ved korttidsavdelingen fører til effektivisering som kan være på grensen til faglig forsvarlig. Det får konsekvenser for arbeidet gjennom utsondring av beslutningsansvaret til søknadskontoret i en rolle som tilrettelegger med beslutningsmyndighet, og slik tar man fra sykepleierne evnen til å handle ut i fra sine profesjonsnormer og faglig forsvarlighet.

Utfordringen ved utskillelsen av beslutningsansvar er en byråkratisk endring (Ricucci, 2005). Dette er vanlig når man skal endre tjenester og skille mellom forvalter med beslutningsmyndighet og utfører av sykepleietjenester som nevnt over (Kassah et al., 2014; Ricucci, 2005). Derfor er ikke utfordringen byråkratiet i seg selv, men sykepleierne som blir rammet av endringene i tjenesten. Mine funn tilsier at deres svekkede autonomi fører til en motarbeidelse av beslutninger basert på samhandlingsreformen normative endringer. Dette skjer ikke slik mine funn tilsier at sykepleierne gjør det for å motarbeide administrasjonen, men noe som gjøres uten baktanker gjennom sin profesjonsnorm, slik man så tilfeller av når sykepleierne nekter å sende pasientene hjem fra korttidsavdelingen.

Det kan derfor stilles spørsmål til om utskillelsen av beslutningsansvar er fornuftig eller om det krever en svekkelse av sykepleiernes profesjonsnormer for å være hensiktsmessig for tjenestene. Det kan likevel det se ut som man får en lavere kvalitet på tjenestene som sykepleierne i utgangspunktet ikke vil vedkjenne seg, da de føler et faglig-etisk ansvar overfor medmennesker. At en mulig konsekvens av samhandlingsreformen er en svekkelse av profesjonsnormer eller profesjonsstillinger

for sykepleiere, slik det kan se ut som i lys av min studie, er også tidligere omtalt (Clancy & Kjølrsrud, 2011; Kjølrsrud & Clancy, 2013; Opsahl, Solvoll & Granum, 2012).

Liggetiden for de eldste pasientene på sykehus har hatt en nedgang mellom 2010 og 2013, og man ser på samhandlingsreformen som et viktig virkemiddel for at dette har skjedd (Hermansen & Grødem, 2015), noe som støttes av informantenes erfaringer i min studie. Det kan sees som en effekt av grepene man har tatt for å endre kommunens rolle, samt at de økonomiske insentivene som ble gitt kommunene har lyktes. Men det er vanskelig å si om dette i seg selv er heldig, fordi det kan få uforutsette konsekvenser for pasientsikkerheten ved korttidsavdelingene. Lipsky (2010) peker på at man kan avlaste egen enhet ved å sende vanskelige problemer til andre institusjoner, for på denne måten å avlaste sin arbeidsbyrde uavhengig av om det er til hjelp for pasienten. Pasienten kan for eksempel bli utsatt for flere overflytninger som kan oppleves som en belastning. Det var ingen i min studie som bekreftet at de hadde gjort dette overfor sine pasienter, men de kunne se dette som en aktuell mulighet *andre* kunne benytte seg av om det skulle være «kaos» på egen avdeling.

Tidligere overflytning fra sykehus til kommunehelsetjenesten kan være en konsekvens av flere endringer. Man vet at sengebelegget på norske sykehus generelt er høyt og at man ligger godt over 90 %, noe som er over maksgrensen OECD har satt på 85 % belegg for å sikre pasientenes sikkerhet. Dette kommer frem av OECD sine Health at Glance-rapporter som viser at Norge ligger jevnt over 90 % (OECD, 2011, 2013). Som et grep for å avlaste sykehusene kan helsedirektoratet fortelle at det har vært en økning i antall utskrivningsklare pasienter etter samhandlingsreformen. Man har sett en økning i antall pasienter som blir tatt imot i løpet av det første døgnet etter at de har blitt utskrivningsklare (Huseby, 2015). Dette får betydning nedover i systemet, og kan i denne sammenheng få direkte konsekvenser for kvaliteten på tilbudet ved korttidsavdelingene. Ved å gjøre dette hovedgrepet samtidig som man vet at sykehusene er presset, kan det være uheldig for pasientene. I lys av gradvis halvering av antall sykehussenger siden 80-tallet må de syke få andre behandlingstilbud hvor de kan få hjelp på utsiden av sykehuset (Huseby, Gjøn &

