



## Sykepleieridentitet i et helsevesen i endring

Hvordan kan samhandlingsreformen som ytre rammefaktor innvirke på sykepleierens funksjon og sykepleieridentitet?

Kandidatnummer: 523

VID vitenskapelige høgskole

Haraldsplass

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: 2015

Antall ord: 10509

16.05.2018



## Obligatorisk erklæring

Kandidatnummer: 523
Navn på studiet: Bachelor i sykepleie
Navn på eksamen: Bacheloroppgave
Emnekode: SPLB3-BAC
Innleveringsfrist: 16.05.2018
Antall ord: 10 509

### Eksempler på fusk i forbindelse med oppgaver og hjemmeeksamener:

- gjengivelse av stoff/materiale hentet fra lærebøker, andre fagbøker, tidsskrifter, egne eller andres oppgaver osv. som er framstilt uten kildehenvisning og klar markering av at det er sitater
- besvarelse eller tekst som er hentet fra internett og utgitt som egen besvarelse
- besvarelse som i sin helhet er brukt av studenten ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er brukt av en annen person ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er utarbeidet av en annen person for studenten
- innlevert arbeid av praktisk eller kunstnerisk art som er laget av andre enn studenten selv
- samarbeid som fører til at en besvarelse i det alt vesentlige er lik en annen besvarelse til samme eksamen der det kreves individuelle besvarelser

### Retningslinjer om fusk finner du her:

- lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler § 4-7 og § 4-8
- forskrift 11. desember 2015 nr. 1665 om [opptak, studier, eksamen og grader ved VID vitenskapelige høgskole](#) § 30
- retningslinjer for behandling av fusk eller forsøk på fusk ved VID vitenskapelig høgskole fastsatt 18. desember 2015.

**Ved å signere med kandidatnummer erklærer jeg å være kjent med VID vitenskapelige høgskoles retningslinjer om plagiering og fusk, og at min besvarelse er i samsvar med disse bestemmelsene.**

**Kandidatnummer: 523**

#### **Bacheloroppgaver med karakteren A:**

Jeg samtykker i at min bacheloroppgave publiseres i VID vitenskapelig høgskole åpne elektroniske arkiv (VID OPEN):

Sett kryss      Ja:       Nei:

«Skjønnheten med sykepleien ligger i at den ikke behandler mennesker som maskiner. Det er hodet, hånden og hjertet som arbeider sammen. Tar du bort en av delene, da ødelegger du alt»

- Virginia Henderson

## **Sammendrag/abstract**

Sykepleie baserer seg på grunnleggende verdier som nestekjærlighet, barmhjertighet og utøvelse av sykepleierkompetanse med hjertevarme. I et helsevesen i endring kan samhandlingsreformen som ytre rammefaktor utfordre sykepleiernes grunnleggende verdier. Problemstillingen lyder med det «Hvordan kan samhandlingsreformen som ytre rammefaktor innvirke på sykepleierens funksjon og sykepleieridentitet?». Oppgaven bygger på litteratur, sykepleieteori, erfaring og forskning av kvalitativ metode. Med utgangspunkt i dette materialet diskuteres det hvordan økonomiske redskaper, begreper og nye reformer er satt til å styre helsetjenestene. Velferdsstaten kan synes å proklamere mer velferd enn kommunene klarer å realisere, hvilket gjør at sykepleierens grunnleggende verdier kommer under press. Konklusjonen er at de grunnleggende verdier som bygger oppunder sykepleieridentiteten er under press når sykepleieren i sin yrkesutøvelse blir stående i et spenn mellom intensjon og virkelighet. Samhandlingsreformen har ført til at sykepleieren får mindre tid til å utøve pasientsentrert sykepleie, for liten tid til fagutvikling og kompetanseheving, gjør arbeidsoppgavene hennes oppstykket og vanskeliggjør utøvelse av helhetlig sykepleie.

**Nøkkelord:** Sykepleieridentitet, sykepleierrolle, korttidsavdeling, samhandlingsreform.

Nursing is based on fundamental values such as charity, compassion and to exercise nursing with cordiality. In a health care system in change, the Coordination reform may as an external factor challenge the fundamental values in nursing. The research question is therefore as following: "How can the Coordination reform as an external factor affect the nurse's function and nurse identity?". The thesis is based on literature, nursing theory, experience and research of qualitative methodology. Based on this material, it is discussed how economic tools, concepts and new reforms are set to manage the health services. The welfare state may seem to proclaim more welfare than the municipalities are able to carry out, which threatens the fundamental values of nursing. The coordination reform has affected the function of the nurse in such a way that the nurse has less time to exercise patient-centered nursing, too little time set off for professional development and competence enhancing. The conclusion is that the fundamental professional values based on the nursing identity are under pressure when the nurse in his or her profession is standing in a tension between intention and reality.

**Keywords:** Nurse identity, Nurse's role, Short-term ward, Coordination reform.

# Innhold

Obligatorisk erklæring.....	2
1 Innledning.....	7
1.1. Tema og problemstilling.....	7
1.2. Mål og hensikt .....	8
1.3. Sykepleiefaglig relevans.....	9
1.4. Begrepsavklaring.....	9
1.5. Avgrensing .....	10
1.6. Oppgavens oppbygning .....	11
2 Metode.....	12
2.1. Metodekritikk .....	12
2.2. Søkestrategi .....	13
2.3. Erfaringskunnskap.....	13
2.4. Litteratur.....	14
2.5. Sykepleieteori .....	14
2.6. Vitenskapsteori .....	15
2.7. Ivaretagelse av etiske retningslinjer for oppgaveskriving .....	17
3 Litteratur.....	18
3.1. Virginia Henderson .....	18
3.1.1. Menneskets grunnleggende behov .....	18
3.1.2. Den særegne sykepleierfunksjon.....	20
3.1.3. Sykepleierens egenskaper.....	21
3.2. Kari Martinsen.....	21
3.2.1. Omsorg og avhengighet.....	22
3.2.2. Den samfunnskritiske sykepleieren.....	23
3.3. Sykepleieren og korttidsavdelingens rammer.....	23
3.3.1. Sykepleieridentitet, funksjon og kompetanse.....	24
3.3.2. Korttidsavdelingens rammer og organisering.....	25
3.3.3. Staten og kommunens rolle .....	25
3.3.4. Korttidsavdelingen .....	26

3.3.5.	Sykepleieren som sosialpolitisk aktør .....	26
3.4.	Samhandlingsreformen som ytre rammefaktorer .....	27
3.4.1.	New Public Management .....	27
3.4.2.	Samhandlingsreformen.....	28
4	Drøfting .....	30
4.1.	Sykepleieidentitet og funksjon .....	30
4.2.	De felles grunnleggende sykepleiefaglige verdier.....	33
4.3.	Sykepleiernes erfaringer med samhandlingsreformen .....	34
4.4.	Nye verdier på kollisjonskurs.....	35
4.5.	Samhandlingens innvirkning på sykepleierfunksjonen og sykepleieridentiteten. ....	37
4.6.	Sykepleieren som sosialpolitisk aktør .....	37
5	Oppsummering og konklusjon .....	39
6	Litteraturliste .....	40

# 1 Innledning

Sykepleie baserer seg på grunnleggende verdier som nestekjærlighet, barmhjertighet og utøvelse av sykepleierkompetanse med hjertevarme. Det er en yrkesrolle i stadig endring og varierer ut fra rammebetingelser og situasjon. I et helsevesen der økonomiske styringsredskaper basert på mål- og resultatstyring kan samhandlingsreformen som ytre rammefaktor utfordre sykepleiernes grunnleggende verdier. Samhandlingsreformen innført i 2012 kan betraktes som et uttrykk for velferdsstatens ambisjoner, mål og verdisyn. Den har som mål å bedre folkehelsen og levere bærekraftige, gode helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009, s. 55). Disse målene skal nås ved å bygge opp under kommunens allerede eksisterende oppgaver, utvikle nye tjenestetilbud og flytte oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009, s. 55). Samhandlingsreformen har med det hatt særlig stor innvirkning på korttidsavdelingene i kommunen og sykepleierne som jobber der. Påvirkningen kan ha både positive og negative effekter på sykepleierrollen og sykepleieridentiteten. Med den posisjon og rolle sykepleieren har, angår ikke dette bare sykepleiere, men også pasienter, pårørende, utdanningene og andre berørte parter. For at sykepleieren skal ha en bevisst og reflektert holdning i sin yrkesutøvelse krever det også bevissthet rundt hva som påvirker sykepleieridentiteten og sykepleierrollen. Dette er viktig i et helsevesen i utvikling og endring for å kunne verne om sin egen profesjon, å kunne forsvare og snakke ut for de pasientene som selv ikke evner det og bidra til at helsevesenet utformes på en rasjonell måte.

## 1.1. Tema og problemstilling

Denne oppgaven omhandler temaet sykepleieridentitet. Det berører enhver sykepleier og har vært tema for diskusjon i lang tid. Det har gjennom tidene blitt lagt ned mye krefter i å forsøke å definere hva sykepleie er og hvilke funksjoner sykepleieren har. Det er fremdeles en pågående debatt rundt temaet, og store endringer i helsevesenet og rammebetingelsene for sykepleiere påvirker stadig sykepleierens identitet, rolle og funksjon. I starten av sykepleierstudiet fremsto spørsmål rundt yrkets identitet og funksjon, med påfølgende teorier

og forklaringsmodeller som irrelevant og lite meningsfullt. Gjennom studiets løp har jeg selv fått et forhold til sykepleieridentitet. Jeg har fått bedre innsikt i betydningen av å være bevisst sykepleierens identitet, rolle og funksjon, samt kjennskap til hva som setter rammer rundt yrket. I et helsevesen i stadig endring fremstår det som særs viktig å være bevisst på sin egen yrkesidentitet og yrkesfunksjon, og hva som eventuelt kan påvirke den. Dette er både for å verne om dem og sykepleierens arbeidsforhold, men også for å kunne verne om pasienter og utøve sykepleie av best mulig kvalitet. I arbeidet med denne oppgaven ønsker jeg å se nærmere på hvordan samhandlingsreformen som ytre rammefaktor påvirker nettopp sykepleierens hverdag. Dette vil jeg gjøre ved å belyse temaet mer inngående gjennom følgende problemstilling:

«Hvordan kan samhandlingsreformen som ytre rammefaktor innvirke på sykepleierens funksjon og sykepleieridentitet?»

Oppgavens tema og problemstilling er av en slik karakter at den kan drøftes på både makro-, meso-, og mikronivå. Den berører med andre ord det helhetlige systemet, samspillet mellom faktorene og sykepleieren på individnivå. Elementer er hentet fra alle nivåer for å gi en bred nok fremstilling av temaet. Samhandlingsreformen vil i denne oppgaven behandles som en ytre rammefaktor med utgangspunkt i at den på ulike måter kan ha en direkte påvirkning på sykepleierens funksjon og sykepleieridentitet. I oppgaven vil begrepene sykepleieridentitet og sykepleierfunksjon bli mye brukt og vil belyses ved hjelp av sykepleieteori, vitenskapsteori, litteratur og erfaring. Begrepene avgrensner og gjør det mulig å forklare hvordan noen aspekter ved sykepleieren kan påvirkes av en ytre rammefaktor. Samhandlingsreformen vil som ytre rammefaktor også få et stort fokus.

