

MASTEROPPGAVE

Masterstudium i organisasjon og leiing –
helse- og velferdsleiing og utdanningsleiing

Et spørsmål om delegering!


- En kvalitativstudie på hvordan sykepleiere og hjelpepleiere opplever delegeringen av arbeidsoppgaver på en korttidsavdeling i etterkant av Samhandlingsreformen. –

Av

Camilla de Rochlenge Askeland

Juni 2016



 HØGSKULEN I SOGN OG FJORDANE	<h1>Masteroppgave</h1>	
Boks 133, 6851 SOGNDAL, 57 67 60 00, fax: 57 67 61 00 – post@hisf.no – www.hisf.no		
Masteroppgave i: <p style="text-align: center;">Masterstudium i organisasjon og leiing – helse- og velferdsleiing og utdanningsleiing</p>		
Tittel: <p style="text-align: center;">Et spørsmål om delegering!</p> <p style="text-align: center;">- En kvalitativstudie på hvordan sykepleiere og hjelpepleiere opplever delegeringen av arbeidsoppgaver på en korttidsavdeling i etterkant av Samhandlingsreformen. –</p>		
Engelsk tittel: <p style="text-align: center;">A question about delegation!</p> <p style="text-align: center;">- A qualitative study of how nurses and auxiliary nurses are experiencing the delegation of tasks in a short time unite in the aftermath of the Coordination Reform. –</p>		
Forfatter: <p style="text-align: center;">Camilla de Rochleng Askeland</p>		
Emnekode og emnenavn: MR691 – Masteroppgåve i organisasjon og leiing	Kandidatnummer: <p style="text-align: center;">12</p>	
Publisering i institusjonelt arkiv, HiSF Biblioteket (sett kryss): Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven i Brage. Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse. Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett JA <input checked="" type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Dato for innlevering: <p style="text-align: center;">10.juni 2016</p>	
Eventuell prosjekttilknytning ved HiSF	Emneord (minst fire): Sykepleier/ Hjelpepleier/ Samhandlingsreformen/ Profesjon/ Konflikt/ Samarbeid	

Tittel og sammendrag:

Et spørsmål om delegering!

- En kvalitativstudie på hvordan sykepleiere og hjelpepleiere opplever delegeringen av arbeidsoppgaver på en korttidsavdeling i etterkant av Samhandlingsreformen. -

Temaet for studien var å se om endringer i organisasjonens behov påvirket samarbeidsrelasjonen mellom sykepleierne og hjelpepleierne på en korttidsavdeling på et sykehjem. Bakgrunnsteppet var Samhandlingsreformen som ble innført 1. januar 2012, hvor sykehjemmene ble stilt ovenfor nye krav og behov til pasientbehandlingen. Fokuset var på om disse nye kravene og behovene medførte økt deleringe, endring av arbeidsoppgaver, økt overlapping av ansvarsområder og derav økt opplevelse av konflikt mellom de to profesjonene.

Metoden var strukturert som en kvalitativ studie basert på intervju med fire sykepleier og fire hjelpepleiere, hvor premissene for å delta var at informantene hadde minst fem års fartstid på en korttidsavdeling på et sykehjem og hadde minst 50 % stilling. Studien viser at Samhandlingsreformen har økt arbeidsmengden på sykepleierne, men at hjelpepleierne ikke har den samme opplevelsen. Samstundes viser studien at hjelpepleierne opplever i etterkant av Samhandlingsreformen en oppmyking av arbeidsoppgaver som sykepleierne hadde krevde tilbake fra dem på et tidligere tidspunkt, som en del av sitt ansvarsområde.

Title and Abstract:

A question about delegation!

- A qualitative study of how nurses and auxiliary nurses are experiencing the delegation of tasks in a short time unite in the aftermath of the Coordination Reform. -

The theme of the study was to see if changes in the organization's needs affected cooperative relationship between nurses and auxiliary nurses on a short time unit of a nursing home. The background for the theme was the Coordination Reform which was introduced on the 1 of January 2012, where the nursing homes were faced with new requirements and needs in patient care. The focus was on whether these new requirements and needs resulted in an increase in delegation and changing in worktasks, an increase in overlap of responsibilities and hence increased perception of conflict between the two professions.

The method was structured as a qualitative study based on interviews with four nurses and auxiliary nurses. The conditions for participating was that the informants had at least five years experience working on a short time unit at a nursing home and was at leased employd at 50%.

The study shows that the Coordination Reform has increased the workload on nurses, but auxiliary nurses do not have the same experience. At the same time, the study shows that in the aftermath of the Coordination Reform, auxiliary nurses are experiencing a softening of the worktasks that nurses had demanded back from them at an earlier stage, as part of their professional tasks.

Forord.

Jeg vil takke min mann, mine barn og familie
for deres tålmodighet og forståelse for den
tiden jeg har brukt til å slutføre denne studien.

Jeg er de evig takknemmelig for det.

Jeg vil også takke min veileder
som har gitt råd og innspill til
utformingen og gjennomføringen av studien.

En takk til lederne som åpnet døren og
en endelig takk til mine informanter som
har gitt av seg selv gjennom beskrivelser og refleksjoner
om sin egen arbeidshverdag.

Tusen takk!

Camilla de R.Askeland, våren 2016

Innholdsliste

1.	Innledning	1
1.1.	Tema.....	1
1.2.	Problemstilling.....	2
1.3.	Bakgrunnsteppe	2
1.4.	Kunnskapsstatus.....	3
2.	Teoretisk grunnlag.....	5
2.1.	Profesjonsteori	5
2.1.1.	Diagnose - slutning - behandling	6
2.1.2.	Å kreve jurisdiksjonen tilbake?.....	9
2.2.	Konfliktteori	10
2.2.1.	Makt og legitimitet	12
2.3.	Samarbeidsteori	13
2.4.	Så hva ønsker jeg å finne ut av?	14
3.	Metode	17
3.1.	Empiri.....	17
3.2.	Fenomenologiske og hermeneutiske studier	17
3.3.	Valg av metode	18
3.4.	Premissene for å delta	20
3.5.	Intervjuguiden og den tekniske delen av intervjuet	21
3.6.	Gjennomføring av den valgte metoden	22
3.6.1.	Å finne frem til aktuelle sykehjem.....	23
3.6.2.	Henvendelsen.....	23
3.6.3.	Institusjonene, bemanningen og organiseringen.....	24
3.6.4.	Informantene, møte og intervjuene	26
3.6.5.	Stillingsprosent, alder og arbeidserfaring.....	28
3.6.6.	Intervjuene - Et spørsmål om tillit	28
3.7.	Analysen og resultater	31
3.8.	Gjennomføringen av analysen	32
3.9.	Studiens pålitelighet, validitet og overførbarhet.....	33
3.10.	Etske vurderinger	34
4.	Presentasjon av empiri	35
4.1.	Hvilke kunnskaper har sykepleiere og hjelpepleiere på et sykehjem om de ulike arbeidsoppgavene som blir utført på en korttidsavdeling?	35
4.1.1.	Informantenes utdanning, kurs og arbeidserfaring.....	36
4.1.2.	Stillingsbeskrivelse.....	38
4.1.3.	Opplæringsplan	39
4.1.4.	Forberedelsene til Samhandlingsreformen	40
4.1.5.	Fra korttidsavdeling til "B"- sykehus.....	42
4.1.6.	Ansvars- og arbeids- områdene.....	43
4.2.	Hvilke erfaringer har sykepleiere og hjelpepleiere på et sykehjem med delegeringen av profesjonsavhengige arbeidsoppgaver på en korttidsavdeling?	45
4.2.1.	Arbeidsmengden og arbeidsoppgavene	45
4.2.2.	Ansvarsområdene	51
4.2.4.	Fordelingen av ansvarsområder	62

4.2.5.	Arbeidshverdagen.....	63
4.2.6.	Delegering av arbeidsoppgaver.....	65
4.3.	Hvilke erfaringer har sykepleiere og hjelpepleiere på et sykehjem med samarbeidet mellom de to profesjonene på en korttidsavdeling?.....	67
4.3.1.	Samarbeidet.....	67
4.4.	Oppsummering.....	72
4.4.1.	Arbeidsoppgaver og opplæring.....	72
4.4.2.	Arbeidsmengden, ansvarsområde og delegering	73
4.4.3.	Samarbeid	74
5.	Drøfting – En kompleks verden	75
5.1.	Arbeidsoppgaver og opplæring.....	75
5.2.	Arbeidsmengden, ansvarsområde og delegering	78
5.2.1.	Arbeidsmengden	78
5.2.2.	Ansvarsområde.....	79
5.2.3.	Delegering.....	80
5.3.	Samarbeid	83
6.	Avslutning - En liten forståelse for kompleksiteten	88
7.	Litteratur.....	91

Figurer:

Figur 1 - En interaktiv modell for dataanalyse	31
Figur 2 - Analyseprosessen.....	33
Figur 3 - Ansvarsfordelingen.....	45

Tabeller:

Tabell 1 - Kurs og videreutdanning.....	37
Tabell 2 - Stillingsbeskrivelse.....	38
Tabell 3 - Opplæringsplan	39

Vedlegg:

Vedlegg nr.1 - NSD

Vedlegg nr.2 - Forespørsel

Vedlegg nr.3 - Intervjuguiden

1. Innledning

Som et resultat av at min egen arbeidsplass er i endring med nye og flere arbeidsoppgaver og ny ansvarsfordeling, ønsket jeg å se nærmere på hvilken effekt Samhandlingsreformen påvirket andre arbeidsplasser, og ikke minst hvordan disse endringene ble mottatt og løst på disse arbeidsplassene. Spesielt ønsket jeg å se på om arbeidsforholdet mellom sykepleiere og hjelpepleiere ble påvirket ettersom Samhandlingsreformens krav til personalet ble mer klart. Jeg ville også se om profesjonene klarte å være tydelige på hva som er deres "spesialfelt".