Helsedirektoratet, 2013). Selv om liggetiden i snitt har gått ned har også sengebelegget økt fra 78 % til over 90 %. Dette kan være en viktig faktor i dynamikken mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Man ser at de eldre har kortere liggetid enn de hadde ved sykehusene tidligere (Hermansen & Grødem, 2013, 2015), og det vil da være naturlig å se korttidsavdelingene som en form for avlasterenhet for sykehusene når de kan sende pasienter videre tidligere i forløpet. Hermansen & Grødem (2013) mener det er rimelig å forvente at under samhandlingsreformen har korttidsavdelingene fått nettopp denne rollen. Dette samsvarer med hva sykepleierne forteller om i min studie ved økt pågang av pasienter. Denne «avlastningsfunksjonen» kan fungere som et godt mellomledd for pasienter som blir utskrevet fra sykehus og skal returnere hjem etter et kortere opphold ved korttidsavdelingene. Samtidig fordrer dette at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten og søknadskontorene fungerer godt, noe som tilsier at det må en del tiltak på plass før samforståelsen av hverandres funksjoner og kompetanse er på plass.

Oppsummering av diskusjonen

Nortvedt (2015) er skeptisk til å legge ansvaret over på kommunehelsetjenesten fordi han er redd det kan svekke helsehjelpen til de svakeste gruppene, inkludert de eldre. Dette er pasientgrupper sykepleierne i min studie arbeider med. Nortvedt (2015) er redd dette kan bli et skille mellom hjelp i spesialisthelsetjenesten og en type annenrangsbehandling gjennom kommunehelsetjenesten for eldre og andre svake grupper. Dette har fått større fokus etter at årsrapporten til Universitetet i Oslo Norsk senter for menneskerettigheter (2014) slo fast at eldre på sykehjem blir utsatt for brudd på menneskerettighetene, noe som er interessant for man har sittet på samme empiri i lengre tid. Rapporten ble laget på bakgrunn av Helsetilsynet (2011) sin samlrapport og Malmedal (2013) sin doktorgradsavhandling om hvordan eldre blir utsatt for inadekvat pleie og overgrep på sykehjem. Med dette i mente kunne man tenke seg at når korttidsavdelingene skal ta imot pasientene tidligere i sykdomsforløpene, og med en økende hektisk hverdag, vil de få økt sin

grunnbemanning og faglærte arbeidere for å sikre de sykere pasientene en god kvalitetssikret behandling.

Samtidig forteller sykepleierne i min studie at de ikke har fått økt sin bemanning av sykepleiere etter reformen, samt at de ikke har fått nødvendig medisinsk-teknisk utstyr som de hadde hatt tilgjengelig når de arbeidet på sykehuset. Det har blitt gjort grep fra SYE sin side i etterkant, men man kan stille spørsmål ved om ikke dette skulle vært gjort før samhandlingsreformen trådte i kraft. Det er likevel usikkert om man forsto hvor hurtig endringene ville komme og hvordan man skulle stå klar til å møte de nye utfordringene, da funnene antyder at sykepleierne var forespeilet endringene som en del av en lengre prosess. Men når man er klar over hvor stort press det har vært på sykehuset med sin begrensede kapasitet, kan det virke lett å trekke konklusjoner som at dette ville få store og øyeblikkelige konsekvenser for korttidsavdelingen. De er en naturlig avlastningsavdeling for sykehusene, og dagbøtene er noe kommunene ønsker å unngå. Sykepleiernes rolle ved avdelingene blir derfor i stor grad påvirket av denne avlaster-funksjonen som avdelingen har.

6 KONKLUSJON

Hensikten med studien var å vise hvordan samhandlingsreformen har påvirket sykepleiernes rolle ved korttidsavdelinger. Mine funn tyder på at sykepleierne har fått endret sitt arbeid gjennom økt tidspress som fører til en tøffere prioritering av oppgavene. Sykepleierne opplever derfor problemer med å strekke til når pasientene kommer tidligere ut fra sykehuset. Dette får konsekvenser for pasientene når sykepleierne ikke har tid til dem og måtte i flere tilfeller overlate deler av ansvaret til ufaglærte. Oversvømmelse av utfordringer knyttet til sykepleiernes rolle kan komplisere muligheten for å ta i sykepleiere, både i grunnbemanning og ved behov for ekstravakter.

