



## **Et sykehjem skal være et godt sted å bo!**

*Hvilke utfordringer har samhandlingsreformen medført for sykepleie i sykehjem?*

**HØYSKOLEN DIAKONOVA**

*Bachelor i Sykepleie*

**Modul 11: Bacheloroppgave**

**Kandidatnummer: 229**

**Antall ord: 8585**

**Dato: 30.05.2017**

**Tillater du at artikkelen blir publisert i Brage?**

<http://www.diaconova.no/ny-forside/hoyskolen/for-studenter/skjemaer>

**Ja, jeg tillater (sett kryss)**

X

# Innholdsfortegnelse

<b>1 Innledning</b>	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemstilling	3
1.3 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans	3
1.4 Avgrensninger	4
1.5 Begrepsavklaringer	4
1.6 Oppgavens oppbygging	5
<b>2 Metode</b>	<b>6</b>
2.1 Beskrivelse av fremgangsmåten	6
2.2 Kildekritikk	8
<b>3 Presentasjon av forskningslitteraturen</b>	<b>10</b>
<b>4 Teori</b>	<b>12</b>
4.1 Sykepleie til pasienter på sykehjem	12
4.1.1 Omsorg i sykepleie	13
4.1.2 Omsorg 2020	15
4.3 Organisering av helse- og omsorgstjenesten	15
4.4 Lover, forskrifter og yrkesetiske retningslinjer	18
<b>5 Drøfting</b>	<b>20</b>
<b>5.1 Organiseringen av helse- og omsorgstjenestene i lys av NPM og samhandlingsreformen</b>	<b>20</b>
<b>5.2 Utfordringene for sykepleie i sykehjem</b>	<b>23</b>
<b>6 Konklusjon</b>	<b>27</b>
<b>7 Litteraturliste</b>	<b>28</b>

# 1 Innledning

Eldreomsorgen i Norge har endret seg kontinuerlig siden den ble en del av den offentlige velferdspolitikken etter andre verdenskrig. På 1970- tallet vokste den kommunale helse-og omsorgstjenesten frem. På 1990- tallet ble eldreomsorgen en del av en internasjonal reformtrend, kjent som New Public Management (NPM), og omstillingstakten økte. Målet med reformene var å bruke ressursene mer effektivt, men samtidig tilpasse tjenestene bedre til pasienten (Ingstad, 2010). Et av dagens og fremtidens store omsorgsutfordringer er knyttet til den sterkt voksende eldrebefolkningen (St.meld. nr. 25 (2005-2006), 2006). Det vil bli flere eldre, samtidig som det blir færre i yrkesaktiv alder (Halvorsen, Stjernø & Øverbye, 2013). Det er beregnet å være en dobling av antall 80 åringer i 2040, sammenliknet med i dag. Mange vil trenge omsorg fra det offentlige. De eldre vil ha flere kroniske lidelser som diabetes, kols, kreft og psykiske lidelser. De vil ha flere sammensatte sykdommer, som stiller store krav til helsepersonellet ute i kommunene. Samhandlingsreformen ble innført for å møte disse utfordringene. Et av tiltakene er at veksten i behov må i størst mulig grad håndteres i kommunehelsetjenesten (Kristoffersen, Skaug & Nortvedt, 2011). Jeg ønsker å se nærmere på hvordan samhandlingsreformen har håndtert disse utfordringene, samtidig vil jeg se på hvordan reformen har påvirket sykepleien og den omsorgen som gis til pasienter på sykehjem.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Samhandlingsreformen, som ble innført i 2012, hadde som mål å sikre gode og bærekraftig helse- og omsorgstjenester. Tanken var at helsetjenestene skulle gis med fokus på det helhetlige behovet til hver pasient og at de skulle få et sammenhengende pasientforløp (Kristoffersen et al., 2011). Reformen var opptatt av å overføre behandlingsansvaret nærmere pasientens bosted. Dette gjorde at kommunehelsetjenesten fikk mer ansvar for å lette trykket på spesialisthelsetjenesten (Bruvik, Drageset & Abrahamsen, 2017). Det skulle bidra til mer effektiv ressursbruk, samt at behovene skulle bli mer tilpasset pasienten. Levere bedre tjenester til en lavere kostnad. Forskning viser likevel at slike reformer har skapt utfordringer vedrørende manglende ressurser og dårligere arbeidsforhold fordi kravende om effektivitet ikke forenes med normene sykepleiere har i sin rolle som profesjonelle yrkesutøvere (Ingstad,

2010). Etter at kommunene ble pålagt til å betale for kostnadene til utskrivningsklare pasienter på sykehus fra dag en, i påvente av et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud, viser undersøkelser at særlig liggetiden til eldre på sykehus er redusert (Riksrevisjonen, 2015). Kortere liggetid har bidratt til at de pasientene som skrives ut raskere, ofte har større hjelpe og omsorgsbehov enn tidligere. Det stiller større krav til kommunenes fagpersonell når overføringen av spesialiserte oppgaver overflyttes til dem (Ingstad, 2013). Forskning viser at reformene påvirker organiseringen og arbeidsforholdene i norske sykehjem (Kristiansen, 2016). Med stadig flere eldre og sykere pasienter, samt nye lovpålagte krav og nasjonale retningslinjer, får sykepleiere nye og flere arbeidsoppgaver i sykehjem. Dette fører til at sykepleiere kan oppleve et sprik mellom det de eldre pasientene har behov for og de ressursene som en har til å møte disse behovene på en forsvarlig måte (Nydal, Åsmo, Dybvik & Torheim, 2016).

God omsorg oppstår i samspillet mellom helsepersonell, og mellom personell og pasientene. Kvaliteten på omsorgen bestemmes av kunnskapene, ferdighetene, holdningene og de personlige egenskapene til helsepersonellet. Omsorgstjenesten er derfor svært sårbar når fokuset på lave kostnader og krav om effektivisering ofte fører til lavere personelldekning, lavere kompetanse og dårligere arbeidsforhold, som gjør at pleietrengende eldre ikke får den hjelpen de trenger (St.meld. nr. 25 ( 2005-2006), 2006).

Som snart ferdig utdannet sykepleier fra Høyskolen Diakonova, hvor vi har hatt mye fokus på hvordan vi skal gi helhetlige pleie og omsorg til pasientene, har det vært vanskelig å akseptere det store spriket mellom teori og praksis. I løpet av sykepleierutdanningen har jeg hatt praksis på ulike sykehjem. I tillegg har jeg jobbet som ekstravakt på et sykehjem i to sommerferier. Følelsen av utilstrekkelighet og dårlig samvittighet har jeg kjent på hver gang. Fra mitt synspunkt stilles det for store krav til hva sykepleiere skal gjøre på et sykehjem, ut i fra de ressursene som er tilgjengelige. De må alltid prioritere og det er mange viktige arbeidsoppgaver som blir prioritert bort. Jeg er svært engasjert i eldreomsorgen og er bekymret for at omsorgen skal bli borte. Dette understøttes av forskning, hvor det viser seg at sykepleiere klarer å ivareta pasientenes primærbehov, men at de har for liten tid til ivareta omsorg og sosial kontakt (Haukelien, Vike & Vardheim, 2015). Dette er grunnen til at jeg

ønsker å se nærmere på hvilke utfordringer samhandlingsreformen gir for sykepleien knyttet opp mot omsorg og pasienter på sykehjem.

## **1.2 Problemstilling**

*Hvilke utfordringer har samhandlingsreformen medført for sykepleie i sykehjem?*

## **1.3 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans**

I lovverket og i etiske retningslinjer for sykepleiere fremheves det at respekt for pasientens integritet og verdighet er sentrale verdier som skal ivaretas i sykepleie til den gamle pasienten. Mange gamle er ikke i stand til selv å ivareta sine rettigheter. Det kan føre til at de får et dårligere tilbud enn det som de har krav på. Derfor har sykepleiere et særlig ansvar for at et faglig forsvarlig pleietilbud blir gitt. En sykepleier må ha kompetanse til å kunne argumentere for og ivareta rettigheter og behov hos den gamle pasienten (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2014).