## **1.2. Mål og hensikt**

Oppgaven vil ha som hensikt å belyse og øke bevissthet rundt temaet sykepleieridentiteten og hva som påvirker den. Oppgavens mål er å sette søkelyset på sykepleierens bevissthet til egen yrkesidentitet, rolle og funksjon for å ruste og fremme trygghet hos sykepleieren i en profesjonell yrkesrolle, samt bidra til å skape en sterkere yrkesidentitet.



### **1.3. Sykepleiefaglig relevans**

I rammeplan for sykepleierutdanning er målet med sykepleierutdanningen å «utdanne selvstendige og ansvarsbevisste endrings- og pasientorienterte yrkesutøvere som viser evne og vilje til en bevisst og reflektert holdning ved utøvelse av sykepleie»

(Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 5). Med utgangspunkt i disse målene kan det hevdes at sykepleieridentitet er et svært relevant tema innen sykepleie. Sykepleieren har et faglig, etisk, juridisk og personlig ansvar i å sette seg inn i rammeverket rundt sykepleieutøvelsen med de rettigheter og plikter det medfører. Gjennom økt innsikt og forståelse for sin egen yrkesidentitet, kan sykepleieren også lettere forstå hva som påvirker hennes funksjon og yrkesutøvelse. Dette er viktig i et helsevesen i utvikling og endring for å kunne verne om sin egen profesjon, å kunne forsvare og snakke ut for de pasientene som selv ikke evner det og bidra til at helsevesenet utformes på en rasjonell måte.

### **1.4. Begrepsavklaring**

#### **Sykepleieridentitet**

I denne oppgaven vil sykepleierens yrkesidentitet bli betraktet som bestående av den personlige identiteten med personlige kvaliteter, kunnskap og livserfaring, og den sykepleiefaglige identiteten med fellesfaglige verdier, kunnskaper og ferdigheter (Leenderts, 2014, s. 145).

#### **Sykepleiefunksjon**

Sykepleierfunksjonen vil jeg avgrense til å være synonymt med sykepleierens oppgaver og de roller hun innehar i sitt yrke.

#### **Ytre rammefaktor**

Rammefaktorer vil i denne konteksten bli brukt som ytre forhold som påvirker den indre situasjonen. Rammefaktorer danner konteksten og lager en ramme for det som foregår og kan gi muligheter eller begrensninger. For sykepleiere kan ytre rammefaktorer for eksempel være ressurser, rammeplaner, reformer, lovverk, antall pasienter eller tid til rådighet. De ytre rammefaktorene kan tenkes å påvirke hverandre gjensidig.

## 1.5. Avgrensning

Oppgavens tema og problemstilling er omfattende og krever vesentlig avgrensning for å kunne behandle oppgavens elementer på tilfredsstillende måte. De viktigste avgrensningene vil redegjøres for her, mindre avgrensninger og valg som er tatt vil begrunnes underveis.

Sykepleiere har en bred yrkesarena og den enkelte arena styres og påvirkes av ulike rammefaktorer. Oppgaven er derfor avgrenset til arenaen i korttidsavdeling ved sykehjem i kommunehelsetjenesten og til å gjelde den autoriserte sykepleieren som jobber her. Denne avgrensningen gjør det mulig å konkretisere sykepleierens særegne funksjoner. Det er også mange ytre krefter som har innflytelse på sykepleierens funksjon, oppgaver og sykepleieridentitet. Av hensyn til oppgavens størrelse vil kun samhandlingsreformen som en ytre rammefaktor bli belyst, selv om det kan tenkes at måten de ytre faktorene virker sammen vil kunne ha noe å si på utfallet. De rammer rundt, plikter og krav som stilles til sykepleieren og sykepleierrollen er svært relevant i sammenheng med oppgaven, men for å kunne gå tilstrekkelig i dybden i materialet har det vært nødvendig å utelate også dette. Oppgaven avgrenses også i forhold til valg av teori og begreper. Tematikken vil bli belyst, analysert og tolket gjennom sykepleierteoriene til Virginia Henderson og Kari Martinsen og et utvalg av begreper som naturlig følger med under disse. Teoriene har svært ulikt grunnlag og hovedfokus. Teorigrunnlaget er hentet fra et utvalg av Hendersons og Martinsens bøker og artikler, samt sekundærlitteratur som omtaler disse, teoriene vil derfor ikke framstilles i sin helhet. Utvalget er gjort av de delene av teorien som er mest sentral og relevant i denne oppgavens sammenheng.

Videre i oppgaven blir sykepleieren omtalt som «hun» av den enkle årsak at 87 % av alle sysselsatte sykepleiere i dag er kvinner (SSB, 2018). Dette er av forenklingens del, det betyr ikke at yrket er for kvinner, mer enn for menn.

## **1.6. Oppgavens oppbygning**

Oppgaven er delt i fem kapitler. Kapittel en er oppgavens innledning og gir en oversikt over oppgavens tematikk, bakgrunn, hensikt og rammene rundt oppgaven. I kapittel to blir det redegjort for metoden som er brukt og kritikk av denne, herunder vitenskapsteori, sykepleieteori, litteratur, erfaring og søkestrategi. Teori og annet bakgrunnsmateriale fremlegges i kapittel tre. Her vil blant annet aktuell sykepleieteori av Henderson og Martinsen fremlegges. Det vil også kort gjøres rede for organiseringen og strukturen rundt korttidsavdelingen og den ytre rammefaktoren vil legges frem. I kapittel fire kommer oppgavens drøftingsdel der problemstillingen vil bli drøftet basert på litteratur, teori, forskning og erfaring. Kapittel fem gir en oppsummering av oppgaven og en konklusjon.

## 2 Metode

I dette kapittelet gjøres det rede for valg av design og metode som er valgt i arbeid med oppgavens problemstilling og det materialet som oppgaven bygger på. Jeg har hentet mye inspirasjon og engasjement fra egen erfaring, dagsaktuelle artikler innenfor emnet, innspill fra sykepleiere og sykepleierstudenter, forskning og debatt. For å belyse tema og problemstilling har jeg brukt mye tid på å finne plausibel litteratur og forskning. Oppgaven bygger på både primær- og sekundærlitteratur, sykepleieteori, erfaring og fagfellevurdert forskning. Under følger en kritisk gjennomgang av det ulike materialet.

### 2.1. Metodekritikk

Denne oppgaven er et litteraturstudium basert på materiale av kvalitativ metode. Kvalitativ metode er valgt for å for å få frem sammenheng og helhet innenfor valgt tematikk (Dalland, 2014, s. 113). Den kvalitative metode har en fortolkende tilnærming og søker forståelse av data, spørsmål og resultater (Thisted, 2012, s. 168). Kvalitativ metode egner seg derfor godt i å besvare denne oppgaven fordi den gjør det mulig å gå i dybden i oppgavens ulike elementer, fremfor den kvantitative metode som heller fremstiller elementenes bredde. Med dette faller oppgaven metodologisk under den samfunnsvitenskapelige- og humanvitenskapelige tradisjon (Thisted, 2012, s. 48). En del av oppgaven baserer seg på egen erfaring som er en kunnskap som er vanskelig å verifisere.

De oppgavetekniske rammene har vært utfordrende å møte på mange måter. For det første er oppgavens tema i utgangspunktet svært bredt og har medført mange valg og avgrensninger underveis for å sikre at tematikken behandles tilstrekkelig nok i både bredde og dybde. Samhandlingsreformen er bare en av mange ytre rammefaktorer som kan være interessant å utforske. Det har også vært utfordrende å inkludere to sykepleieteorier i oppgaven spesielt med tanke på at kun en liten del av to svært spennende og forskjellige teorier blir belyst. Jeg har likevel funnet oppgaven som givende og lærerik å jobbe med. På grunn av de valg og avgrensninger som er gjort belyser oppgaven bare en del av tematikken

## **2.2. Søkestrategi**

I arbeid med søk etter forskningsartikler har jeg strukturert søkene ved hjelp av PICO. PICO er et verktøy som brukes til å strukturere og presisere problemstillingen i arbeid med litteratursøk. PICO er forkortelsen for de fire elementene søket deles i:

Population/Patient/Problem, Intervention, Comparison og Outcome (Folkehelseinstituttet, 2016). Jeg har benyttet meg av Folkehelseinstituttet sin terminologibase for å finne mesh-termer (Folkehelseinstituttet, u.å.). Deretter bygget jeg opp systematiske søk i de ulike tidsskriftdatabasene Cinahl, SveMed+, PubMed og Google Scholar for å finne relevante forskningsartikler. Jeg har blant annet benyttet søkeord som samhandlingsreformen, new public management, Nurse's Role, korttidsavdeling, Professional Identity, med flere. På søkeordene som ga mange treff, som for eksempel samhandlingsreformen med 467 treff i SveMed+ og Nurse's Role med 814 treff i SveMed+ måtte jeg bygge opp søkene systematisk med flere søkeord og ved å sette de sammen med OR og AND. Deretter avgrenset jeg etter behov på språk, fagfelle vurdering og publikasjonsdato. På denne måten fant jeg fram til relevante forskningsartikler. For å finne annen relevant litteratur har jeg også søkt i Oria, oppsøkt biblioteker i Bergen og søkt i databasene til Sykepleien, Idunn, Helsebiblioteket og Folkehelseinstituttet.

## **2.3. Erfaringskunnskap**

Erfaringskunnskap er en viktig kunnskapsform som handler om å anvende teoretisk kunnskap og om å bruke og trene opp ferdigheter (Norsk Sykepleierforbund, u.å.). Den sier noe om mine erfaringer ervervet gjennom livserfaring og tillært meg gjennom sykepleierstudiet. Mitt faglige ståsted og forforståelse er påvirket av sykepleieforelesninger og praksis ved sykehjem, sykehus og hjemmesykepleie. Denne vil komme til uttrykk gjennom drøftingen. Min egen forforståelse og meninger påvirker de valgene jeg har tatt med avgrensning og hva som er fremhevet. Det kan forhindre meg i å se nyanser og andre muligheter, det er derfor viktig å presisere at oppgaven presenteres og drøftes fra mitt ståsted.

## 2.4. Litteratur

Litteraturutvalget består av faglitteratur, tidsskrifter, forskningsartikler, samt andre kilder som rapporter, leksika, offentlige dokumenter, nettsider og lovverk. Jeg har vurdert kildene jeg har benyttet ut ifra relevans og pålitelighet (Dalland, 2014, s. 74). En del av litteraturen er av eldre dato, men ut ifra anvendelsen vurdert som relevant. Lærebøker og faglitteratur fra pensumlisten har jeg regnet som pålitelig, samt primærlitteratur av Martinsen og Henderson. Annen litteratur har jeg vurdert påliteligheten ved å undersøke utgiverforlag, redaktør og forfatter. Informasjon hentet fra nettet er vurdert ut fra informasjonstype, nettside, nettsideansvarlig, publikasjonsdato, med mer. Dato for når denne informasjonen er hentet fra nettet er notert i referanselisten.