Av mine funn går det fram et det er knyttet et sterkt behov for opprustning av kompetanse og grunnbemanning for å drive korttidsavdelingene på et faglig tilfredsstillende plan. Det har blitt endringer for sykepleierne på flere områder. Uten økt satsning på kvalitetshevende tiltak i sektoren kan samhandlingsreformen bli til en reform uten samhandling. Jeg har ikke noen klare funn på at det har blitt startet gode helhetlige prosesser for å tilpasse seg det som fremstår som et stort behov for

strukturelle tiltak ved korttidsavdelingene, utenom den individuelle innsatsen fra enkelte avdelinger og engasjerte medarbeidere.

Korttidsavdelingen kan være et viktig og bindende ledd mellom sykehus og kommune. Deres rolle er viktig for god samhandling og er et viktig ledd for god ivaretagelse av pasientene, da eldre pasienter som fortsatt behøver behandling etter sykehusopphold ender her. Sykepleierne ved korttidsavdelingen sitter med mye ansvar overfor pasientene, men ofte med begrenset autonomi til å påvirke beslutninger som rammer dem. Deres rolle har blitt påvirket ved flere rutiner som påvirker tiden de har til rådighet uten at de får muligheter til å utøve skjønn. Denne mangelen på muligheter til å påvirke tjenestene som profesjonelle, kan i neste omgang få konsekvenser for kvaliteten på arbeidet sykepleierne utfører.

Forslag til videre forskning

Det er rom for flere kvalitative studier for å se hvordan samhandlingsreformen påvirker helsevesenet, da kunnskapen om reformens påvirkning på frontlinjeansattes tilpasning er etter mitt syn langt fra uttømt. Man behøver innsikt i hvordan hovedgrepene påvirker praksis, både for å se hvilken vei utviklingen går, men også for å se om man må justere virkemidlene for å nå målet om effektive og gode helsetjenester til hele befolkningen.

Litteraturliste

- Aristoteles & Stigen, A. (1973). *Etikken*. Oslo: Gyldendal.
- Bakke, H. (2012, 09. mars 2012). Juks med helsetall, Innlegg. *Klassekampen*, s. 1. Hentet fra http://folk.uio.no/tbwyller/Hallvard_Bakke_Klassekampen_090312.pdf
- Bourdieu, P. & Prieur, A. (1996). *Symbolsk makt : artikler i utvalg*. Oslo: Pax.
- Breivik, E. & Obstfelder, A. (2012). Yrkesmotivasjon og arbeidsglede i helsereformenes tid. *Nordisk sygeplejeforskning*, 2(02), 110-119.
- Briseid, H. (2009). Det beste for pasienten?
- Brurås-Leine, C. (2015). En pakke til besvær? *Dagens medisin*. Hentet fra <http://www.dagensmedisin.no/debatt/en-pakke-til-besvar/>
- Byråden for eldre (2014). Spørsmål fra Ivar Johansen (SV) - Åpenhet om sykehjemsbemanning - oppfølgningsspørsmål. I A. Kvalbein (Red.), (s. notat nr. 227/2014): Oslo kommune.
- Clancy, A. & Kjølrsrud, E. S. (2011). Det er umulig å være profesjonsnøytral. *Sykepleien*, 99(05), 48-49. doi:10.4220/sykepleiens.2011.0081
- Corey-Lisle, P., Tarzian, A., Cohen, M. & Trinkoff, A. (1999). Healthcare reform - Its effects on nurses. *J. Nurs. Adm.*, 29(3), 30-37.
- Dalen, M. (2004). *Intervju som forskningsmetode : en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforl.
- Debesay, J. (2012). *Omsorgens grenser: en studie av hjemmesykepleieres rammebetingelser i pleie av og omsorg for etniske minoritetspasienter* (Bind 2012 nr. 3). Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Filstad, C. (2010). *Organisasjonslæring: fra kunnskap til kompetanse*. Bergen: Fagbokforl.
- Fläckman, B., Hansebo, G. & Kihlgren, A. (2009). Struggling to adapt: caring for older persons while under threat of organizational change and termination notice. *Nursing Inquiry*, 16(1), 82-91. doi:10.1111/j.1440-1800.2009.00434.x
- Gautun, H. & Syse, A. (2013). *Samhandlingsreformen - Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehus?* Nova.no: Nova - Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring Hentet fra http://www.nova.no/asset/6986/1/6986_1.pdf
- Grimen, H. & Molander, A. (2008). Profesjon og skjønn. I. Oslo: Universitetsforl., cop. 2008.
- Hagen, R. & Johnsen, E. (2013). Styring gjennom samhandling: Samhandlingsreformen som kasus IL. Melby, & A. H. Tjora (Red.), *Samhandling for helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Harding, T. & Lerdal, A. (2005). Konsekvenser av helsereformen - en advarsel fra New Zealand. *Sykepleien*, 93(01), 48-49. doi:10.4220/sykepleiens.2005.0005
- Haukelien, H., Vike, H. & Bakken, R. (2009). *Kompetanse og faglig infrastruktur i helse- og omsorgstjenestene. Evaluering av prosjektet Etter- og videreutdanning i kommunehelsetjenesten (EVUK)*. Telemarkforskning: Sosial- og Helsedirektoratet. Hentet fra <http://www.tmforsk.no/publikasjoner/filer/1643.pdf>
- Helsepersonelloven. (1999). Helsepersonelloven : lov om helsepersonell m.v., vedtatt 2. juli 1999 nr 64 : lov om pasientrettigheter, vedtatt 2. juli 1999 nr 63. I T. Falck-Pedersen (Red.), *Helse-personell-loven*.
- Helsetilsynet. (2011). *Krevende oppgaver med svak styring: samlerapport fra tilsyn i 2010 med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre* (Bind 5/2011). Oslo: Statens helsetilsyn.