Hvordan blir morgendagens eldreomsorg? Det kommer stadig nye reformer, lover og forskrifter, som omtaler ord som omsorg, kvalitet, kompetanse og samhandling. Likevel har jeg observert og leser stadig artikler om lav bemanning, mange avvik og lav kompetanse i eldreomsorgen. Ingen av sykepleierstudentene fra Diakonova jeg har snakket med, ønsker å jobbe på sykehjem når de er ferdig utdannet. Likevel er det i kommunen, på sykehjem og hjemmetjenesten det er størst behov for oss. Flere av sykepleierne jeg har møtt i praksis på sykehjem og i hjemmetjenesten har vært så overbelastet at de har hatt lite å gi til pasientene. Jeg er redd for at den helhetlige omsorgstenkningen, idealene vi lærte om på skolen, skal bli borte, da den moderne helsetjenesten ikke gir rom for dette. Jeg brenner for en god eldreomsorg og jeg mener at for å gi omsorg til syke eldre kreves det faglig kompetanse. Så jeg er opptatt av at omsorgen blir en del av det faglige området innenfor eldreomsorgen. Derfor ønsker jeg å se nærmere på hvordan slike reformer påvirker sykepleieren og deres arbeid på sykehjem. Jeg håper at denne bacheloroppgaven kan være med på å øke innsikt og

fokus på omsorgsarbeidet til gamle. I løpet av denne arbeidsprosessen ønsker jeg å tilegne meg kunnskaper som kan styrke mitt fremtidige omsorgsarbeid som sykepleier innenfor det lite avgrensede sykepleiefeltet og de trange rammene vi står ovenfor.

## **1.4 Avgrensninger**

I denne oppgaven ligger fokuset mitt på sykepleierne og utfordringene de møter på et sykehjem etter at samhandlingsreformen ble innført. Jeg ønsker å se oppgaven ut fra et sykepleieperspektiv. Jeg har valgt å omtale den eldre som mottar tjenester for pasienten og ikke bruker eller beboer, da de eldre på sykehjem har behov helsehjelp. På grunn av oppgavens størrelse og fokus har jeg ikke lagt vekt på pårørende, selv om de i aller høyeste grad er viktige i omsorgsarbeidet til pasienten og en viktig ressurs for sykepleiere i sykehjem. Jeg nevner litt om sykehjem som institusjon og sykehjemspasienten, men vil ikke gå i dybden av pasientenes grunnleggende behov.

## **1.5 Begrepsavklaringer**

Samhandlingsreformen: Rett behandling- på rett sted- til rett tid. Samhandlingsreformen er en reform som tar for seg dagens og fremtidens helse- og omsorgsutfordringer (St.meld. nr. 47 (2008-2009), 2009). Målet er å få til en sammenhengende, koordinert og velfungerende helsetjeneste og samhandlingsreformen beskriver nødvendige grep innenfor finansiering og organisering for å kunne realisere dette målet (Kristoffersen et al., 2011).

Sykehjem: Sykehjem fungerer i dag som et hjem for eldre mennesker, som ikke lenger klarer seg hjemme, fordi de har blitt for hjelpetrgende (Kristoffersen et al., 2011).

New Public Management (NPM): En ideologi som innebærer at bedriftsøkonomisk logikk i privat sektor tas i bruk i offentlig sektor, hvor målet er å styrke styringen, effektiviteten og produktiviteten (Halvorsen et al., 2013).

Begrepene blir videre utdypet i teorikapittelet.

## **1.6 Oppgavens oppbygging**

Oppgaven er fordelt i seks kapitler. En innledning, metodedel, teoridel, forskningsdel, drøfting og en konklusjon. Innledningsvis i dette kapittelet vil jeg presentere tema og problemstilling, valg, oppgavens hensikt og avgrensning, samt en begrepsavklaring for å gi leseren en forklaring av hva jeg legger i de ulike begrepene i problemstillingen. I kapittel 2 beskrives metoden som er brukt, beskrivelse av fremgangsmåten og kildekritikk. I kapittel 3 presenteres den valgte forskningslitteraturen i korte trekk. I kapittel 4 som omfatter oppgavens teoridel, presenterer jeg relevant litteratur og forskning som danner grunnlag for drøftingskapittelet. Kapittel 5 er drøftingsdelen hvor jeg drøfter teori og forskning sammen med egne erfaringer for å vise hvordan samhandlingsreformen har påvirket sykepleien i sykehjem. Til slutt i kapittel 6 vil jeg forsøke å komme frem til en konklusjon av problemstillingen.

## 2 Metode

Metoden er et redskap som vil hjelpe oss til å samle inn data, altså den informasjonen vi trenger til oppgaven vår (Dalland, 2012). Metode deles gjerne inn i to hovedkategorier, kvalitativ metode og kvantitativ metode. Den kvantitative metoden baserer seg på å innhente data ut fra målbare enheter, mens den kvalitative metoden kjennetegnes ved at den fanger opp meninger og opplevelser som ikke lar seg måle eller tallfeste (Dalland, 2012).

Undersøkelsesmetoden er den fremgangsmåten som er brukt til å undersøke det faglige problemet (Rienecker, Jørgensen & Skov, 2013). I denne oppgaven er litteraturstudie brukt som metode. Litteraturstudie er en kvalitativ metode (Dalland, 2012). I en litteraturstudie studerer en allerede eksisterende litteratur presentert i bøker og artikler (Støren, 2013). Ved bruk av litteraturstudie som metode vil jeg derfor finne eksisterende litteratur om temaet jeg har valgt, velge ut data som er relevant for min problemstilling, bearbeide og drøfte funnene (Dalland, 2012).

### 2.1 Beskrivelse av fremgangsmåten

I oppgaven har jeg brukt litteratur fra pensum, andre fagbøker, forskningsartikler, to store undersøkelser og offentlige dokumenter. Jeg har benyttet meg av biblioteket på Høyskolen Diakonova og fått hjelp hos veileder og skolens bibliotekar. Jeg har søkt i ulike databaser som SweMed+, Google Scholar og sykepleien.no. For å finne aktuelle lover og forskrifter har jeg søkt på lovdata.no og på nsf.no hvor jeg søkte frem de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.

Jeg søkte på sykepleien.no med søkeord ”samhandlingsreformen” og fikk 398 treff. Så avgrenset jeg søket til forskning og fikk 55 treff. Av de 55 var det fem forskningsartikler jeg fant relevante, da de omhandlet eldre på sykehjem. Den artikkelen jeg valgte var ”*Fra sykehus til sykehjem\* hva samhandlingsreformen har ført til*” av Bruvik, Drageset & Abrahamsen (2017). Den omhandlet konkret det temaet som jeg ønsket å undersøke nærmere. I samme søket fant jeg også fagartikkelen ”*Stressa sykepleiere i kommunen*” (2016) av Nydal, Åsmo, Dybvik & Torheim, som har vært med å understøttet noen poenger i oppgaven min.



Videre søkte jeg i SweMed+ på ordet omsorg, med en avgrensning til ”peer reviewed” og ”les online”, da fikk jeg 915 treff. En kombinasjon av dette søket med avgrensningene ”nursing homes”, ”aged” og ”norsk” ga 106 treff. Jeg leste overskriftene på alle treffene og slik fant jeg doktorgradsavhandlingen *”Contradictory management requirements and organisation of daily work in Norwegian nursing homes”* (2016) av Margrethe Kristiansen. Etter å ha lest sammendraget, fant jeg denne artikkelen relevant da den omhandlet NPM- inspirerte reformer og hvilke muligheter og begrensninger de har fått for organiseringen i sykehjem.

Videre søk med de samme avgrensningene som over, men med ideal i stedet for omsorg ga 1 treff. Det var artikkelen *”Arbeidsforhold ved norske sykehjem –idealer og realiteter”* (2010) av Kari Ingstad. Denne artikkelen hadde jeg sett gå igjen på flere litteraturlister både i fagartikler og forskningsartikler. Artikkelen omhandlet arbeidsforholdene på norske sykehjem i påvirkning av NPM- reformer og var svært relevant.

På google scholar søkte jeg på disse forskjellige søkeordene: ”samhandlingsreformen”, ”omsorg”, ”sykepleie til eldre på sykehjem”, ”ideal og realitet” og ”sykepleieverdier”. Med det siste søkeordet dukket artikkelen *”Sykepleieverdier under press?”* (2016) av Kleiven, Kyte & Kvigne opp. Etter å ha lest sammendraget, fant jeg den svært relevant for min oppgave.