## 2.5. Sykepleieteori

I det brede fagfeltet som sykepleie utgjør, er sykepleieteori med på å gi oversikt, perspektiver og beskrivelser av sentrale sykepleiefenomener ifølge Kristoffersen (Kristoffersen, 2011, s. 208). Jeg har valgt å benytte to sykepleieteorier for å belyse oppgavens elementer fra flere perspektiver og berike oppgavens referanseramme. Virginia Henderson's sykepleieteori fra 1950-tallet er valgt å brukes i denne oppgaven fordi Henderson var en av de første som forsøkte å definere sykepleiernes fagområde og funksjon. Tyngdepunktet i teorien legger seg følgelig på dette, og er et perspektiv og redskap som kan brukes til å drøfte vesentlige deler av problemstillingen (Kirkevold, 1998, s. 100). Teorien har hatt stor innflytelse, og kan fremdeles sees på som høyst relevant. Kari Martinsens sykepleieteori er en omsorgstenkning preget av filosofi og samfunnskritikk. Martinsen tar avstand fra det positivistiske virkelighets- og kunnskapssynet som hun mener preger samfunnet generelt (Kirkevold, 1998, s. 169). Begreper fra de ulike teoriene kan hjelpe med å tolke, analysere og drøfte tematikken. Teoriene har svært ulikt grunnlag og hovedfokus. Av den grunn er det tenkt at de kan belyse noen av de samme fenomenene, men også utfylle hverandre der den ene har sitt hovedfokus mer enn den andre.

## 2.6. Vitenskapsteori

Den kritiske vurderingen av forskningen som er brukt som grunnlag i oppgaven vil bli presentert under. Den enkelte forsknings relevante funn vil bli presentert underveis i drøftingen.

Stykkevis og helt – Sykepleieres arbeidsoppgaver, kompetanse og yrkesidentitet i sykehus (Sintef, 2001).

Undersøkelsen fremkommer i en rapport av Sintef i 2001. Rapporten er 17 år gammel og tar utgangspunkt i sykepleiere som jobber på sykehus, men belyser noen aspekter som er uforandret og overførbart til korttidsavdelingen ved sykehjem og relevant i denne oppgaven. Studien er empirisk, eksplorerende og har et svært sammensatt, men klart formulert formål. Den har en metodisk tilnærming med både kvantitativ og kvalitativ metode. Formålet munner ut i 4 hovedproblemstillinger med en rekke underspørsmål. Studiedesignet fremstår som hensiktsmessig og har sin styrke i at de tre delstudiene kan belyse problemstillingen fra ulike perspektiver og eventuelt styrke hverandre eller avdekke svakheter. Studiens utvalg og avgrensninger er gjort inngående rede for. Studien er gjennomført ved to kirurgiske og to medisinske avdelinger i sykehus, der avdelingene er av ulik størrelse og har ulike funksjoner og gir med det en allmenngyldig presentasjon av funnene. Forskningen er gjort på oppdrag av Norsk Sykepleierforbund og gjennomført av Sintef som er en uavhengig forskningsorganisasjon, dette styrker studiens troverdighet. Datainnhenting fremstår som tilstrekkelig i bredden med registrering gjennom 763 vakter, spørreskjemaundersøkelse av 104 sykepleiere og intervjuer av 20 sykepleiere. Dataen går også i dybden ved å besvare på konkretiserte delspørsmål og ved å komplementere delstudiene slik at de utfyller hverandre. En svakhet ved studien er det ene delstudiet som omhandler tids- og oppgaveregistrering. Her har studiedeltagelsen vært en ekstraoppgave på vakt for sykepleierne som deltok. På særs travle vakter kan dette ha påvirket tiden og nøyaktigheten sykepleierne har brukt på registreringen av sine gjøremål gjennom dagen. Svakheten kompenseres for gjennom bruk av observasjon gjennom fotfølging av sykepleierne på vakt for å kunne korrigere bildet som kom fram gjennom sykepleiernes egen registrering.

Sykepleieres erfaringer med samhandlingsreformen ved korttidsavdelinger på sykehjem (Killie & Debesay, 2016).

Studien er norsk fra 2016 og har et klart formål, å undersøke sykepleieres erfaring med samhandlingsreformen ved korttidsavdelinger på sykehjem. Det er basert på seks intervjuer med sykepleiere fra fire ulike korttidsavdelinger gjennom semistrukturert intervjuguide med åpne spørsmål. Bruk av kvalitativ metode fremstår som fornuftig da de utforsker menneskers meningsinnhold der formålet er å få frem menneskelige uttrykk, her sykepleiernes erfaringer. Intervju egner seg derfor godt som studiedesign for å besvare problemstillingen. Datautvalget og analysemetode er beskrevet og begrunnet. Utvalgets karakteristika er gjort greie for. Utvalget kan tolkes som lite da det kun er gjennomført seks av ti først planlagte intervjuer. Manglende intervjuobjekter forklares med manglende respons, det kan stilles spørsmål ved årsaken til dette. Alle intervjuene ble gjennomført på arbeidsplassen i arbeidstiden, utenom ett som ble gjennomført utenom arbeidstid, dette er ikke begrunnet og kan ha påvirket intervjuet. Studien er til tross for disse svakhetene valgt å benyttes. Forskerne har redegjort for sin bakgrunn, artikkelen er fagfelleurdert, studien svarer på problemstillingen, går i dybden og funnene stemmer overens med annet materiale. Funnene er relevante i denne oppgaven.

Sykepleieverdier under press? (Kleiven, Kyte & Kvigne, 2016).

Studien er fra 2016 og er av kvalitativ metode hvilket fremstår som hensiktsmessig for å besvare dens problemstilling. Den har som klart formål å undersøke hvordan ytre rammefaktorer kan påvirke sykepleiernes prioriteringer i praksis og hvordan det påvirker sykepleieridentiteten. Studiedesignet og utvalget kan tolkes som hensiktsmessig, data er innhentet fra fokusgruppeintervjuer med sykepleiere fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og utvalget er redegjort for. Det går klart frem hvordan datainnhenting og dataanalysen har gått for seg, det virker rimelig og egnet for å besvare problemstillingen. Etske forhold er ivaretatt, vurdert og gjort rede for. Problemstillingen besvares tydelig. Det er 12 deltakere i studien og alle er kvinner, dette påvirker studiens overførbarhet. Det fremkommer også at det er vanskelig å vite at alle deltakerne forstår spørsmålene i intervjuet likt, samt at forskerne forstår svarene slik de er ment. Dette fremkommer i studien under kritikk. Ut fra metode, datautvalg og funn er studien vurdert som anvendelig i denne oppgaven.



Experiencing a nurse identity: the meaning of identity to Swedish registered nurses 2 years after graduation (Fagerberg & Kihlgren, 2000).

Studien er gjennomført i Sverige og er publisert på engelsk. Den har et klart formulert formål der kvalitativ metode fremstår som godt egnet for å besvare problemstillingen. Studien er todelt og basert på intervjuer av svenske sykepleiestudenter gjennom deres studie og etter to år ute i jobb som sykepleier. I første delen deltok 27 studenter der data ble samlet inn en gang i året gjennom tre år, samt gjennom loggbok som studentene skrev. I andre delen var det 20 deltakere der de tidligere studentene nå etter to år i jobb ble intervjuet på nytt. Metode, utvalget, analyse og frafall blant deltakerne er beskrevet og begrunnet. Samtlige fremstår som hensiktsmessig. Studiet er fremlagt for etisk komite og godkjent. Det kommer ikke klart frem om deltakerne ble utdannet ved samme skole og hvor de jobbet i etterkant. Dette er bakgrunnsforhold som kan antas å påvirke den enkeltes sykepleieridentitet. Andre metodologiske forhold som kan ha påvirket fortolkning av data er lagt frem. Studiens hovedfunn kommer klart frem og er nyttig i denne oppgaven.

## **2.7. Ivaretagelse av etiske retningslinjer for oppgaveskriving**

Etiske retningslinjer for oppgaveskriving er ivaretatt ved å benytte VID sine felles etiske retningslinjer som rettesnor (VID, 2017). Personvern er ivaretatt da alle intervjuer er anonymisert og ingen personopplysninger er ellers anvendt. Alle kilder er presist sitert og referert for å gi innsyn i hvordan kilder og informasjon er hentet frem. Det er undersøkt om forskningsmateriale fagfellevurdert og lagt frem og vurdert av etisk komite.

## **3 Litteratur**

I dette kapittelet gjøres det rede for den teoretiske referanserammen og de ytrammefaktorene som oppgaven bygger på. Det er dette materialet, sammen med forskning og egen erfaring, drøftingen i senere kapitler vil basere seg på. Kristoffersen beskriver hvordan sykepleieteorier kan brytes ned til to dimensjoner. Den ene dimensjonen er teoriens grunnlag og den andre dimensjonen omfatter beskrivelse av sykepleierfunksjonen (Kristoffersen, 2011, s. 211). Begge dimensjonene vil bli belyst mer inngående.

### **3.1. Virginia Henderson**

Virginia Henderson (1897 – 1996) var en amerikansk sykepleier, forfatter og lærer som gjennom sine forfatterverk og foredrag har delt sine erfaringer og refleksjoner rundt sykepleiens natur (Kirkevold, 1998, s. 100). Virginia Henderson's sykepleieteori er en behovsteori fra 50-tallet med hovedfokus på sykepleie ut fra pasientens grunnleggende behov. Hun utforsker sykepleieridentiteten fra flere hold og stiller spørsmål ved hva sykepleie egentlig er, sykepleierens rolle og særegne funksjoner.

#### **3.1.1. Menneskets grunnleggende behov**

Teorien er pasientsentrert og har et klart holistisk menneskesyn (Henderson, 1998, s. 38). Leenderts forklarer det holistiske menneskesynet med at mennesket er i fokus og betraktes som unikt og som en helhet der det fysiske knyttes sammen med det psykiske (Leenderts, 2014, s. 82). De fundamentale behovene er for eksempel mat, hus, klær, kjærlighet, anerkjennelse, samhørighet, osv. (Henderson, 1997, s. 13). Henderson mener at sykepleie er basert på nettopp disse behovene. Behovene er på mange måter generelle, men også individuelle i den forstand at de tolkes ulikt ut fra faktorer som kultur, tro, tradisjon, personlig interesse og indre drivkraft. Pasienten selv fremstår som en aktiv aktør med best kjennskap til sine egne behov og hvordan dekke dem (Henderson, 1997, s. 9). Det er av denne grunn at

sykepleieren må hjelpe pasienten til å bli selvstendig raskest mulig, slik at han selv kan dekke sine egne behov. Henderson fremstiller menneskers grunnleggende behov skjematisk i tre kolonner (Henderson, 1997, s. 18-19). Første kolonne viser 14 generelle behov, eller sykepleiekomponenter som hun kaller dem, disse er fundamentale behov hos alle mennesker og uavhengig diagnose og andre forhold. Andre kolonne viser andre vesentlige forhold som alltid er tilstede som for eksempel alder, kjønn, ressurser, trosretning, osv. Siste kolonne viser forbigående symptomer som for eksempel smerte, bevissthetsforstyrrelse, temperatur, osv. Det kan forstås som at sykepleieren skal hjelpe pasienten med å dekke de grunnleggende behovene i første kolonne, mens kolonne to og tre er forhold, forbigående eller alltid er tilstede, som sykepleieren må ta hensyn til når hun skal hjelpe pasienten. De grunnleggende behovene er viktig fordi at Henderson mener at det er ut fra disse at den grunnleggende og universelle sykepleien oppstår (Henderson, 1997, s. 16). Behovene vil av den grunn nevnes i sin korthet her, men kommer ikke til å bli beskrevet mer inngående:

1. Puste normalt.
2. Spise og drikke tilstrekkelig.
3. Få fjernet kroppens avfallsstoffer.
4. Opprettholde riktig kroppstilling når han ligger, sitter, går og står, og med å skifte stilling.
5. Sove og hvile.
6. Velge passende klær og sko, og kle av og på seg.
7. Opprettholde normal kroppstemperatur uansett klima ved å tilpasse klær og omgivelsestemperatur.
8. Holde kroppen ren og velstelt og huden beskyttet.
9. Unngå farer fra omgivelsene og å unngå å skade andre.
10. Få kontakt med andre og med å gi uttrykk for sine behov og følelser.
11. Praktisere sin religion og handle slik han mener er rett.
12. Arbeide med noe som gir følelse av å utrette noe. (Produktiv sysselsetting).
13. Finne underholdning og fritidssysler.
14. Lære det som er nødvendig for god helse og normal utvikling.