- Helsetjenesteaksjonen. (2013). *Helsetjenesteaksjonen*. Hentet 20. mai fra <http://helsetjenesteaksjonen.no/>
- Henriksen, J.-O. & Vetlesen, A. J. (2000). Nærhet og distanse: grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker. I (2. utg. utg.).
- Hermansen, Å. & Grødem, A. (2013). Organisert for samhandling? *Sykepleien Forskning*, 8(4), 354-361. doi:10.4220/sykepleienf.2013.0141
- Hermansen, Å. & Grødem, A. (2015). Reduser liggetid blant de elste. *Sykepleien Forskning*, 10(1), 24-32. doi:10.4220/Sykepleienf.2015.53351
- HOD. (2010). *Helsetjenester til syke eldre* Hentet fra http://www.nsdm.no/filarkiv/File/Eksterne_rapporter/110124Rapport_HelsetjenesterSykeEldre24jan.pdf
- HOD. (2013). *Samhandlingsreformen på rett vei*. Regjeringen.no.
- Huseby, B. M. (2015). *Samhandlingsstatistikk 2013-15*. helsedirektoratet.no. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/798/Samhandlingsstatistikk-2013-2014-IS-2245.pdf>
- Huseby, B. M., Gjøen, I. J. & Helsedirektoratet. (2013). SAMDATA : spesialisthelsetjenesten 2012. I.
- Jensen, B. (2012). Helseutgifter i Norge Ressursforbruket sammenlignet med andre land. Hentet fra <http://brage.bibsys.no/hhe/retrieve/2415/Jensen.pdf>
- Jensen, B. (2013). Helsereformene i et NPM-perspektiv. I N. Veggeland (Red.), *Reformer i norsk helsevesen: veier videre* (s. 272 s. : ill.). Trondheim: Akademika forl.
- Johannessen, A.-K. (2014). *The role of an intermediate unit in a clinical pathway*, Faculty of Medicine, University of Oslo). Oslo.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Kristoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt.
- Kassah, B. L., Tingvoll, W.-A. & Fredriksen, S.-T. D. (2014). Samhandling - sykepleieledere og bestiller-utførerenhet. *Geriatrisk sykepleie* 6(3), 26-33.
- Keddy, B., Gregor, F., Foster, S. & Denney, D. (1999). Theorizing about nurses' work lives: the personal and professional aftermath of living with healthcare 'reform'. *Nursing Inquiry*, 6(1), 58-64.
- Kjølrsrud, E. S. & Clancy, A. (2013). Påvirker reformer sykepleieres fokus på profesjonsetikk? - En case-studie. *Nordisk sygeplejeforskning*, 3(01), 33-45.
- Kommunal- og Regionaldepartementet. (2011). Kommuneproposisjonen 2012. I.
- Kommuneforbund, N. & Sosialforbund, N. H.-o. (2002). *Rettigheter for eldre mennesker*.
- Krossli, J. I. (2011). Angrep samhandlingsreformen *Kommunal Rapport*. Hentet fra http://kommunal-rapport.no/artikkel/angrep_samhandlingsreformen
- Kvale, S. (2006). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation.
- Malmedal. (2013). *Inadequate Care, Abuse and Neglect in Norwegian Nursing Homes*. NTNU: NTNU.
- Malmedal, W. K. (2013). *Inadequate Care, Abuse and Neglect in Norwegian Nursing Homes*. Paper presentert på: Fagmøte. Oslo
- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin : historisk-filosofiske essays*. Oslo: TANO.
- Melby, L. & Tjora, A. H. (2013). Samhandlingens mange ansikter II. Melby, & A. H. Tjora (Red.), *Samhandling for helse* (s. 13-30). Oslo: Gyldendal akademisk.