1.1. Tema

Selve temaet profesjonskamp mellom sykepleiere og hjelpepleiere har lenge vært et hett og mye omtalt tema. Det er et yndet bilde å bruke når forholdet mellom ulike profesjoner blir omtalt og spesielt når man omtaler konflikter. Spenningsforholdet mellom de ulike profesjonene innad i helsehierarkiet kan beskrives som kampen om hvem som skal ha det overordnede ansvaret i de ulike pasientbehandlingssituasjonene profesjonene møter.

Selve profesjonskampen er et faktum men hva kommer i kjølevannet av denne kampen? Hva skjer med forholdet mellom profesjonene når sykepleierer må akseptere at andre profesjoner inntar deres enemerker? Er det et ledelsesproblem, et jurisdiksjonsproblem, et ressursproblem eller en konsekvens av at organisasjonen er i endring? Hva skjer med legitimiteten til sykepleierne i forhold til de andre profesjonsutøvere i sykehjemmene? Likeledes, hva skjer så med sykepleiernes autonomi i vurderingen av pasientbehandlingen? Hva hender med den verdien av kunnskapen som ligger som bakteppe for de vurderingene som sykepleierne gjør i sitt arbeid med pasientene, når andre profesjoner kan ta en overordnet vurdering uten å ha den samme bakgrunnskunnskapen? Dersom annen profesjon mener at de innehar den samme kompetansen som sykepleierne, og de blir tildelt vurderingsmyndighet, hva står da i veien for å underkjenne de vurderingene som sykepleierne har gjort og gjør? Og hvordan skal profesjonene forholde seg til denne pluralismen i hierarkiet?

Ved å stille disse spørsmålene håper jeg med min studie, å finne mer ut av hva profesjonene tenker om blant annet legitimiteten til sykepleierne i sykehjemmene. Illustrert av Bukve (2012, s.38) som verdien av penger;

"Det er ikkje papirlappen i seg sjølv som skaper institusjonen pengar, det er den funksjonen eller statusen som vi tillegg den."

1.2. Problemstilling

Hvordan opplever sykepleier og hjelpepleier arbeidsmengden og delegering av arbeidsoppgaver på en korttidsavdeling på et sykehjem i etterkant av Samhandlingsreformen og hvordan påvirker dette samarbeidet mellom de to profesjonene?

Mine tre forskningsspørsmål var:

- Hvilke kunnskaper har sykepleiere og hjelpepleiere på et sykehjem om de ulike arbeidsoppgavene som blir utført på en korttidsavdeling?
- Hvilke erfaringer har sykepleiere og hjelpepleiere på et sykehjem med delegeringen av profesjonsavhengige arbeidsoppgaver på en korttidsavdeling?
- Hvilke erfaringer har sykepleiere og hjelpepleiere på et sykehjem med samarbeidet mellom de to profesjonene på en korttidsavdeling?

1.3. Bakgrunnsteppe

Bakgrunnsteppe for oppgaven er Samhandlingsreformen som ble innført 1.januar 2012, hvor sykehjemmene måtte gjennomgå en omorganisering for å kunne imøtekomme nye krav og behov til pasientbehandlingen.

Omorganisering av sykehjemmene forekommer til ulike tider. Noen har muligheten til å øke sin bemanning andre må kutte. Andre igjen må gjøre en endring for å imøtekomme kommunens krav, andre interne krav.

Samhandlingsreformen var en koordinert omorganisering av samtlige sykehjem og samhandlingen opp mot sykehusene. En endring som alle måtte forholde seg til fra den trådte i kraft, om de var forberedt eller ikke.

I denne sammenhengen ble korttidsavdelingene ved sykehjemmene en arena å benytte seg av i pasientflyten mellom spesialhelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Før Samhandlingsreformen hadde korttidsavdelingene ulike fokus. Noen hadde fokus på pasienter med demens, andre hadde fokus på pasienter med utagerende adferd, pasienter med kort forventet levetid, rehabilitering, medisinsk oppfølging og annet. Som oftest var dette hjemmeboende pasienter som var i et behandlingsopplegg, eller hjemmeboende pasienter med et nyoppdaget omsorgsbehov hvor målet var å vurdere hva deres behov var, før de returnerte til hjemmet.

Etter Samhandlingsreformen kunne pasienter som var ferdig behandlet på sykehusene, men som ikke var i stand til å klare seg hjemme alene, bli utskrevet til disse korttidsavdelingene i påvente av en bedre løsning på deres hjelpebehov. Og det ble forventet at korttidsavdelingene skulle kunne håndtere ulike pasientbehandlingsopplegg.

En korttidsavdeling har som intensjon;

- Vurdere pasientens omsorgsbehov, hvor målet er at pasienten skal kunne reise hjem og få hjelp i hjemmet.
- Avlaste pårørende for en periode, der pasienten fortsatt bor hjemme. Hvor målet er at pasientene skal kunne bo lengre hjemme.
- Opptrening av pasienten slik at de kan komme seg hjem etter et sykehusopphold.
- Medisinsk oppfølging i etterkant av et sykehusopphold.

De fleste pasientene får et 2-3 ukers opphold og skal så reise hjem med enten hjelp i hjemmet, eller de har kommet seg såpass at de kan mestre å bo hjemme uten hjelp.

Noen pasienter som kommer inn, vil bli vurdert slik at de ikke kan reise hjem og vil bli værende i påvente av fast plass i sykehjem.

1.4. Kunnskapsstatus

Et generelt søk på nettet med søkeord som profesjonsstrid, profesjonskamp, sykepleier, hjelpepleier og ansvarsfordeling, har for det meste ført til forum hvor det diskuteres de ulike profesjoners oppgaver og uenigheter om kompetanseområde. Men jeg kom over en doktoravhandling skrevet av Høst (2007), som tar for seg hjelpepleiernes historie og hvordan hjelpepleiernes arbeidsoppgaver har vært i en kontinuerlig endring, påvirket av hvordan sykepleierne har sett behovet for pleiekompetanse.

Engelsk søkeord som nurse, jurisdiction, nursinghomes, conflict, nurses aides og profession på databasen PubMed, har ikke medført så mange dekkende resultater foruten et par, skrevet av Dunworth M., og Kirwan P.(2012) som ser på om det er forskjell mellom sykepleiere og sosialarbeidere i deres arbeid med eldre mennesker, og Jervis (2001) som ser på arbeidsrelasjonene mellom helsepersonell i sykehjem.

Et søk i Helsebibliotekets database med de overnevnte søkeordene gav heller ingen direkte treff relatert til sykepleiere og hjelpepleiere.

En svakhet i dette søket er at jeg har kanskje ikke funnet og brukt de rette søkeordene og søkekombinasjonene for å kunne finne mer stoff om mitt tema. I tillegg har jeg ikke utvidet

søket med så mange engelsk ord som dekker de aktuelle søkekriteriene, noe som i seg selv kan ha redusert mine treff på aktuelt tema.

Men som tidligere nevnt er min problemstilling et yndet tema og ved et søk på Google scholar, fant jeg relaterte masteroppgaver og artikler som veiledet meg til fagbøker og som tar for seg forholdet mellom sykepleiere og hjelpepleiere, profesjoner og jurisdiksjoner.

Det jeg legger merke til er at mye av nyere litteratur og artikler støtter seg til velkjente og derav eldre faglitteratur som blant annet Abbott (1988) og Erichsen (1996) for å forklare de mekanismene som påvirker profesjonsstriden. Jeg har derfor brukt både nyere og eldre litteratur i min teoridel. Jeg har ikke mestret å finne nyere forskning på temaet jeg ønsker å se nærmere på.

2. Teoretisk grunnlag

Hatch (2001, s. 21) skriver at ved å tilegne meg kunnskaper om ulike organisasjonsteorier kan det gi meg en abstrakt forestilling om hva en organisasjon er, hvordan den fungerer og hvordan samspillet mellom medlemmene og deres støttemedlemmer fungerer. Selve organisasjonsteorien kan i seg selv gi meg innsikt i hvorfor konflikter oppstår og mulige måter å løse den på. Men, kompleksiteten i en organisasjon, bidrar til man må kunne bruke ulike tilnæringsmetoder av teori og perspektiver for å kunne beskrive selve organisasjonen. Videre påpeker Hatch at fordi det er mange ulike perspektiver er det viktig å bruke flere perspektiver for å beskrive den samme situasjonen. Man vil da kunne få frem et mer nyansert bilde av situasjonen. Med dette som utgangspunkt vil jeg i min teoridel ta for meg de tre teoriene profesjonsteori, konfliktteori og samarbeidsteori som skal hjelpe meg med min analyse og drøftning av mine empiriske funn.

2.1. Profesjonsteori

Selve teorien på profesjoner ble utviklet på ca 1930 tallet, da Carr- Saunders beskrev hva han mente var profesjoner og hva de ulike profesjonenes karakter var (Abbott, 1988, s.4 og Erichsen, 1996, s. 23). Dette bidro til forståelsen av at det å inneha en profesjon, medførte en opplevelse om at du var medlem av et organisert forum som hadde en egen ekspertise med eksotiske kunnskaper. I begrepet å inneha en profesjon lå kravet om en forventet standard og kvalitet på de oppgavene som ble utført (Damsgaard, 2010, s.50). Videre skriver Damsgaard at utdanning gav den kommende profesjonsutøveren innsikt i den teorien profesjonen bygget på og trening av ferdigheter for å kunne bruke teorien i de praktiske oppgavene.

