



Når handlingsrommet blir for trangt

Hvilke utfordringer møter sykepleiere på korttidsavdeling etter innføringen av samhandlingsreformen?

Kandidatnummer: 555

Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave i
sykepleie

Antall ord: 9415

Dato: 23.04.2019



| | |
|--|--|
| ABSTRAKT | Lovisenberg diakonale høyskole Dato: 23.04.2019 |
| Tittel: Når handlingsrommet blir for trangt | |
| <p><u>Problemstilling:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvilke utfordringer møter sykepleiere på korttidsavdeling etter innføringen av samhandlingsreformen? <p><u>Teoretisk perspektiv</u></p> <p>Sykepleiefaglig perspektiv med utgangspunkt i Kari Martinsen sin omsorgsfilosofi. I tillegg er det blitt brukt et rammeverk for sykepleierens kunnskapsgrunnlag for å belyse hvilke faktorer som ligger til grunn for at sykepleiere skal kunne utøve profesjonell og god omsorg. Plan for omsorgsfeltet "Omsorg 2020" og målsettinger for kravet til kvalitet i helsetjenesten vil også bli presentert. Nasjonale føringer viser til hvilke rammer sykepleiere må forholde seg til. Relevante etiske og juridiske aspekter knyttet til problemstillingen vil bli benyttet.</p> <p><u>Metode</u></p> <p>Oppgaven er en litterær oppgave basert på relevant faglitteratur, forskning og fagartikler. Forskningen er funnet gjennom søk i anerkjente databaser. Utvalgt forskning er av tre kvalitative studier og én retrospektiv studie. Kilder som er blitt brukt i oppgaven er blitt vurdert kritisk i forhold til relevans og gyldighet.</p> <p><u>Drøfting</u></p> <p>I oppgaven drøftes sentrale forskningsfunn, teori, etiske og juridiske aspekter, samt mine egne erfaringer. Drøftingen tar utgangspunkt i de utfordringene sykepleierne møter etter at samhandlingsreformen ble innført. For at sykepleiere skal kunne ivareta pasienter på en omsorgsfull og forsvarlig måte, er det viktig at de innehar kunnskap om hvilke faktorer som kan true kvaliteten i omsorgen som gis. Utfordringer som ressursmangel, tidspress og lav sykepleiedekning fremheves som viktige årsaker som kan gi omsorgsperspektivet mindre plass.</p> <p><u>Konklusjon</u></p> <p>Gjennom litteratur og forskning kommer det frem at samhandlingsreformen og reforminspirerte ideologier setter begrensinger som gir utfordringer for sykepleierne. Et større ansvar for fler og sykere pasienter, ressursmangel og stramme økonomiske rammer fører til at sykepleierne opplever et konstant tidspress. Sykepleiere prioriterer i større grad oppgaver de blir målt og kontrollert på, som fører til at det helhetlige omsorgsperspektivet får mindre plass i utøvelsen av sykepleie, hvor også kvaliteten på pleien som blir gitt kommer i andre rekke.</p> | |

(Totalt antall ord:296)

Innholdsfortegnelse

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Innledning | 1 |
| 1.1 | Bakgrunn for valg av tema | 1 |
| 1.2 | Problemstilling | 3 |
| 1.3 | Avgrensning | 3 |
| 1.4 | Begrepsavklaringer | 3 |
| 1.5 | Oppgavens oppbygning | 4 |
| 2 | Teori | 5 |
| 2.1 | Kari Martinsens omsorgsfilosofi | 5 |
| 2.2 | Rammeverk for kunnskapsgrunnlaget i sykepleie | 5 |
| 2.2.1 | Omsorg 2020 | 7 |
| 2.3 | Kravet til kvalitet i helse- og omsorgstjenestene..... | 7 |
| 2.4 | Nasjonale føringer | 7 |
| 2.5 | Etiske aspekter | 9 |
| 2.6 | Lover og forskrifter | 9 |
| 3 | Metode for oppgaven | 11 |
| 3.1 | Redegjørelse for metode..... | 11 |
| 3.2 | Valg av litteratur | 11 |
| 3.3 | Valg av forskningslitteratur | 11 |
| 3.3.1 | Tabell 1: søkematrise | 12 |
| 3.4 | Kildekritikk..... | 12 |
| 3.5 | Etiske vurderinger..... | 13 |
| 4 | Presentasjon av forskningsresultater | 14 |
| 4.1 | Tabell 2: Artikkelmatrise..... | 14 |
| 5 | Drøfting | 16 |
| 5.1 | Utfordringer for sykepleiere på korttidsavdeling..... | 16 |
| 5.1.1 | Flere og sykere pasienter..... | 17 |
| 5.1.2 | En presset arbeidssituasjon | 18 |
| 5.1.3 | Økte krav til kompetanse | 22 |
| 5.1.4 | Tid og ressurser – en forutsetning for god omsorg | 25 |
| 6 | Avslutning | 28 |
| 7 | Litteraturliste | 29 |

1 Innledning

Jeg vil i innledningen presentere bakgrunn for valg av tema og hvorfor dette temaet er relevant for sykepleiere. Egne erfaringer vil også bli belyst. Deretter vil oppgavens problemstilling presenteres, videre etterfulgt av hvilke avgrensinger og begrepsavklaringer som er valgt ut for oppgaven, samt en beskrivelse av oppgavens oppbygning.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I mange år har helse- og omsorgstjenesten i Norge hatt som mål å effektivisere pasientbehandlingen, kutte ned på antall sykehussenger og redusere på kostnadene. Samhandlingsreformen innført i 2012, med et overordnet mål om at kommunene i større grad skulle overta ansvaret for helsetjenestene, samt at samhandlingen mellom sykehus og kommune skulle bedres (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Som en konsekvens av samhandlingsreformen mottar nå kommunene flere yngre pasienter med komplekse og sammensatte lidelser som stiller økte krav til en mer spesialisert helse- og omsorgstjeneste (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a), men det stilles spørsmål ved om kommunene har kapasitet til å behandle flere og sykere pasienter enn tidligere (Førland, 2014).

Som følge av innføringen av samhandlingsreformen ble det iverksatt ny lovgivning for helsetjenesten i kommunene, noe som innebar en overføring av behandlingsansvar fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten. Tanken bak var å oppnå en mer effektiv ressursbruk og å redusere kostnadene, med fokus på pasientens helhetlige behov og for et mer sammenhengende pasientforløp (Befring, 2015). Raskere utskrivning av pasienter på sykehus var en av reformens viktigste endringer. For å frigjøre kapasitet i spesialisthelsetjenesten medførte dette at kommunen fikk ansvar for flere pasienter og nye avanserte oppgaver, hvor en viktig arena i behandling og oppfølging av pasientene er på korttidsavdelingene i sykehjemmene. (Killie & Debesay, 2016). Økonomiske insentiver ble innført for å stimulere til færre sykehusopphold og kortere liggetid (Befring, 2015). Et viktig aspekt i denne sammenhengen er at de pasientene som etter innføring av samhandlingsreformen betraktes som utskrivningsklare, fortsatt har et like stort behov for tett medisinsk oppfølging og omsorgstjenester som tidligere (Førland, 2014).

I 2016 utarbeidet Riksrevisjonen en rapport hvor de gjorde en undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføring av samhandlingsreformen. Der slår de fast at kommunens kapasitet og kompetanse i liten grad er styrket etter innføring av reformen. Få kommuner har etablert forsterkede korttidsplasser til de såkalte utskrivningsklare pasientene, dette på tross av at antallet mottakere av korttids institusjonsopphold har økt de siste årene. De slår også fast at kommunene mottar nye og mer krevende pasient- og brukergrupper, til tross for at kommunene ikke kan stille med et godt nok tjenestetilbud (Riksrevisjonen, 2016).

Flere og sykere pasienter har ført til at arbeidsoppgavene til sykepleiere har blitt langt mer komplekse, noe som stiller større krav til den faglige kompetansen i kommunen. Når sykepleiere stadig blir tilført flere og nye oppgaver, hvor det ikke er ressurser eller nok kompetanse til å møte dette viser funn fra flere studier at sykepleierne ofte står i spenn mellom ideal og realitet, og at de i mange tilfeller må gå på akkord med sine yrkesetiske og faglige verdier (Nydal, Åsmo, Dybvik & Torheim, 2016). Når omsorgsprofesjonene går i retning av rasjonalisering og effektivisering, hvor det økonomiske aspektet står sterkt, vil det kunne medføre at sykepleiere i større grad opplever tidspress, mangel på kompetanse og det vil gi en følelse av utilstrekkelighet (Killie & Debesay, 2016).

Som student på korttidsavdeling fikk jeg virkelig kjenne dette på kroppen. Dagene var i stor grad preget av tidspress og det arbeidet sykepleierne utførte ble knyttet opp til effektivitet. Jeg så det nærmest som en umulig oppgave å gå igjennom en vakt uten å måtte utføre prioriteringer som kunne gå utover den pleien og omsorgen som ble gitt. Jeg kjente på mye frustrasjon og ble nysgjerrig på de rammene sykepleierne måtte forholde seg til. Hvilke faglige og etiske utfordringer møter sykepleiere på korttidsavdelinger når reformen baserer seg på en utilitaristisk tankegang, hvor økonomi og effektivitet er to faktorer som står sentralt, og hvordan påvirker denne tankegangen sykepleieres rolle, med de ulike krav og forventningene som stilles til sykepleiere som jobber på en korttidsavdeling.

1.2 Problemstilling

På bakgrunn helsetjenestens utvikling og utfordringer, samt egne opplevelser og interesser, har jeg valgt følgende problemstilling:

- *Hvilke utfordringer møter sykepleiere på korttidsavdeling etter innføringen av samhandlingsreformen?*

1.3 Avgrensning

Jeg har valgt korttidsavdeling som kontekst for oppgaven. I min avgrensning av oppgaven har jeg valgt å fokusere hvilke utfordringer sykepleiere som arbeider ved korttidsavdeling kan møte etter innføring av samhandlingsreformen. Jeg har valgt å se oppgaven ut fra et sykepleieperspektiv. Grunnet oppgavens omfang og vinkling har jeg ikke kunnet ta med alle aspektene av samhandlingsreformen, men jeg har forsøkt å velge ut de mest relevante områdene som påvirker sykepleierens arbeidshverdag. Pasientperspektivet vil i denne oppgaven ses i lys av de utfordringene sykepleiere møter og hvordan dette påvirker omsorgen som gis. Jeg vil ikke gå i dybden av pasientens grunnleggende behov, selv om dette i aller høyeste grad er en viktig del av sykepleierens ansvarsområde. På grunn av oppgavens størrelse vil jeg utelukke pårørende, til tross for at de er en viktig ressurs for pasienter i en sårbar og kritisk fase.