(Henderson, 1997, s. 18-19).

### 3.1.2. Den særegne sykepleierfunksjon

Henderson er opptatt av at sykepleie skal være en eget yrke og at sykepleieren skal være en selvstendig utøver i stand til å ta egne avgjørelser. Dette blir tydelig i hennes forsøk på å definere hva sykepleie er. Hendersons egen beskrivelse av sykepleierens særegne funksjon lyder som følger:

«Sykepleierens enestående funksjon er å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller til en fredfull død), som dette mennesket ville ha utført uten hjelp hvis det hadde hatt den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til det. Hennes funksjon er å gjøre dette på en måte som hjelper ham til å bli selvstendig så raskt som mulig» (Henderson, 1997, s. 9).

Definisjonen sier noe om sykepleierens særegne funksjon, pasienten og hva som er målet med sykepleien. Selv om pasienten er utgangspunktet for sykepleieutøvelsen, er det Hendersons syn på sykepleierens særegne funksjon som kan være et redskap i arbeid med oppgavens problemstilling. Henderson definerer hva sykepleie er ut fra sykepleierens funksjon.

Sykepleieren skal ikke bare ivareta den syke, men også hjelpe den friske og døende.

Målgruppen er dermed svært bred og omfatter i teorien alle mennesker som har en brist i styrke, vilje eller kunnskap til å gjennomføre disse helsebringende handlingene selv.

Sykepleieren blir som en erstatning for det som pasienten selv mangler (Henderson, 1998, s. 45). Som Henderson skriver er svært få mennesker «fullt og helt sunne på legeme og sjel»

(Henderson, 1997, s. 11). I definisjonen bruker Henderson begrepet «enestående funksjon» om sykepleierens oppgaver. Dette kan forstås som at sykepleieren både har særegne og mer generelle oppgaver. Hun nevner eksempler på disse generelle funksjonene som gjennomføring av oppgaver av ikke-medisinsk art, hjelpe pasienten med å gjennomføre behandling forskrevet av lege, samt delta i den tverrfaglige behandlingsgruppen rundt pasienten (Henderson, 1997, s. 10). Henderson presiserer at ingen i denne behandlingsgruppen skal utføre oppgaver av ikke-medisinsk art i slik utstrekning at det går ut over deres egentlige oppgave (Henderson, 1997, s.10). Med ikke medisinske oppgaver nevner hun blant annet rengjøring, kontorarbeid og arkivering. Som medlem av en behandlingsgruppe skal gruppedeltakerne bistå hverandre gjensidig da de jobber mot et felles mål med pasienten i fokus. Sykepleierens særegne funksjoner tar sykepleieren selv initiativ til (Henderson, 1997, s. 10). Den særegne funksjonen er knyttet til ivaretagelse av de grunnleggende menneskelige behovene. Blant annet så

observerer hun, tar seg av og gir råd til pasienten, dette setter hun i gang og styrer selv (Henderson, 1998, s. 45).

### **3.1.3. Sykepleierens egenskaper**

Henderson sier også noe om hva som kjennetegner den gode sykepleieren. Sykepleieren skal for det første ha kjennskap til seg selv, fordi det er gjennom god selverkjennelse og selvrespekt man kan forstå og kjenne andre (Henderson, 1997, s. 16). Videre må hun ha god innlevelse, et lyttende øre og evne å trenge inn under overflaten hos de mennesker hun tar hånd om (Henderson, 1997, s. 15). Hun beskriver hvordan sykepleieren må bruke sitt kliniske blikk og at dette er «en kunst hun må øve seg i å gjøre så ubemerket som mulig uten at det på noen måte hindrer sykepleier-pasientforholdet fra å utvikle seg naturlig og konstruktivt» (Henderson, 1997, s. 15). Og sykepleieren trenger, som alt annet helsepersonell, kunnskap om mellommenneskelige forhold (Henderson, 1998, s. 38). Når sykepleieren handler skal hun ikke bare gjøre det ut fra tradisjon og vane, men personlig erfaring og logikk (Henderson, 1998, s. 67-68).

## **3.2. Kari Martinsen**

Kari Martinsen (f. 1943) er en norsk sykepleier og filosof. Filosofien kommer sterkt til uttrykk i hennes fenomenologiske omsorgsteori (Kirkevold, 1998, s. 168). Hun beskriver sykepleie som en moralsk praksis og har hentet mye av sin inspirasjon fra filosofer som Løgstrup, Lipps og Noddings (Kristoffersen, 2011, s. 211). Hennes omsorgstekning og kritikk spenner seg fra de egenskaper den enkelte yrkesutøveren må inneha, til vitenskapen, sykepleierprofesjonen, samfunnets strukturelle ordninger og hvordan sykepleieren skal forholde seg til dette. Hun tar til forsvar for de svake gruppene i samfunnet (Martinsen, 1989, s. 42).

### 3.2.1. Omsorg og avhengighet

Omsorgsbegrepet står sentralt i Martinsens teori. Det er i omsorgen sykepleie har sitt utspring. Martinsen deler omsorgsbegrepet inn i tre aspekter (Martinsen, 2005, s. 135). Det første aspektet er omsorg som et relasjonelt begrep, det handler om nestekjærlighet, å gå utover seg selv og stå andre nær (Martinsen, 1989, s. 14). Dette har sitt utgangspunkt i at menneskene er relasjonelle vesener, og som del av et fellesskap har man plikter og rettigheter overfor hverandre, en slags avhengighet av hverandre (Alvsvåg, 2016, s. 346). I dagens samfunn er selvhjelpen et ideal, og dermed blir det å være avhengig og ikke klare seg selv sett på som negativt og blir møtt med diskriminering (Martinsen, 1989, s. 43). Det å være uavhengig og selvhjelpen er blitt en sentral verdi som påvirker menneskets selvoppfatning. Videre skriver hun at avhengighetsbegrepet forstås i nær sammenheng med omsorg. Når omsorg er et relasjonelt fenomen som forutsetter avhengighet, blir omsorg enkelt forbundet med det å ikke klare seg selv, lav mestring og dermed påvirker vår selvoppfatning negativt (Martinsen, 1989, s. 44). Omsorg og avhengighet er med andre ord blitt to begreper som oppfattes negativt. Årsaken til disse negative assosiasjonene er menneskesynet. Ved å legge et kollektivistisk menneskesyn til grunn får omsorg og avhengighet en positiv betydning som innebærer frihet, selvstendighet og ansvar gjennom avhengighetsrelasjoner (Martinsen, 1989, s. 47).

Avhengighet er grunnleggende i alle menneskers liv og det er en misoppfatning at det fører til svakhet og passivitet. Som en overordnet moral og et verdiprinsipp i avhengigheten til hverandre, nevner Martinsen «prinsippet om ansvaret for svake» (Martinsen, 1989, s. 15). Prinsippet går ut på at vi alle kan komme til å trenge hjelp av andre en dag og av den grunn bør man handle slik at alle får mulighet til å leve det beste liv man er i stand til.

Det andre aspektet er omsorgen som et praktisk begrep. I dette ligger det at omsorgen er situasjonsbetinget, betingelsesløs og viser seg i konkret handling (Martinsen, 1989, s. 16). Det betyr at man legger vekt på det unike ved situasjonen og utøver omsorg uten å forvente å få noe tilbake (Martinsen, 1989, s. 18).

Det tredje og siste aspektet er omsorgens moralske side. Omsorgsmoral er å handle ut fra prinsippet om ansvaret for svake (Martinsen, 1989, s. 17). Den bygger på et kollektivistisk og holistisk menneskesyn (Martinsen, 1989, s. 19). Denne omsorgen må læres gjennom oppdragelse, praksis og erfaring (Martinsen, 1989, s. 17). Noen omsorgssituasjoner kan være så krevende at det er nødvendig med fagopplæring for å kunne utøve god omsorg (Martinsen, 1989, s. 22). Det er her sykepleiere kommer inn med utdanning og yrkeskompetanse.

### **3.2.2. Den samfunnskritiske sykepleieren**

I tillegg til å kunne utøve god omsorg til individet, løfter Martinsen også frem noen egenskaper og plikter sykepleiere har på et overordnet nivå. Herunder kommer det å ha kjennskap og et reflektert forhold til verdier og prioriteringer i helsevesenet, og å være kritisk til ytre rammefaktorer som arbeidsforhold og strukturer (Martinsen, 1990, s. 95-96). Sykepleiere skal også dokumentere, dele kunnskap og utfordringer ervervet fra omsorgsfeltet med politikerne med krav om endring (Martinsen, 1990, s. 95-95). Dette er viktig da fenomener som likegyldighet og utbrenning i sykepleieryrket ikke skyldes den enkelte og kan dermed heller ikke løses gjennom individuelle tiltak (Martinsen, 1990, s. 92). Likegyldighet og utbrenthet må forstås på bakgrunn av sykepleierens arbeidssituasjon og samfunnets- og helsevesenets struktur og endringer (Martinsen, 1990, s. 90). I en tidsstruktur som fremmer oppgaveorientering er det blitt vanskeligere å utøve omsorg og skape tillit til pasienten (Martinsen, 1990, s. 90). Martinsen påpeker at dette skaper videre utfordringer. Sykepleier-pasient relasjonen er svakt paternalistisk, hvilket betyr at sykepleieren har en viss autoritet over pasienten og må derfor engasjere seg i relasjonen på en slik måte at hun tar hensyn til pasientens og hans situasjon (Martinsen, 1990, s. 94). Det er pasientens tilstand som strukturerer sykepleierens arbeid og gjennom situasjonsforståelse kan sykepleieren utøve god omsorg (Martinsen, 1989, s. 16). Situasjonsforståelse krever innsikt i pasientens livssituasjon og situasjonens muligheter og begrensinger (Martinsen, 1989, s. 16). Ved å bruke sitt skjønn og intuitive bedømmelse av situasjonen kan hun ivareta pasienten (Martinsen, 1990, s. 95). Uten nok tid til å skape tillit og kjennskap til pasienten er ikke sykepleieren i stand til å ta imot pasientens utleverthet. Dette kan føre til overgrep og formynderi (Martinsen, 1990, s. 90). Uten tilstrekkelig kjennskap til pasienten er det vanskelig for sykepleieren å handle på den måte som tjener pasienten best. Dette er forhold som skyldes situasjonen, og omhandler dermed politikk og må endres på et overordnet nivå (Martinsen, 1990, s. 92-93).