Det at profesjonsutøverne fikk kontroll over sitt eget arbeidsfelt, som innebar at det gav dem muligheten til å handle og bestemme over sitt arbeid, gav dem autonomi. Men Hernes (2002, s.44) skriver at det i 1960-1970 årene ble påpekt at ved å gi profesjoner spesifikke roller i samfunnet, ville de gjennom sin ekspertise få en makt over brukerne og samfunnet de skulle tjene. Noe som også Abbott (1988, s.5) og Damsgaard (2010, s.52) omtaler. Det ble hevdet at denne kontrollen på ekspertisen, kunne indirekte gi profesjonene makt og fordeler som ikke alltid var til det beste for brukerne og samfunnet. Videre skriver Hernes at gjennom ulike grep begrenset det offentlige profesjonenes makt, hvor resultatet var at det ikke lengre var nødvendig at profesjonelle var ledere for sitt arbeidsområde.

Kunnskap er makt men hva bestemmer hvem som kan utføre oppgavene?

I sin bok stiller Abbott (1988, s. 1) spørsmålet; hvorfor skal det være grupper som kontrollerer ulike kunnskapsområder? Og han følger opp med å stille seg spørsmålet: hvorfor og hvordan oppnådde enkelte profesjoner sin makt over disse kunnskapsområdene?

Abbott skriver at ved å ha kontroll på kunnskapen og dens bruksområder, kunne de som hadde denne kontrollen ha makten over utenforstående som var kritiske til denne kontrollen. Men påpekte han at kontroll uten konkurranse, hadde ingen hensikt.

Ifølge Abbott har de ulike profesjonene ulike jurisdiksjonsområder, noen har full jurisdiksjon og andre har underordnet jurisdiksjonsområder. Og i noen tilfeller overlapper profesjoner hverandres jurisdiksjonsområder. Grensene for hvor de ulike profesjonene har sine virkeområder og kampen om hvor disse grensene skal legges, er ifølge Abbott historien til profesjonene. Og han skriver at det er gjennom disse grensekonfliktene at organisasjoner utvikler seg. Halvorsen (2005, s.170) påpeker at i disse grenseområdene ligger også de oppgavene ingen profesjoner ønsker å ha.

For utenforstående kan disse grensene være enkle å forholde seg til. En person har et problem han ønsker å få løst og han går til den organisasjonen eller profesjonen som kan hjelpe ham med dette. Men ifølge Abbott (1988, s.35) er ikke disse forholdene så enkle. Politikk, teknologi og ulike sosiale forhold endrer og deler opp disse oppgavene og setter dem sammen igjen på andre og nye måter. Noen oppgaver blir aldri delt opp mens andre oppgaver alltid vil bli endret. På denne måten blir grunnlaget for en profesjon endret og en annen profesjons grunnlag styrket. I tillegg hevder Abbott at som en del av profesjonskampen, bruker profesjoner sin kunnskap og posisjon til å absorbere andres profesjoners kunnskaper og arbeidsområder for å kunne gjøre dem til sine egne.

2.1.1. Diagnose - slutning - behandling

Hernes (2002, s.46) skriver at Abbott definerte profesjonelt arbeid som en diagnose- slutning- behandling- prosess, hvor diagnose og behandlingsprosessen var regelbundet. Abbott (1988, s.41) beskriver det som at man går ikke til en skillsmisseadvokat når man har behov for å snakke om tanker og følelser.

I diagnose- og behandlings- fasen blir problemet identifisert og klassifisert og satt i system. Man bruker da profesjoners erfaringer for å finne den mest egnede oppfølgingsplanen til hvordan man skal løse problemet. Men påpeker Abbott (op.cit., s.42) at dersom et problem kunne ha bli satt inn et standardisert spørreskjema for å diagnostisere, ville det ikke lenger være et behov for å gå til en ekspert for hjelp. Abbott skriver videre at å diagnostisere ikke er

å følge en rett linje, men en prøve å feile metode, hvor man ved bruk av abstrakt kunnskap, akademisk lærdom, erfaringer og de opplysningene personen gir, finner en mulig årsak og prøver å behandle problemet deretter. Det vil derfor være vanskelig å lage et standardisert spørreskjema i den hensikt å diagnostisere problemet.

I det å være åpen om en profesjons diagnostiseringsverktøy, ligger det en fare i at andre profesjoner ser en mulighet til å overta den andres jurisdiksjonsområder. Samstundes kan en profesjons legitimitet, som blir for komplisert og lite åpen, bli tilsvarende redusert.

Ifølge Abbott, er også det fare for jurisdiksjonsovertakelse i behandlingsfasen dersom denne fasen blir et for rutinepreget og målbart arbeid. Det er i denne fasen, hvor gjennomføring av behandlingen skal bli utført, at oppgaver kan bli delegert til andre profesjoner, som i tilfellet hvor legens behandlingsplan blir utført av sykepleiere eller andre (Abbott, 1988, s.45).

Men, skriver Abbott at når en behandling blir mer spesifisert, desto mer kontroll har den enkelte profesjonen på behandlingen. Men samstundes må man også passe seg for å prise seg ut av markedet.

Slutningsfasen er den tiden fra problemet er diagnostisert til behandlingen er klar. Og på lik linje som i diagnose- og behandlings- fasen, er og også slutningsfasen et område som andre profesjoner kan være på jakt etter. I situasjoner hvor en profesjon feiler i å finne en behandlingsmetode som er effektiv, vil andre profesjoner prøve seg.

Når man er på jakt etter en god behandlingsmetode for å løse en diagnose på, er ikke målet alltid like lett å se. Og det er i denne fasen at profesjonene er åpen for en samarbeid for å nå målet (Abbott, op.cit., s.50). For å trekke en slutning, vil det være den som diagnostiserer som har hovedjurisdiksjonen, men på veien mot denne slutningen, vil man måtte dra nytte av ulike profesjoner, som selv har sine jurisdiksjonsområder, men som i dette tilfellet vil være underordnede hoveddiagnosen.

Ved å samarbeide og delegere oppgaver til underordnede profesjoner åpner profesjonene for at andre profesjoner kan ta over oppgavene. Samtidig gir denne delegeringen staten muligheten til å fjerne profesjonskravet og gi oppgaven til profesjoner som ikke har de samme kvalifikasjonene som den opprinnelige profesjonen. Dette underbygges av hva Halvorsen (2005, s.170) skriver i sin bok. Han påpeker at de offentlige myndighetene ønsker en bedre balanse mellom arbeidssøkernes kvalifikasjoner og jobbkrav og at de gir uttrykk for at yrkesorganisasjoner og profesjonskrav er til hinder for å oppnå denne balansen. Ved å ansette mindre kvalifisert personell, ønsker de offentlige myndighetene å fylle ledige stillinger og avvikle avtalebaserte personellnormer.

Hvem har så jurisdiksjonen?

I denne prosessen om profesjoners arbeidsområder blir profesjonens jurisdiksjon sentral. Og Hernes (2002, s.47), skriver at Abbott omtaler ulike typer for jurisdiksjon. Man hadde full jurisdiksjon eller begrensede jurisdiksjoner. Den begrensede jurisdiksjonen hadde igjen ulike faser for jurisdiksjonsområder som underordnet, arbeidsdeling, intellektuell, rådgivende og klientdifferensierende.

Full jurisdiksjon er hva hver enkel profesjon har som mål. I dette ligger det at arbeidsområdet til profesjonen er lovfestet og profesjonen har full kontroll på arbeidsoppgavene. Ved begrensete jurisdiksjon er profesjonene underordnet en annen, som i tilfellet mellom leger og sykepleiere hvor den ene profesjonen har utviklet seg til å bli en hjelpeprofesjon. Ved arbeidsdeling har man klare definerte grenser som skiller de ulike profesjonenes jurisdiksjon. Ved intellektuell jurisdiksjon har man full kontroll på et fagfelt, men man delegerer oppgaver til andre profesjoner. Rådgivende jurisdiksjon er når en profesjon søker råd hos en annen og til slutt klientdifferensierende jurisdiksjon hvor man deler klientene inn i grupper.

Abbott (1988, s.59) skriver også at for å få jurisdiksjon på et området, må profesjonen be om anerkjennelse av samfunnet for at akkurat denne profesjonen kan løse de gitte problemene. Videre skriver Abbott at jurisdiksjon ikke bare er kulturell struktur men også en sosial struktur. Det er ulike arenaene hvor en jurisdiksjon blir fremmet. Man kan fremme det i det offentlige, eller på arbeidsplassen. Ulempen med jurisdiksjonskrav fremmet på arbeidsplassen, er at de kan bli fordreid i forhold til hva det står i lovverket og hva de offentlige har bestemt at jurisdiksjonsområdene (ansvarsområdene) skal være.

Å kreve jurisdiksjon på et område, er å fremme et krav til det offentlige om å få legitim kontroll på et arbeidsområdet. I dette legges det at man da får rett til å utføre ulike oppgaver slik profesjonen mener er rett. Samtidig krever profesjonen at det da er denne profesjonen som får bestemme hvilke andre profesjoner som får utføre tilsvarende oppgaver. Abbott (op.cit., s.60) skriver at en offentlig godkjenning er et krav om både sosial og kulturell autoritet. Men må man ifølge Abbott (1988, s. 92) være våkne på at ny kunnskap og teknologi kan bli oppfattet som truende, hvor på profesjoner vil kjempe i mot en endring som kan true profesjonens jurisdiksjonsområde.

Kampen om lovlig jurisdiksjon foregår på tre plasser. Man har det lovgivende forsamling, domstolen og det administrative. Hernes (op.cit., s.50) skriver at hvem som vinner eller taper jurisdiksjoner i en organisasjon, kan få følger nasjonalt. Noe som Marianne Høgvold-Iversen (2008) omtaler i sin masteroppgave "Kampen om skittarbeidet", hvor hun tar opp hvordan sykepleierne argumenterte for hvorfor de skulle bli ansatt på sykehusene fremfor hjelpepleierne.

2.1.2. Å kreve jurisdiksjonen tilbake?