Telemarksforskning har på vegne av Norsk Sykepleierforbund gjennomført en undersøkelse, hvor de undersøker konsekvensene av samhandlingsreformen. Den heter *”Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Sykepleieres erfaringer”* (2015) av Haukelien, Vike & Vardheim. Jeg fikk anbefalt den av min veileder. Den har mange viktige punkter om samhandlingsreformen og jeg har valgt å ta den med i min drøfting.

En stor undersøkelse fra Riksrevisjonen *”Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen”* (2015) fikk jeg også anbefalt av min veileder. Den er svært relevant da den omhandler samhandlingens foreløpig påvirkning, utfordringer og konsekvenser.

Jeg har tatt med deler av Omsorg 2020 som er regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020, i min teoridel. Den omfatter viktige tiltak for å styrke kompetansen og kvaliteten i omsorgstjenestene. Denne fant jeg på regjeringen.no.

På slutten av prosessen, var jeg på biblioteket for å finne St.meld .nr. 47, samhandlingsreformen og da fant jeg samtidig en bok som het ”*Samhandlingsreformen under lupen*” (2014). Det er en forskningsbasert vitenskapelig antologi, hvor jeg har valgt å ta med deler fra to kapitler i min drøftingsdel. Den første artikkelen heter ”*samhandlingsreformen- utfordringer, løsninger og implikasjoner*” (2014) skrevet av Kassah, Tønnessen & Tingvoll. Den andre artikkelen heter ”*Kompetanseutfordringer i sykehjem- en studie basert på sykepleieres erfaring fra hverdagssituasjoner*” (2014) skrevet av Pedersen & Tingvoll.

## **2.2 Kildekritikk**

Kildekritikk handler om å vurdere og karakterisere den litteraturen som er benyttet i oppgaven, samt vise at en har holdt seg kritisk til kildene som er blitt brukt (Dalland, 2012).

For å finne teori til min oppgave startet jeg med å se i relevant pensumlitteratur. Denne pensumlitteraturen er kvalitetssikret fra høyskolen. Bøkene som ikke er fra pensum, er fra anerkjente forlag og jeg har valgt å stole på at de er av høy kvalitet. Endel av bøkene er sekundærkilder, da jeg ikke har hatt tilgang på primærkildene. Alle bøkene jeg har brukt i min oppgave er mindre enn 10 år gamle, unntatt boken ”*Omsorg, sykepleie og medisin*” av Martinsen fra 2003, som er en primærkilde.

Jeg anser databasene som jeg har brukt, som pålitelige kilder, da de er anbefalt av skolen. Alle artiklene jeg har funnet er vitenskapelige artikler og fagfellevurderte, så jeg anser disse som troverdige og pålitelige. Alle artiklene er fra de tre siste årene, unntatt Ingstad sin studie fra 2010. Jeg har likevel ansett den for relevant i dag. Tre av artiklene jeg har valgt å presentere er kvalitative og har små utvalg noe som kan gjøre det vanskelig å generalisere. Den siste artikkelen er en retrospektiv studie med et kvantitativt uttrykk. En av artiklene er engelskspråklig, det har vært noe utfordrende å oversette og det kan ha medført feil ved

fortolkning av teksten. Alle artiklene har sykepleiefaglig relevans. Det har vært tidkrevende å sette seg inn i alle treffene jeg fikk opp når jeg søkte i relevant litteratur. Det har også vært utfordrende å velge ut de riktige artiklene for oppgaven. Problemstillingen omhandler utfordringer ved samhandlingsreformen, jeg har likevel valgt å beskrive NPM i teorien og flere av artiklene omhandlet denne reformideologien, fremfor spesifikt samhandlingsreformen. Derfor valgte jeg å ta med undersøkelsen til Haukelien, Vike & Vardheim og undersøkelsen til Riksrevisjonen fordi den gikk direkte inn på samhandlingsreformen og dens utfordringer. Det gjordet også boken ”*Samhandlingsreformen under lupen*” (2014) som jeg fant på slutten av skriveprosessen.

### 3 Presentasjon av forskningslitteraturen

Dette kapittelet inneholder de fire forskningsartiklene jeg har valgt å presentere.

Artikkelen *"Arbeidsforhold ved norske sykehjem –idealer og realiteter"* (2010) av Kari Ingstad tar for seg sykepleiers jobbsituasjon på sykehjem med økende krav og begrensede ressurser. Hensikten med studien er å finne ut av hvordan endringer etter NPM har påvirket arbeidsforholdene ved norske sykehjem og hvordan sykepleiere mestrer disse arbeidsforholdene. Det er en kvalitativ studie hvor 22 sykepleiere ble intervjuet. Studien undersøker hvordan eldre utdannende sykepleiere takler alle de nye kravene de står ovenfor. Studien viser at for å takle situasjonen bruker sykepleierne forskjellige mestringsstrategier. Noen bruker idealene som rettesnor og forsøker å leve opp til disse ved å jobbe overtid, droppe pause og eventuelt gå ned i stilling. Andre bruker realiteten som rettesnor og aksepterer at de begrensede ressursene gjør at de ikke lenger kan leve opp til de etiske standardene.

Bruvik, Drageset & Abrahamsen har gjort en studie *"Fra sykehus til sykehjem\* hva samhandlingsreformen har ført til"* (2017). Det er en retrospektiv studie ved et sykehjem i Bergen, på en korttidsavdeling med 35 senger. Avdelingen tok i mot pasienter som etter en akutt sykehusinnleggelse, ikke kunne skrives ut til eget hjem. Studien inkluderte 363 pasienter med aldersspennet 70 til 103 år. Hensikten var å undersøke eventuelle forskjeller i populasjonen ved overføring fra sykehus til sykehjem, før og etter at samhandlingsreformen ble innført. Funnene viste at pasientene som flyttes fra sykehus til sykehjem etter samhandlingsreformen sammenlignet med situasjonen før, er eldre og har en kortere overlevelse. Dette kan ses i sammenheng med at pasientene som ble overført etter reformen hadde mer alvorlige, komplekse og behandlingskrevende sykdomstilstander enn de som ble overført før. Dette vil igjen medføre større pasientgjennomstrømning og utfordringer knyttet til mer uavklarte pasientforhold, for sykehjemmene.

Doktorgradsavhandlingen *"Contradictory management requirements and organisation of daily work in Norwegian nursing homes"* (2016) av Margrethe Kristiansen, ser på hvordan ansatte på sykehjem forholder seg til motstridende styringskrav i organiseringen av det daglige

arbeidet. Det er en kvalitativ studie, hvor det er gjennomført intervju og observasjoner av 18 ansatte i tre forskjellige sykehjem. Studien viser at de ansatte klarer å balansere faglige verdier med markedsideologiske styringskrav (NPM), ved å utvikle kreative arbeidsmåter.

Kreativiteten innebærer å etablere ulike mestringsstrategier og få en ny forståelse av sitt eget arbeid. Doktoravhandlingen kommer med ny kunnskap om hvilke effekter NPM- inspirerte reformer har og hvilke muligheter og begrensninger de har fått for organiseringen, i sykehjem.

Artikkelen *"Sykepleieverdier under press?"* (2016) av Kleiven, Kyte & Kvigne utforsker hvordan ytre rammefaktorer kan påvirke sykepleiernes prioriteringer i praksis, og hvilken betydning dette kan ha for sykepleieidentiteten. Det er en kvalitativ studie, hvor data er samlet fra fokusgruppeintervjuer med sykepleiere i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Intervjuene er fra 12 sykepleiere fra klinisk praksis, fra to forskjellige geografiske områder i Norge. I forskningen kom de frem til at ytre krav og rammer utfordrer de tradisjonelle sykepleieverdiene ved at man prioriterer det man blir målt og kontrollert på i arbeidshverdagen. Da nedprioriteres pasientens psykososiale behov og behovet for aktivitet. Selv munnstell og ernæring som anses for å falle innenfor rammen av nødvendig helsehjelp, kan bli lidende.

## 4 Teori

Dette kapittelet inneholder aktuell teori som er relevant i forhold til problemstillingen. Her kommer redegjørelse av sykepleie til pasienter på sykehjem og omsorg i sykepleie med utdrag fra Kari Martinsens omsorgsteori. Videre vil jeg redegjøre for organiseringen av pleie- og omsorgstjenesten, hvor jeg inkluderer en redegjørelse av NPM i kommunehelsetjenesten og samhandlingsreformen. Til slutt har jeg valgt å ta med gjeldene lover, forskrifter og yrkesetiske retningslinjer.