1.4 Begrepsavklaringer

Korttidsavdeling: En korttidsavdeling er en underavdeling for midlertidig opphold på et sykehjem (Hauge, 2014). Primært benyttes korttids plasser til medisinsk behandling ved akutt sykdom, hvor også utredning, observasjon og medisinsk behandling inngår som en del av tjenestene. Korttidsopphold er også for pasienter med behov for etterbehandling og rehabilitering etter sykehusopphold, ved kronisk sykdom, samt omsorg ved livets slutt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006)

Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Reformen tar for seg dagens og fremtidens helse- og omsorgsutfordringer, med et overordnet mål om en mer helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste, med økt fokus på forebygging og brukervedvirkning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

1.5 Oppgavens oppbygning

Oppgaven er delt inn i seks kapitler: En innledning, teoridel, metodedel, forskningsresultater, drøfting og avslutning. I innledningen presenteres tema for oppgaven og problemstilling, samt avgrensning og begrepsavklaring for å gi leseren en forklaring for oppgavens omfang. I teoridelen presenteres Kari Martinsens omsorgsteori og faglitteratur som er relevant for å kunne besvare oppgaven. I kapittel tre presenteres valg av metode, beskrivelse av fremgangsmåte for valgt litteratur og forskning, samt søkehistorikk og kildekritikk. I kapittel fire presenteres forskningsresultater i en artikkelmatrise. I kapittel fem vil jeg drøfte problemstillingen min gjennom bruk av valgt litteratur og forskning. Til slutt følger en avslutning hvor jeg vil oppsummere de viktigste momentene fra oppgaven.

2 Teori

Teorikapittelet legger grunnlaget for hva drøftingen skal innebære. Jeg vil i dette kapittelet presentere faglig kunnskap og hvilke teoretiske rammer jeg har valgt for min oppgave. På bakgrunn av at dette er en bacheloroppgave i sykepleie, vil sykepleieperspektivet stå sentralt og være det første som blir presentert i teorien. Deretter vil valgte nasjonale føringer som samhandlingsreformen og New Public Management (NPM) bli presentert, etterfulgt av etiske aspekter og relevant lovverk for oppgaven.

2.1 Kari Martinsens omsorgsfilosofi

Kari Martinsen fremheves som en sentral sykepleieteoretiker i forhold til betydningen av å fremme og gi god omsorg. Martinsen betrakter omsorg som sykepleierens kjerne, hvor hun mener omsorgsverdier er grunnleggende i sykepleierens møte med pasienter. Hun fremstiller omsorg som et relasjonelt begrep, og noe som er forbundet med det å gi hjelp og være til stede for andre. I møte med den syke vektlegger hun kunnskaper, ferdigheter og en forståelse for den andres situasjon som en forutsetning i omsorgsarbeidet til sykepleieren.

I omsorgsarbeidet på institusjoner skiller Martinsen mellom vekstomsorg og vedlikeholdsomsorg. Omsorgen som utøves innenfor vekstomsorg er først og fremst rettet mot kortsiktige opphold hvor pasienten på et tidspunkt skal oppnå egenomsorg. Omsorgen som gis er ofte knyttet til en spesifikk behandlingssituasjon. I motsetning til dette er målet med vedlikeholdsomsorg å hjelpe pasienten til å opprettholde visst funksjonsnivå og unngå forverring. For sykepleieren vil en slik pleiesituasjon være preget av å gjøre det så godt som mulig for pasientene her og nå, som innebærer at sykepleieren verken må undervurdere eller overvurdere pasientenes egen evne til selvhjulpenhet (Martinsen, 2003).

2.2 Rammeverk for kunnskapsgrunnlaget i sykepleie

Den profesjonelle omsorgen sykepleiere skal gi er i stor grad regulert av fagkunnskap, etikk og juridiske forhold. Omsorgen sykepleieren gir skal basere seg på empati og en forståelse av pasientens situasjon hvor kunnskap, verdier og praktisk erfaring fører til at pleien gis kompetent måte (Kristoffersen & Nortvedt, 2016). En sykepleier må inneha solid fagkunnskap for å kunne utøve sykepleie på en forsvarlig måte (Hauge, 2014).

Fagkunnskap som anatomi, fysiologi og patofysiologi utgjør den naturvitenskaplige kunnskapen en sykepleier skal inneha. Dette for at en sykepleier skal kunne forklare hvordan menneskekroppen er bygget opp og vite hvordan den virker for å kunne vurdere avvik fra et normalområde ved observasjoner. Også kunnskaper som psykologi og sosiologi er viktige kunnskapsområder for å kunne ivareta pasienter på en helhetlig og verdig måte (Holter,

2015). For å kunne avdekke endringer i helsetilstand må en sykepleier kontinuerlig følge med på pasientens tilstand. En sykepleier må jobbe aktivt med datainnsamling ved observasjon, som blant annet innebærer å innhente opplysninger om pasienten eller ved å utføre fysiske undersøkelser (Tanner, referert i Hauge, 2014, s. 271). I stabile perioder skal sykepleiere gjennomføre systematiske observasjoner, som for eksempel kartlegging av utvikling av trykksår og smerter (Hauge, 2014). Orvik beskriver disse fagkunnskapene som den kliniske sykepleiekompetansen, som handler om hvilke nødvendige basiskunnskaper og ferdigheter en sykepleier må ha for å kunne yte direkte pasientomsorg. Uten den kliniske sykepleiekompetansen vil sykepleieren kunne overse viktige pasientobservasjoner som kan få alvorlige konsekvenser for pasienten. Videre beskriver Orvik at kompetanse er noe kollektivt, som først og fremst oppstår når kunnskap og erfaring deles med andre (Orvik, 2015).

Etikk innebærer valg av handling, når vi står ovenfor to eller flere handlingsalternativer. Etikk kan forstås som en systematisk refleksjon over moralsk atferd, hvor det innenfor etikkens verden finnes flere retninger. Innenfor omsorgsetikk vektlegges relasjonen mellom mennesker og hvilket ansvar man har ovenfor sine medmennesker. Egenskapene som definerer sykepleiepraksis bygger både på et etisk og moralsk fundament og er nært knyttet til sykepleiefaglige verdier. I sykepleie innebærer moralsk atferd opplevelser av handlingsvalg ut ifra hva som er riktig eller galt (Kristoffersen & Nortvedt, 2016), hvor avgjørelser som tas skal være av hensyn til pasientene, og ikke ut fra egne ønsker og behov (Kim, 2015). Det etiske grunnlaget for hvordan en sykepleier tenker og handler bygger derfor på en moralsk rasjonalitet, som tar sikte mot et mål om god og forsvarlig omsorg (Kristoffersen & Nortvedt, 2016). I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere fremheves det at "sykepleierens kompetanse skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene" (Sykepleierforbund, 2016). De yrkesetiske retningslinjene fungerer som en verdibasert standard med kvalitetskrav for yrkesutøvelsen. Retningslinjene er imidlertid av generell karakter og har kun en veiledende funksjon for hva sykepleiere bør gjøre i en gitt situasjon. Sykepleieren må derfor ha et bevisst og gjennomtenkt forhold til retningslinjene for at disse skal kunne forankres i utøvelsen av sykepleie (Kristoffersen & Nortvedt, 2016).

I tillegg til at omsorgen i sykepleie bygger på fagkunnskap og etikk, er utøvelsen også regulert av lover. I sykepleiefaglige beslutninger definerer jusen rammene, hvor lovverket gir uttrykk for sosiale normer som ofte er basert på kulturelle verdier og grunnleggende menneskerettigheter (Kristoffersen & Nortvedt, 2016). Hvilke juridiske aspekter jeg har valgt å fokusere på blir nærmere presentert under kapittel 2.6.

2.2.1 Omsorg 2020

Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020, "Omsorg 2020" tar for seg prioriterte satsninger innenfor omsorgsfeltet, med viktige tiltak for å styrke kvaliteten og kompetansen i helse- og omsorgstjenestene. Det påpekes at fremtidens sykehjem og omsorgsboliger må tilrettelegges brukernes behov. Da det vil være et bredt spekter av pasienter i alle aldergrupper, med behov for blant annet korttidsopphold, rehabilitering eller pleie og omsorg ved livets slutt. Dette vil krevet et mangfold av tilpassede botilbud. Regjeringen vil derfor styrke innsatsen i helse- og sosialfaglig utdanning, skape større faglig bredde bestående av flere faggrupper, og sørge for tettere tverrfaglig samarbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b).

2.3 Kravet til kvalitet i helse- og omsorgstjenestene

Et av helse- og omsorgstjenestens viktigste mål er god kvalitet på tjenestene og pasientsikkerhet. Uavhengig av sosial bakgrunn eller bosted, skal omsorgstilbudet som gis være av god kvalitet og likeverdig for alle (Flovik & Rokseth, 2015). Endringer i befolknings sammensetningen og sykdommer innebærer økte krav og forventinger til kvaliteten på helsetjenestene. Flere eldre, samt flere med kroniske og livsstilsrelaterte lidelser som diabetes, kronisk obstruktiv lungesykdom og kreft medfører et større behov for koordinerte og samordnede helsetjenester som er tilpasset det enkelte individet (Kirkevold, 2016). Kravet om kvalitet i helsetjenestene er forankret i juridiske normer som omfatter omsorgsfull hjelp og faglig forsvarlighet (Orvik, 2015). Meld. St. Nr. 10, "God kvalitet – trygge tjenester" (2012-2013) ble utarbeidet for å oppnå en mer brukerorientert tilnærming, med økt fokus på kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet, samt færre uønskede hendelser. Med denne meldingen ønsket regjeringen å bidra til at mottakerne av helsetjenester i større grad skal oppleve at tjenestene blir mer tilgjengelige og helhetlige (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

2.4 Nasjonale føringer

I dag omtales den kommunale helse- og omsorgstjenesten som "grunnfjellet" i den norske helsetjenesten. Kommunehelsetjenesten tilbyr i all hovedsak hjelp der folk bor, og representerer nærhet og kontinuitet for innbyggerne. Kommunehelsetjenesten som også betegnes som primærhelsetjenesten, organiseres og drives av den enkelte kommune. Kommunene har gjennom lov om kommunale helse- og omsorgstjenesteloven ansvar for å gi og tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg i kommunen, men de står fritt i hvordan tilbudet skal utformes, innenfor de rammene som er satt av

lovverket. Hvordan en kommune har valgt å organisere helsetjenestene styres i stor grad av den enkeltes innbyggers rett til nødvendig og forsvarlig helsehjelp (Nylenna, 2014).