### **3.3. Sykepleieren og korttidsavdelingens rammer**

Til tross for at sykepleieridentitet og sykepleierrolle er to velbrukte termer, kan det virke som om det er få som eksplisitt har gjort rede for hva som ligger av definisjon i termene. For å klargjøre hva som menes med begrepene, har jeg funnet hjelp i å ta utgangspunkt i

begrepsavklaringen i forskningsrapporten til Sintef (Sintef, 2001, s. 9). Denne tar utgangspunkt i at sykepleierrollen består av komponentene arbeid, kompetanse og identitet. De ulike elementene er individuelle, men vil kunne påvirke hverandre gjensidig.

### **3.3.1. Sykepleieridentitet, funksjon og kompetanse**

I norsk ordbok defineres identitet som noe som viser hvem man er og det som gir et individ jeg-bevissthet (Guttu, 2017). Identitet sier noe om hvem man er som person og hvordan andre tolker det. Medfødte egenskaper, trekk, kunnskap, verdier og valg man tar i løpet av livet er noen av de tingene som sammen er med på å danne den enkeltes identitet. For de aller fleste vil utdannelsen og yrket man utøver ha stor innflytelse på identiteten. Ifølge Leenderts består sykepleieryrket som profesjon av en rekke grunnleggende identitetsmarkører som alle sykepleiere må inneha for å fylle sin yrkesrolle, herunder kommer verdier, kunnskaper og ferdigheter (Leenderts, 2014, s. 145). Og som sykepleier i et profesjonelt omsorgsyrke, knyttes de personlige og yrkets fellesfaglige identitetsmarkører sammen til sykepleieridentiteten (Leenderts, 2014, s. 123). Den personlige og den sykepleierfaglige identiteten blir til en. Sykepleierfunksjon er synonymt med sykepleierens oppgaver og de roller hun innehar i sitt yrke. Sykepleieren skal hjelpe de syke, så vel som de friske, se hvert enkelt menneske som helt unikt, møte og behandle det med respekt, og se de sjelelige så vel som de kroppslige aspektene ved mennesket. Med besittelse av sykepleiefaglig kompetanse er sykepleieren rustet til å utøve sykepleie. Kompetanse kan forstås som kunnskap, kvalifikasjon og evne til å løse problemer og utføre arbeidsoppgaver innenfor et bestemt funksjons- eller myndighetsområde (Sintef, 2001, s. 9). Kompetanse er ikke noen en har, men noe som viser seg i konkrete situasjoner. Den kommer til syne når man omsetter kunnskaper, ferdigheter og verdier i praksis (Kristoffersen, 2011, s. 162). Sykepleierens kompetanse er sammensatt og består av teoretisk kunnskap, verdier (holdninger), ferdigheter og erfaring (Kristoffersen, 2011, s. 164). Om en del av kompetansen blir også begrepet «taus kunnskap» brukt. Her tolkes det som den kunnskapen som sykepleieren innehar, men som ikke er definert, artikulert eller beskrevet. Det kan for eksempel være godt håndlag, erfaring og intuisjon. Mer spesifikt sier Rammeplan for sykepleierutdanningen fra 2008 at sykepleieren skal ha kompetanse til å pleie, ha omsorg for og behandle den syke ut fra hvordan det erfarer å være syk, kunnskap om sykdommers årsak, diagnostikk og prognose (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 4). I tillegg



til dette skal sykepleieren ha kompetanse til å utføre helsefremmende og forebyggende arbeid, undervisning og veiledning, forskning og fagutvikling, kvalitetssikring, organisering, ledelse, og ha kunnskap om helsepolitiske prioriteringer og juridiske rammer for yrkesutøvelsen (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 4-5). Gjennom sykepleierutdanningen får studenten store deler av sin sykepleierfaglige kompetanse (Kristoffersen, 2011, s. 164). Her lærer sykepleierstudenten teori, verdiforankring, ferdighetstrening og får erfaring. Gjennom kritisk refleksjon bevisstgjøres erfaringen og blir en del av den personlige kunnskapen og kliniske kompetansen (Kristoffersen, 2011, s. 167). Sykepleierens personlige kunnskap, sykepleierfaglig kunnskap, verdier og ferdigheter utgjør sammen den enkeltes kompetanse, og fremkommer i yrkesutøvelsen.

### **3.3.2. Korttidsavdelingens rammer og organisering**

Det er viktig å ha kunnskap om avdelingens overordnede rammer og organisering for å videre kunne forstå hvordan samhandlingsreformen kan virke inn på sykepleierens særegne funksjoner i korttidsavdeling. Det vil si hvordan helsevesenet generelt er oppbygd, og spesielt systemet rundt korttidsavdelingen og hva som særlig styrer den. I helsevesenet i Norge ligger det ulike oppgaver og ansvar fordelt på forskjellige forvaltningsnivå. Målet med en slik organisering er å sikre hele befolkningen tilgang på helsetjenester av god kvalitet (NOU 2004:2, s. 180).

### **3.3.3. Staten og kommunens rolle**

Helsevesenet i Norge er formelt organisert og styres av lover, retningslinjer og prosedyrer. Det statlige verdigrunnlaget forespeiles blant annet i utredningen om forvaltningsetikk, som sier noe om verdier, holdninger og holdningsskapende arbeid i den offentlige sektor (NOU 1993:15). For kommunenes vedkommende kommer det tydelig frem i kommuneloven hvordan de skal styres og hva som skal ligge til grunn i deres verdigrunnlag, mål og verdier (Kommuneloven, 1993). Det er for øvrig opp til hvert enkelt kommunestyre å vedta egne etiske retningslinjer og følge dem opp (KS, 2015). Kommunen har et overordnet ansvar til å

planlegge, gjennomføre, evaluere virksomheten, og sørge for at sykehjemmet driftes på en faglig forsvarlig måte i samsvar med lover og forskrifter (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-1). Kommunenes frihet til å selv organisere virksomheten skaper fleksibilitet til å kunne tilpasse tjenesten lokalt etter kommunens særlige behov. Det statlige Helsetilsynet fører tilsyn for å kontrollere at kommunen driver tjenesten på en faglig forsvarlig måte og at befolkningens behov for tjenester blir ivarettatt (Statens helsetilsyn, 2016). Staten eier også de offentlige sykehusene i landet (Regjeringen, u.å.). Det betyr at samarbeid mellom sykehus og korttidsavdeling går mellom et statlig og kommunalt nivå. I den daglige driften og i møte med pasienter og pårørende er det helsepersonellet som har ansvar for at lover og forskrifter følges.

### **3.3.4. Korttidsavdelingen**

Sykehjem er en tjeneste som ligger under kommunens ansvar. Kommunen skal sikre at alle som oppholder seg i den aktuelle kommunen skal ha et tilstrekkelig tilbud av nødvendige helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-1). Ettersom det er opp til den enkelte kommune å utforme tilbudet, medfører det en viss variasjon i institusjonstilbudet til kommunene og sykehjemmene (Hauge, 2014, s. 265). Inndelingen av avdelinger i sykehjem kan være svært forskjellig og ha ulike navn. For å konkretisere hva som menes med opphold i en korttidsavdeling tar jeg utgangspunkt i Bergen Kommune sin beskrivelse, som sier at «korttidsopphold er et målrettet og tidsavgrenset opphold i sykehjem.» (Bergen Kommune, 2016). Dette vil bety at det er en viss pasientflyt i avdelingen med jevnlig innkomster og utskrivelser. Det skilles videre mellom ulike korttidsopphold ut fra oppholdets målsetting. Rehabiliteringsavdelinger har fokus på aktiv rehabilitering med mål om at pasienten skal gjenvinne eller bedre sin funksjon, mens andre korttidsavdelinger kan ha som mål å observere, behandle eller avlaste (Hauge, 2014, s. 268).

### **3.3.5. Sykepleieren som sosialpolitisk aktør**

Sykepleieren har ansvar på både individ- og samfunnsnivå (Damsgaard, 2010, s. 41). I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det at sykepleieren skal engasjere seg i sosial- og helsepolitisk utvikling og delta aktivt i den offentlige debatt for å bidra til at faglige og

etiske normer legges til grunn for sosial- og helsepolitiske beslutninger (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Dette innebærer at sykepleieren, i tillegg til sine oppgaver på arbeidsplassen sin, spiller en viktig rolle i samfunnet som sosialpolitisk aktør. Ifølge Damsgaard krever det kunnskap i helsefremmende- og forebyggende arbeid, system- og rammeforståelse, innsikt i samfunnsforhold og velferdsstatens prioriteringer (Damsgaard, 2010, s. 41). Videre hevder hun at sykepleieren med dette har et særlig samfunnsansvar og bør derfor bruke den ervervede kunnskapen fra arbeidsplassen og i møte med pasienter, til å ta del i sosialpolitikken (Damsgaard, 2010, s. 41). På denne måten kan sykepleieren aktivt ta del i sosial- og helsepolitiske debatter og bidra med kunnskap som raskere kan føre til gode løsninger.

### **3.4. Samhandlingsreformen som ytre rammefaktorer**

Med endrede behov i samfunnet kommer nye ideer og tankesett som foreslår tilpasning og løsning på dette. Det kan føre med seg både gode og mindre gode effekter, hvorav noen av dem påvirker og utfordrer sykepleiens verdier. New Public Management, heretter kalt NPM, er en av disse ideene.

#### **3.4.1. New Public Management**

NPM er en ideologi og et tankesett som gradvis har blitt implementert i statlig styring og i helsevesenet og fungert som et overordnet økonomisk styringsredskap (Hansen, 2017). NPM baserer seg på mål- og resultatstyring. I praksis overføres prinsipper og metoder fra det private markedet til det offentlige, med mål om effektivisering, produktivitet og økt kvalitet i offentlige tjenesten (Hansen, 2017). Helsetjenesten har blitt mer markedsrettet og går i retning av økt spesialisering og nedlegging av de minste enhetene (NOU 2004:2, s. 13). NPM, sammen med at pasientene har fått styrket sine rettigheter, setter helsevesenet i et system med markedsmekanismer basert på tilbud og etterspørsel (NOU 2004:2, s. 180). For eksempel fikk pasientene fritt sykehusvalg, økt rett til selvbestemmelse, medvirkning og informasjon, rett til helsehjelp, vurdering og fornyet vurdering, klagerett, journalinnsyn, osv. (NOU 2004:2, s.

180). Flere rettigheter og mer valgfrihet gir også pasientene en forbrukeregenskap og de kan med det anses som kunder i større grad (NOU 2004:2, s. 183). Det blir med andre ord et insentivsystem der helsetjenestene (tilbud) til enhver tid må tilpasse seg pasienten (etterspørsel) som videre skal bidra til å effektivisere ressursbruken og levere helsetjenester av god kvalitet. I kjølvannet av NPM er samhandlingsreformen innført.