Med det kjente Loen- vedtaket i 1989, ”Sykepleietjenesten i fremtiden”, hvor Norsk sykepleieforbund (NSF) definerte blant annet hvilke kvalifikasjoner og funksjoner som var nødvendig å ha for å i vareta viktige oppgaver i helsevesenet, ble grensene for hvem som skulle gjøre hva, etter NSF's syn, trukket.

Høgvold-Iversen (2008) stiller i sin oppgave spørsmål ved hvorfor sykepleierne tok tilbake kontrollen over lavstatusarbeid stikk i strid med hva Abbott mener at en aspirasjonsønskende profesjon ville ha gjort. Og i sin rapport ”Den enes brød – den annens død?” stiller Eilertsen (1991) seg kritisk til de argumentene som Norsk Sykepleierforbund (NSF) bruker for å fremme sin sak om hvorfor det bare skal være offentlig godkjente sykepleiere som utfører pleie til pasienter. Han påpeker at NSF sliter med å ha et klart skille på når en pasient har behov for en offentlig godkjent sykepleier, og når det ikke er et behov. Spesielt når behovet for økt kompetanse ikke lengre bare er forbeholdt sykehusene men at behovet følger pasientene ut i sykehjemmene (1991, s.9). Videre skriver Eilertsen (op.cit., s.12) at sykepleierne prøver å sikre seg monopol på pleietjenesten gjennom å heve fagets akademiske status. Noe som bærer preg av å være en profesjonskamp og ikke en faglig kamp.

Ifølge Abbott (1988, s.65), er profesjoner i en organisasjon sårbare for forstyrrelser. Innad i en organisasjon har profesjoner sin arbeidsinstruks, men for å kunne løse oppgavene må profesjoner påta seg andre oppgaver og avstå fra å utføre sin egen profesjons oppgave. I tillegg viser det seg at profesjonelle blir skiftet ut med hjelpeprofesjoner eller ukvalifiserte. Denne delingen av oppgaver kan medføre at ved forhandling om arbeidsoppgaver, kan jurisdiksjonsområdene til en profesjon ble endret for å imøtekomme organisasjonens behov. Ifølge Høst (2007, s.76) var hjelpepleierne helt fra starten av, i en kontinuerlig forhandling om arbeidsområder. Avhengig av hva behovet av arbeidskraft var både på landsbasis og i den enkelte institusjon har hjelpepleierens arbeidsområde variert, influert av sykepleieprofesjonens strategi og syn på behovet for pleiekompetanse.

Abbott (1988, s.65) påpeker at dette mangfoldet innad i en profesjon må anerkjennes. Samt at for en organisasjon skal kunne utføre sine oppgaver må man la underordnede- eller ikke-profesjonelle utføre oppgaver. Dersom det er for mye oppgaver for en profesjon til å kunne utføre oppgavene kan dette bli overført til ikke offentlige godkjente profesjoner eller ikkeprofesjonelle. Jurisdiksjonsområdene til de enkelte profesjonene i en organisasjon har dermed en tendens til å flyte over i hverandre. Noe som Abbott kaller en arbeidsplass assimilasjon, hvor kunnskap utveksles mellom underordnede -, likeverdige-, ikke-profesjonelle-, og relaterte- profesjoner. Denne assimileringen er høyest i offentlige

institusjoner hvor samarbeidet mellom underordnede- og ikkeprofesjonelle profesjoner er høyt.

I artikkelen til Dahle og Iversen, "Relasjoner mellom sykepleiere og hjelpepleiere", skriver de (2001, s.240) at sykepleierne hadde behov for å rydde opp i uklare grenser mellom arbeidsoppgaver og overlappende funksjoner mellom dem og hjelpepleierne. Kampen om jurisdiksjonsområdet medfører at sterke grupper prøver å utestenge andre og forhindre dem i å ha innflytelse (op.cit., s.240). Videre skriver Dahle og Iversen at sykepleierne er delvis underlagt legene men overordnet hjelpepleierne. Noe som sykepleierne prøver å få frem gjennom å vise at rollen og arbeidsoppgavene er ulike. Ett av kjernepunktene i diskusjonen om hjelpepleiernes pleieoppgaver i somatiske sykehus, var hjelpepleiernes svake kunnskapsnivå og som ble brukt til å legitimere årsaken til hvorfor de skulle ut av sykehusene.

Et spørsmål om jurisdiksjon som ofte blir stilt er hvem som skal lede. Som svar på dette spørsmålet kommer det frem at profesjonelle er skeptiske til at andre profesjoner leder dem (Hernes, 2002, s.50). Noe som kan ha sammenheng med, som Quivey (1998, s.27) omtaler, at en sykepleier har ansvar for å ikke gå utover sitt eget kompetansenivå. Men sykepleierens leder har også et ansvar for å vite hvor dette nivået er og ikke tildele arbeidsoppgaver som går utenfor dette nivået. Noe som Karlstad (2012) antyder i sin masteroppgave "Sykepleiefaglig ledelse – har det betydning for faglig kvalitet i sykepleietjenesten?" hvor hun konkluderer med at sykepleiefaglig ledelse har betydning for sykepleietjenesten, men at hun fikk ingen klare funn på at det hadde noe konsekvens for kvaliteten.

Men, det å kreve enerett på enkelte arbeidsområder ble ved dom (ARD-1996-43) forkastet, noe som Erichsen (1996, s. 50) omtaler i sin bok. Her kom det frem at selv det å inneha en ekspertise medførte ikke at den enkelte profesjon kunne kreve enerett på enkelte arbeidsområder. Dette medførte at sykepleierne måtte akseptere at andre konkurrerte på deres myndighetsområde.

2.2. Konfliktteori

"En konflikt oppstår når interesser kolliderer." (Morgan, 2009, s.175). Morgan skriver også at blant annet kan konflikter oppstå mellom rivaliserende grupper, hvor en konflikt er ikke ønsket og ville kanskje ikke ha oppstått under gunstigere forhold. Videre skriver han at noe av årsaken til slike konflikter kan være kampen om ressurser og status. Noe som kan bli tydelig når de ulike rollene blir fremstilt i et organisasjonskart. Morgan trekker frem

organisasjonskartet, som viser organisasjonens hierarki, som et symbol på dimensjonene i konflikter. Organisasjonskartet viser fordelingen av arbeidsoppgaver, hvor på den hierarkiske stigen arbeidstakerne befinner seg og hvordan man kan avansere for å få høyere status.

I tillegg omtaler Morgan at selv om arbeidere er enige om målet og verdien av å samarbeide, vil de ulike profesjonene ha særtrekk som kan skape motsetninger og derav konflikter, som vil forhindre et godt samarbeid. Noe som kan forklares med at de ulike profesjonene ønsker samarbeid men ikke på bekostning av deres profesjonelle identitet og målsetning. Men må man være observante på at personlige forhold og preferanser, kan medvirke til konflikter. Disse observasjonene omtaler også Hatch (2001, s.329) i sin bok og hun påpeker at det finnes mange muligheter for at konflikter kan oppstå. Ved gjensidig oppgaveavhengighet som krever kontinuerlig samarbeid, vil det være stor sjanse for at konflikter oppstår. Men ifølge Hatch (op.cit., s.339) vil ikke de ulike gruppene som er avhengig av hverandre for å nå et felles mål, ha et høyt konfliktnivå. Noe som også Quivey (1998, s.83) støtter, ved å skrive at for å unngå konflikter er det viktig at de ulike fraksjonene er enige om kjørereglene. Også Nylehn (2002, s.61) skriver at de ansatte i en byråkratisk organisasjon er gjensidig avhengig av hverandre. Og for å sikre et godt samarbeid, ble det en oppgave for lederne å sørge for at etablerte regler, arbeidsdeling og prosedyrer ble fulgt.

Konflikter kan oppstå i ulike settinger som for eksempel mellom de ulike nivåene i et hierarki, mellom arbeidere og ledere, og andre. Noe som Horgen og Rønning (2010) omtaler i sin artikkel, som omhandlet arbeid og arbeidsmiljø, hvor de påpeker at mange sykepleiere opplevde dårlig arbeidsforhold mellom ansatte og mellom ansatte og ledelsen. Dårlig kommunikasjon opp og ned i ledelsesstrukturen samt liten velvilje til å i møtekomme kritikk ble fremhevet som noen av årsakene til problemene. Også i Jervis (2001, s.20) sin artikkel kommer det frem at spenningen mellom sykepleiere og sykepleieassistenter kan sees på som en pågående profesjonskamp og kamp om profesjonell status. Og mye av problemet lå i at sykepleierne høyere oppe i hierarkiet ikke anerkjente sykepleieassistentens argumenter. Resultatet fra denne studien var at sykepleieassistentene begynte å opponere mot reglene og prosedyrene som sykehjemmet og dens arbeidere skulle følge.

Hatch (2001, s.341) skriver at ulike verdier, interesser, sosiale strukturer og uklare ansvarsfordeling kan bidra til konflikter. Videre påpeker Hatch at konflikter er en del av alle organisasjoner hvor de som oftest har foregått mellom to eller flere grupper og kan være et forstyrrende element i organisasjonen. Selve konflikten trenger nødvendigvis ikke være åpenlys, men kan gjenspeiles i hvordan interaksjoner mellom medlemmer av organisasjoner er. Unnvikende adferd og utvikling av egne normer kan ha sitt utspring i en pågående

konflikt. I en annen studie utført av Dunworth og Kirwan (2012, s.229) på et pleiehjem kom de frem til at uavhengig av profesjon og kvalifikasjoner, ville de ansatte gi den best mulige pleien til sine beboere. Men påpekte de at å ha en felles etisk kode å gå etter, bidrog til en mer ens forståelse av hva som var til det beste for beboerne.