Samhandlingsreformen ble iverksatt 1. januar 2012 for å sikre en bærekraftig utvikling av helsetjeneste med god kvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Med en målsetting om en mer helhetlig og koordinert helse og omsorgstjeneste, med fokus på forebyggende helsearbeid, tidlig intervensjon og økt brukerinnflytelse søkte reformen å møte dagens og fremtidens helse- og omsorgsutfordringer preget av en ny generasjon eldre og flere yngre tjenestemottakere med behov for kommunale omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). Samhandlingsreformen begrunnes blant annet med at kommunenes rolle i større grad kan oppfylle ambisjonene om forebygging og tidlig intervensjon ved oppstått sykdom. Det legges også til grunn at den forventede veksten og kravene fra pasienter med kroniske lidelser i en samlet helsetjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). For å frigjøre kapasitet fra spesialisthelsetjenesten og dempe veksten av bruk av sykehustjenester fikk kommunene i kraft av reformen ansvar for raskere utskrivningsklare pasienter (Kassah, Kassah & Johansen, 2014). Økonomiske insentiver ble iverksatt for å stimulere til bedre helsegevinst gjennom annen bruk av ressurser, herunder til mer "riktig" bruk av sykehusene. Dette førte til at kommunene ble pålagt å betale for kostnadene til utskrivningsklare pasienter i påvente av et kommunalt helse- og omsorgstilbud fra dag én (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Dette har medført til at kommunene har fått større ansvar for nye oppgaver knyttet til en større pasientgruppe med kroniske sykdommer og sammensatte lidelser (Førland, 2014). Flere tiltak og lovendringer med tilhørende forskrifter ble innført for å realisere målene i samhandlingsreformen. To nye lover ble vedtatt, helse- og omsorgstjenesteloven og folkehelseloven (Befring, 2015).

I all offentlig virksomhet er budsjetter og finansieringssystemer sterke styringsmidler for å kontrollere kostnader. Finansieringsstrukturen i helsetjenesten i Norge er kompleks, hvor de økonomiske rammene fastslås av Stortinget. Ressurser og økonomiske forhold er avgjørende for omfanget og kvaliteten av helse- og omsorgstjenester (Nylenna, 2014). Når en relativt stor andel av befolkningen blir eldre, hvor også kroniske- og livsstilssykdommer er et økende problem, betyr det et større press på alle offentlige velferdstjenester og økte kostnader (Lysestøl & Meland, 2012). For å få kontroll over kostnadene og utnytte ressursene mer effektivt har markedsstyringen innenfor helse- og omsorgstjenesten i kommunen vært preget av styringsredskapet NPM de siste tretti årene. NPM er et paraplybegrep som dekker ideer,

teorier og modeller for styring og organisering av offentlig sektor. Selve fundamentet i NPM bygger på at offentlige organisasjoner trenger en solid og profesjonell ledelse for å kunne være effektive, formbare, målrettede og brukervennlige. Med et overordnet mål om å styre, fordele og utnytte ressursene mer effektivt, baserer tiltakene i NPM seg på mål- og resultatstyring, desentralisering og kostnadsrett, hvor resultatene som rapporteres, måles og vurderes legger grunnlaget for et belønnings- og straffesystem (Kassah, Nordahl-Pedersen & Tønnessen, 2014).

2.5 Etske aspekter

Utøvelsen av sykepleie har sitt etiske fundament i de yrkesetiske retningslinjene. I de yrkesetiske retningslinjer står det «at respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet skal prege praksis: "Sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene" (Sykepleierforbund, 2016).

Under punkt 1. om sykepleieren og profesjonen står det: "Sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og setter seg inn i det lovverk som regulerer tjenesten". Hvor det punkt 1.3 står: "Sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig" (Sykepleierforbund, 2016).

Under punkt 2. om sykepleieren og pasienten står det: "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". Under punkt 2.3 står det: "Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg" (Sykepleierforbund, 2016).

2.6 Lover og forskrifter

Kommunen og arbeidsgiver pålagt å sikre at hver pasient gis et verdig, helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud gjennom forsvarlighetskravet § 4-1. som er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven. De skal også sikre at omsorgstjenesten og personell er i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og at det er tilstrekkelig med fagkompetanse i tjenestene. Under § 4-2 om kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet er kommunene pålagt å sørge for at enhver virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester skal arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

Gjennom lov om helsepersonell skal kommunene legge til rette for at helsepersonell kan yte forsvarlige tjenester. Helsepersonelloven fastslår at helsepersonell "skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjon forøvrig", samt at de skal "innrette seg sine faglige kvalifikasjoner" (Helsepersonelloven, 1999, § 4).

Som et supplement til helse- og omsorgstjenesteloven ble forskrift om en verdig eldreomsorg (Verdighetsgarantien) vedtatt i 2010 (Bredland, Linge & Vik, 2011). Formålet med verdighetsgarantien er å sikre at eldreomsorgen tilrettelegges slik den enkeltes integritet og verdighet ivaretas (Verdighetsgarantien, 2010).

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene skal bidra til å sikre bedre kvalitet i tjenestene, hvor kommunen har ansvar for å sikre at alle innbyggere med behov for helse- og omsorgstjenester får et tilfredsstillende og liveverdig tilbud. Gjennom kvalitetsforskriften skal kommunene sørge for en helhetlig pasienttilnærming, samt etablere prosedyrer som sikrer at pasienter får tilfredsstilt sine grunnleggende behov (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003).

3 Metode for oppgaven

I dette kapittelet gir jeg en begrunnelse for mitt metodevalg, og hvordan jeg har gått frem for å finne relevant litteratur og forskning som er relevant for min problemstilling. Til slutt vil jeg under kildekritikk presentere styrker og svakheter ved den valgte litteraturen og forskningen, samt etiske vurderinger.

3.1 Redegjørelse for metode

Denne oppgaven er en litterær oppgave. Dalland (2017) beskriver oppgaver som tar utgangspunkt i allerede eksisterende faglitteratur, forskning og teori som en litterær oppgave, hvor metoden for oppgaven gir en indikasjon på hvordan vi skal tre frem for å skaffe og etterprøve kunnskap. Som et redskap kan metoden brukes i møte med noe vi vil undersøke, og som vil stimulere og systematisere våre tanker, med et krav om ærlighet og sannhet. Datainnsamlingen skal bidra til å løse problemer og fremme ny kunnskap, hvor det er viktig å stille kritiske spørsmål om påstandene er gyldige, sanne og holdbare. Metoden som velges bør stå i korrelasjon med det valgte temaet og begrunnes med at den egner seg best mulig for å belyse den aktuelle problemstillingen.

3.2 Valg av litteratur

Den valgte faglitteraturen er hovedsakelig valgt ut fra relevant pensum, men jeg har måtte supplere med en god del litteratur i samhandling, økonomi og helsepolitikk. Jeg har benyttet meg av biblioteket på Lovisenberg Diakonale Høgskole, samt at jeg har gått til innkjøp av bøker som har inspirert meg og som jeg mener vil gi oppgaven mer tyngde. Det er spesielt én bok jeg ønsker å trekke frem i den sammenheng, "Samhandlingsreformen under lupen". Denne boka er spesielt rettet mot bachelorstudenter i helsefagutdanninger og er en forskningsbasert vitenskapelig antologi som tar for seg utfordringer som de kommunale helse- og omsorgstjenestene opplever i forbindelse med innføring av samhandlingsreformen.

3.3 Valg av forskningslitteratur

I prosessen med å finne forskningsartikler utførte jeg først søk i både CINAHL og PubMed, men der fant jeg ingen relevante artikler som kunne belyse min problemstilling. På grunn av samhandlingsreformen har jeg fortrinnsvis vært ute etter å finne forskning utført i Norge. Derfor har jeg på bakgrunn av min problemstilling hovedsakelig måtte benytte meg av SweMed+, som er en nordisk database med et helsefaglig ståsted. Jeg har valgt å benytte meg av norske søkeord.

Tre av artiklene fant jeg i samme søk med søkeordene "Sykepleie*" OR "Sykehjem" og "Samhandlingsreformen" avgrenset med "AND", men fordi jeg ønsket å få belyst sykepleiefaglige verdier i drøftingen utførte jeg et nytt søk hvor jeg byttet ut "Samhandlingsreformen" med "Verdier" og avgrenset med "AND". I avgrensingen av mine søk har jeg holdt meg til forskning innenfor ti år på alle søkene, som er i tråd med skolens retningslinjer for oppgaveskriving. Til tross for få treff på mine søk har jeg funnet artikler som er av relevans for min oppgave. Artiklene ble valgt ut etter at jeg først hadde lest abstraktene og deretter innhold, samt hva de konkluderte med.

3.3.1 Tabell 1: søkematrise

| Dato for søk | Søkeord | Database | Søketreff | Valgte artikler |
|--------------|---|----------|-----------|---|
| 9.4.2019 | "Sykepleie*" OR "Sykehjem" AND "Samhandlingsreformen" | SweMed+ | 38 | "Fra sykehus til sykehjem – hva samhandlingsreformen har ført til" (2017)", "Sykepleieres erfaringer med samhandlingsreformen ved korttidsavdelinger på sykehjem" (2016)", "Arbeidsforhold ved norske sykehjem – idealer og realiteter" (2010)" |
| 9.4.2019 | "Sykepleie*" OR "Sykehjem" AND "Verdier". | SweMed+ | 8 | "Sykepleieverdier under press" (2016) |

3.4 Kildekritikk

Kildekritikk er viktig for korrekt vurdering av den valgte litteraturen som er benyttet i oppgaven. Kildekritikk innebærer også at man må stille seg kritisk til de kildene som er blitt brukt, samt vise til i hvilken grad kildene er relevante og om de er holdbare (Dalland & Trygstad, 2017). Teorien jeg har valgt å bruke i min oppgave er i all hovedsak valgt ut ifra relevant pensumlitteratur som er kvalitetssikret gjennom høgskolen. Av supplerende tilleggslitteratur har jeg valgt bøker jeg har funnet på høgskolens bibliotek og som er av anerkjente forlag. Dette er kilder jeg anser som å være pålitelige. Jeg har fortrinnsvis forsøkt å tilstrebe bruk av primærkilder for å unngå feiltolkninger, men på grunn av manglende tilgang på noen av primærkildene har jeg måtte ta i bruk sekundærkilder. Ved bruk av sekundærkilder er det viktig å huske på at teksten er bearbeidet av andre enn forfatteren (Dalland & Trygstad, 2017). Av bøker som er eldre enn ti år har jeg med boken "Omsorg, sykepleie og medisin" av Kari Martinsen fra 2003. Martinsen sin teori kan være utfordrende å tyde og forstå, da teksten bærer preg av en filosofisk tilnærming. Jeg er klar over at dette kan medføre en risiko for feiltolkninger av teksten, ta derfor forbehold om dette.