- NorgesBarometeret. (2011). *Undersøkelse blant Norges ordførere og rådmenn på oppdrag for Norges Sykepleierforbund*. Norges Sykepleierforbund. Hentet fra <https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/823816/Norgesbarometeret%20nr.7%202011.pdf>
- Nortvedt, P. (2015). De tause nedprioriteringene. *Sykepleien*,(2), 60-61. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2015/02/de-tause-nedprioriteringene>
- NOU. (2005). Fra stykkevis til helt : en sammenhengende helsetjeneste : innstilling fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon av 17. oktober 2003 : avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 1. februar 2005. I N. F. Wisløff (Red.), (Bind NOU 2005: 3).
- OECD. (2011). Health at a Glance 2011 (Publication no. 10.1787/health_glance-2011-en). Hentet 20. februar 2013
- OECD. (2013). *Health at a Glance 2013*: OECD Publishing.
- Opsahl, G., Solvoll, B.-A. & Granum, V. (2012). Forførende samhandlingsreform. *Sykepleien*, 100(03), 60-63. doi:10.4220/sykepleiens.2012.0021
- Orvik, A. (2004). *Organisatorisk kompetanse: i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Oslo kommune (2013). *Prosjektrapport - Kommunalt akutt døgnopphold*. [http://www.helseetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/Helseetaten%20\(HEL\)/Internett%20\(HEL\)/Dokumenter/Sluttrapport%20KAD%20fase%203.pdf](http://www.helseetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/Helseetaten%20(HEL)/Internett%20(HEL)/Dokumenter/Sluttrapport%20KAD%20fase%203.pdf): Oslo kommune Hentet fra [http://www.helseetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/Helseetaten%20\(HEL\)/Internett%20\(HEL\)/Dokumenter/Sluttrapport%20KAD%20fase%203.pdf](http://www.helseetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/Helseetaten%20(HEL)/Internett%20(HEL)/Dokumenter/Sluttrapport%20KAD%20fase%203.pdf)
- Oslo kommune (2014). *Sak 246 Privat forslag fra Ivar Johansen (SV) av 08.04.2014 - Informasjon en forutsetning for valgfrihet*. 24.09.2014. Oslo kommune: Bystyret.
- Ot.prp. nr. 66 (2000 - 2001). *Om lov om helseforetak m.m.: (helseforetaksloven)* (Bind nr 66(2000-2001)). Oslo.
- Parry-Jones, B., Grant, G., McGrath, M., Caldock, K., Ramcharan, P. & Robinson, C. A. (1998). Stress and job satisfaction among social workers, community nurses and community psychiatric nurses: implications for the care management model. *Health & social care in the community*, 6(4), 271-285.
- Pasientrettighetsloven. (2012). *Pasientrettighetsloven*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Pedersen, K. R. & Tingvoll, W.-A. (2014). Kompetanseutfordringer i sykehjem - en studie basert på sykepleieres erfaring fra hverdagssituasjoner. I B. L. Kassah, W.-A. Tingvoll, & A. K. Kassah (Red.), *Samhandlingsreformen under lupen: kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene* (s. 87-104). Bergen: Fagbokforl.
- Peter, E. H., Macfarlane, A. V. & O'Brien-Pallas, L. L. (2004). Analysis of the moral habitability of the nursing work environment. *Journal of Advanced Nursing*, 47(4), 356-364.
- Regjeringen. (2006). *Rapport - Samhandling mellom kommunale helse- og omsorgstjenester/fastlegeordningen og spesialisthelsetjenesten - organisatoriske tiltak*: Regjeringen. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/samhandling_mellom_kommune_helsetjenesten_og_spesialisthelsetjenesten.pdf
- Riccucci, N. (2005). *How management matters: Street-level bureaucrats and welfare reform*: Georgetown University Press.
- Roksvaag, K. & Texmon, I. (2012). *Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035: dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2012*. (14). ssb.no:

- ssb. Hentet fra http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_201214/rapp_201214.pdf
- Rykkje, L. (2014). Betydningen av kjærlighet og makt i omsorgsrelasjoner belyst ved teologen og filosofen Paul Tillich. I. Bergen: Fagbokforl., cop. 2014.
- Saastad, A. (2013). *Feil medisn: historien om Norges største sykehuskandale*. Oslo: Kagge.
- Sandvoll, A. M., Kristoffersen, K. & Hauge, S. (2012). New quality regulations versus established nursing home practice: a qualitative study.(Research article)(Report). *BMC Nursing*, 11, 7.
- Schmid, H. (2010). Organizational change in human service organizations. I Y. Hasenfeld (Red.), *Human services as complex organizations* (2nd edition. utg., s. 455-480). Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.
- Smith, A. (2005). *An inquiry into the nature and causes of the wealth of nations* (J. Manis, Red.). Hentet fra <http://www2.hn.psu.edu/faculty/jmanis/adam-smith/wealth-nations.pdf>
- SSB. (2012). Ikke talljuks fra SSB. *Klassekampen*. Hentet fra http://www.ssb.no/a/magasinet/analyse/ikke_talljuks_fra_ssb.pdf
- St. meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid*. (nr. 47 (2008-2009)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Stoltenberg, J. (2000). *Årsmøtet i Østfold Arbeiderparti*. www.regjeringen.no: Regjeringen. Hentet fra http://www.regjeringen.no/en/dokumentarkiv/Regjeringen-Stoltenberg-I/smk/Taler-og-artikler-arkivert-individuelt/2000/arsmotet_i_ostfold_arbeiderparti.html?id=263787#quicksearchinp_ut
- Sykehjemsetaten. (2013a). *Innhold, kvalitet og inntakskriterier for tilbud om opphold i oslosykehjemmene*.
- Sykehjemsetaten. (2013b). Oslo kommune styrker korttidstilbudet i sykehjemmene. I Sykehjemsetaten (Red.).
- Sykehjemsetaten. (2013c). *Spydspiss Abildsø* Hentet 04.des fra <http://www.utviklingssenter.no/spydspiss-abildsoe.5330546-179691.html>
- Sykepleierforbund, N. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Thidemann, I.-J. (2005). Den sårbare læringsarenaen - om praksisfellesskapets implikasjoner for sykepleieres læring og kompetanseutvikling. *Vard i Norden*, 25(1), 10-15.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis: innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tjora, A. H. (2010). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tjora, A. H. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tummers, L. & Bekkers, V. (2014). Policy implementation, street-level bureaucracy, and the importance of discretion. *Public Management Review*, 16(4), 527-547.
- Universitetet i Oslo Norsk senter for menneskerettigheter. (2014). *Årbok om menneskerettigheter i Norge. Årbok om menneskerettigheter i Norge* Hentet fra <http://www.jus.uio.no/smr/om/nasjonal-institusjon/publikasjoner/aarbok/arbok-13-web.pdf>
- Veggeland, N. (2012). *Styring og reguleringsparadokser: EU/EØS, offentlige innkjøp, petroleumsformuen, helsevesenet, demokratiet*. Trondheim: Tapir akademisk.

- Venturato, L., Kellett, U. & Windsor, C. (2006). Searching for value: the influence of policy and reform on nurses' sense of value in long-term aged care in Australia. *International Journal of Nursing Practice*, 12(6), 326-333. Hentet fra <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2009346371&site=ehost-live>
- Venturato, L., Kellett, U. & Windsor, C. (2007). Nurses' experiences of practice and political reform in long-term aged care in Australia: implications for the retention of nursing personnel. *J Nurs Manag*, 15(1), 4-11. doi:10.1111/j.1365-2934.2006.00610.x
- Vike, H., Brinchmann, A., Brinchmann, A., Haukelien, H., Kroken, R. & Bakken, R. (2002). *Maktens samvittighet: om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Weber, M. (1978). *Economy and society : an outline of interpretive sociology : 1*. Berkeley, Calif: University of California Press.
- Wollscheid, S., Eriksen, J. & Hallvik, J. (2013). Undermining the rules in home care services for the elderly in Norway: flexibility and cooperation. *Scand J Caring Sci*, 27(2), 414-421. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01047.x
- Wyller, T. B. (2012). *Akutte sykehjem - fare for misbruk?* Hentet fra <http://www.dagensmedisin.no/blogg/torgeir-bruun-wyller/akutte-sykehjem--fare-for-misbruk/>
- Wyller, T. B. (2014). En kunnskapsbasert samhandlingsreform? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 134(18), 1. doi:10.4045/tidsskr.14.1046
- Ystad, V. (2013). *Knuser mytar om helsevesenet*. Hentet fra <http://old.dagotid.no/nyhet.cfm?nyhetid=2496>
- Østby, B. A. (2014). *Får ikke vite hvorfor det er hemmelig*. Hentet fra <http://sykepleien.no/2014/10/far-ikke-vite-hvorfor-det-er-hemmelig>