Om konflikter har en funksjon i en bedrift, er et tema Hatch (op.cit., s. 331) prøver å belyse, ved å omtale tre mulige måter å tilnærme seg konflikter på. Og muligens har konflikter sin livsrett, da de kan bringe organisasjonen til nytenkning og endrede rutiner. Noe som også Quivey (1998, s.82) støtter. I tillegg skriver Hatch at det argumenteres med at konflikter som luftes kan virke helsebringende og samtidig gi en opplevelse av medvirkning. En konflikt kan i seg selv medvirke til sosiale forandringer. Men påpekes det at nyere forskning på konflikter tilsier at det finnes en gylden middelvei for når konflikt har en positiv innvirkning på organisasjonen og når den har en negativ innvirkning. Hatch skriver videre at det som fremmer et godt samhold innad i en gruppe er nettopp å ha en pågående konflikt med andre utenfor gruppen. Ulempen med dette er at samarbeid på tvers av gruppene kan lide. Senge (1990, s.301) skriver at et mål for konflikthåndtering, er å finne ut hva som er årsaken til at konflikten oppstod, og hvordan den ønskes løst. Men påpeker Hatch at det er forskjell på en horisontal og vertikal konflikt og at de to må håndteres og studeres på ulik måte.

2.2.1. Makt og legitimitet

Den amerikanske statsviteren Robert Dahl (referert i; Morgan, 2009, s. 178) beskriver makt som evnen til å få noen til gjøre noe den i utgangspunktet ikke ville ha gjort. Makt er ikke nødvendigvis av onde, men en ressurs som brukt rett, kan fremme produktivitet. Også McShane og Von Glinow (2010, s. 300) omtaler makt som en evne til potensielt å få personer til å utføre noe. De fremhever at det er hvordan andre oppfatter den enkeltes makt som avgjør hvor mye makt man har. Men skriver Dahle (2008, s.225) at det å ha autoritet skulle være en måte å unngå maktutøvelse og i stedet fremme frivillig lydighet. Det å ha en legitim autoritet, var for en profesjonell å inneha ekspertkunnskap som brukerne hadde tillitt til. Som Svensson og Karlsson (2008, s.263) følger opp med å skrive at denne ekspertkunnskapen kan være anerkjent av staten og borgene ved at profesjonene får tildelt autorisasjon og derav jurisdiksjon på arbeidsoppgaver.

Både Morgan (2009, s.178), McShane og Von Glinow (2010, s. 301) beskriver ulike former for makt. Den formelle, den anerkjente og den overtalende makten.

Den formelle autoritet som kommer ved hvilken rolle man har i organisasjonen, er en såkalt legitim makt og derav anerkjent av dem man jobber med. Max Weber (referert i; Morgan, 2009, s.178) og Svensson (2004, s.55) skriver at sosial anerkjennelse er helt sentralt for å oppnå legitimitet for å inneha makt over andre. Svensson skriver videre at å reproducere sosial sammenheng og orden på er det å opprettholde legitimitetsgrunnlaget den mest effektive metoden.

Den legitime makten har historisk blitt understøttet av: tradisjoner, lovregler og karisma. Denne makten varer så lenge de som blir ledet av en med autoritet, aksepterer og respekterer den. Uten aksepten og respekten, oppstår det et tomrom og posisjonen er åpen for angrep. Selv om institusjonen sykepleierutdanningen mener at sykepleierne har en verdi og kompetanse som gir dem forrang til å lede og avgjøre pasientbehandling i forhold til legens avgjørelse og retningslinjer, er det som Bukve (2012, s.38) skriver at selv om regler og rammeverk definerer en institusjon er det de sosiale spillereglene som tillegger institusjonen dens verdi. Også Hatch (2001, s.103) skriver om sosial legitimitet hvor det påpekes at institusjoner er avhengig av aksept i de samfunnene de fungerer i. Dette kan i overført betydning medføre at institusjonen sykepleiere er avhengig av en kollektiv anerkjennelse av dens autoritet for å kunne utføre sine oppgaver. Men som Abbott (1988, s192) skriver, mister ikke en profesjon sin legitimitet over natten, men som et resultat av at andre profesjoner bruker andre argumenter for å oppnå legitimitet for sin profesjon for de samme jurisdiksjonsområdene.

Autoritet kan beskrives som den effekten legitimiteten får nedenfra i et hierarkisk system. Man må derfor være bevisst på at omorganisering og strukturelle endringer kan bidra til endring av den formelle maktstrukturen og avhengigheten mellom avdelinger og individer.

2.3. Samarbeidsteori

Bukve (2012, s.30) definerer en organisasjon basert på bevisst, formalisert og målrettet samarbeid mellom mennesker. En beskrivelse som også Kvåle og Wæraas (2006, s. 12) benytter for å beskrive en organisasjon. Dette samarbeidet består av regler for hvordan samarbeidet skal foregå, hvem som har ansvaret og hvem som skal utføre de ulike arbeidsoppgavene. Dette samarbeidet blir styr koordinert og ledet.

McShane og Von Glinow (2010, s. 243) beskriver samarbeid som en gruppe hvor medlemmene er villige til å jobbe sammen ved at de deler på ressursene, er omstillingsdyktig og fleksible nok til å imøtekomme andre medlemmers behov.

Bukve (2012, s.220) skriver at avtaler og tillitt er grunnelementer når man skal samarbeide i nettverk. Men påpeker også at dette er en modell som er kompleks og avhengig av samarbeidet mellom de ulike aktørene. Noe som også Målseide (2008, s.369) beskriver, hvor han omtaler samarbeid som krever profesjonell kompetanse, som et samarbeid mellom ulike aktører. Målseide skriver også at rammen rundt de ulike hendelsene er vesentlig, da ulike settinger styrer hvordan man skal forstå og reagere på hendelsene. Men videre påpeker Målseide at grensene mellom de ulike rammene kan være uklare, hvorpå en aktivitet som er definert i en ramme kan gli over i en annen ramme og derav endre karakter eller mening. Som et resultat er det derfor viktig at det finnes definerte regler for de ulike rammene for å unngå konflikter. Men det er ikke at det er aktører som kan håndheve reglene og det blir dermed opp til aktørene selv å ivareta reglene.

Quivey (1998, s. 24) skriver at viktige faktorer for et samarbeid er *gjensidig respekt* og *trygghet*, men at statusforskjeller innad i helsevesenet kan påvirke dette samarbeidet. Videre påpeker Quivey (op.cit., s. 92) at det samarbeidsproblemer mellom de ulike profesjoner innad i helsevesenet er ikke nødvendigvis et uttrykk for ulike verdisyn og etikkodeks. Men et resultat av ulike roller og arbeidsoppgaver innad i organisasjonen. Og følger opp med å skrive at slike uenigheter mellom profesjonene, ikke alltid kan skyldes uenigheter mellom profesjonene, men kan også være et resultat av organisatoriske utfordringer og ressursmangel. Hatch (2001, s.282) formidler at man må være oppmerksom på at en sterk gruppeidentitet, kan komme i veien for gode samarbeidsrelasjoner mellom ulike grupper.

2.4. Så hva ønsker jeg å finne ut av?

I etterkant av Samhandlingsreformen har jeg opplevd en økt arbeidsmengde som skulle håndteres med de samme ressursene som før. Dette har medført at jeg må i min arbeidshverdag prioritere arbeidsoppgavene, og må delegerer "mindre" viktige arbeidsoppgaver og innta en rådgivende funksjon for dem som skal utføre de arbeidsoppgavene jeg selv ikke har tid til å gjøre. Slik jeg opplever det, er dette er en konsekvens av at vi er for få sykepleiere på vakt til å ivareta alle våre arbeidsoppgaver på min arbeidsplass. Men er dette en utfordring som bare følger min arbeidsplass, eller er det flere som opplever å måtte velge bort arbeidsoppgaver og fokusere på de mest nødvendige?

Jeg har mange spørsmål relatert til hvilke konsekvenser slike avgjørelser kan ha og få for en profesjon. Spørsmål som omhandler hvilke betydning kan en slik avgjørelse på sikt få for

profesjonens jurisdiksjonsområde. Spørsmål som; Er min egen eller andre profesjoner bevisst at handlinger kan få konsekvenser, eller er man bare løsningsorienterte for å utføre vaktens arbeidsoppgaver?

Kan det å delegere profesjonsavhengige arbeidsoppgaver til for eksempel hjelpepleierne medføre at de ønsker å aspirere og få en høyere status for sin egen profesjon? Og bidrar sykepleiernes delegering av profesjonsavhengige arbeidsoppgaver til en gradvis legitimering av at hjelpepleierne er kompetente til å ivareta disse delegerte profesjonsavhengige arbeidsoppgavene?

Hva er årsaken til at delegering av profesjonsavhengige arbeidsoppgaver forekommer? Kan årsaken være at profesjonene må ta et valg som følge av en presset arbeidshverdag med redusering av ressurser både av økonomisk art og faglig bemanning?

Kan det å dele på og samarbeide om de ulike arbeidsoppgavene medføre at ingen vet helt klart hvor den enes jurisdiksjonsområde ender og hvor den neste begynner? Hvor resultatet blir at arbeidsplassen utvikler sine egne regler og jurisdiksjonsområder og kaskadeeffekten av dette er at arbeidsoppgavene i enkelte tilfeller blir utført av ukvalifisert personell.

Hvor det i en travel hverdag er få som ønsker å starte en teigkamp om mine og dine arbeidsoppgaver, ”for vi drar jo lasset sammen!”.

Som Abbott (1988) skriver, opplever jeg som sykepleier på et sykehjem at de ulike profesjoners jurisdiksjonsområde er i en kontinuerlig glidende overlappingsfase, forårsaket av at institusjonens behov skal imøtekommes.