Databasen jeg har brukt for å søke opp forskningsartikler anser jeg som pålitelig, da den er anbefalt av skolen. Tre av forskningsartiklene jeg har valgt er kvalitative studier. Dette kan ses på som en svakhet, da studiene baserer seg på et lite utvalg som kan gjøre det vanskelig å generalisere funnene til en populasjon. På en annen side vil styrken ved en slik studie være at metoden tar sikte på å fange opp opplevelser og meninger som ikke lar seg måle. Dette gjør at man kan gå mer i dybden av et tema, i motsetning til en kvalitativ studie som vil kunne gi mer overfladisk og gjennomsnittlig informasjon (Dalland, 2017). Den fjerde forskningsartikkelen er en retrospektiv studie med et kvalitativt utgangspunkt.

Av forskningsartiklene jeg har funnet har det vært noen utfordringer i forhold til hvilken kontekst forskningen er blitt utført i. Jeg har funnet lite forskningsbasert kunnskap om korttidsavdelinger i Norge, men det er derimot blitt gjort mer forskning på mitt valgte tema i sykehjem. På bakgrunn av at en korttidsavdeling er en underavdeling på et sykehjem, samt at korttidsavdelingene nevnes i noen av artiklene, mener jeg disse artiklene har en overføringsverdi til min oppgave. En annen utfordring underveis i søkeprosessen har vært å finne forskning som spesifikt tar for seg samhandlingsreformen. I utvelgelsen av artikler så jeg at reformideologien New Public Management var et gjennomgående tema, noe jeg også hadde lagt merke til i litteraturen som omhandlet samhandlingsreformen. Jeg har derfor valgt å ta med NPM i teorien og å bruke to artikler som baserer seg på NPM i drøftingen, da jeg ser at denne ideologien er tett knyttet til samhandlingsreformen. For å få frem mer konkrete perspektiver som omhandler utfordringer knyttet til samhandlingsreformen har jeg valgt å bruke Riksrevisjonens undersøkelse "Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen" og undersøkelsen "Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse-og omsorgstjenestene: Sykepleieres erfaringer" av Haukelien, Vike & Vardheim.

3.5 Ethiske vurderinger

Ettersom dette er en litterær oppgave og dermed er basert på eksisterende kilder, er forfatterne av bøkene jeg har valgt blitt kreditert gjennom arbeidet. Underveis i skriveprosessen har jeg vært bevisst på reglene for oppgaveskriving. Ettersom jeg bruker egne erfaringer fra min tid som student på korttidsavdeling kan dette bidra til en personlig tolkning av temaet. Likevel har jeg forsøkt å ikke la mine egne erfaringer være det som styrer besvarelsen, men det viser til at jeg har reflektert over disse utfordringene i praksis.

4 Presentasjon av forskningsresultater

I dette kapittelet presenteres mitt utvalgt av forskningsartikler jeg har valgt å bruke i min oppgave. I tillegg til forskningsartikler har jeg benyttet meg av andre publiserte fagartikler, rapporter og undersøkelser som bidrag til å understøtte min problemstilling.

4.1 Tabell 2: Artikkelmatrise

| Nr | Forfatter | Tittel | Tidsskrift | Hensikt | Metode | Funn |
|----|--|---|---------------------------------------|---|---|--|
| 1 | Frøydis Bruvik, Jorunn Dragset & Jenny Foss Abrahamsen | "Fra sykehus til sykehjem – hva samhandlingsreformen har ført til" (2017). | Sykepleien Forskning | Etter innføring av samhandlingsreform en skulle flere alvorlig syke og behandlingstrengende pasienter overføres til kommunehelsetjenesten. For å få mer kunnskap om hvilke konsekvenser samhandlingsreformen har for skrøpelige eldre som blir overført fra sykehus til sykehjem var hensikten med studien å undersøke mulige forskjeller i populasjonen ved denne type overføring, før og etter innføring av samhandlingsreformen. | Retrospektiv studie ved en korttidsavdeling med 35 senger på et sykehjem i Bergen. Dette var en avdeling som tok imot pasienter, som etter å ha vært akutt innlagt på sykehus ikke kunne skrives ut til eget hjem. Studien inkluderte totalt 363 pasienter fra 70 til 103 år, hvor 59 prosent var kvinner. | De fant en dobling av pasienter som døde på sykehjem etter å ha blitt utskrevet fra sykehus. Funnene viste at pasientene som ble overført var eldre og har kortere overlevelse, noe som kan ses i sammenheng med at de etter reformen hadde mer komplekse og sammensatte lidelser enn tidligere. |
| 2 | Paul A. Killie & Jonas Debesay | "Sykepleieres erfaringer med samhandlingsreformen ved korttidsavdelinger på sykehjem" (2016). | Nordisk tidsskrift for helseforskning | Artikkelen utforsker hvordan samhandlingsreformen har påvirket sykepleiernes arbeidshverdag på korttidsavdelinger på sykehjem. | Kvalitativt design som tar utgangspunkt i filosofisk hermeneutikk med et hovedmål å forstå samtalene mellom forskeren og deltakerne i studien gjennom kritisk og refleksiv fortolkning. Det ble gjennomført intervjuer med sykepleiere ved fire korttidsavdelinger på ulike sykehjem i Oslo. Seks kvinnelige sykepleiere i alderen 28 til 57 år deltok i undersøkelsen. | Sykepleiernes arbeidshverdag har i grad har forandret seg etter innføring av samhandlingsreformen. Funnene viser at det er behov for opprusting av kompetanse og bemanning. Funnene viser i tillegg at disse behovene ikke har blitt møtt. Dette har medført et større ansvar for sykepleierne, samt begrenset deres mulighet til å påvirke beslutninger i deres arbeid. Flere |

| | | | | | | |
|---|--|---|------------------------------------|--|--|--|
| | | | | | | rutiner og mindre tid går utover deres mulighet til å utøve skjønn, noe som kan true pasientsikkerheten. |
| 3 | Ole T. Kleiven, Lars Kyte og Kari Kvigne | "Sykepleieverdier under press" (2016). | Nordisk Sygeplejeforskning | Å utforske hvordan ytre rammefaktorer kan innvirke på sykepleiernes prioriteringer i praksis og hvilke konsekvenser denne innvirkningen kan ha for sykepleieidentiteten. | Kvalitativt design. Data er innhentet ved fokusgruppeintervjuer. 12 kvinnelige sykepleiere fra klinisk praksis deltok i undersøkelsen. For variasjon og bredde i utvalget, ble fokusgruppene fordelt på to med deltakere fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, fra to ulike geografiske områder i Norge | Forskningen viser til at ytre krav og rammer påvirker sykepleiernes arbeidshverdag ved å utfordre de tradisjonelle sykepleieverdiene. Dette kan ses i sammenheng med New Public Management, hvor det fremkommer i studien at sykepleierne prioriterer det de blir målt og kontrollert på. Som følge av dette blir pasientenes behov for aktivitet og psykososiale behov nedprioritert. |
| 4 | Kari Ingestad | "Arbeidsforhold ved norske sykehjem – idealer og realiteter" (2010) | Nordic Journal of Nursing Research | Hensikten med studien er å undersøke hvordan endringene etter NPM har påvirket arbeidsforholdene ved norske sykehjem og hvordan sykepleiere håndterer disse arbeidsforholdene. | Kvalitativ studie som tar utgangspunkt i en fenomenologisk, hermeneutisk tilnærming. 22 sykepleiere deltok i studien. | Sykepleierne opplever en travel arbeidssituasjon og har fått flere oppgaver som følge av NPM-inspirerte reformer. Endringer og reformer som setter økonomiske begrensninger i kombinasjon med flere eldre og syke pasienter har ført til et større tidspress for sykepleierne. Noe som vil utfordre omsorgsidealet i sykepleieyrket. |

5 Drøfting

I denne delen vil jeg forsøke å belyse problemstillingen "Hvilke utfordringer møter sykepleiere på korttidsavdeling etter innføring av samhandlingsreformen?". For å skape en mer oversiktlig struktur vil jeg først gi en liten presentasjon av hvilke utfordringer jeg ønsker å vektlegge, for så å dele drøftingen inn i underkapitler som tar for seg de utfordringene jeg har valgt ut for min drøfting. Underveis i drøftingen vil jeg belyse noen av mine erfaringer som student på korttidsavdeling for å underbygge noen av påstandene.

5.1 Utfordringer for sykepleiere på korttidsavdeling

Med en stadig utvikling av de kommunale helse- og omsorgstjenestene, har tjenestene gått fra å opprinnelig være en tjeneste tuftet på eldreomsorg, til en tjeneste som har vokst og som inneholder langt flere funksjoner og nye brukergrupper. I takt med dette har den teknologiske utviklingen gitt nye muligheter innen diagnostikk og behandling, noe som stiller krav til en mer spesialisert helsetjeneste og flere fagpersoner. Dette er alle forhold som bærer høy grad av sårbarhet, med hensyn til å sikre et best mulig helhetlig helsetjenestetilbud. På den ene siden innebærer ivaretagelse av kvalitet et økt behov for koordinering og standardisering, mens på den andre siden må tjenestetilbudet være fleksibelt nok til å kunne tilpasses den enkelte pasient (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016).