### 4.1 Sykepleie til pasienter på sykehjem

Sykepleie til den gamle pasienten handler primært om å forebygge og en har behov for å bruke hele den sykepleiefaglige kompetansen når en har sykehjemmet som arbeidsplass. Som sykepleier må en ha solid og oppdatert kunnskap om sykepleie, aldring, fysiske og psykiske sykdommer, samt om kognitiv svikt. Det kan være utfordrende å legge merke til endringer i helsetilstanden da symptomene hos eldre ofte er diffuse og uspesifikke. Kontinuerlige observasjoner er derfor viktig. På sykehjem har sykepleieren det overordnede ansvaret for å iverksette tiltak. For å kunne utføre og følge opp tiltakene skal vurderinger, tiltak og gitt pleie alltid dokumenteres. Dette er også nedfelt i helsepersonelloven (Kirkevold et al., 2014). Fall og fallskader, infeksjoner, trykksår, nyresvikt, blodpropp, ernæringssvikt, dehydrering og delirium er noe de gamle er spesielt utsatt for og hvor en som sykepleier kan være med å forebygge. Sykepleien handler også om å begrense prosessene som reduserer den gamle, ved å sørge for god ernæring og fysisk og mental aktivitet, samt å forebygge situasjoner som kan gi funksjonssvikt og sykdom. Pasientene på sykehjemmet har ofte komplekse sykdomstilstander som trenger aktiv medisinsk behandling. Det er sykepleier som har ansvaret for legemiddelhåndteringen, så sykepleier bør være kjent med pasientens diagnoser, hva de tar av forskjellige legemidler og hvorfor, slik at de kan observere effekt og eventuelle bivirkninger (Kirkevold et al., 2014).

Sykepleier skal ha respekt for pasientens verdighet, selvbestemmelse og styrke pasientens ressurser. For å kunne gi god kvalitet på sykepleie til pasienter på sykehjem er det viktig å

hjelpe pasientene med å mestre overganger. Slike overganger kan være når pasienten må flytte fra eget hjem til sykehjem eller overgangen fra å spise selv til å trenge hjelp til å få i seg mat og drikke. I denne fasen er pasientene spesielt sårbare og har behov for kyndig, omtenkstom og omsorgsfull sykepleie. En viktig del av sykepleieoppgavene på sykehjemmet er omsorg til døende. Pleie ved livets slutt skal inneholde en god og helhetlig omsorg som innbefatter tilpasset fysisk, psykisk og åndelig omsorg (Kirkevold et al., 2014).

Et sykehjem skal kunne tilby døgnkontinuerlig helse- omsorgstjenester. Målsetningene er å gi individuelt tilpasset pleie og omsorg med god kvalitet. Pasienten skal også få et riktig medisinsk utrednings- og behandlingstilbud. Et sykehjem skal være et godt sted å bo. Pasientene tilbringer hele døgnet på sykehjemmet, de spiser, sover og har sin fritid her. Sykehjemmet skal fungere som et hjem for mennesker som har blitt for hjelpetrengende til å klare seg hjemme og de fleste vil tilbringe den siste fasen av livet sitt der. Sykehjemspasienten kjennetegnes ved å ha en sterkt redusert funksjonsevne, de er ofte multisyke og ca. 80 % av pasientene har en demens sykdom (Kirkevold et al., 2014). Etter at samhandlingsreformen ble innført blir pasienter raskere utskrevet fra sykehus. Parallelt med dette har også terskelen for å bli innlagt blitt hevet. Da må sykehjemmene kunne gi et fullverdig behandlingstilbud til pasientene, slik at sykehusinnleggelse kan unngås. Dette stiller økte krav til sykepleiers kompetanse (Kristoffersen et al., 2011).

#### **4.1.1 Omsorg i sykepleie**

*”Omsorgsbegrepet kan ha flere dimensjoner. I tillegg til å beskrive selve arbeidet som blir utført, står begrepet for et ideal, en intensjon om å ha omtanke for og sørge for en annen. Omsorgsbegrepet omfatter både den hjelpen som blir gitt, måten den blir gitt på og relasjonen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker. Et omsorgsfullt utført arbeid er handlinger som er utført på en kompetent og faglig kyndig måte. Samtidig handler omsorg om å være «andreorientert», tilstede, bry seg om, forstå, vise medfølelse, ømhet og respekt – alt dette omsatt i praksis” (St.meld. nr.25, 2005-2006, s.39).*

I omsorgsarbeidet på sykehjem er ikke målet at pasienten skal bli selvhjulpen eller uavhengig, i følge den norske omsorgsforskeren Kari Martinsen (2003). Målet er heller å opprettholde et visst funksjonsnivå ved hjelp av det Martinsen kaller vedlikeholdsomsorg. Sykepleien er preget av å gjøre det så godt som mulig for pasientens her- og nå- situasjon. Noe som vil si at sykepleieren verken undervurderer eller overvurderer pasientens evne til selvhjulpenhet. Denne omsorgen har en større betydning for pasienten fordi situasjonen er preget av stillstand og tilbakegang. Vedlikeholdsomsorg kan være krevende og belastende for sykepleieren. Dette fordi pleiesituasjonen er preget av en intens nærkontakt over tid. I slike situasjoner, kan omsorgsyteren selv trenge støtte og omsorg fra andre. I institusjoner som sykehjem, med underbemanning og tidspress kan det være utfordrende å vise den omsorg til hverandre i personalgruppen, som ville være til hjelp for deres omsorg for andre (Martinsen, 2003).

Sykepleierens profesjonelle omsorg er basert på fagkunnskap, etikk og juridiske rettigheter. Fagkunnskap er en stor del av kompetansen til sykepleier og gjør det mulig å lese pasientens situasjon, behovet for hjelp, hvilken behandling som er nødvendig og hvilke tiltak en skal sette i gang (Kristoffersen et al., 2011). Fagkunnskapen er en viktig del av kompetansen som gjør det mulig for sykepleier å ivareta den syke på en omsorgsfull og kyndig måte. For å yte omsorg på pasientens premisser er det en forutsetning at sykepleier skaffer seg informasjon om hvordan pasienten opplever sin situasjon, hva den betyr for ham og hvorfor den er oppstått. Etikk innebærer valg av handling, når vi står i en situasjon og skal bestemme oss for en av flere mulige handlinger. I sykepleie er våre oppfatninger om hvilke handlinger som er riktige og gale, nært knyttet til sykepleiefagets verdier. I de yrkesetiske retningslinjene er det oppført en standard, visse kvalitetskrav for sykepleie. De kan imidlertid bare tjene som en veiledning, da den er av generell karakter. Den enkelte sykepleier må derfor ha et gjennomtenkt og bevisst forhold til retningslinjene for at disse skal forankres i ens egen yrkespraksis. Omsorgen sykepleieren skal utøve er ikke bare regulert i fagkunnskap og yrkesetikk, men også i lover. Jusen setter rammene som de sykepleiefaglige beslutningene må foregå innenfor. Lovverket er ofte basert på kulturelle verdier, sosiale normer og grunnleggende menneskerettigheter. I følge Martinsen er grunnholdningen som kjennetegner omsorg i sykepleie preget av moralsk og faglig vurdering, engasjement og innlevelse. I tillegg kjennetegnes yrkesmessig omsorg som aktiv handling til beste for den andre. Så omsorg er



både den måten pasienten møtes på og måten sykepleier handler på. Hun beskriver omsorg som det mest naturlige og grunnleggende i menneskets eksistens og samhandling, og er derfor også fundamentet i sykepleie. (Kristoffersen et al., 2011). Staten viser også at de er opptatt av omsorg. De har store ambisjoner innenfor helse og omsorg og ønsker en velfungerende eldreomsorg. Derfor har jeg her tatt med regjeringens plan for omsorg 2015-2020.