Er denne økningen i arbeidsoppgaver en utvikling av ens profesjon, hvor endringer i behov kan utløse en endring i jurisdiksjonsområdene? Om så er tilfelle, kan man kalle det et paradoks at det offentlige godkjenner at de enkelte profesjoner har jurisdiksjon på visse områder, og når profesjonen har sett seg nødt til å delegere arbeidsoppgaver (i noen tilfeller pga. manglende kvalifisert personell), kan det offentlige ”bruke” denne delegeringspraksisen mot profesjonen og tillate at andre underordnede profesjoner utføre de samme arbeidsoppgavene, ved å bruke argument som at; ”Det er jo profesjonen selv som har tatt avgjørelsen!” Kan man da si at det er i realiteten ikke lengre er profesjonen som bestemmer, selv om profesjonen som mener at de skal ha dette ansvarsområdet, men det offentlige som tar den endelige avgjørelsen?

Hva kan skje dersom underordnede ikke lengre ser behovet for å informere overordnede om endringer i pleiebehov hos en beboer, fordi disse overordnede ”som oftest” delegere bort

tilsvarende pleiebehov? Kan det å delegere bort profesjonsavhengige arbeidsoppgaver medføre at sykepleierne som profesjon selv undergravd sin egen legitimitet? Kan det være at denne delegeringen og oppdeling av funksjonsnivå, er i ferd med å frata sykepleierne deres opparbeidete status som profesjon, eller at dette er en foranledning til å endre sykepleiernes jurisdiksjonsområde?

Disse uklare grensene, er kanskje en konsekvens, som Eilertsen (1991) påpeker, av at NSF ikke har vært klare på når en pasient skal ha oppfølging av sykepleier og når andre kan ta over.

Og man stiller seg selv spørsmålet, har Loen- vedtaket, hvor hjelpepleierne gradvis har blitt skjøvet ut av sykehusene, medført at arenaen for sykepleiernes og hjelpepleiernes profesjonskamp er blitt overflyttet fra sykehusene til sykehjemmene? Blir denne kampen mer fremtredende her fordi hjelpepleierne vil kjempe for sine stillinger og status? Og er sykepleierne så nedtyngt i arbeidsoppgaver, at de kanskje ikke ser rekkevidden av eller makter å ta affære med de valg som er blitt tatt, før arbeidsoppgavene ikke lengre er innordnet deres jurisdiksjonsområde?

Kan vi ende med en situasjon hvor sykepleierne en dag finner ut av hva som skjer med deres jurisdiksjonsområde i sykehjemmene, og kreve "skittarbeidet" tilbake også her? Eller er dette bare en uskyldig assimilering av kunnskap fra hjelpepleiernes side, en konsekvens av for få sykepleiere på jobb?

Min arbeidsplass er liten og vi er relativt få sykepleiere, jeg er derfor nysgjerrig på om det er flere sykepleiere på andre sykehjem som opplever de samme profesjonsutfordringene, med delegering av sykepleiefaglige oppgaver og endring av arbeidsoppgaver, flyten av informasjon om pasientene og oppfølging av deres pleiebehov. Har sykepleierne avfunnet seg med at med alle arbeidsoppgavene institusjonen har behov for å dekke, er glad for at arbeidsoppgaven blir utført, for hovedmålet er jo at pasientene er ivaretatt.

Det er subtile endringer, som er vanskelig å sette fingeren på, men kanskje denne studien vil kunne gi svar på noen av disse spørsmålene.

For institusjonskravene er at med mindre ressurser må vi jobbe smartere, være mer effektive og likevel opprettholde kvaliteten på tjenesten! Men hvem taper kampen og hva taper man?

3. Metode

Høsten 2015 gjennomførte jeg intervjuer med fire sykepleiere tre hjelpepleiere og en helsefagarbeider ved to korttidsavdelinger på to ulike institusjoner i to ulike kommuner. Gjennom en fenomenologisk tilnærming samlet jeg inn min empiri for å kunne gjennomføre en analyse basert på hermeneutisk prinsipper for å prøve å finne svar på min problemstilling.

3.1. Empiri

Ifølge Grønmo (2004, s. 33) er empiri den informasjonen om faktiske forhold du akkumulerer ved å betrakte samfunnet rundt deg. Denne informasjonen er basert på sanseerfaringer og bygger på egne erfaringer om samfunnsforhold. Når slik informasjon er bygget på sanseerfaringer, kan bestemte samfunnsforhold bli preget av hvordan den som betrakter samfunnet bruker sine sanser samt betrakters egen forhistorie.

Videre formidler Grønmo at i vitenskapelige studier blir empirien behandlet på en systematisk måte. Når den innsamlede informasjonen, blir registrert, systematisert og bearbeidet slik at den kan analyseres, blir det kalt for empirisk data.

Både Grønmo (op.cit. s.33) og Thagaard (1998, s.223) formidler at det finnes to ulike måter å innhente denne informasjonen på. Den kvantitative metoden formidler informasjonen gjennom tall eller mengde hvor et fenomen vurderes opp mot et annet, og den kvalitative metoden blir brukt når informasjonen du er ute etter ikke lar seg kvantifiseres men blir formidlet gjennom tekst og blide. I sistnevnte metoden vil forskeren opprette en direkte kontakt med det som skal studeres. I slike situasjoner er relasjonen mellom forsker og informant av betydning da denne relasjonen kan få innflytelse på den informasjonen som kommer frem.

3.2. Fenomenologiske og hermeneutiske studier

Fenomenologisk studie kjennetegnes med at det er informantens egne opplevelse av de faktiske forhold som er grunnlaget i analysen. Den brukes når man skal analysere folks opplevelser og handlinger av hverdagslivet. Ved å prøve å få en innsikt i informantens handlinger og deres bakgrunn for disse handlingene, vil forskeren prøve å fortolke handlingene og deres meninger. Analyse av disse handlingene og meningene i en generell sammenheng, kan gi en dypere forståelse for informantens valg. (Grønmo, 2004, s. 372).

Ved å la informantene få beskrive og reflektere over egne opplevelser og handlinger relatert til de spørsmålene jeg har stilt, har jeg benyttet en fenomenologisk tilnærming til studien. I hermeneutiske studier er også fokuset å forstå hvorfor handlingene blir utført sett i sammenheng med informantens intensjoner. Ved å fortolke, forklare og forstå en problemstilling, prøver man men en hermeneutisk studie å belyse det fenomenet. Men studien er ikke like sterkt knyttet til å forstå folks hverdagsliv, men ser på handlingene i en større sammenheng. Samstundes blir forskers forståelse for informantenes synspunkter mer vektlagt og forskers for- forståelse er medvirkende til fortolkningen av det som blir studert. På denne måten blir det mer en helhetsforståelse for det som blir studert (op.cit., s.374). Videre skriver Grønmo at den hermeneutiske fremgangsmåten, kan beskrives som en pendel som pendler mellom ulike fortolkningsgrunnlag og forståelsesmåter og derav foregår på flere nivåer. Ved å benytte meg av denne fremgangsmåten, har jeg i drøftingsdelen prøvd å sette ord på det jeg tolker ut i fra det som er beskrevet i de transkriperede intervjuene, teori og min egen forforståelse for å prøve å sette delene inn i en større sammenheng.

3.3. Valg av metode

Tidlig i denne prosessen planla jeg å gjennomføre en kvantitativ undersøkelse for å få et bredt utvalg av svar på spørsmålet jeg ønsket å stille. Bakgrunnen for dette valget var at jeg tenkte at med en større gruppe informanter, vil jeg kunne få et mer nyansert svar på problemstillingen enn hva jeg vil få gjennom en kvalitativ undersøkelse. Videre ønsket jeg å gjennomføre undersøkelsen sykehjem i omliggende kommuner til min egen. Dette fordi jeg ville redusere muligheten for å treffe informanter som jeg kjente som jobbet i min egen kommune.

Mitt hovedmål var å finne mine informanter blant ansatte på sykehjem, og da blant sykepleiere og hjelpepleiere.

Men utfordringene med en slik kvantitativ undersøkelse stod i kø. Det å få tilgang til enhetene og få dem til å respondere var en utfordring. Questback, hvor man får tilgang til e-posten til ansatte, er et mye brukt program ved bruk i kvantitative spørreundersøkelser. Men mine egne erfaringer med Questback på min egen arbeidsplass og kommune, var at svarprosenten blant enhetene var lav. Mye skyldes at personalets e-post, som de fleste ansatte bare har tilgang til på arbeidsplassen, er etter min erfaring ikke i særlig aktiv bruk blant ansatte på sykehjem. Og i en travel hverdag, er ikke det å lese e-post særlig prioritert, ei heller akseptert.

Å innhente private e-poster eller kontakte medlemsdatabaser som NSF og Fagforbundet ble vurdert men forkastet. Arbeidet ville bli for tidkrevende og omfattende.

Videre tenkte jeg å løse det med å ha undersøkelsen i papirformat, hvor jeg leverte personlig ut en konvolutt på aktuelle institusjoner med undersøkelsen og med en returkonvolutt med ”adressaten betaler porto”, en tjeneste som man kan kjøpe på Posten, på de aktuelle sykehjemmene. Planen var da å stille opp på sykehjemmene og informere dem om undersøkelsen og være tilgjengelig for spørsmål.

Men, i diskusjon med veileder og andre som har lang erfaring både med Questback og papirversjonen, ble det påpekt at man må nærmest ”sitte” på enhetene for å få dem til å respondere. Og med den mengden enheter jeg tenkte at jeg måtte ha, ville dette bli en meget omfattende oppgave, som med den tiden jeg hadde til rådighet, ikke var gjennomførbart. Samstundes pekte problemstillingen mot en kvalitativ undersøkelse hvor det å kunne gå i dybden av spørsmålene kunne bedre belyse problemstillingen.

Vel, som den novisen jeg er, tok jeg veiledningen til meg og endret min valgte sti. Min metode ble endret fra en kvantitativ undersøkelse til å bli en kvalitativ undersøkelse.