Samhandlingsreformen ble innført for å sikre at pasienter får rett behandling, på rett sted og til rett tid. Samhandlingsreformen innebærer både økonomiske, juridiske og organisatoriske endringer, med en målsetting om en mer helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste (Kassah, Tønnessen & Tingvoll, 2014). Det finnes i dag lite kunnskap om hvordan reformer og nye lovpålagte krav gir utslag i ulike kommunale kontekster (Magnussen & Tingvoll, 2018), men forskning viser at det er krevende å implementere kvalitetsforbedrende standarder, spesielt i sykehjemmene, da dette i stor grad involverer økte kostnader, og økt behov for bemanning og kompetanse (Fagertun, Ågotnes & Isaksen, 2018). Studier viser at hovedutfordringene for kommunene er at tilgangen på ressurser ikke står i samsvar med de tjenestene de er blitt pålagt å yte. Utfordringer som fremheves er en større pågang av pasienter, en lav andel personell med høyere utdanning, ufaglærte, mangel på kompetanse og tidspress (Pedersen & Tingvoll, 2014).

5.1.1 Flere og sykere pasienter

Sykepleierne som arbeider ved korttidsavdelingen var den arbeidsgruppen som tidlig kjente på samhandlingsreformens betydning for deres arbeidssituasjon. En betydelig årsak til dette ligger i at korttidsavdelingene ble et viktig behandlingsmottak for de utskrivningsklare pasientene som kom fra sykehus etter den nye ansvarsfordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten (Pedersen & Tingvoll, 2014). Det viser seg imidlertid at en slik praksis skulle være mer utfordrende enn antatt, da omstilling skjedde i rekordfart. Dette gjenspeiler seg i sykepleiernes erfaringer i møte med reformen som fremkommer i studien til Killie og Debesay (2016). Sykepleierne beskriver en ny hverdag preget av usikkerhet etter at samhandlingsreformen ble innført, spesielt knyttet til hvilken betydning reformen ville få for deres arbeidssituasjon. De gav blant annet uttrykk for at en tydelig konsekvens av samhandlingsreformen var avdelingens manglende forberedthet på samhandlingsreformens ringvirkning. Sykepleierne trakk også frem at definisjonen på hva som er en "utskrivningsklar" pasient hadde endret seg etter innføring av reformen, noe som kan ses i sammenheng med at pasientene som ble skrevet ut hadde svært dårlig helsetilstand. Funnene i samme studie viser at de økonomiske insentivene har medført økt arbeidsbelastning for sykepleierne, da det i stor grad ikke var blitt tilrettelagt for en slik omveltning. Undersøkelsen til Riksrevisjonen (2016) viser til samme utfordringer, blant annet at det har vært en sterk økning av utskrivningsklare pasienter, samt at liggetiden på sykehus for de eldste er redusert. Det påpekes at dette mest sannsynlig står i korrelasjon med de økonomiske insentivene som ble innført, hvor kommunene ble pålagt å betale for utskrivningsklare pasienter i påvente av et kommunalt tilbud fra dag én. Rapporten slår fast at 95 prosent av kommunene opplever at pasientene er sykere når de overføres til kommunehelsetjenesten sammenlignet med tiden før reformen. Nyere forskning støtter også opp under denne rapporten. Bruvik, Dragset og Abrahamsen (2017) viser til at pasienter som blir overført fra sykehus til sykehjem etter innføring av samhandlingsreformen, er eldre og har kortere overlevelse. Dette kan ses i sammenheng med at pasientene som overføres, har mer alvorlige, komplekse behandlingstrengende lidelser og blir skrevet ut for tidlig etter at samhandlingsreformen tredder i kraft. Denne økningen har i liten grad medført flere faste sykehjemsplasser. De har imidlertid registrert en oppgang i bruk av dobbeltrom og korridorpatienter, samt opphold med kort varighet.

Dette viser at sykepleiere som arbeider i en korttidsavdeling står derfor ovenfor en ny arbeidshverdag, hvor den sykepleiefaglige kompetansen blir utfordret på ulike plan. I tillegg til å skape et godt og meningsfullt miljø for beboerne og gi et helsefremmende pleie- og omsorgstilbud, skal sykepleierne på korttidsavdelinger gi avansert medisinsk behandling (Hauge, 2014). For å kunne ivareta pasientene på best mulig måte må det være tilstrekkelig med ressurser og personell med kompetanse, men det har vist seg at gapet mellom velferdsstatens ambisjoner og den politiske viljen til å skulle finansiere det er stort. Dette har skapt dilemmaer som blir tydeligere etterhvert som man nærmer seg den praktiske realiseringen av velferdsstaten (Haukelien & Wyller, 2017). Fordi de fleste kommuner er små, har de verken kompetanse eller ressurser nok alene til å møte spekteret og kompleksiteten i de nye pålagte arbeidsoppgavene. Hvordan kommunene velger å prioritere ressursene kan også variere i stor grad fra kommune til kommune, da kommunene innenfor juridiske rammer satt av lovverket står fritt til å selv bestemme hvordan tilbudet skal utformes (Nylenna, 2014). I samhandlingsreformen understekes det imidlertid at kommunene ikke skal pålegges nye oppgaver om de ikke er store nok til å kunne håndtere den økonomiske og faglige påkjenningen som desentralisering av helse- og omsorgstjenester innebærer (Tingvoll, Kassah & Kassah, 2014). Til tross for dette opplever mange av kommunene at det er vanskelig å tilby et godt nok tjenestetilbud. Få forsterkede korttidsplasser har blitt etablert og mangel i tjenestetilbudet har resultert i flere "svingdørspasienter" (Riksrevisjonen, 2016). Med slike utfall vil kommunene måtte bryte med lovverket, da de gjennom forsvarlighetskravet § 4-1. som er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven er pålagt sikre at hver pasient gis et verdig, helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Det kan få alvorlige konsekvenser for pasientene om det ikke er tilstrekkelig ressurser eller kompetent fagpersonale i kommunen. Mangelfull behandling og sviktende omsorg kan i verste fall påføre pasienten mer lidelse. En konsekvens av samhandlingsreformen kan da bli at den virker mot sin hensikt, ved å nemlig øke den problematikken som de økonomiske insentivene var ment å redusere (Kassah, Tønnessen, et al., 2014).

5.1.2 En presset arbeidssituasjon

I lys av at kommunene har overtatt mer ansvar og flere oppgaver som tidligere skulle håndteres av spesialisthelsetjenesten, viser flere studier at pasientgrunnet i sykehjem og på korttidsavdelinger har endret seg. På bakgrunn av at sykehjemmene nå tilrettelegger for flere spesialfunksjoner og flere differensierte tilbud enn tidligere stiller dette et større krav til kvaliteten og innholdet i tjenesten (Magnussen & Tingvold, 2018).

Det kan by på utfordringer når kravet til kvaliteten på tjenesten ikke står i samsvar med de ressursene som er til rådighet, hvor det samtidig foreligger et krav om effektivitet. Allerede før samhandlingsreformen ble innført var sykehjemmene preget av NPM-inspirerte reformer. Dette kommer tydelig frem i Ingstad (2010) sin studie "Arbeidsforhold ved norske sykehjem – idealer og realiteter". Sykepleiere i studien beskriver en hektisk arbeidssituasjon preget at et høyt tempo etter en kraftig oppgang av pasienter med kroniske lidelser og pasienter i livets siste fase. Som følge av nye krav til omstillinger og effektivisering ble sykepleierne pålagt flere og utvidede arbeidsoppgaver som blant annet innebar henvendelser fra sykehus og pårørende, ansvar for utstyr og bestillinger, innleie av vakter og føre regnskap over narkotiske legemidler. På en side kan det å få nye arbeidsoppgaver oppleves som noe positivt for sykepleierne, da ens kompetanse blir verdsatt. Nye utfordringer vil også kunne gi økt motivasjon i arbeidet som utføres. Derimot, når det ikke blir tilført mer tid til å utføre de nye arbeidsoppgavene, vil dette kunne føre til et enda større arbeidspress og legge en demper på motivasjonen. Den økte arbeidsmengden fører heller til at sykepleiere blir nødt til å prioritere helt konkrete arbeidsoppgaver, hvor det ikke er rom for å dekke annet enn pasientens mest grunnleggende behov.

Etter at samhandlingsreformen ble innført er det mye som tyder på at arbeidspresset sykepleierne står ovenfor ikke har bedret seg, det har heller gått i motsatt retning. Som tidligere nevnt, viser resultatene i studien til Bruvik et al. (2017) at korttidsavdelingene ved sykehjemmene nå mottar flere pasienter med alvorlige, komplekse og behandlingsskrevende lidelser. Studien fant også en dobling av antall pasienter som døde etter å ha blitt utskrevet til sykehjemmene. Dette kan ses i sammenheng med at pasientene som blir skrevet ut er eldre og at korttidsavdelingene har fått et større ansvar for pasienter i palliativ fase. Mange sykepleiere forteller om daglige utfordringer i å sikre at pasientene får de tjenestene de har behov og krav på. Ofte har pasientene sykepleierne skal ivareta et redusert funksjonsnivå enten fysisk eller psykisk, i tillegg til at de er svært syke (Tønnessen, 2013). Disse pasientene vil ha behov for omsorg som baserer seg på seg på empati og forståelse, hvor også sykepleierens kunnskap og verdier må inngå som en del av omsorgen som gis (Kristoffersen & Nortvedt, 2016). For at en sykepleier skal kunne ta i bruk alle disse elementene i sin utøvelse av sykepleie, er en forutsetning for dette tilstrekkelig med tid og ressurser (Bruvik et al., 2017). Med mange arbeidsoppgaver som skal løses på kort tid kan man stille spørsmål om hvordan de sykepleiefaglige omsorgsverdiene skal få plass i en slik arbeidshverdag.

Kari Martinsen er blant en av de som har engasjert seg i hvordan omsorgen kan få plass i utøvelsen av sykepleie. Martinsen (2003) påpeker at det medisinfaglige blir mer og mer fremtredende i oppgavene sykepleiere utfører, noe som kan føre til en endret sykepleiefunksjon som gir omsorgsperspektivet mindre plass. Pasienter som blir behandlet på en korttidsavdeling vil ofte ha behov for avansert medisinsk behandling knyttet til en spesifikk sykdom eller skade. Behandlingen som gis er ofte av kort varighet, hvor målsettingen er så langt det lar seg gjøre at de skal få gjenopprettet sine funksjoner og få reise hjem. Martinsen beskriver denne typen for omsorg som vekstomsorg. Hun stiller seg imidlertid kritisk til hvordan det etiske og moralske omsorgsgrunnlaget i sykepleieprofesjonen skal få plass innenfor vekstomsorgen, hvor hun legger vekt på at "omsorg står i motsetning til behandlingslinjens vekst på effektivitet og resultater" (Martinsen, 2003, s. 80). I motsetning til vekstomsorg trekker Martinsen frem vedlikeholdsomsorg. Slik jeg tolker hennes fremstilling av vedlikeholdsomsorg, er dette en tilnærming for omsorg som i større grad er forenelig med sykepleierens omsorgsgrunnlag (Martinsen, 2003).