#### **4.1.2 Omsorg 2020**

I regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020, "Omsorg 2020" står det at den medisinske og pleiefaglige oppfølgingen og koordinering av tjenestene til pasienter i sykehjem, skal bedres. Videre står det at det er behov for en faglig omstilling og en heving av kompetansen i helse- og omsorgstjenesten, for å sikre bærekraftige og gode tjenester. Dette skal gjøres ved å øke andelen personell med helse- og sosialfaglig utdanning, større fokus på tverrfaglig samarbeid med flere faggrupper for å skape større faglig bredde. Pårørende og frivillige er en viktig ressurs og de trenger god veiledning. I tillegg skal det tilrettelegges for videreutvikling av kompetanse innenfor lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. Målet er også å styrke den aktive omsorgen, ved å sette sosiale og kulturelle behov i sentrum. Dette skal gjøres ved å etablere og iverksette individuelle tiltak slik at den enkelte pasienten får møtt sine sosiale, kulturelle og åndelige behov (helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

#### **4.3 Organisering av helse- og omsorgstjenesten**

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og lov om pasient- og brukerrettigheter legger rammene for kommunens helsetjenester. Personer som oppholder seg i kommunen og trenger hjelp, skal tilbys nødvendig helse- og omsorgstjenester. Dette ansvaret kommunen har, omfatter alle pasient og brukergrupper. Den eldre befolkningen utgjør en majoritet, og de fleste er over 80 år (Kirkevold et al., 2014). Kommunene står fritt i hvordan de ønsker å bygge opp, organisere og dimensjonere tjenestene, innenfor de rammene som er gitt av lovverket. Derfor kan tjenestene fremstå svært forskjellig fra kommune til kommune. Etter lov om kommunale helsetjenester skal alle kommuner tilby helsetjenester i hjemmet, plass på institusjon, personlig assistanse og avlastningstiltak. De skal også tilby muligheten for utredning, diagnostisering og behandling ved fastlegeordningen og sosial, psykososial og

medisinsk habilitering og rehabilitering. De senere år har det vært en utvikling av hjemmebaserte tjenester og mindre vekt på tjenester i institusjon. Dette skyldes delvis fordelingen av begrensede økonomiske ressurser og dels et syn på at de fleste mennesker, også gamle, har det best i sitt eget hjem forutsatt at de får nødvendige helse- og omsorgstjenester. Tjenestene gis da i form av hjemmehjelp, transporttjeneste, matombringning, forskjellige former av velferdsteknologi og hjemmesykepleie. Institusjonsomsorgens mest utbredte tilbud er langtidsopphold i sykehjem. Her har beboerne krav på heldøgns sykepleie- og omsorgstjenester, organisert legetjeneste, tannlegetjeneste og fysioterapitjeneste (Kirkevold et al., 2014).

Den moderne kommunale helse- og omsorgstjenesten som vokste frem på 1970-tallet, har vært i stadig endring for å møte samfunnets utvikling. Staten har jevnlig innført nye lover, reformer og tiltak for å styrke helsetjenesten, samt få kontroll på kostnadene. New Public Management (NPM) har preget organiseringen i kommunen de siste 30 årene (Tingvoll, Kassah & Kassah, 2014).

NPM, er en internasjonal styringsideologi, inspirert av styringsmodeller og styringsverktøy hentet fra privat sektor (Kristiansen, 2016). Det var en stadig økende vekst i behovet for helsetjenester i offentlig sektor og det ble behov for å effektivisere. Formålet til NPM har vært å effektivisere og fremme kvalitet, samt øke tilfredsheten hos pasienter (Orvik, 2015). For å nå slike mål vektlegger NPM konkurranse, mål- og resultatstyring, profesjonell ledelse, desentralisering og større vekt på sparsommelighet av offentlige ressurser (Ingstad, 2010). Mål- og resultatstyring i offentlige tjenester fokuserer på at resultater skal rapporteres, måles og vurderes. Slik blir det mulig å fastslå i hvilken grad de satte mål, oppnås. Profesjonell ledelse bygger på et prinsipp om at det er en leder som skal ha det helhetlige ansvaret for en enhet, med tydelige mål om kostnadskontroll, effektivitet og brukertilfredshet (Orvik, 2015). Gjennom å gi lederen makt til å lede og ha ansvaret for enhetens resultater, er tanken at dette vil øke leveransen på tjenester av god kvalitet. Målet med desentralisering har vært å bruke mer av ressursene direkte til tjenestene fremfor administrasjon, slik at arbeidsoppgaver og ansvar er overført fra sentrale ledd til de som leverer tjenestene. Dette er med på å minske avstanden mellom beslutningstaker og bruker (Ingstad, 2010).

Hvor NPM er en internasjonal, ideologisk reformbølge der ideen er å overføre prinsipper for ledelse og økonomisk styring fra privat til offentlig sektor, er samhandlingsreformen en retningsreform som har til hensikt å styrke samhandlingen i helse- og omsorgstjenesten og styrke helsefremmende og forebyggende arbeid (Orvik, 2015).

Samhandlingsreformen ble innført for å møte dagens og fremtidens helse- og omsorgsutfordringer (St.meld. nr. 47 (2008-2009), 2009). Helsesektorens kostnader har vokst enormt de siste årene. Flere kroniske lidelser er i sterk vekst. Pasienter med sammensatte lidelser får ikke god nok oppfølging og det er et behov for et helsepersonell som samarbeider tettere og mer tverrfaglig. Det er også beregnet å være en fordobling av antall 80 åringer i 2040, sammenliknet med i dag (Kristoffersen et al., 2011). Målet til samhandlingsreformen er å sikre at pasienter får rett behandling, på rett sted og til rett tid. Slik at et helhetlig pasientforløp ivaretas, i størst mulig grad, innenfor det beste effektive omsorgsnivået. Dette skal gjennomføres ved at kommunene sørger for forebygging, tidlig intervensjon og diagnostikk, behandling og oppfølging på en helhetlig måte. Dette vil utfordre kommunene til å utvikle tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid, på nye måter (Ingstad, 2013).

Flere tiltak skulle innføres. Kommunens plikter ble samlet i en ny felles lov for helse- og omsorgstjenesten. Kompetansen skulle heves og det skulle bli et økt fokus på kvalitet. Kommuner og sykehus ble pliktig til å samhandle. Sårbare pasientgrupper med behov for koordinerte tjenester skulle bli bedre ivaretatt. Pasienter innlagt på sykehus som var utskrivningsklare, fikk kommunene ansvaret for, fra første dag. Det skulle bli flere tilbud til mennesker som ønsker hjelp til å endre levevaner innenfor områdene med stor helseeffekt, slik som røyking, fysisk aktivitet og kosthold. Spesielt oppfølging av mennesker med kroniske lidelser skulle bli bedre. Videre heter det at det skal bli større fokus på samarbeid med frivillige og på helsefremmende arbeid i nærmiljøet.

Det er et særlig ansvar for ledere, at helsepersonell har forutsetninger og ressurser til å møte pasientenes behov på en koordinert måte. Likevel vil en kombinasjon av klinisk og organisatorisk kompetanse kunne styrke forutsetningene til helsepersonellet for å kunne

kommunisere rundt slike sammenhenger. Ved at både ledere og helsepersonell er med å bidra til samhandling om pasientforløpet vil dette føre til at pasienter kan møte én helsetjeneste (Orvik, 2015).

#### **4.4 Lover, forskrifter og yrkesetiske retningslinjer**

I helse- og omsorgstjenesteloven står det i § 4-1. om forsvarlighet at kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at hver pasient gis et helhetlig, verdig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud. Det skal også tilrettelegges for å sikre tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene.

I § 6 står det at *”kommuner og helseforetak forplikter å inngå samarbeidsavtaler for å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester”*.

Videre så står det i § 8-1. at alle kommuner plikter til å bidra til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder etter- og videreutdanning.

I kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene står det at kommunen skal utarbeide prosedyrer for å sikre at pasienter får dekket sine grunnleggende behov på en tilfredsstillende måte, som:

- *”Å oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i tjenestetilbudet*
- *Tilbud om eget rom ved langtidsopphold*
- *Tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise*
- *Nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand*
- *Å følge en normal livs- og døgnrytme og unngå uønsket og unødig sengeopphold*
- *Sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, felleskap og aktivitet*
- *Tilbud om varierte og tilpasset aktiviteter*
- *En verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser”*

(Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003)

I Forskrift om en verdig eldreomsorg er formålet å sikre at omsorgen som gis bidrar til en trygg, meningsfull og verdig alderdom. I § 3. Om tjenestens innhold, står det: Tjenestetilbudet skal respektere den enkelte pasients valg av liv, selvbestemmelsesrett og egenverd samt ivareta medisinske behov. For å oppnå dette, skal det legges til rette for å ivareta visse hensyn.