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Vedlegg 1 – NSD sin godkjenning av prosjekt

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES

Jonas Debesay

Institutt for sykepleie Høgskolen i Oslo og Akershus

Postboks 4 St. Olavs plass

0130 OSLO

Vår dato: 28.11.2013 Vår ref: 36201 / 2 / IB Deres dato: Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 06.11.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

36201	<i>Hvordan erfarer sykepleiere på sykehjem endringer i sin arbeidshverdag etter implementering av samhandlingsreformen? - En kvalitativ studie av sykepleiere sine opplevelser som følge av samhandlingsreformen</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Jonas Debesay</i>
<i>Student</i>	<i>Paul Andre Vetvik Killie</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.11.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Inga Brautaset

Kontaktperson: Inga Brautaset tlf: 55 58 26 35

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Paul Andre Vetvik Killie paul_killie@hotmail.com

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 36201

Formålet med masterprosjektet er å undersøke sykepleierens arbeidshverdag etter innføring av samhandlingsreformen. Data skal innhentes ved intervju med sykepleiere som arbeider på sykehjem.

Sykehjemsledelsen trekker utvalg og formidler skriftlig informasjon om prosjektet. De som ønsker å delta samtykker skriftlig til behandlingen av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet godt utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Det gjennomføres flere fokusgruppeintervju, samt individuelle intervju med noen nøkkelobjekter.

Intervjudata registreres i form av elektroniske lydopptak og transkripsjoner. Materialet knyttes til navn via kode som viser til en koblingsnøkkel, og kan inneholde indirekte personopplysninger i form av stemme på opptak kombinert med opplysninger om arbeidsplass, stilling, yrke og yrkeserfaring.

I prosjektet skal det ikke registreres verken sensitive opplysninger, eller opplysninger om identifiserbare tredjepersoner. Personvernombudet legger til grunn at spørsmål om sykefravær diskuteres generelt, og ikke går på enkeltinformanters/kollegaers sykefravær. Vi anbefaler at intervjuer presiserer dette overfor informantene, og minner generelt om at navn og identifiserende bakgrunnsopplysninger skal utelates ved omtale av kollegaer og pasienter.

Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Høgskolen i Oslo og Akershus sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data. Koblingsnøkkel lagres innelåst og adskilt fra øvrige data.

Prosjektet skal avsluttes 15.11.2014 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personopplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

Vedlegg 2 – NSD godkjent utsettelse

Prosjektnr: 36201 Hvordan erfarer sykepleiere på sykehjem endringer i sin arbeidshverdag etter implementering av samhandlingsreformen? kvalitativ studie av sykepleiere sine opplevelser som følge av samhandlingsreformen



anne-mette.somby@nsd.uib.no (anne-mette.somby@nsd.uib.no) Add to contacts ! 12/23/2014
To: paul_killie@hotmail.com
Cc: jonas.debesay@hioa.no

BEKREFTELSE PÅ ENDRING

Vi viser til statusmelding mottatt 18.12.2014.

Personvernombudet har nå registrert ny dato for prosjektslutt 01.08.2015.

Det legges til grunn at prosjektopplegget for øvrig er uendret.

Ved ny prosjektslutt vil vi rette en ny statushenvendelse.

Hvis det blir aktuelt med ytterligere forlengelse, gjør vi oppmerksom på at utvalget vanligvis må informeres ved forlengelse på mer enn ett år utover det de tidligere har blitt informert om.

Ta gjerne kontakt dersom du har spørsmål.

Vennlig hilsen,
Anne-Mette Somby - Tlf: 55 58 24 10
Epost: anne-mette.somby@nsd.uib.no

Personvernombudet for forskning,
Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
Tlf. direkte: (+47) 55 58 81 80

Vedlegg 3 – Informasjonsskriv med samtykkeerklæring

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Hvordan erfarer sykepleiere på sykehjem endringer i sin arbeidssituasjon etter implementering av samhandlingsreformen?”