### **3.4.2. Samhandlingsreformen**

Samhandlingsreformen ble innført i 2012 med undertittel «Rett behandling – på rett sted – til rett tid». Målet med reformen er å bedre folkehelsen og levere bærekraftige, gode helse- og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, 2017). På denne måten skal velferdsstaten få mer helse ut fra hver offentlig investerte helsekrone. Reformen bygger på BEON-prinsippet, som står for «best effektive omsorgsnivå» (Hermansen & Grødem, 2013, s. 355). Denne delen av reformen er særlig relevant for sykepleierne i korttidsavdelingen. BEON-prinsippet tilsier at man skal behandle enhver pasient på det lavest mulig nivå i helsevesenet, hvilket som regel er kommunehelsetjenesten fremfor spesialisthelsetjenesten. Det vil i praksis si at pasienter skrives ut fra sykehus til sykehjem, og fra sykehjem til eget hjem med eventuell oppfølging av hjemmesykepleien. Pasientene skal også få god, individuelt tilpasset hjelp tidlig og nærmest mulig der de bor (Helsedirektoratet, 2017). Reformen har hatt stor direkte påvirkning på kommunen. For kommunen sitt vedkommende skal reformen styrke kommunerollen og sikre at den er et bærekraftig helsevern som setter i verk tiltak som er kostnadseffektive (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009, s. 55). Disse målene skal nås ved å bygge opp under kommunens allerede eksisterende oppgaver, utvikle nye tjenestetilbud og flytte oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009, s. 55). Dette gjør at de ulike helsetjenestene seg imellom skal samhandle bedre for å skape flyt i helsevesenet, helsetjenestene flyttes nærmere folk bor og at kommunen får flere oppgaver og medfølgende ressurser til å håndtere dem (Regjeringen, 2014). Helsetjenester fremstilles å koste betraktelig mye mer i spesialisthelsetjenesten kontra kommunehelsetjenesten. Det vil si at ved å flytte pasientens behandlingstilbud fra sykehuset til f.eks. sykehjemmet, vil virke avlastende for sykehuset og gi en billigere, mer «bærekraftig» helsetjeneste. Å flytte pasientene mellom de ulike institusjonene krever god samhandling

(Helsedirektoratet, 2017). Det er nå seks år siden samhandlingsreformen ble innført og etterhvert synlig hvilken virkning den har hatt.

## 4 Drøfting

New Public Management har som teori og tankesett gjort tilgjengelig styringsredskaper som har blitt tatt i bruk i og påvirker helsevesenet i stor grad. Det har også samhandlingsreformen gjort som en ytre rammefaktor og legger i dag rammer for helsevesenet.

Samhandlingsreformen kan betraktes som et uttrykk for velferdsstatens ambisjoner, mål og verdisyn. Tankesettet NPM og innføringen av samhandlingsreformen har på mange måter levd opp til forventningene, men har nok også ført til uante effekter på en rekke områder. Erfaringsmessig fremstår sykepleiere i korttidsavdeling som en gruppe som får oppleve en del av den direkte konsekvensen reformen har. Dette kan skyldes at korttidsavdelingen samarbeider svært tett med andre instanser som sykehus, hjemmesykepleie, langtidsavdelinger på sykehjem, osv., og at endringer i disse instansene vil påvirke hverandre gjensidig. Denne påvirkningen kan ha både positive og negative effekter på sykepleierrollen. En svensk studie fant at pasientsikkerheten og kvaliteten på sykepleien som sykepleierne ga hang sammen med sykehuset arbeidsmiljø og antall ansatte (Andersson, 2012, s. 22). Dersom samhandlingsreformen som ytre rammefaktor har negativ effekt på korttidsavdelingens arbeidsmiljø eller arbeidspress, er det derfor også tenkelig at det kan ha negative konsekvenser for pasientsikkerheten og sykepleiekvaliteten på avdelingen. Med dette kan det argumenteres for at samhandlingsreformens påvirkning på sykepleierens funksjon og yrkesidentitet er av betydning for sykepleiere, pasienter, pårørende og andre berørte parter.

### 4.1. Sykepleieidentitet og funksjon

NPM kan ved første øyekast synes å være i tråd med Henderson sin pasientsentrerte behovsteori med et sterkt preg av individualisme. Pasienten skal raskest mulig hjelpes til å bli selvstendig, slik at han kan dekke sine behov selv (Henderson, 1997, s. 9). Dette står i sterk motsetning til Martinsen sin teori som ser på omsorgen som et mål i seg selv (Martinsen, 1989 s. 73). For å hjelpe pasienten best mulig må sykepleiere ha en god situasjonsforståelse, og gjennom skjønn og intuitive bedømmelse utøve god omsorg. De har likevel et felles syn på hvor behovet for sykepleie oppstår og hva som strukturerer hennes arbeid, nemlig pasientens tilstand og behov. Til tross for at teoriene har et svært ulikt syn på hva som er målet med

utøvelse av sykepleie og omsorg, kan forskning gi en pekepinn på hva sykepleiere i dag har som verdigrunnlag og hva som utgjør deres sykepleieridentitet.

Sykepleiernes identitet er på ingen måte identisk, dens mangfold kommer frem i studien «Experiencing a nurse identity: the meaning of identity to Swedish registered nurses 2 years after graduation» (Fagerberg & Kihlgren, 2000, s. 140). Studien undersøker betydningen av sykepleieridentiteten og dens utvikling. Funnene viste at sykepleierne hadde et perspektiv som dominerte over de andre perspektivene, og at dette perspektivet ble værende over tid. Hovedperspektivene som kom frem var pasientsentrert perspektiv, det å være gruppeleder, betydningen av det å ha veileder og et oppgaveorientert perspektiv. Disse perspektivene kan alle tolkes som bestanddeler av sykepleieridentiteten. Hovedperspektivet som peker seg ut hos den enkelte sykepleier kan forstås som hvordan hun ser på og anerkjenner sitt eget arbeid. Perspektivene var i endring gjennom studiestart til to år i jobb, men ingen endret hovedperspektiv fullstendig. Dette kan tyde på at den personlige identiteten står sterkt og er en viktig del av den profesjonelle sykepleieridentiteten. Det pasientsentrerte perspektivet kan tenkes å stemme overens med både Henderson og Martinsens sykepleieperspektiv da de begge tar utgangspunkt i at pasienters behov og situasjon er utgangspunktet for sykepleie. Hverken Henderson eller Martinsen egner seg særlig godt til å forklare det oppgaveorienterte perspektivet, de er begge opptatt av at pasienten skal være i fokus og at andre oppgaver av ikke-medisinsk art ikke skal forhindre dette. Det å være gruppeleder og veileders betydning vil hos Henderson ikke falle under sykepleierens særegne funksjoner da det ikke er en oppgave av medisinsk art. Det kan likevel argumenteres for at det fullt og helt er viktige sykepleieoppgaver, dog ikke direkte pasientrelatert. Betydningen av det å ha veileder er et perspektiv som kan forstås og forklares ved hjelp av avhengighetsbegrepet i Martinsens teori. I praksis er man avhengig av å ha en veileder som tar seg tid til å instruere, forklare, være et forbilde, støtte, osv. Erfaringsmessig kan veilederen være en viktig ressurs for studentene i praksisperiodene under sykepleierutdannelsen. Det å være veileder kommer ofte i tillegg til andre sykepleiefaglige oppgaver og det uvisst i hvor stor grad korttidsavdelinger tilrettelegger for at veilederen har fått satt av tid til studenten. Ved å bruke avhengighetsbegrepet til Martinsen kan man argumentere for at veilederen bør prioritere å ta seg av studenten. Sykepleieren og studenten er i en avhengighetsrelasjon. Det kan ligne på prinsippet for ansvaret for de svake da alle sykepleiere selv har vært studenter og har vært i behov for å ha veileder selv. Denne tankegangen representerer kollektivistiske verdier der avdelingen,

sykepleierne og studentene jobber sammen for å oppnå best mulig resultat for fremtidige sykepleiere i korttidsavdelinger.

Undersøkelsen «Stykkevis og helt» undersøkte relevante aspekter ved sykepleierfunksjon og sykepleieridentitet hos sykepleiere i sykehus og hvordan sykehusorganisasjonen påvirker denne, samt om sykepleiernes forventning til arbeidsoppgaver samsvarer med de faktiske arbeidsoppgaver (Sintef, 2001, s. 1). I studien fremkommer helhetlig sykepleie og psykososial omsorg som svært viktige og sentrale verdier. Studiene fant at sykepleierne i sykehus bruker over halvparten av sin arbeidstid på direkte pasientrettede tiltak, men sykepleierne i undersøkelsen gir likevel uttrykk for å savne mer tid med og en helhetlig oppfølging av pasienten (Sintef, 2001, s. 45-46). Sykepleierne opplever også at det er for lite tid til faglig fordyping og kompetanseutvikling (Sintef, 2001, s. 59). Undersøkelsen viser at sykepleierne har et bredt oppgavefelt og at dette gir variasjon i arbeidet, men kan også føre til tidspress og at arbeidsdagen fremstår som sammensatt og oppstykket. Studiet peker på at sykepleierne har fått flere arbeidsoppgaver av ikke-medisinsk art som for eksempel husholdningsoppgaver og administrative funksjoner. Selv om sykepleierne tilsynelatende tilbringer over halvparten av vekten sin i arbeid med pasienten, kan oppstykkhet og avbrudd tenkes å gjøre pasientmøtene mindre effektive, mindre tilfredsstillende og hindre sykepleierne i utøvelsen av den helhetlige sykepleien som de ser på som verdifull. Igjen belyses betydningen av det å bevare og ha fokus på sykepleieridentiteten og den særegne sykepleierfunksjon som Henderson definerer. Det som utfordrer og rokker ved den kan raskt oppfattes som truende for den sykepleiefaglige yrkesutøvelsen og de grunnleggende verdier som ligger til grunn. Noen av utfordringene som studiene finner vil jeg antyde at til dels kan løses ved å øke ressursene i avdelingen i form av økt bemanning. Dette er særlig utfordringen rundt den oppstykkede sykepleien som forhindrer helhetlig omsorg og den økte mengden av ikke-medisinske oppgaver. For lite tid til faglig fordyping og kompetanseutvikling er erfaringsmessig et forventet funn. Det er likevel merkverdig at de nåværende ressursene, sykepleierne, ikke prioriteres å sette av nok tid til dette. Ifølge Pfeiffer er det nærmest forventet av arbeidstakere å få videreutvikle kompetansen sin på arbeidsplassen, mens arbeidsplassen har behov for dyktige ansatte med oppdatert kompetanse (Pfeiffer, 2002, s. 172). Hun hevder videre at det av den grunn er viktig for både de ansattes jobbtilfredshet og arbeidsplassens fremtid at det tilrettelegges for å kunne bruke og videreutvikle sin kompetanse (Pfeiffer, 2002, s. 172). Økt faglig fordyping og kompetanseutvikling hos sykepleiere i korttidsavdelingen er en faktor som gir oppdatert kunnskap, øke sykepleiernes trygghet i sin fagutøvelse og dermed ha en



positiv innvirkning på pasientsikkerheten. Å øke fokuset på de særegne sykepleierfunksjonene kan derfor hevdes å ha positiv effekt på sykepleieridentiteten og yrkesstoltheten.