Her har jeg valgt ut de mest relevante for oppgaven:

- Tilpasset boform ut fra pasientens behov og tilstand.
- Tilrettelegging ved måltider og et tilstrekkelig og variert kosthold
- Nødvendig hjelp til personlig hygiene. Muligheten til å komme seg ut, ha en normal døgnrytme og leve et mest mulig normalt liv.
- Gi lindrende behandling og en verdig død
- Kunne tilby samtaler om eksistensielle spørsmål
- Det skal gis faglig forsvarlig oppfølging av lege og annet helsepersonell av relevans (Verdighetsgarantiforskriften, 2011)

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det at respekt for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet skal være grunnlaget for all sykepleie. Sykepleie skal være kunnskapsbasert, bygge på omsorg, barmhjertighet og respekt for menneskerettighetene.

I punkt 2. om sykepleieren og pasienten står det at sykepleieren skal ivareta pasientens rett til helhetlig sykepleie, pasientens integritet og verdighet, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket. Videre under punkt 2.8 står det at sykepleieren skal ivareta pasientens sikkerhet og verdighet i møte med den teknologiske og helsepolitiske utviklingen. I punkt 2.9, har sykepleieren ansvar for å lindre pasientens lidelse (Norsk sykepleierforbund, 2011).

## 5 Drøfting

I drøftingen vil jeg belyse problemstillingen; Hvilke utfordringer har samhandlingsreformen medført for sykepleie i sykehjem? Problemstillingen vil bli drøftet ved hjelp av teori, forskning og egne erfaringer. Drøftingen er delt inn i organiseringen av helse- og omsorgstjenestene og hvilke konsekvenser dette har hatt for sykepleie i sykehjem.

### 5.1 Organiseringen av helse- og omsorgstjenestene i lys av NPM og samhandlingsreformen

Den moderne kommunale helse- og omsorgstjenesten som vokste frem på 1970-tallet, har hatt en bratt utvikling. Utviklingen bærer preg av at staten, med store ambisjoner innenfor helse og omsorg, stadig vedtar reformer og tiltak for hvordan oppgavene skal ivaretas av kommunene (Tingvoll, Kassah & Kassah, 2014). Med økt levealder, en økning i livsstilsrelaterte lidelser og kroniske sykdommer, i tillegg til at den teknologiske utviklingen har gitt nye muligheter innen diagnostikk og behandling, måtte noe gjøres med de økte kostnadene (Kleiven, Kyte & Kvigne, 2016). NPM –ideologien, inspirert av styringsmodeller og styringsverktøy fra privat sektor, ble innført som et svar på ineffektivitet og en stadig økende vekst i helsetjenesten. NPM vektla mål- og resultatstyring, konkurranse og standardisering for å fremme kvalitet og effektivitet i offentlige tjenester. Disse styringsmodellene erstattet ikke eksisterende praksis, men ble anvendt i tillegg. Dette har vært med å skape spenninger i utførelsen av arbeidet fordi ide- og verdigrunlaget NPM er tuftet på står i kontrast til tradisjonelle profesjonsverdier, som har fokus på kvalitet mer enn effektivitet (Kristiansen, 2016). Med fokus på budsjett disiplin, kostnadsutt og effektiv ressursutnyttelse, blir det først og fremst et mål at de økonomiske rammene overholdes, dermed kommer mål knyttet til kvalitet på tjenestene, i andre rekke (Ingstad, 2010). I studie av Kleiven et al. (2016) så de at sykepleierne ble mer oppgavesentrerte etter innføringen av NPM, hvor de prioriterte de oppgavene de ble målt og kontrollert på, slik som medisiner og lovpålagte oppgaver. Dette kan bidra til å gi omsorgsperspektivet og pasientrelasjonen mindre plass.

Samhandlingsreformens mål er å sikre at pasienter får rett behandling, på rett sted og til rett tid. Med et fokus på å ivareta et helhetlig pasientforløp, innenfor det beste effektive omsorgsnivået. Samhandlingsreformen har gode intensjoner, men har fått en del intenderte

konsekvenser. Etter innføringen av reformen blir pasienter raskere utskrevet fra sykehus og samtidig har terskelen for å bli innlagt blitt hevet. Dette stiller økte krav til sykehjemmene for at de skal kunne gi et godt behandlingstilbud til pasientene (Kristoffersen et al., 2011). Hva skjer når det blir økte krav til sykehjemmene om å ta imot pasienter tidligere, krav om økt kompetanse og samtidig press om ressursbesparelse? En undersøkelsen av Riksrevisjonen (2015) om ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen, viser at det har vært en reduksjon i liggetiden på sykehus. Samtidig opplever de fleste kommuner at pasientene er sykere med et større behandlingsbehov når de overføres til kommunehelsetjenesten sammenlignet med før reformen. Dette støttes av forskningen til Bruvik et al. (2017) hvor de viser til at spesielt liggetiden for de eldste eldre har blitt kortere, og at det er en økning i antall pasienter som overføres videre til sykehjem. De har sett at dette ikke har medført særlig flere sykehjemsplasser. Det er heller registrert større bruk av dobbeltrom, korridorpasienter og en økning i opphold av kortere varighet fremfor faste plasser i sykehjem. I kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene (2003) står det at kommunen skal sikre at pasienter får dekket sine grunnleggende behov, ved å blant annet å tilby eget rom. Likevel kan det se ut som om dette er en situasjon som har forverret seg i stedet for å gå i riktig retning.

Studier viser at en av hovedutfordringene for kommunene etter samhandlingsreformen er de begrensede ressursene som gjør det vanskelig å realisere de pålagte oppgavene (Kassah et al., 2014). Økt kompetanse var et av målene til samhandlingsreformen, for å kunne møte flere av utfordringene som kommer. I regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020 står det at det er behov for en faglig omstilling og en heving av kompetansen i helse- og omsorgstjenesten og at den medisinske og pleiefaglige oppfølgingen og koordinering av tjenestene til pasienter i sykehjem, skal bedres (helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Likevel viser Riksrevisjonen (2015) at dette målet ikke har blitt møtt. Få kommuner har økt antall årsverk i sykehjem eller styrket kompetansen til de ansatte i form av etter- eller videreutdanning etter at samhandlingsreformen ble innført (Bruvik et al., 2017; Kassah et al., 2014). Dette fører til at det er for lav faglig kompetanse i kommunene til å ta imot alvorlig syke pasienter, som er utskrivningsklare. Dette kan indikere at kommunene har opplevd at reformen kom ”brått på” og at de ikke har hatt nok tid til å bygge opp tilstrekkelig kompetanse for å iverksette

reformen. På den ene siden har ideene til reformen vært forespeilet i mange år i offentlige dokumenter, og burde derfor ikke komme som en overraskelse. På den andre siden er mange av kommunene i Norge små og med stadige utskiftninger av personalet kan det være utfordrende å få tak i tilstrekkelig kompetanse. Det er samtidig mange påbud, forskrifter og endringer kommunene må forholde seg til (Kassah et al., 2014). Da kommunene også har stor frihet til selv å velge hvordan de ønsker å bygge opp, organisere og dimensjonere helsetjenestene, vil dette føre til at tjenestene blir svært forskjellig fra kommune til kommune (Kirkevold et al., 2014). I undersøkelsen til Haukelien et al. (2015) legges det frem at økt kompleksitet i oppgavene og en større arbeidsmengde har kommet før kommunene rakk å bygge opp kompetanse og faglig infrastruktur. Og at dette gjør at kommunene konstant er på etterskudd i å møte kravene. Undersøkelsen viser også at kvaliteten mellom de ulike kommunene varierer mer nå enn før.

Det kan få alvorlige konsekvenser for pasientene, når en mangler kompetent fagpersonale i kommunen. For det første vil mangelfull behandling og sviktende omsorg påføre pasienten mer lidelse. For det andre kan det også føre til flere ”svingdørspasienter” og økt bruk av spesialisthelsetjenesten. Da kan en konsekvens av reformen bli at den øker den problematikken som den var ment til å redusere, og dermed virker mot sin hensikt (Kassah et al., 2014). Det fremheves i samhandlingsreformen at en av ”hovednøkklene” for at reformen skal lykkes er nødvendig kompetanse i alle deler av helsetjenesten (Pedersen & Tingvoll, 2014).