Og da det jeg ønsket å studere var relasjoner og samhandlinger mellom ulike profesjoner på en korttidsavdeling på et sykehjem i lys av Samhandlingsreformen, var kvalitativ metode å foretrekke da slike relasjoner og samhandlinger vanskelig lar seg kvantifisere (Grønmo, 2004, s.409).

Valget medførte at det ble planlagt at det skulle bli gjennomført intervju med åtte informanter, herav fire sykepleiere og fire hjelpepleiere som arbeidet på en korttidsavdeling på to forskjellige sykehjem. Ved å velge både sykepleiere og hjelpepleier som informanter, ønsket jeg å få frem begge parters opplevelse av å jobbe på en korttidsavdeling. Jeg ville ikke inkludere andre profesjoner for å ha muligheten til å begrense kompleksiteten i situasjonen jeg ønsket å se nærmere på.

Antallet informanter ble valgt for å kunne tilstrekkelig og ikke minst en overkommelig datamateriale til analysearbeidet.

Å gjennomføre undersøkelsen på min egen arbeidsplass, ville jeg ikke å gjøre, da det for meg ville være vanskelig å anonymisere informantene. Jeg ønsket heller ikke å komme i en situasjon hvor jeg kunne påvirke mine informanter, da å diskutere ulike tilnæringsmetoder i forhold til pasientbehandlingen er noe vi gjør ofte. Noe som jeg tror et intervju med mine kollegaer ville ha utløst.

Selve intervjuguiden ble meget omfattende. Med tre forskningsspørsmål og flere underspørsmål håpte jeg at dette kunne bidra til at jeg holdt meg til temaet. Noe jeg opplevde

var til god hjelp da både jeg og enkelte av informantene kunne drifte bort fra hovedtemaet og følge opp interessante temaer som ikke direkte var relevant for studien.

Videre ville jeg som en del av denne prosessen, utføre både en casestudie og en tverrsnittundersøkelse som er vanlig i slike undersøkelser (Ringdal, 2001, s.94). En tverrsnittundersøkelse er en undersøkelse som gjøres en gang på et gitt tidspunkt og den vil ikke bli gjennomført flere ganger. Dette medfører at alle data som føres, skal noteres en gang for hver informant.

Dette valget av metode gjorde jeg fordi jeg ikke har anledning til å gjennomføre en langsgående tidsdesign på denne oppgaven. I tillegg ser jeg ikke at premissene for situasjonen jeg ønsker å belyse, vil endre seg mye, da denne situasjonen har, etter hva jeg har opplevd, vedvart og har vært et, etter hva jeg forstår, ømtålig emne i alle de år jeg har praktisert som sykepleier og i tiden før det.

Jeg valgte å gjennomføre studien på korttidsavdelinger fordi jeg selv arbeider på en korttidsavdeling. Jeg selv opplever hvordan Samhandlingsreformen har endret pasientbilde, pasientflyten og kravene som stilles til personalet. I forlengelsen av dette ønsket jeg å se nærmere på om andre korttidsavdelinger opplevde og håndterte disse kravene.

I utgangspunktet var at det ikke var rom for å ta med annet helsepersonell da problemstillingen tar for seg forholdet mellom sykepleier og hjelpepleier, men i ettertid måtte denne planen endres.

3.4. Premissene for å delta

Premissene for å delta på studien, var at informantene var enten sykepleier eller hjelpepleier. Informantene måtte ha minst 5 års fartstid på en korttidsavdeling, men det var ikke nødvendig med sammenhengende fartstid og det var heller ikke nødvendig med erfaring fra den samme korttidsavdelingen. Dette kriteriet var satt for at enhetene skulle ha erfaring fra både før og etter Samhandlingsreformen. Intensjonen med dette var at for å kunne stille spørsmål om de opplevde om Samhandlingsreformen hadde hatt noen påvirkning på hvordan samarbeidet, arbeidsmengden og delegering av arbeidsoppgavene på avdelingen var før og etter innføringen av Samhandlingsreformen.

Informantene skulle også ha en stillingsprosent som var femti prosent eller mer. Dette for at de skulle ha et grunnlag for å kunne besvare om hvordan arbeidsmengden opplevdes før og etter samhandlingen. Med en lavere stilling antok jeg at det ville være lengre friperioder i

turnusen noe som ville medføre at man ikke ville få med seg alle nyansene ved å arbeide på en korttidsavdeling.

3.5. Intervjuguiden og den tekniske delen av intervjuet.

Et intervju er en samtale mellom informant og den som gjennomfører intervjuet. På denne måten kan man få informasjon om hvordan informanten opplever og forstår sine handlinger i situasjonen som studeres. Grønmo (2004, s.127) formidler at å ha en intervjuguide er vanlig når man gjennomfører et intervju. Den skal være en rettesnor som kan styre samtalene slik at forsker holder seg til fenomenet som studeres.

Jeg delte opp intervjuet i tre forskningsspørsmål. Hver av disse var igjen delt inn i 8-12 delspørsmål med hjelpespørsmål for at jeg selv skulle kunne holde meg til det valgte temaet (se vedlegg nr.3). Dette var et bevisst valg fordi jeg mener, og har selv opplevd, at i et intervju kan man gjennom samtalen komme bort fra selve hovedtemaet og dermed miste fokuset med det som skulle studeres. Først og fremst fordi jeg selv er en novise på å gjennomføre studier men også fordi jeg har en egen interesse for å innhente informasjon om hvordan andre løser utfordringer i arbeidshverdagen på en korttidsavdeling. Å formulere ”åpne” spørsmål, hvor de informantene ikke har anledning til å besvare med enten ja eller nei, prøvde jeg å forhindre, men var ikke helt til å unngå. Det ble også formulert spørsmål som hadde som hensikt å få informanten til å beskrive situasjoner relatert til spørsmålet som ble stilt.

Når intervjuguiden var ferdigstilt, ble både den og informasjonsskrivet sendt inn til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD), hvor studien ble godkjent etter kort tid (se vedlegg nr.1).

Før oppstarten av datainnsamlingen, fikk hver av informantene utlevert et eget ark som beskrev studien og hva de signerte på, dette skjemaet fikk de med seg hjem (se vedlegg nr.2). Informantene ble også bedt om å signere på en kopi av dette skjemaet hvor de godtok at de ble intervjuet, at intervjuet ble tatt opp på lydbånd, samt at de som ønsket det, ville kunne få det transkriperte intervjuet tilsendt til dem. Dette skjemaet ble samlet inn før intervjuet ble startet.

Alle informantene signerte på at det ble tatt lydopptak av samtalen. Intervjuene varte gjennomsnittlig 55 minutter. De ble tatt opp på lydbånd, en miniDisk¹. I tillegg ble

¹ Sony MD walkman (MZ-R70) med tilhørende mikrofon, en Sony stereo microphone (ECM-DS70P).

informanten også informert om at samtalen var konfidensiell og at all data ville bli anonymisert slik NSD krevde.

Det ble ikke ført notater underveis, da alle informantene godtok at samtalen ble tatt opp på lydbånd. Jeg har selv transkriperert alle intervjuene etter beste evne og mest mulig korrekt og det har ikke blitt bearbeidet av andre enn meg. Transkripsjonene er ført i dialekt til informantene, men har blitt omgjort til bokmål og utfyllingsord som asså, ehm, sant, hm, m.m. har blitt tatt bort når sitater er blitt brukt i teksten, dette blir markert med (..) i sitatet. For å få en sammenheng i sitatene fylte jeg ut disse sitatene med utfyllingsord markert inne i teksten med (*utfyllingsordet*). Men, meningen med sitatet er ikke blitt endret. Til sammen utgjorde transkripsjonene ca. 140 sider.

Grønmo (2004, s.163) skriver at forholdene rundt selve intervjuet har betydning for resultatet. Ro for å fokusere og holde seg til temaet er viktig i slike situasjoner. Men selve om intervjuene for det meste ble holdt sammenhengende, forekom det et at samtalen ble avbrutt av alarmer fra informantenes trådløse telefoner og noen henvendelser fra andre pleiere vedrørende pasientbehandlinger. Dette forekom spesielt for enkelte av sykepleierne, da de hadde vaktansvaret og hadde da det overordnede ansvaret på avdelingen. Det viste seg i ettertid at informantene trådløse telefoner (et internt pasienttilkallingssystem) og egne private mobiltelefon dessverre slo inn på opptaket og gjorde den sekvensen av intervjuet uhørbart. Dette ble notert på transkripsjonene.

3.6. Gjennomføring av den valgte metoden

Hvorfor valget falt på å sammenligne to korttidsavdelinger, skyldes at Samhandlingsreformen presset frem en organisatorisk endring hos sykehjemmene, uten å legge en føring på hvordan denne endringen skulle løses. Min egen forhistorie og egen nysgjerrighet for hvordan andre korttidsavdelinger hadde løst disse endringene samt ufordringene rundt dette, bidrog til at jeg valgte å gjennomføre studien på korttidsavdelinger.

Målet var at etter at jeg hadde informert om studien på aktuelle sykehjem, skulle informantene selv komme og formidle at de ønsket å stille til intervju. Men selv om det var jeg som valgte ut aktuelle sykehjem, var det ikke gitt at jeg ville få nok informanter til studien.

Utvelgelsesprosessen ble derfor noe endret fra at informantene skulle finne frem til meg til at i samarbeid med avdelingslederen ble det funnet aktuelle informanter som ble forespurt om de

ønsket å stille til intervju. Avdelingslederne formidlet ikke hvor mange som hadde blitt forespurt og hvor mange som da hadde takket nei til å delta.

Før selve intervjuet fikk alle informantene valget om de ønsket å la seg intervju eller avslutte, noe som kunne medføre at studien måtte ha blitt gjennomført i sin helhet på andre sykehjem. Men samtlige av informantene som stilte, lot seg intervju.