I de yrkesetiske retningslinjene under punkt 2.3 står det at sykepleiere skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (Sykepleierforbund, 2016). Egne erfaringer etter praksis på korttidsavdeling tilsier at det helhetlige omsorgsperspektivet fort kan bli nedprioritert i en hektisk arbeidshverdag, noe som verken er forenelig med de yrkesetiske retningslinjene og Martinsens omsorgsfilosofi. Det var sjeldent tid til å ivareta pasientenes behov for samtale, trøst og støtte når de hadde behov for det. Pasientene ble ofte sittende å vente på sykepleiere som var opptatt med å lære seg nye prosedyrer og utføre disse i praksis. I en travel og hektisk arbeidshverdag er det derfor viktig at sykepleierne har et bevisst og nært forhold til de yrkesetiske retningslinjene, slik at de på daglig basis er forankret i sykepleierens yrkesutøvelse (Kristoffersen & Nortvedt, 2016).

Meld. St. Nr. 10, "God kvalitet – trygge tjenester" (2013) ble utarbeidet for å få et mer brukerorientert helse- og omsorgstilbud, med økt satsning på kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, samt færre uønskede hendelser. I denne stortingsmeldingen kommer det frem at de store utfordringene for fremtidens helse- og omsorgstjenester er tilgangen på tilstrekkelig personell med nødvendig kompetanse. Utfordringene begrunnes i all hovedsak med at pasientenes behov blir stadig mer komplekse og omfattende. Omsorgstjenestene blir derfor svært sårbare når nye økonomiske rammer og krav til effektivisering fører til en lavere dekning av personell med kompetanse.

I tidligere studier har sykepleiere påpekt utfordringer knyttet til en lav grunnbemanning (fast ansatt personale) i sykehjemmene. Det påpekes også en høy andel av ufaglærte, samt en lav sykepleiedekning på kveld og i helger. Sykepleiere som jobber ved korttidsavdelinger beskriver en arbeidshverdag preget av faglig ensomhet og et stort arbeidspress, blant annet fordi de ofte var alene sykepleier på vakt. Dette har resultert i at sykepleierne ofte ble satt "på topp" ved lav bemanning. Med en slik praksis må sykepleierne i all hovedsak bruke tiden sin på helt definerte sykepleieoppgaver som medisin håndtering, sykepleieobservasjoner og dokumentasjon. Dette kan føre til at ivaretagelsen av pasientens primære behov og observasjoner blir overlatt til personale med lavere kompetanse (Pedersen & Tingvoll, 2014). Etter mitt syn er en slik fordeling av ressurser lite forenlig med den arbeidshverdagen sykepleiere nå møter på en korttidsavdeling. Mine erfaringer etter praksisperioden på korttidsavdeling tilsier at det er en nødvendighet at sykepleiere tar del i en helhetlig ivaretagelse av pasienten, slik at viktige observasjoner ikke blir oversett. I løpet av min tid som student ble det avdekket store avvik, hvor pasienter blant annet hadde utviklet alvorlige trykksår som følge av manglende oppfølging og tilsyn av sykepleiere. Jeg ser dette i sammenheng med at stellet ofte ble overlatt til hjelpepleiere og ufaglærte. Sykepleierne på avdelingen hadde rett og slett ikke tid til å gå i stell på grunn krevende medisinske oppgaver, medisinutdeling, daglige visitter og dokumentasjon. Erfaringene jeg sitter med er jeg ikke alene om. I studien til Haukelien, Vike og Vardheim (2015) beskriver sykepleierne at arbeidsoppgavene i stor grad har blitt forskjøvet mellom sykepleiere og hjelpepleiere/ufaglærte etter den økte arbeidsmengden som følge av flere og sykere pasienter. Sykepleierne forteller at de blir satt til å gjøre de arbeidsoppgavene som krever deres kompetanse. Medisinske prosedyrer blir prioritert fremfor helhetlige vurderinger og forebyggende tiltak. Resultatet av dette blir at pasienter med mindre spesialiserte behov blir nedprioritert og at ufaglærte ofte blir satt til å utføre oppgaver de ikke har kompetanse til. Dette vil kunne gå utover pasientsikkerheten, noe som er i strid med helse- og omsorgstjenesteloven hvor kommunene under § 4-2 er pålagt å sikre at enhver virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester skal arbeide for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). På bakgrunn av dette ser det ut til at samhandlingsreformen har hatt direkte innvirkning på sykepleiernes mulighet til å utføre observasjoner og iverksette tiltak. En kombinasjon av økt tidspress og flere kritisk syke pasienter har i stor grad ført til arbeidsmengde sykepleierne ikke er i stand til å håndtere. (Killie & Debesay, 2016).

5.1.3 Økte krav til kompetanse

I følge Kari Martinsen innebærer profesjonell sykepleieutøvelse at sykepleier kombinerer sine fagkunnskaper med et personlig engasjement for den enkelte pasient (Martinsen, 2003). For at sykepleiere skal kunne gi forsvarlig pleie og omsorg av god kvalitet, er kunnskap, verdier og praktisk erfaring en nødvendighet (Kristoffersen & Nortvedt, 2016). Problemstillingene sykepleiere ofte kan møte på krever at de innehar et solid medisinsk kunnskapsgrunnlag og en stadig vurderings- og beslutningsevne. For å imøtekomme pasientens behov må sykepleierne kunne observere, identifisere og vurdere ulike situasjoner, samt iverksette tiltak for å møte pasientens behov (Norheim & Thoresen, 2015). Det kan by på store utfordringer og gi konsekvenser for kvaliteten på tjenestene om ikke sykepleiere innehar den fagkunnskapen og kompetansen som trengs i møte med en ny og mer krevende pasientgruppe.

I samhandlingsreformen fremheves det at en av "hovednøkklene" for at reformen skal lykkes er at det er tilstrekkelig og nødvendig kompetanse i alle deler av helsetjenesten (Pedersen & Tingvoll, 2014). For at kommunene kunne møte de nye kravene, var et av målene i samhandlingsreformen å øke kompetansen. I regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020 vektlegges det at det er behov for en faglig omstilling og et kompetanseløft, samt at den medisinske oppfølgingen og koordineringen mellom de ulike etatene i helse- og omsorgstjenesten skal bedres. Dette skulle blant annet gjøres ved å styrke innsatsen i helse- og sosialfaglig utdanning, samt å skape en større faglig bredde for å sikre et tettere tverrfaglig samarbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b). Likevel viser studien til Killie og Debesay (2016) at sykepleiere gav uttrykk for at den økte kompetansen ikke ble møtt etter at reformen hadde blitt innført. Flere av sykepleierne hadde sett for seg et kompetanseløft som en naturlig del av reformen, hvor de blant annet hadde forventinger til at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten skulle stå sentralt i et kompetanseløft. For at sykepleierne skal kunne håndtere mer komplekse pasienttilfeller enn tidligere hadde avdelingene imidlertid vurdert flere muligheter for å øke kompetansen deres. Noen av alternativene var blant annet at det skulle arrangeres kurs og fagdager hvor personalet kunne få ta opp faglige problemstillinger og finne gode løsninger på utfordringer de opplevde ved korttidsavdelingen. Det viser seg i ettertid at mange av sykepleierne hadde blandede opplevelser rundt gjennomføringen av slike tiltak, da tiltakene sjeldent ble noe av eller at slike tilbud ikke ble gitt i det hele tatt. Utfordringene sykepleierne beskriver står i tråd med funnene i undersøkelsen til riksrevisjonen (2016), som fremhever at de sentrale forutsetningene for å nå målene i samhandlingsreformen ikke er på plass. Undersøkelsen viser også til at kommunene har i liten grad har økt kapasiteten og styrket kompetansen i form av etter- og videreutdanning etter at

Samhandlingsreformen ble innført. Dette har ført til at kompetansenivået ikke tilfredsstillende kravene for å ta imot de såkalte utskrivningsklare pasientene. Dette er i strid med helse- og omsorgstjenesteloven hvor kommunene og arbeidsgiver gjennom forsvarlighetskravet § 4-1 er pålagt sikre tilstrekkelig med bemanning og kompetanse i tjenestene som gis, samt at de er pålagt under § 4-2 å utføre kvalitetsforbedring og fagutvikling (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

I undersøkelsen til Haukelien et al. (2015) kommer det frem at den økte arbeidsmengden og kompleksiteten i oppgavene kom før kommunen var i stand til å bygge opp kompetanse og faglig infrastruktur. Dette har ført til at kommunene opplever å hele tiden være på etterskudd i å møte de nye kravene. Dette står i samsvar med at flere kommuner opplevde at reformen kom "brått på" og at de ikke har fått tilstrekkelig med tid til å heve kompetansenivået. Det viser seg også at en del kommuner har hatt en avventende holdning til et kompetanseløft, noe som kan henge sammen med at helse- og omsorgstjenesteloven ikke definerer godt nok hvilken kompetanse som kreves og heller ikke tydeliggjør godt nok hvilke profesjoner som skal utføre de ulike oppgavene. På den ene siden burde dette ikke komme som en overraskelse, da reformen har vært forespeilet gjennom offentlige dokumenter i mange år. På den andre siden kommer det frem at institusjonene har vært bevisste over det økte behovet for personell med kompetanse, men på grunn av at Norge består av mange små kommuner som til stadighet opplever utskiftninger i personalet fører dette til at kommunene opplever vanskeligheter med å rekruttere tilstrekkelig med kvalifisert personell (Kassah, Tønnessen, et al., 2014).