## **4.2. De felles grunnleggende sykepleiefaglige verdier**

Ulike menneskesyn, perspektiver og verdier gjør sykepleieridentiteten fargerik og mangfoldig. Kristoffersen er bare en av flere som er av oppfatning at alle sykepleiere har noen felles grunnleggende verdier som sykepleieryrket baserer seg på foruten om de formelle slik som lover, yrkesetiske retningslinjer, osv. (Kristoffersen, 2011, s. 164). Studien «Sykepleieverdier under press?» undersøker nettopp dette. I studien kommer det blant annet frem deltakernes syn på sentrale verdier hos sykepleieren og hva som utgjør god sykepleie. Det ble annet trukket frem av en del av deltakerne at det å dekke pasientens grunnleggende behov og hjelpe han til å selv bli selvstendig var grunnlaget for god sykepleie (Kleiven et al., 2016, s. 320-317). Dette er i tråd med Henderson sin behovsteori der sykepleie oppstår ut fra menneskets grunnleggende behov. Av andre deltakere ble det å bruke tid sammen med, bli kjent med pasienten og skape en relasjon trukket frem som god sykepleie, dette var særlig av dem som jobbet i kommunehelsetjenesten (Kleiven et al., 2016, s. 318). Den pasientsentrerte, relasjonsbyggende og omsorgssentrerte sykepleien harmonerer i større grad med Martinsens omsorgsteori der omsorgen er et mål i seg selv (Martinsen, 1989 s. 73). Årsaken til at fokuset på omsorgsbasert sykepleie har et større fokus hos deltakerne i studien som jobber i kommunetjenesten enn de som jobber i sykehus er vanskelig å si med sikkerhet. På bakgrunn av erfaring kan det likevel hevdes at det skyldes i hvertfall to ting. For det første oppholder de fleste pasienter seg lengre i kommunehelsetjenesten enn på sykehus, relasjonsbygging er ofte tidkrevende og kan derfor tenkes at nedprioriteres i sykehusavdelinger. Det andre er at det kan være av mer allmenn oppfattelse at sykehus i større grad har en mer behandlende funksjon enn sykehjem, og at korttidsavdelingen dermed har et større fokus på det holistiske og det relasjonelle. Andre sentrale egenskaper hos en god sykepleier som ble nevnt var empati, respekt, pasientsentrert pleie, tekniske ferdigheter, helhetlig sykepleie, evne til å dokumentere, prioritere og organisere. Funnene i studien rundt sykepleieverdier og funksjon kan peke på flere ting. For det første vil så ulike syn på sykepleie understreke at sykepleieutøvelse er basert på de verdier og menneskesyn som ligger til grunn i den enkeltes sykepleieridentitet.

Videre kan de ulike egenskapene og oppgavene tolkes som at sykepleierne som deltok i studien anser yrkesutøvelsen sin som svært allsidig og som bestående av både de generelle og de mer særegne sykepleierfunksjonene som Henderson definerer.

### **4.3. Sykepleiernes erfaringer med samhandlingsreformen**

Sykepleiere som jobber i korttidsavdeling samarbeider tett med andre instanser som sykehus, hjemmesykepleie, langtidsavdelinger og lignende. Når nye reformer innføres er det derfor naturlig at det påvirker alle instansene, samarbeidet dem imellom og sykepleierne på ulike måter. Samhandlingsreformen har slått ut på mange måter i korttidsavdelingene. På den ene siden har den vært innovativ og som Helse- og omsorgsdepartementet lovet medført en ny behandlende funksjon for korttidsavdelingene der sykepleierne har fått nye utfordringer og spennende oppgaver (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009, s. 55). På den andre siden er situasjonen i korttidsavdelinger blitt mer krevende for sykepleiere. Samhandlingsreformen har blant annet satt sykepleierne i korttidsavdelingen under et særlig stort press. En kvalitativ studie gjennomført våren 2014 i Oslo er med på å bekrefte dette (Killie & Debesay. 2016. s.1). I studiet kom det fram at sykepleierne opplevde at samhandlingsreformen har ført til økt arbeidsbelastning, økt behov for kompetanse og en uoverensstemmelse i forventninger til hverandre mellom institusjoner og enheter (Killie & Debesay. 2016. s.8-10). Dette oppleves til tross av at kommunen ikke skulle pålegges nye oppgaver uten at det følger med ressurser til dette (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009, s. 55). Det kom også frem at standarden på en «utskrivningsklar» pasient har endret seg i sykehusets praksis (Killie & Debesay. 2016. s.7). Det som før var en ferdigbehandlet pasient, er nå blitt en utskrivningsklar pasient. Sykepleierne i korttidsavdelingen pålegges med det ikke bare et pleieansvar, men også et behandlingsansvar (Hermansen & Grødem, 2013, s. 356). Funnene i dette studiet fremstiller det som utfordrende for sykepleierne å utøve sykepleie og omsorg på en slik måte Martinsen ville beskrevet som god. Resultatet kan synes å helle mer å bli mot den sykepleie som Henderson beskriver, altså på en slik måte som hjelper pasienten til å bli selvstendig så raskt som mulig (Henderson, 2011, s. 45). Det stemmer overens med det som Martinsen skriver om at selvhjulpenhet er blitt et ideal. Det er kostnadseffektivt for staten og kommunen å fremme selvhjulpenhet fremfor tilstedeværelse, relasjonsbygging og omsorg med omsorg

som et mål i seg selv (Martinsen, 1989 s. 73). Samhandlingsreformen har gitt sykepleierne i korttidsavdelingen nye og flere oppgaver, samt mer ansvar, uten å styrke kompetansen og ressurser tilstrekkelig. Det er nettopp en slik situasjon Martinsen mener ligger til grunn for likegyldighet og utbrenthet i sykepleieryrket, og potensielt kan komme til å skade pasienten. I korttidsavdelingen kan et mål- og resultatstyrt helsevesen potensielt true den pasientsentrerte sykepleien og omsorgen som Martinsen anfører. Med økt krav til andre oppgaver som rapportskrivning, administrasjon, samhandling med andre instanser, logistikk, er det tydelig at sykepleierne ved korttidsavdelingen nå får mindre tid til sine særegne funksjoner, de oppgaver som utgjør sykepleierens yrke. Et svekket faglig fokus setter et press på sykepleierens verdigrunnlag og sykepleieridentitet.

Et åpenbart forslag til forbedring på området er å øke bemanningen av sykepleiere, men også andre ansatte i korttidsavdelingen. Ved å ha flere sykepleiere på vakt samtidig øker avdelingen sin sykepleierfaglige kompetanse, skaper et sterkere faglig miljø samt er det i større grad mulig å samarbeide og dele på utfordrende oppgaver. Ved å ansette andre omsorgsarbeidere eller andre som helsesekretær, merkantile, kjøkkenmedarbeider, renholder, osv. kan man frigjøre de medisinske ressursene avdelingen fra de oppgavene som ikke er særegen for sykepleieren. Prisen for økt bemanning i avdelingen kan synes stor, men dersom den er med på å forbedre arbeidsmiljøet til de ansatte i korttidsavdelingen kan det tenkes at det vil ha positiv innvirkning på sykemeldinger og kvaliteten på omsorgen som gis, forhindre likegyldighet og utbrenthet, samt styrke pasientsikkerheten. Kanskje er positive ringvirkninger som dette vanskelig for kostnad-nytte systemet å fange opp og blir dermed ikke tatt hensyn til.

#### **4.4. Nye verdier på kollisjonskurs**

Med et tilbakeblikk på helsevesenets historie er det forståelig at endringer må til og konkrete tiltak må settes i verk. Den norske velferdsstats satsing på å kunne gi et likt tjenestetilbud av god kvalitet og helsesikkerhet til hele Norges befolkning er ambisiøst, men har medført begrensninger på andre områder. Denne målsettingen er preget av Martinsens kollektivistiske tankegang som gjør oss gjensidig avhengig av hverandre og danner utgangspunktet for omsorg. Det kan likevel virke som om dette harmoniske tankesettet har møtt en veisperring

når det kommer til den økonomiske rammen som den opererer i. Det er her NPM kommer inn. Innføringen av den økonomiske styring og tenkning i et felt som opprinnelig styres av grunnleggende menneskelige verdier, etikk og omsorg har som forventet ført til utfordringer. Et av hovedfunnene fra «Sykepleieverdier under press?» var at ytre krav og rammer påvirker sykepleiernes arbeidshverdag ved at de tradisjonelle sykepleierverdiene undergraves av nye fokusområder (Kleiven et al., 2016, s. 320-322). Sykepleierne prioriterer det de blir målt på fremfor for eksempel pasientens psykososiale behov og aktivitet som er vanskeligere å måle. Jeg vil med dette stille spørsmål ved om kvantifisering og økonomisk målstyring egner seg til bruk i omsorgssektoren i den grad den brukes i dag. For hvordan kan kvaliteten på omsorg måles? Er god kvalitet på omsorgen at flere får hjelp eller at hjelpen som gis er god og fungerer? Kostnad per tiltak er enkelt å måle, kvaliteten per tiltak er ikke fullt så lett å måle. Martinsen kritiserer styringsredskaper som dette. Dersom fokuset i korttidsavdelingen skal basere seg på det målbare, for eksempel antall pasienter inn og ut, sier det lite om kvaliteten på behandlingen den enkelte pasienten har fått. Likevel vil korttidsavdelingen ut fra dette kunne defineres som effektiv. Dersom avdelingen eksempelvis skal tildeles ressurser basert på effektivitet, vil det lønne seg med stor pasientflyt på bekostning av kvalitet. Igjen skimter man at samfunnet belønner det selvstendige og uavhengige mennesket, mens de uhelbredelige og langvarige syke blir en uønsket kostnad i systemet. Her blir Henderson og Martinsen sin sykepleieteori svært ulik. Hendersons ide om å gjenvinne det uavhengige mennesket fremstår som opplagt hos dem det er mulig. Det er en svært individualistisk tankegang og strake motsetningen til Martinsen kollektivistiske ideal. Martinsens teori om det kollektive samfunnet, avhengighet og omsorg fremstår idyllisk og altruistisk. Likevel er det den individualistiske tankegangen som råder i dag.

Det kan synes som at de økonomiske begrepene og redskapene er satt til å forklare og styre et system som ikke har de samme kjennetegn som et fungerende marked. Mennesker er sammensatte og så forskjellige at omsorg og behandling til den enkelte krever individuell tilpasning. Som Martinsen skriver er det pasientens tilstand som strukturerer sykepleierens arbeid og for å kunne ivareta og gi god omsorg til den enkelte pasient må hun bruke sitt skjønn, intuitive bedømmelse og situasjonsforståelse (Martinsen, 1990, s. 95). Dette fungerer ikke i et helsevesen som leverer tjenester der pasientene er kunder og sykepleierne servicearbeidere. Det økonomiske språket som brukes i helsetjenesten er i stor opposisjon til det læres under sykepleierutdannelsen og kan derfor tenkes å skape et misforhold mellom forventninger til yrket og den faktiske yrkesutøvelsen.

#### **4.5. Samhandlingens innvirkning på sykepleierfunksjonen og sykepleieridentiteten.**

Forskning, erfaring, litteratur og sykepleieteori peker på at sykepleiernes funksjon er svært sammensatt, men både Henderson og Martinsen uttrykker at det er pasienten som er utgangspunktet og i senter for sykepleieutøvelse. Den allerede presenterte forskning gir en pekepinn på de egenskaper og verdier som utgjør sykepleiernes identitet og hva som ligger til grunn for sykepleierfunksjonen. Det har blant annet blitt trukket frem at det å jobbe med direkte pasientrelaterte oppgaver er svært viktig, tid til faglig fordyping og kompetanseutvikling og utøvelse av andre særegne sykepleierfunksjoner. Erfaring og forskningsfunn viser at samhandlingsreformen har ført til at sykepleierne ved korttidsavdelingen har blitt satt under press. Tidspress, økt mengde arbeidsoppgaver av ikke-medisinsk art har den påvirkningen på sykepleierfunksjonen at sykepleieren får mindre tid til å utøve pasientsentrert sykepleie, for liten tid til fagutvikling og kompetanseheving, gjør arbeidsoppgavene hennes oppstykket og vanskeliggjør utøvelse av helhetlig sykepleie. Når så grunnleggende verdier og faglige fokus ved sykepleierfunksjonen påvirkes, gir det økt risiko for likegyldighet og utbrenthet i yrket og svekker sykepleierens sykepleieridentitet. Den praktiske konsekvensen for sykepleierne er at det påvirker arbeidshverdagens struktur, tidspress og arbeidsoppgaver, og gir sykepleieren mindre tid til de pasientrettede oppgaver som oppleves som givende for sykepleieren. I verste fall kan den praktiske konsekvensen for sykepleie være at færre sykepleiere ønsker å jobbe i korttidsavdelinger.