Et av Samhandlingsreformens store fokusområder er bedre samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste, mellom kommuner og mellom enheter i den enkelte kommune (Kassah et al., 2014). I Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) § 6 står det at ”kommuner og helseforetak forplikter å inngå samarbeidsavtaler for å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester”. Likevel viser studien til Bruvik et al. (2017) at kommuner rapporterer om at samarbeidet mellom tjenestenivåene er svekket, knyttet til pasientoverføring, etter at reformen ble innført. Dette til tross for at det ble iverksatt tiltak for å styrke samhandlingen mellom tjenestenivåene. De viser også til et landsomfattende tilsyn



som bekrefter dette. Tilsynet identifiserte mangelfull informasjon ved overføring av pasientene mellom sykehus og kommuner.

## **5.2 Utfordringene for sykepleie i sykehjem**

Et sykehjem skal være et godt sted å bo. Pasientene som bor der skal følges opp døgntkontinuerlig og få individuelt tilpasset pleie og omsorg med god kvalitet (Kirkevold et al., 2014).

I St.meld. nr. 25 ( 2005-2006) står det at kvaliteten på omsorgen bestemmes av kunnskapene, ferdighetene, holdningene og de personlige egenskapene til helsepersonellet. Samtidig er omsorgstjenesten svært sårbar når krav om effektivisering og lave kostnader fører til lavere personelldekning og lavere kompetanse. I tidligere studier har sykepleiere oppgitt at de mener grunnbemanningen (fast ansatt personale) i sykehjem er for lav, mens andelen ufaglært helsepersonell er for høy og at det er spesielt lav sykepleierdekning om kvelden og i helgene. Når det er liten bemanning, blir sykepleierne ofte satt på ”topp”, noe som endrer deres arbeidsoppgaver fra generell sykepleie til et mer avgrenset området som krever deres spesifikke kompetanse. Da får sykepleieren en lederrolle i avdelingen. Mye av den direkte pasientomsorgen, observasjoner og overvåking blir da overlatt til personalet som ikke har den nødvendige kompetansen (Pedersen & Tingvoll, 2014). Dette viser også studien til Haukelien et al. (2015) hvor de påpeker at den økte arbeidsmengden har ført til en forskyvning av oppgaver mellom sykepleier og hjelpepleier/assistenter. Sykepleieren må fokusere på de oppgavene som krever deres kompetanse, som medisinske prosedyrer, og får i mindre grad utført helhetlige vurderinger som gir grunnlag for forebyggende tiltak. Det kan være utfordrende for en assistent å legge merke til endringer i helsetilstanden til de eldre når en ikke vet hva en skal se etter, i tillegg kan symptomene hos eldre ofte være diffuse og uspesifikke (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2014). Det kan føre til at viktige observasjoner ikke blir videreformidlet til sykepleierne. Noe som igjen kan gå utover pasientsikkerheten (Pedersen & Tingvoll, 2014). I helse- og omsorgstjenesteloven (2011) står det i § 4-1 ”at det skal tilrettelegges for å sikre tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene”.

Ofte kan en være alene som eneste sykepleier på vaktene, og må stole på egen kompetanse. Dette stiller store krav til sykepleieren i sykehjem om å inneha kompetanse og erfaring fra mange ulike fagområder. Studier har vist at legedekningen på sykehjem heller ikke har blitt noe særlig bedre etter samhandlingsreformen, til tross for at det er blitt flere behandlingsskrevende pasienter. Det kreves mot å arbeide alene som sykepleier, uten nærhet til lege. Når det er et så lite fagmiljø kan det bli vanskelig å få til faglig diskusjon og utvikling, noe som kan påvirke sykepleiernes kompetanseutvikling negativ (Pedersen & Tingvoll, 2014).

Oppgavene til sykepleiere som arbeider på sykehjem er å ivareta pasientens grunnleggende behov. I studien til Ingstad (2010) viser det seg at NPM inspirerte reformer har påvirket arbeidssituasjonen til sykepleiere på sykehjem, ved at lederen har blitt mindre tilstede, sykepleierne har fått flere arbeidsoppgaver og arbeidsdagene har blitt mer hektisk. En sykepleier i studien uttaler seg slik ”Alt dreier seg om å få pasienten opp, gi dem mat, kanskje en dorunde, en matrunde og så legging. Det var kun toppene vi klarte å ta, ikke noe trivsel”. Nye arbeidsoppgaver som hevendelser fra pårørende og sykehus, innleie av vakter, ansvar for teknisk utstyr, narkoregnskap og bestilling av varer er noe av det sykepleiere har fått ansvar for. På den ene siden kan det oppleves positivt å få nye arbeidsoppgaver, da større utfordringer kan gi økt motivasjon, samt at ens kompetanse blir verdsatt. På den andre siden er sykepleiere avhengige av å få nok tid til å utføre oppgavene, slik at ikke arbeidspresset blir for stort (Ingstad, 2010).

I følge Ingstad (2010) benyttet sykepleierne, som hun studerte, seg av to ytterliggående mestringsstrategier i møte med de nye kravene. Noen sykepleiere strakk seg langt for å utøve god omsorg og pleie i tråd med egne omsorgsidealer, likevel gikk de ofte rundt med dårlig samvittighet for alle de tingene de ikke fikk gjort. De forlenget gjerne vaktene og flere unngikk å ta matpause. I et sykehjem der jeg hadde praksis, var det en hel avdeling som nedprioriterte matpausen sin, da morgenstellet alltid strakk seg over den tiden hvor det var mulig å gå i fra for å spise. På et annet sykehjem jeg har erfaring fra endte jeg ofte med å dokumentere først etter at arbeidsdagen var over, fordi det var lite akseptert og svært vanskelig å gå i fra på avdelingen. Vi var kun to på den lukkede avdelingen med 12 sterkt demente pasienter, en hjelpepleier og meg som assistent.

Videre så Ingstad (2010) andre sykepleiere som nedjusterte forventningene til sitt eget arbeid, slik at de passet inn i de rammebetingelsene som er blitt satt innenfor eldreomsorgen. I praksis var det en sykepleier, som nesten var ferdig med vekten sin, som sa til en pasient at hun fikk tisse i bleia, da det ville ta for lang tid å hjelpe pasienten over i fra rullestolen til toalettet. En pasient skal ikke behøve å måtte være avhengig av den enkelte sykepleiers ”godhet” for å få den hjelp de har behov for og har rett på (Kirkevold et al., 2014). Sykepleiere i studien til Kleiven et al. (2016) trekker frem helhetlig omsorg og empati som helt sentralt i arbeidet og viktig for sykepleieidentiteten. Dette samsvarer også med de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere i beskrivelsen av sykepleier/pasient- forholdet. Men når ytre krav blir så dominerende at sykepleiere opplever at de må gå på tvers av sentrale sykepleieverdier vil dette ha stor betydning for kvaliteten på arbeidet. Noe som også kan komme i konflikt med pasientens verdighet, som definert i verdighetsgarantien.

Kjernen i sykepleiens omsorg for pasienten har tradisjonelt vært vurdert til å omhandle gode mellommenneskelige relasjoner. Gode relasjoner kan bidra til å lindre pasientens lidelse samt fremme helse, velvære og rehabilitering. Studier viser at kvaliteten på sykepleien som gis, vurderes av pasientene ut i fra kvaliteten på relasjonen de har hatt. Prioriteringer i helsevesenet har ført til ressursknapphet, noe som kan føre til mangel på tid til å gi god omsorg til den enkelte pasient. Det er problematiske aspekter ved et for ensidig fokus på effektivisering og produktivitet, selv om hensikten er en effektiv, rasjonell og mest mulig rettferdig fordeling av helsetjenester (Kristoffersen et al., 2011).