I følge studien Killie og Debesay (2016) kan det se ut til at håndteringen av konsekvensene etter endringene på korttidsavdelingen ved innføring av samhandlingsreformen har blitt overlatt til sykepleierne. Ved å løse de nye utfordringene og gjøre prioriteringer som var nødvendige for å få hverdagen på avdelingen til å gå rundt måtte sykepleieren ta i bruk de ressursene som var tilgjengelig. I en annen studie kommer det frem at flere sykepleiere opplever at de må ta i bruk alle aspektene av den kompetansen de innehar for å kunne utføre observasjoner og for å kunne gi tilstrekkelig med behandling (Pedersen & Tingvoll, 2014). I de yrkesetiske retningslinjene står det at "Sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig" (Sykepleierforbund, 2016). Med en arbeidshverdag preget av høye krav og manglende kompetanse vil dette kunne føre til at sykepleiere sannsynligvis vil måtte håndtere situasjoner og ansvar de ikke har kompetanse til.

Dette vi kunne føre til at sykepleierne må gå på akkord med de yrkesetiske retningslinjene og sine faglige vurderinger, noe som kan ha en klar innvirkning på deres evne til å yte faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Tønnessen, 2013).

De yrkesetiske retningslinjene er imidlertid av generell karakter som utgjør en viss standard for hva sykepleiere bør gjøre i en gitt situasjon. Dette betyr at retningslinjene ikke definerer hva som er faglig forsvarlig sykepleie eller hvilke lovverk som regulerer yrkesutøvelsen (Kirkevold, 2016). I lovverket derimot er kravet om kvalitet i helsetjenesten som omfatter omsorgsfull hjelp og faglig forsvarlighet forankret i juridiske normer (Orvik, 2015).

I Helsepersonelloven står det: "Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjon forøvrig" (Helsepersonelloven, 1999). For sykepleierne innebærer dette at det foreligger en rettslig standard som må følges, men det kan by på utfordringer når lovverket likestiller prinsippet og faglig forsvarlighet med prinsippet om omsorgsfull hjelp (Lillemoen, 2015). Tønnessen (2013) ønsker en tydeliggjøring av sykepleierspektivet i forsvarlighetskravet. Rapporter og undersøkelser viser at kvaliteten i pleie- og omsorgstjenestene ikke tilfredsstillende de lovpålagte kravene. I helselovgivningen beskrives forsvarlighetskravet som en rettslig standard for hva som er medisinsk forsvarlig behandling. I utøvelsen av sykepleie innebærer forsvarlighetskravet å beskytte pasienter mot handlinger som ikke står i tråd med normene for faglig forsvarlig praksis. Det mangler imidlertid kriterier for hvilke sykepleiefaglige forutsetninger som må ligge til grunn i et forsvarlighetsbegrep. Sykepleiere skal yte omsorgsfull hjelp basert på teoretisk, etisk og erfaringsbasert kunnskap, noe som tilsier at sykepleiere ikke kan handle forsvarlig uten å være omsorgsfulle. Det stilles derfor høye krav til faglig forsvarlighet og at kravet må være i tråd med sykepleiefaglige normer og verdier. Kriterier for faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp bør stå i samsvar med sykepleierens sentrale verdier, samt være i tråd tjenestens mål og hensikt (Tønnessen, 2013). God praksis kjennetegnes av at pasienter får hjelp til å få dekket sine behov på en trygg og omsorgsfull måte, som blant annet blir definert i både kvalitetsforskriften og verdighetsgarantien (Flovik & Rokseth, 2015).

Til tross for de utfordringene sykepleierne opplever på korttidsavdelingene synes mange av sykepleierne at det er en spennende avdeling å jobbe i. Varierte og utfordrende oppgaver ser ut til å være en motiverende faktor for sykepleierne. Flere sykepleiere forteller at de ved å hjelpe andre og ved å lære av andre utvikler sin kompetanse. Dette gjaldt spesielt ved gjennomføring av avanserte og spesielle prosedyrer (Pedersen & Tingvoll, 2014).

Dette er forenelig med Orvik sin beskrivelse av kompetanse, hvor han mener kunnskap og erfaring først og fremst oppstår når det deles med andre (Orvik, 2015). En slik kollektiv tilnærming av kompetanse ser ut til å ha en positiv effekt på sykepleierne, hvor de i større grad selv tør å ta initiativ til læring ved usikkerhet rundt prosedyrer eller handlinger som skal gjennomføres når de kan støtte seg til andre (Pedersen & Tingvoll, 2014).

5.1.4 Tid og ressurser – en forutsetning for god omsorg

Målene for kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet er forankret i samhandlingsreformens føringer. I tillegg til å skape bedre balanse mellom forebyggende arbeid og behandling, og en bedre balanse mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, er målet med samhandlingsreformen å gi et tilpasset tilbud til den enkelte pasient som er av god kvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Selve grunnlaget i kvalitetstenkning er at pasienter skal møtes med et holistisk syn og med respekt og verdighet, noe som krever ressurser i form av faglig kompetanse, tilstrekkelig med tid og en stødig klinisk organisering (Orvik, 2015). Dette er verdier som også er forankret i sykepleierens kunnskapsgrunnlag (Kristoffersen & Nortvedt, 2016). På bakgrunn av at omsorg og ressurser på en side er grenseløse, men at det på en annen side inngår i sammenhenger med begrensede økonomiske rammer, er effektivitet og kvalitet helt avhengig av hverandre (Orvik, 2015).

Når flere og sykere pasienter skal behandles på et kommunalt nivå medfører dette et økte kostnader (Førland, 2014). Som et svar på et ineffektivt hierarkisk byråkrati og økende kostnader har NPM gjort seg sterkt gjeldene i ulike reformer de siste ti årene (Kristiansen, 2016). Flere forskere har viet mye oppmerksomhet til NPM fordi ideene bryter radikalt med etablerte offentlige styringsidealer (Lysestøl & Meland, 2012). På bakgrunn av at NPM vektlegger mål- og resultatstyring, med fokus på kostnadskutt og effektiv ressursutnyttelse, blir et hovedmål at de økonomiske rammene overholdes, hvor mål knyttet til kvalitet i tjenestene kommer i andre rekke (Ingstad, 2010). NPM blir blant annet kritisert for å komme i konflikt med de etiske verdiene og normene sykepleiere har i sin rolle som profesjonelle yrkesutøvere. Ved å redusere handlingsrommet for utøvelse av faglig skjønn, har NPM blant annet ført til at sykepleierne får mindre plass til å ta individuelle hensyn og til å yte fleksible og helhetlige tjenester (Kassah, Nordahl-Pedersen, et al., 2014). I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det at: "Sykepleieren ivaretar den enkeltes pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til å ikke bli krenket" (Sykepleierforbund, 2016).

Når effektivisering og omstillinger fordrer de ansatte til å kontinuerlig redusere på kostnadene, kan dette bli et ideal som er vanskelig å strekke seg mot (Ingstad, 2010). Studien til Kleiven, Kyte og Kvinge (2016) viser til samme funn. I studien fremkommer det at sykepleiere opplever at verdiene får trange kår i møte med en arbeidshverdag som er styrt av ytre krav og rammer, og som preges av effektivitet. På bakgrunn av dette viser resultatene i studien at sykepleierne ble mer oppgavesentrert etter at NPM ble innført. Det gis uttrykk for at sykepleierne i større grad prioriterer oppgaver som man blir målt og kontrollert på, som medisinerings og lovpålagte oppgaver. Som følge av denne prioriteringen vil dette på sikt kunne gi mindre plass til omsorgsperspektivet. Da vil viktige aspekter i god og helhetlig sykepleie som å ivareta pasientenes grunnleggende og psykososiale behov, samt aktivitet vil kunne bli nedprioritert. Det er viktig å poengtere at styringsredskaper som NPM ikke erstatter den eksisterende praksisen, men at den ofte fungerer som et tilleggsverktøy. Konflikten oppstår i stor grad av at idé- og verdigrunnlaget i NPM er med på å skape spenninger i utførelsen av arbeidet, da den står i kontrast til de tradisjonelle profesjonsverdiene som er opptatt av kvalitet fremfor effektivitet i arbeide som utføres (Kristiansen, 2016).

Både studien til Ingstad (2010) og Kleiven et al. (2016) fremhever tidspress og mangel på ressurser som viktige årsaker til at de opprinnelige idealene får trange kår. Når sykepleierne har et større fokus på utføre konkrete oppgaver de blir målt og kontrollert på, vil dette i tillegg til å gi mindre plass til et helhetlig pasientfokus, påvirke kvaliteten i pasientarbeidet og gi en mer funksjonell rolleforståelse (Kleiven et al., 2016). Når prioriteringer omhandler å få mest mulig ut av tilgjengelige ressurser, hvor det samtidig foreligger et krav om en tjeneste av god kvalitet kan det oppstå store konsekvenser for hvordan omsorgen gis (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). For sykepleierne innebærer dette daglig vanskelige prioriteringer, der grenser for hva som oppleves for god utøvelse av sykepleie utfordres. Med begrensede tidsressurser vil dette stille store krav til sykepleierne og føre til et prioriteringsdilemma hvor sykepleiere kanskje vil måtte ta beslutninger ut ifra hvem som trenger hjelpen mest (Killie & Debesay, 2016). Innenfor omsorgsetikken vektlegges relasjonen mennesker imellom og hvilket ansvar sykepleiere har ovenfor sine medmennesker. Dette innebærer at beslutninger sykepleiere står ovenfor skal bygge på en moralsk rasjonalitet (Kristoffersen & Nortvedt, 2016), hvor avgjørelser sykepleiere må ta skal være av hensyn til pasientene og ikke ut ifra egne preferanser eller behov (Kim, 2015). Med en praksis hvor sykepleiere utfører handlinger og tar beslutninger ut ifra et kostandsperspektiv vil dette kunne komme i konflikt med de moralske verdiene.