Bakgrunn og formål

Samhandlingsreformen ble implementert i januar 2012 for å sikre god og høy kvalitet i helsevesenet. Formålet var å løse to av det som ble ansett som de største utfordringene i det norske helsevesenet, nemlig samhandling og koordinering mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Det skulle effektiviseres og kuttes i kostnader ved å overføre pasienter tidligere over til det kommunale tilbudet og kontinuerende behandling i regi av kommunen. Dette oppfattes til å få store konsekvenser for helsepersonalet i kommunesektoren.

Hensikten med dette prosjektet er å undersøke hvilke endringer personalet på sykehjem opplever i forbindelse med Samhandlingsreformen. Prosjektet er en mastergradsstudie som utføres ved Institutt for Sykepleie, Høgskolen i Oslo og Akershus.

Du forespørres om å delta i prosjektet og dele dine erfaringer som følge av at du er en av dem som har erfaring fra arbeid på sykehjem i Oslo, både før og etter at reformen trådte i kraft.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Innsamling av data vil gjøres på bakgrunn av fokusgruppeintervjuer bestående av en gruppe på 3-10, og enkeltintervju med nøkkelpersoner som innehar mye kunnskap om endringer i arbeidssituasjonen for sykepleiere på sykehjem.

Fokusgruppeintervjuene vil ha en varighet på 60-90 minutter, mens enkeltintervjuer vil vare i ca. 60 min.

Alle spørsmålene vil dreie seg om din arbeidshverdag og hvordan du opplever at reformen har bidratt til positive og negative situasjoner i ditt arbeid.

Alle fokusgrupper og enkeltintervjuer vil tas opp med lydopptaker og oppbevares fram til prosjektet er avsluttet. Da vil materialet slettes.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun student og veileder som vil ha tilgang til personopplysninger og koblingsnøkkel vil holdes innelåst separat fra transkribert materiale.

Ved publisering kan enkeltpersonen kjenne igjen enkelt siteringer, men deltakeren vil ikke kunne bli identifisert på noen annen måte.

Prosjektet er planlagt avsluttet i november 2014, og da vil alle opptak og personopplysninger slettes og alt materiale vil være anonymisert.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med:
Jonas Debesay (prosjektleder) telefonnummer: 67236078, jonas.debesay@hioa.no
Paul Andre V. Killie (student) telefonnummer: 93249676, paul_killie@hotmail.com

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Deltakeropplysninger

Alder:

Avdeling:

Stillingsprosent:

Antall år på sykehjem:

Relevant erfaring (hjemmesykepleie, sykehus, samt antall år):

.....

.....

Videreutdanning/kurs:

.....

.....

.....

Vedlegg 4 – Intervjuguide

Temaguide til intervju

A. Kvalitet og rutiner

Hvordan opplever du endringer av rutinene på avdelingen etter implementering av samhandlingsreformen?

Hvordan har samhandlingsreformen påvirket kvaliteten i pleien?

B. Kompetanse

Hvordan har samhandlingsreformen endret krav til kompetanse og hvilke konsekvenser har dette fått?

Hvordan opplever du samsvar mellom faktisk kompetanse, og samhandlingsreformen krav til kompetanse på sykehjem?

Har dere fått tilbud om kurs, intern undervisning og hospitering for å møte nye pasientgrupper? Hvis ja, hva har du fått ut av det?

C. Ansvar

Opplever du endringer i ansvarsområder etter økningen av pasienter som er «ferdigbehandlet» på sykehus etter samhandlingsreformen?

Har dere gjort dere noen tanker rundt deres ansvar med tanke på samhandlingsreformen og yrkesetiske retningslinjer?

D. Skjønn

Hvordan påvirker ditt skjønn avgjørelser i forhold til yrkesetiske retningslinjer og samhandlingsreformen?

Hvordan oppleves dine selvstendige avgjørelser som viktig for beboernes behandling?

I hvilke vanskelige situasjoner må dere gjøre selvstendige vurderinger av beboerens behov og hvor viktig er dette for hva som blir gjort?

E. Autonomi

Hvordan er mulighetene for selv å prioritere arbeidsoppgaver?

Hvilke typer oppgaver har du fått som må prioriteres selv om dere selv ville ønsket å endre rekkefølgen på hva som skal prioriteres?

Har det vært situasjoner hvor dere har fått beboere overført til sykehus fordi dere er usikre og ikke har lege tilgjengelig for å vurdere beboerne?