Med samhandlingsreformen skulle det bli et økt fokus på kvalitet. Dessverre opplever ofte sykepleier at myndighetene og ledelsenes definisjon av kvalitet er en minimumsdefinisjon heller enn en faglig ideell definisjon. Det er utfordrende for utviklingen av kvalitet i sykepleien hvis det er en streng arbeidsdeling mellom ledere som har ansvaret for økonomien på den ene siden og de fagutviklingsansvarlige på den andre. Det kan da oppstå frustrasjoner og konflikter, hvis sykepleiere opplever det belastende å godta en lavere standard enn det som oppleves faglig forsvarlig. Samtidig påvirkes helsetjenesten av helt reelle begrensninger når det gjelder tilgang til ressurser. Så derfor er realiteten at en ikke kan gå ut i fra det teoretisk mulige i alle situasjoner (Kristoffersen et al., 2011). En mer fraværende ledelse blir også

omtalt i studien til Ingstad (2010) her skriver hun at NPM-inspirerte reformer, som førte til desentralisering og nedbygging av hierarkier har også ført til en lite tilstedeværende ledelse. På grunn av antall ledernivå er kuttet, har sykepleierens nærmeste leder fått et mye større ansvarsområdet med flere administrative oppgaver. Disse oppgavene tar lederen bort i fra avdelingen. Flere sykepleiere uttrykker at de savner å bli sett, hørt og motta litt skryt og oppbacking. Når de først hører noe fra lederen, er det gjerne i en negativ retning, slik at de ikke føler at deres arbeidsinnsats blir verdsatt.

Å bli verdsatt som menneske og som fagperson, samt føle tilknytning til arbeidsplassen bidrar til et bedre arbeidsmiljø (Nydal et al., 2016). På sykehjem med en lite tilstedeværende leder, hvor det alltid er underbemanning, hvor en ofte går på akkord med idealene sine og samtidig har en svært hektisk hverdag med en overveldende mengde arbeidsoppgaver vil jeg tro at dette kan påvirke arbeidsmiljøet negativt. Som Martinsen (2003) skriver, kan vedlikeholdsomsorg være krevende og belastende for sykepleieren. Dette fordi pleiesituasjonen er preget av en intens nærkontakt over tid. Da kan sykepleieren selv ha behov for omsorg og støtte fra andre. I sykehjem kan det være utfordrende å vise den omsorg til hverandre i personalgruppen, som ville være til hjelp for deres omsorg for andre.

Avslutningsvis vil jeg ta med Kleiven et al. (2016) sin konklusjon fra deres studie, at det er vanskelig å måle mange av aspektene i helhetlig og god sykepleie, de krever tid og den er derfor vanskelig å effektivisere. Derfor bør perspektiver som ivaretar pasientsentrert pleie og som gir sykepleiefagets grunnleggende verdier en sterkere posisjon, få plass i modellene for økonomisk styring i helsevesenet. Det er også viktig at helse- og omsorgsdepartementet får god nok informasjon om hvordan kvaliteten i kommunehelsetjenesten har utviklet seg etter innføringen av samhandlingsreformen. Slik at de ansvarlige statelige myndigheter skal kunne vurdere nye tiltak for å bedre kvaliteten i tjenesten, noe som er vanskelig hvis de ikke har den informasjonen som er nødvendig (Riksrevisjonen, 2015).

## 6 Konklusjon

I oppgaven har jeg drøftet: Hvilke utfordringer har samhandlingsreformen medført for sykepleie i sykehjem? Ut i fra teorien og funnene i forskningsartiklene kommer det tydelig frem at samhandlingsreformen har skapt flere utfordringer for sykepleiere på sykehjem. NPM-inspirerte reformer og samhandlingsreformen har ført til at sykepleiere har fått flere arbeidsoppgaver enn tidligere. På grunn av kortere liggetid på sykehuset for de eldre, må sykepleiere ta i mot pasienter med mer alvorlige, komplekse og behandlingskrevende sykdomstilstander. Til tross for dette får sykepleiere lite muligheter til å få utvidet sin kompetanse i form av etter og videreutdanninger for å tilpasse seg pasientgruppen. Samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten som skulle bli styrket igjennom samhandlingsreformen, ser ut til å ha bli svekket, knyttet til pasientoverføringer. Dette kan være utfordrende for sykepleiere i sykehjem, når de skal ta i mot pasienter fra sykehuset. Lav sykepleiedekning fører til at en som sykepleier har mye ansvar, står ofte alene og har få kollegaer med fagkompetanse, å henvende seg til for veiledning og støtte. Et lite fagmiljø, hvor det er liten plass til faglig diskusjon og utvikling, kan påvirke sykepleiernes kompetanseutvikling negativt. I tillegg har det blitt en mer fraværende ledelse. Omsorgen i sykepleien er presset, da kravene om effektivisering og tempo, gir lite rom for individuell oppfølging av pasientene. Når det er sagt, blir vi stadig flere eldre. Det blir flere med kroniske lidelser og flere vil ha sammensatte sykdommer. Det vil være mange som trenger omsorg fra det offentlige i fremtiden og vi blir nødt til å finne opp løsninger som møter disse utfordringene, uten at det går på bekostning av omsorgen.

## 7 Litteraturliste

- Bruvik, F., Drageset, J., & Abrahamsen, J. F. (2017). Fra sykehus til sykehjem\* hva samhandlingsreformen har ført til. *Sykepleien Forskning*, 12. (60613) DOI: 10.4220/Sykepleienf.2017.60613
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Halvorsen, K., Stjernø, S., & Øverbye, E. (2013). *Innføring i helse- og sosialpolitikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kirkevold M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (2014). *Geriatrisk sykepleie : God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Haukelien, H., Vike, H., & Vardheim, I. (2015). Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene : Sykepleieres erfaringer. Bø: Telemarksforsking.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorgstjenesteloven>
- Ingstad, K. (2010). Arbeidsforhold ved norske sykehjem - idealer og realiteter. *Vård i Norden*, 30(2), 14-17. <http://dx.doi.org/10.1177/010740831003000204>
- Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kassah, B. I., Tønnessen, S., & Tingvoll, W.-A. (2014). Kompetanseutfordringer i sykehjem- en studie basert på sykepleieres erfaring fra hverdagssituasjoner. I B. I. Kassah, W.-A. Tingvoll, & A. K. Kassah, *Samhandlingsreformen under lupen* 51-64. Bergen: Fagbokforlaget.

- Kleiven, O. T., Kyte, L., & Kvigne, K. (2016). Sykepleieverdier under press?. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 4 (311-326) DOI: 10.18261/issn.1892-2686-2016-04-03
- Kristiansen, M. (2016) *Contradictory management requirements and organisation of daily work in Norwegian nursing homes*. (Doktorgradsavhandling) Faculty of health sciences, University of Tromsø, Tromsø.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E. A. (2011). *Grunnleggende sykepleie: B.1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. 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.* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792?q=kvalitetsforskriften%20pleie%20og%20omsorgstjenestene>
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Meld. St. 25 (2005-2006). (2006). *Mestring, muligheter og mening : Framtidas omsorgsutfordringer*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/16e39820de5c485da382fd99165afaf7/no/pdfs/stm200520060025000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen- Rett behandling- på rett sted- til rett tid*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>**
- Norsk Sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)

- Nydal, I., Åsmo, K., Dybvik, T. K., & Torheim, H. (2016). Stressa sykepleiere i kommunen. *Sykepleien*, 104(3), 68-70. DOI: 10.4220/Sykepleiens.2016.56777
- Omsorg 2020. (2015). *Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2fbe9cb7/omsorg\\_2020.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2fbe9cb7/omsorg_2020.pdf)
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse: Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Pedersen, K. R., & Tingvoll, W.-A. (2014). Kompetanseutfordringer i sykehjem : en studie basert på sykepleieres erfaring fra hverdagssituasjoner. I B. I. Kassah, W.-A. Tingvoll, & A. K. Kassah, *Samhandlingsreformen under lupen* (ss. 87-102). Bergen: Fagbokforlaget.
- Rienecker, L., Jørgensen, P. S., & Skov, S. (2013). *Den gode oppgaven: Håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Riksrevisjonen. (2015). *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*. Dokument 3:5 (2015–2016). Oslo: Riksrevisjonen.
- Støren, I. (2013). *Bare søk! : Praktisk veiledning i å gjennomføre litteraturstudie*. Oslo: Cappelen Damm.
- Verdighetsgarantiforskriften. (2011). *Forskrift om en verdig eldreomsorg*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426?q=verdighetsgarantiforskriften>