Når ytre krav blir så dominerende at sykepleiere må gå på tvers av de sentrale sykepleie- og omsorgsverdiene, vil dette kunne ha stor betydning for hvordan pasientene opplever kvaliteten på tjenestene. I praksis innebærer en oppgavesentrert tilnærming at sykepleiernes profesjonelle fokus blir mindre pasientsentrert (Kleiven et al., 2016), noe som vil gi mindre plass for brukermedvirkning. Dette står ikke i harmoni med samhandlingsreformens intensjoner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009), samt at det kan komme i konflikt med pasientens verdighet, som definert i verdighetsgarantien (2010). Et viktig poeng her er at pleien og omsorgen sykepleiere skal gi ikke er etisk forsvarlig derfor pasientens verdighet og integritet blir krenket (Slettebø, 2014). Likevel viser studien til Kleiven et al. (2016) at sykepleiere er klar over denne konflikten og at de i en presset arbeidshverdag blir enda mer bevisste over sine etiske verdier. Dette viser at sykepleierens kjerneverdier lever i sykepleierens bevissthet, hvor blant annet omsorg, empati og en respektfull væremåte ovenfor pasientene oppfattes som sentralt for sykepleieidentiteten. Et viktig aspekt i denne sammenheng vil være at sykepleierens verdigrunnlag vil kunne forsvinne om omsorgsperspektivet med fokus på pasientsentrert sykepleie og relasjonsbygging over tid får mindre plass. På sikt vil dette kunne føre til at sykepleiere i mindre grad fokuserer på empati og omsorg ovenfor pasientene. For å motvirke en slik utvikling, bør de økonomiske ramme gitt av helsevesenet inkludere en ivaretagelse sykepleierens grunnleggende verdier og som setter pasientens behov i fokus (Kleiven et al., 2016).

Avslutningsvis vil jeg legge til at man må likevel se på effektivisering som en positiv utvikling i dagens helsevesen. Ved å behandle flere pasienter, blir ventelistene kortere. Dette fører til at flere pasienter med behov for helsehjelp vil få tilbud om dette. Kari Martinsen omtaler en slik travelhet for "god travelhet", hvor travelheten tar sikte på å ivareta pasienten på best mulig måte (Nydal et al., 2016).

6 Avslutning

Jeg har i denne oppgaven drøftet problemstillingen: "Hvilke utfordringer møter sykepleiere på korttidsavdeling etter innføring av samhandlingsreformen?".

Forskning og litteraturen viser at samhandlingsreformen i stor grad har skapt flere utfordringer for sykepleiere som arbeider ved korttidsavdelinger. NPM-inspirerte reformer og samhandlingsreformen har ført til en omorganisering av helse- og omsorgstjenestene hvor sykehjemmene har blitt gjenstand for flere nye spesialfunksjoner. På grunn av kortere liggetid på sykehusene mottar korttidsavdelingene nå flere pasienter med alvorlige og komplekse lidelser. Dette har ført til at sykepleiere til stadighet tildeles flere og nye arbeidsoppgaver. Nye arbeidsoppgaver vil kunne skape økt motivasjon og utfordringer sykepleierne kan vokse på, men når det verken tildeles mer tid eller ressurser fører dette til at sykepleierne opplever et økt arbeidspress. Et økt arbeidspress i tillegg til mangel på tid har ført til at sykepleierne prioriterer oppgaver de blir målt og kontrollert på, som medisinske prosedyrer og andre lovpålagte oppgaver. Viktige sykepleieoppgaver som observasjoner og vurderinger av pasientens helsetilstand blir derfor ofte overlatt til personell med mindre kompetanse, noe som vil gi det helhetlige omsorgsperspektivet mindre plass og som kan true pasientsikkerheten. En overføring av spesialiserte oppgaver stiller også større krav til kommunens fagpersonell, men kommunene har i liten grad prioritert et kompetanseløft etter innføring av samhandlingsreformen. I et forsøk på å imøtekomme pasientenes behov tar sykepleierne selv ansvar for å tilegne seg kunnskap og sette seg inn i nye prosedyrer. Sykepleieren sitter derfor med et stort ansvar hvor de opplever et gap mellom pasientens behov og midlene de har til rådighet for å møte disse. Kravet til effektivisering og stramme økonomiske rammer fører til prioriteringsdilemmaer som gjør det utfordrende for sykepleierne å yte omsorgsfull hjelp som er forenlig med de yrkesetiske retningslinjene og omsorgsverdiene sykepleie bygger på.

7 Litteraturliste

- Befring, A. K. (2015). Helsereformer og samhandlingsreformen. I *Helsepolitikk og ledelse : styringssystemet for staten, velferdsstaten og helsetjenesten* (s. 88-101). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Bredland, E. L., Linge, O. A. & Vik, K. (2011). *Det handler om verdighet og deltakelse: Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bruvik, F., Drageset, J. & Abrahamsen, J. F. (2017). Fra sykehus til sykehjem-hva samhandlingsreformen har ført til. *Sykepleien Forskning*, 12.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.60613>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. & Trygstad, H. (2017). Kilder og kildekritikk. I *Metode og oppgaveskriving* (6. utg., s. 149-165). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fagertun, A., Ågotnes, G. & Isaksen, J. (2018). Spenningsfeltet mellom standardisering, variasjon og prioritering i norske sykehjem. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(02), 143-152. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-02-10>
- Flovik, A. M. & Rokseth, T. (2015). Kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 271-296). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Førland, O. (2014). Fagutvikling og praksisutvikling i kommunale helse- og omsorgstjenester. I G. Haugan & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i spesialisthelsetjenesten* (s. 225-241). Oslo: Cappelen Damm.
- Hauge, S. (2014). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 265-283). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Haukelien, H., Vike, H. & Vardheim, I. (2015). *Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse-og omsorgstjenestene: Sykepleieres erfaringer* (TFrapport nr. 362). Hentet fra <http://www.tmforsk.no/publikasjoner/start.asp?merket=5>
- Haukelien, H. & Wyller, T. B. (2017). Når alle gode krefter drar i feil retning. I H. Haukelien & T. B. Wyller (Red.), *Ny Helsepolitikk: Det finnes løsninger* (s. 11-27). Oslo: Dreyers Forlag.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). *Mestring, muligheter og mening: Framtidas omsorgsutfordringer* (St.meld. nr. 25 2005-2006). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-25-2005-2006-/id200879/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (St.meld. nr. 47 2008-2009).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *God kvalitet – trygge tjenester: Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten* (Meld. St. 10 2012–2013). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015a). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* (Meld. St. 26 (2014–2015)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015b). *Omsorg 2020: Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2fbc9cb7/omsorg_2020.pdf
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

- Holter, I. M. (2015). Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 107-118). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Ingstad, K. (2010). Arbeidsforhold ved norske sykehjem — idealer og realiteter. *Nordic Journal of Nursing Research*, 30(2), 14-17.
<https://doi.org/10.1177/010740831003000204>
- Kassah, B. L. L., Kassah, A. K. & Johansen, L. I. (2014). Makt - et viktig begrep for å forstå utfordringer som følger av samhandlingsreformen. I B. L. L. Kassah, W.-A. Tingvoll & A. K. Kassah (Red.), *Samhandlingsreformen under lupen: Kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene* (s. 33-47). Bergen: Fagbokforlaget.
- Kassah, B. L. L., Nordahl-Pedersen, H. & Tønnessen, S. (2014). Vilkår for samhandling og et helhetlig pasientperspektiv i helse- og omsorgstjenestene. I B. L. L. Kassah, W.-A. Tingvoll & A. K. Kassah (Red.), *Samhandlingsreformen under lupen: Kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene* (s. 189-202). Bergen: Fagbokforlaget.
- Kassah, B. L. L., Tønnessen, S. & Tingvoll, W.-A. (2014). Samhandlingsreformen - utfordringer, løsninger og implikasjoner. I B. L. L. Kassah, W.-A. Tingvoll & A. K. Kassah (Red.), *Samhandlingsreformen under lupen: Kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene* (s. 51-64). Bergen: Fagbokforlaget.
- Killie, P. A. & Debesay, J. (2016). Sykepleieres erfaringer med samhandlingsreformen ved korttidsavdelinger på sykehjem. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 12(2).
<https://doi.org/10.7557/14.4052>
- Kim, H. S. (2015). Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn – det kunnskapsfilosofiske grunnlaget (I. M. Holter, Overs.). I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 145-155). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Kirkevold, M. (2016). Pasientsikkerhet og kvalitet i sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., s. 267-309). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Kleiven, O. T., Kyte, L. & Kvigne, K. (2016). Sykepleieverdier under press? *Nordisk sykeplejeforskning*, 6(04), 311-326. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2016-04-03>
- Kristiansen, M. (2016). *Contradictory management requirements and organisation of daily work in Norwegian nursing homes* (Doktorgradsavhandling, UiT Norges arktiske universitet). Hentet fra <https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/9919/thesis.pdf>
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie?: Sykepleie – fag og funksjoner. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., s. 15-27). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2016). Pasient og sykepleier – verdier og samhandling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., s. 89-138). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.* (FOR-2003-06-27-792). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>
- Lillemoen, L. (2015). Etikk i sykepleien. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (s. 297-338). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Lysestøl, P. M. & Meland, E. A. (2012). *Velferdsstatens økonomi: Innføring i samfunnsøkonomi for helse- og sosialfagsstudenter* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Magnussen, S. & Tingvold, L. (2018). Økt spesialisering og differensiering i sykehjem. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(2), 153-164. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-02-11>

- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk-filosofiske essays*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Norheim, K. H. & Thoresen, L. (2015). Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien – på rett sted til rett tid? *Sykepleien Forskning*, 10(1), 14-22.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.53343>
- Nydal, I., Åsmo, K., Dybvik, T. K. & Torheim, H. (2016). Stressa sykepleiere i kommunene. *Sykepleien*, 104(3), 68-70. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.56777>
- Nylenna, M. (2014). *Helsetjenesten i Norge – Et overblikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk Kompetanse* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Pedersen, K. R. & Tingvoll, W.-A. (2014). Kompetanseutfordringer i sykehjem - en studie basert på sykepleieres erfaring fra hverdagssituasjoner. I B. L. L. Kassah, W.-A. Tingvoll & A. K. Kassah (Red.), *Samhandlingsreformen under lupen: Kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene* (s. 87-101). Bergen: Fagbokforlaget.
- Riksrevisjonen. (2016). *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. Dokument 3:5 (2015–2016)*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Slettebø, Å. (2014). Juridiske rammer og etiske utfordringer. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 212-224). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sykepleierforbund, N. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Tingvoll, W.-A., Kassah, B. L. L. & Kassah, A. K. (2014). Helse- og omsorgstjenestene - et overblikk. I B. L. L. Kassah, W.-A. Tingvoll & A. K. Kassah (Red.), *Samhandlingsreformen under lupen: Kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene* (s. 17-29). Bergen: Fagbokforlaget.

Tønnessen, S. (2013). Faglige forutsetninger for forsvarlighetsbegrepet. *Sykepleien Forskning*, 8(2), 188-161. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0057>

Verdighetsgarantien. (2010). *Forskrift om en verdig eldreomsorg* (FOR-2010-11-12-1426).
Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426>