#### **4.6. Sykepleieren som sosialpolitisk aktør**

Med rolle som sosialpolitisk aktør er det også sykepleieren sin oppgave å belyse områder der intensjon og virkelighet ikke møtes på midten (Damsgaard, 2010, s. 41). I praksis handler dette om sykepleieren i en rollekonflikt. Dette er plikter på overordnet nivå som også Martinsen fremhever som viktige for sykepleiere. Velferdsstaten har store ambisjoner som uttrykkes gjennom ytre rammefaktorer som blant annet samhandlingsreformen. Pasientene har

sine rettigheter og kommunen sine plikter overfor innbyggerne. Og Damsgaard påpeker at sykepleierne er utøvere med ansvar for å gjennomføre samfunnets moralske oppdrag og skal forene de ulike partenes rettigheter og forventninger på midten (Damsgaard, 2010, s. 43). De blir til syvende og sist stående ansikt til ansikt i møte med pasienter, i konflikter, tvetydighet og med opplevelse av at ressursene ikke strekker til, uten å ha reell makt til å kunne gjøre endringer. Det er i situasjoner som dette at sykepleiere må si ifra, aktivt delta i debatter og bidra til at kloke beslutninger tas. Det er alltid en fare for at sykepleiernes innvendinger blir oppfattet som motstand og endringsvegring. I forsøk på å forhindre dette og bli hørt kan det foreslås at sykepleiere må dokumentere og melde fra om sine arbeidsforhold, føre avvik og se til at avviksmeldingene blir brukt til noe, stille klare krav til politikerne og komme med forslag til løsninger.

## 5 Oppsummering og konklusjon

Det kan virke som at den høye standarden velferdsstaten setter og tjenester som loves tilgjengelig til alle borgere når det trengs, er en annen enn realiteten. Når staten proklamerer mer velferd enn kommunen kan realisere brygger dette på problemer. Med NPM som bakteppe og reformer som samhandlingsreformen i front kan det fremstå som at sykepleiere er tildelt en nærmest umulig oppgave. Det kan være sterke indikatorer på at samhandlingsreformen som ytre rammefaktor har innvirket på sykepleierens funksjon og yrkesidentitet. De grunnleggende verdier, etikk og norm som sykepleierne ved korttidsavdelingen gir uttrykk for å basere sin sykepleier på kolliderer med den økonomisk rettede tankegangen. Det stiller krav til at sykepleierne skal utøve sykepleie av god kvalitet samtidig som arbeidsmengde og arbeidsoppgaver øker, uten at tilstrekkelig mengde ressurser tilføres. Når spenningsforholdet mellom det ideelle og det reelle er så stort gir det utfordringer. Ut fra egen erfaring kan dette gapet gi sykepleieren en følelse av utilstrekkelighet som videre kan hevdes å påvirke sykepleieridentiteten. Forhold som forhindrer sykepleieren i å utøve sin særegne sykepleierfunksjon eller skape tillitt til pasienten truer sykepleieridentiteten. I korttidsavdelingen kan et mål- og resultatstyrt helsevesen potensielt true den pasientsentrerte sykepleien og omsorgen som Martinsen anfører. Med økt krav til andre oppgaver som rapportskriving, administrasjon, samhandling med andre instanser, logistikk, er det tydelig at sykepleierne ved korttidsavdelingen nå får mindre tid til sine særegne funksjoner, de oppgaver som utgjør sykepleierens yrke. Et svekket faglig fokus setter et press på sykepleierens verdigrunnlag og sykepleieridentitet. Ut fra dette kan det konkluderes med at om de grunnleggende faglige verdier som bygger oppunder sykepleieridentiteten er under press når sykepleieren i sin yrkesutøvelse blir stående i et spenn mellom intensjon og virkelighet. Samhandlingsreformen har blant annet ført til at sykepleieren får mindre tid til å utøve pasientsentrert sykepleie, for liten tid til fagutvikling og kompetanseheving, gjør arbeidsoppgavene hennes oppstykket og vanskeliggjør utøvelse av helhetlig sykepleie. De utfordringer og dilemmaer sykepleiere ved korttidsavdelinger står i når profesjonskravene skal realiseres i praktisk yrkesutøvelse kan på ingen måte være et privat anliggende. Disse utfordringene ligger som Martinsen sier, på et overordnet nivå og må håndteres i politikken. Sykepleieren må bruke sin rolle som sosialpolitisk aktør for å få dette frem. For å hjelpe seg selv i situasjonen og gjøre yrket lettere bør sykepleieren være bevisst på sin egen sykepleieridentitet og funksjon og finne stolthet og styrke i dette.

## 6 Litteraturliste

Andersson, K. (2012). Sjuksköterskans arbetsmiljö och patientsäkerhet. Hentet 25.05.18 fra <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:589052/FULLTEXT01.pdf>

Alvsvåg, H. (2016). *Omsorg – med utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgstenkning*. I Heggstad, A. K. T. & Knutstad, U (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (s. 346-380). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Bergen Kommune. (2016). *Sykehjem - korttidsopphold*. Hentet 22.03.18 fra <https://www.bergen.kommune.no/tjenestetilbud/omsorg-trygd-og-sosiale-tjenester/avlastning-og-stotte/korttidsopphold/sykehjem-korttidsopphold>

Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Damsgaard, H. L. (2010). *Den profesjonelle sykepleier*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Fagerberg, I. & Kihlgren, M. (2001). Experiencing a nurse identity: the meaning of identity to Swedish registered nurses 2 years after graduation. *Journal of Advanced Nursing*, 34(1), 137-145. doi: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.3411725.x>

Folkehelseinstituttet. (2016). *Pico*. Hentet 26.03.18 fra <http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Folkehelseinstituttet. (u.å.). *Mesh.uia*. Hentet fra <http://mesh.uia.no/>

Hansen, T. (2017). New Public Management. I E. Bolstad (Red.), *Store Norske Leksikon*. Hentet 14.04.18 fra [https://snl.no/New\\_Public\\_Management](https://snl.no/New_Public_Management)



Hauge, S. (2014). *Sykepleie i sykehjem*. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff. (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (2. utg., s. 265-282). Oslo: Gyldendal Akademisk

Helsedirektoratet. (2017). *Samhandlingsreformen*. Hentet 06.04.2018 fra <https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2008-2009). *Samhandlingsreformen - Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. (Meld. St. nr. 47 2008-2009). Hentet 04.05.18 fra [https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/sec1?q=samhandlingsreformen#match\\_0](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/sec1?q=samhandlingsreformen#match_0)

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24 juni 2011 nr. 30. Hentet 22.03.18 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Henderson, V. (1997). *ICN Sykepleiens grunnprinsipper*. (4. utg.). Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Henderson, V. (1998). *Sykepleiens natur – Refleksjoner etter 25 år*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hermansen, Å. & Grødem, A. S. (2013). Organisert for samhandling? *Sykepleien*, 8(4), 354-361. doi: 10.4220/sykepleienf.2013.0141

Identitet. (2017). I T. Guttu (Red.), *Det Norske Akademis ordbok*. Hentet 18.04.18 fra <https://www.naob.no/ordbok/identitet>

Killie, P, A. & Debesay, J. (2016). Sykepleieres erfaringer med samhandlingsreformen ved korttidsavdelinger på sykehjem. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 12(2), 1-19. doi: <http://dx.doi.org/10.7557/14.4052>

Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kleiven, O. T., Kyte, L. & Kvigne, K. (2016). Sykepleieverdier under press? *Nordisk Sygeplejeforskning*, 6(4), 311-326. doi: 10.18261/ISSN.1892-2686-2016-04-03

Kommuneloven. (1993). Lov om kommuner og fylkeskommuner av 25 september 1992 nr. 107. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-09-25/107?q=Lov%20om%20kommuner%20og%20fylkeskommuner>

Kristoffersen, N. J. (2011). *Teoretiske perspektiver på sykepleie*. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1* (2. utg., s. 207-270). Oslo: Gyldendal Akademisk.

KS. (2015). *Rammeverk for etiske retningslinjer*. Hentet 11.04 fra <http://www.ks.no/fagomrader/samfunn-og-demokrati/etikk/etiske-retningslinjer/rammeverk-for-etiske-retningslinjer/>

Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf)

Leenderts, T. A. (2014). *Person og profesjon* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays*. Oslo: Tano.

Martinsen, K. (1990). *Omsorg i sykepleien – en moralsk utfordring*. I Jensen, K. (Red.), *Moderne omsorgsbilder* (s. 61-97). Oslo: Gyldendal

Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnets og evidensen*. Oslo: Akribe

Norsk Sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 20.04.18 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

Norsk Sykepleierforbund. (u.å.). *Sykepleie – et selvstendig og allsidig fag*. Hentet 05.05.18 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/122020/Sykepleie---et-selvstendig-og-allsidig-fag>

NOU 1993:15. (1993). *Forvaltningsetikk – Om verdier, holdninger og holdningsskapende arbeid i statsforvaltningen*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/4c8daea0e5434d79bb29ac8427fe6209/no/pdfs/nou199319930015000dddpdfs.pdf>

NOU 2004:2. (2004). *Effekter og effektivitet - Effekter av statlig innsats for regional utvikling og distriktpolitiske mål*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2004-2/id383676/sec7>

Pfeiffer, Riccarda. (2007). *Sykepleier og leder*. Bergen: Fagbokforlaget.

Regjeringen. (2014). *Samhandlingsreformen i kortversjon*. Hentet 10.05.18 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen-i-kortversjon1/id650137/>

Regjeringen. (u.å.) *Sykehus*. Hentet 02.05.18 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/id10935/>

Sintef. (2001). *Stykkevis og helt - Sykepleieres arbeidsoppgaver, kompetanse og yrkesidentitet i sykehus*. (SINTEF Rapport A6677). Hentet 22.04.18 fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2475809>

Statens helsetilsyn. (2016). *Introduksjon til tilsynsmyndighetene og tilsynet med barnevern-, sosial- og helse- og omsorgstjenester i Norge*. Hentet 22.03.18 fra

<https://www.helsetilsynet.no/no/Toppmeny/Om-tilsynsmyndighetene/Introduksjon-tilsynsmyndigheten-tilsyn-barnevern-sosial-helse-omsorgstjenester-Norge/>

Statistisk Sentralbyrå. (2018). *Helse- og sosialpersonell*. Hentet 26.03.18 fra <https://www.ssb.no/statbank/table/07938/tableViewLayout1/?rxid=c66d83ce-4b45-48f1-99bb-8c3a5dd7e890>

Thisted, J. (2012). *Forskningsmetode i praksis*. København: Munksgaard.

VID vitenskapelige høgskole. (2016). *Felles retningslinjer for bacheloroppgaven ved VID vitenskapelige høgskole*. Hentet 28.03 fra <https://www.vid.no/filer/felles-retningslinjer-for-bacheloroppgaven/>