Selve problemstillingen er ikke avgrenset til et prosjekt som skal evalueres etter en tid.

3.6.1. Å finne frem til aktuelle sykehjem

Det første jeg gjorde for å finne aktuelle sykehjem var å benytte meg av informasjonstjenesten 1881.no. Et generelt søk med ordene ”alders og sykehjem”, fremskaffet en liste over sykehjemsaktører.

Offentlig informasjon som antall ansatte og eierforhold kunne også fremskaffes ved å følge linken Regnskapstall.no på den enkelte informasjonssiden om sykehjemmene på 1881.no. Neste steg, var å sjekke ut de aktuelle sykehjemmenes hjemmesider. Her fant jeg ut hvordan sykehjemmene var organisert, hvor mange sengeplasser de hadde, hvem du kontaktet på de enkelte avdelingene og om de hadde korttidsavdelinger. Ikke alle sykehjemmene oppgav på hjemmesiden hvor stor korttidsavdelingen var men dersom sykehjemmet var aktuelt, kunne et generelt søk på netten med søkeord som ”navn på kommune”, ”navn på sykehjem”, og korttidsplass fremskaffe offentlige dokumenter med slike opplysninger. Men det må nevnes at det som er skrevet i slike offentlige opplysninger ikke alltid stemmer overens med hverdagen. Dokumentene kan være utformet i forkant av strukturelle endringer i organisasjonen, noe som kom frem da jeg besøkte sykehjemmet i forkant av intervjuene. Der viste det seg at det var flere pasientrom enn opplyst samt at selv om de hadde fysisk et visst antall pasientrom, så kunne det hende at det ble plassert to pasienter på ett pasientrom, noe som kunne i perioder medføre et høyere antall pasienter enn tiltenkt på korttidsavdelingene.

3.6.2. Henvendelsen

Det første jeg gjorde var å henvende meg til flere institusjonsledere, først via en kortfattet e-post, sendt fra min student konto, som beskrev hvem jeg var, hva formålet med studien var og hvilke problemstillinger som ville bli tatt opp. Neste steg var en oppfølgingsamtale per telefon et par dager etter at e-posten var sendt. Og ved å referere til e-posten jeg hadde sendt, ble det opprettet kontakt med to institusjoner som kunne tenke seg å delta i studien.

Institusjonslederne videreformidlet studien til avdelingslederne på de aktuelle korttidsavdelingene, hvorpå jeg på et senere tidspunkt, maks en uke etter første kontakt, tok kontakt med avdelingslederne både med en e-post som inneholdt den samme informasjon om studien, og en telefonsamtale hvor jeg avtalte et møte med avdelingslederen.

På møte med avdelingslederne formidlet jeg intensjonen bak studien og kunne svare på eventuelle spørsmål disse hadde relatert til studien. Tid for når intervjuet kunne finne sted, ble også avtalt. Avdelingslederens kjennskap til sitt personale var sentralt, da koordineringen av når intervjuet kunne finne sted og hvordan de ansattes turnus var i forhold til dem avdelingsleder anså som potensielle informanter måtte avtales. Avdelingslederen var også behjelpelig med å finne et egnet møterom for å gjennomføre selve intervjuene.

Jeg hadde med informasjon om studien som kunne deles ut blant de ansatte (se vedlegg nr.), hvor premissene for å delta var fremhevet og hvordan den enkelte kunne kontakte meg. Avdelingslederne var behjelpelig med å videreformilde studien til sine medarbeidere og mulige informanter. De som ønsket å stille til intervju, henvendte seg enten på e-post til meg eller til sin avdelingsleder.

Man kan stille seg kritisk til at avdelingslederen hadde en slik funksjon hvor innsikt i hvem som deltok kan bidra til at anonymiteten til informantene indirekte ikke var ivaretatt. I tillegg kan det at avdelingsleder har vært involvert i selve valget av når intervjuet skulle finne sted, ha påvirket informantenes valg i å delta i studien. Må man også vurdere om denne innsikten kan ha bidratt til at informantene ikke besvarte like åpent på svarene, som når ingen kjenner til om du deltar.

Det gjøres også oppmerksomt på at det ikke kom ikke frem i samtalen med avdelingslederne om andre informanter hadde vist sin interesse for å delta i studien enn dem som stilte til intervju. Noe som indikere at avdelingslederen har hatt en utvelgende funksjon.

3.6.3. Institusjonene, bemanningen og organiseringen

Det var jeg som valgte ut de aktuelle institusjonene, herav sykehjemmene, og derav de aktuelle korttidsavdelingene. De sykehjemmene som ble valgt ut til å delta i studien, var et resultat av at av de sykehjemmene som ble kontaktet, var det disse to som responderte positivt på forespørselen.

Sykehjemmene var lokalisert i to ulike kommuner i Norge, de hadde tilnærmet likt antall pasienter med gjennomsnittlig ca.75 sengeplasser, og tilnærmet likt antall ansatte med

gjennomsnittlig ca. 225 ansatte. De to korttidsavdelingene hadde gjennomsnittlig en fartstid på 10 år.

Ett av premissene for at sykehjemmene kunne delta var at korttidsavdelingen hadde mellom 6 og 12 sengeplasser. Dette kriteriet ble satt fordi jeg antok at dersom avdelingene var større, vil også antall ansatte øke, og det ville da bli flere med rett fagkunnskap til å utføre arbeidsoppgavene.

Begge korttidsavdelingene hadde ti korttidsplasser, den ene hadde i tillegg flere plasser beregnet for langtidspasienter. Men sengeplassen på korttidsavdelingene avvek noe fra dette da det viste seg at de to korttidsavdelingene, hadde begge to muligheten til å ha to pasienter inne på et eller flere pasientrom. Noe som kunne medføre at i perioder kunne de ha flere enn antatt antall pasienter.

Min erfaring er at flere sykehjem organiserer seg på en slik måte at dersom en avdeling mangler fagkompetanse, enten helsepersonell med medisinkurs eller at de bare har ufaglærte på vakt, vil den avdelingen som har sykepleier, være bakvakt for den eller de aktuelle avdelingene hvor dette mangler. Hvor mange andre avdelinger og derav pasienter en sykepleier kan være bakvakt for, har jeg ikke funnet noen begrensninger² på. Dette medfører at sykepleiere på en korttidsavdeling kan bli trukket ut av sin avdeling for å assistere med enten utdeling av medisiner eller bistå i andre sykepleiefaglige problemstillinger på andre avdelinger. Konsekvensen av at sykepleier har en bakvakt funksjon er, avhengig av bemanningen enten det er to eller tre pleiere på vakt, at den eller de pleierne som er på denne vekten, kan ende med å stå alene med ansvaret for pasientene på korttidsavdelingen i kortere eller lengre perioder. Har sykepleier bakvakt for en annen avdeling, er det ikke et krav om at de pleierne som går med sykepleieren har en fagkompetanse, noe som kan medføre at ansvaret for pasientene kan bli overlat til ufaglærte. Hvor ofte slike situasjoner oppstår, har jeg ingen data på.

De to sykehjemmene som stilte med informanter, hadde ulik tilnærming på denne utfordringen med hvordan de løste fagkompetansebemanningen. Hvor det ene sykehjemmet hadde "fristilt" sine sykepleiere fra å være bakvakt for andre avdelinger, hadde det andre økt sin sykepleiebemanning. Men, i gitte situasjoner forhindret ikke denne organiseringen at sykepleierne på begge korttidsavdelingene, ble bakvakt for andre avdelinger, med de utfordringene dette kunne medbringe.

² På min egen arbeidsplass, kan en sykepleier ha det sykepleiefaglige ansvaret alene for 60 pasienter.

Hvorfor den ene avdelingen hadde "fristilt" sine sykepleiere ble begrunnet med at det var mye arbeid med korttidspasienter.

De to korttidsavdelingene, hadde ulikt antall sengeplasser og hadde derfor ulik bemanning både på dag og kveld. Avdeling A, som hadde 10 korttidssenger og 3 langtids plass, hadde fire pleiere på dag og tre på kveld mens Avdeling B, som hadde 10 korttidssenger, hadde tre på dag og to på kveld.

Som følge av økt bemanning av sykepleiere, var det på Avdeling A ofte flere sykepleiere som kunne hjelpe hverandre med arbeidsoppgavene og derav flere sykepleiere som gikk kveldsvakter. De hadde derfor ikke så stort behov for å benytte seg av bakvakten.

"Sånn var det ikke for noen år tilbake. Da hadde vi bakvakt og full pakke. (..) Vi fikk bemannet opp sykepleiestillinger, omgjort en del stillinger." (Informant -3)

Avdeling B måtte støtte seg mer på bakvakten på sykehjemmet. Dersom det ikke var sykepleier på vakt på avdelingen eller arbeidsmengden var for stor for sykepleier ble denne tilkalt.

I forhold til legedekningen, hadde begge korttidsavdelingene legevisitt en gang for uken. Da sykehjemmene hadde flere avdelinger, var det legedekning på disse avdelingene til andre dager og tider, men da andre leger. Dette medførte at dersom en situasjon oppstod med en pasient, kunne de benytte seg av disse legene. Men da disse legene ikke alltid var kjent med pasientens forhistorie, kunne pasientbehandlingen bære preg av dette.

3.6.4. Informantene, møte og intervjuene

For å ivareta taushetsplikten og anonymiseringen av hvem som har deltatt i studien, hadde det vært ønskelig at informantene kom til et avtalt sted utenfor institusjonen for å gjennomføre intervjuet. Men for å ha muligheten til å gjennomføre intervjuene ble det holdt på informantenes egen arbeidsplass, når driften av avdelingen tillot det, en innsikt avdelingslederne hadde, på et egnet rom for samtaler, på informantenes enemerker hvor de kunne finne seg til rette. Det viste seg også at informantene hadde snakket seg imellom om deltakelsen i intervjuet slik at de kjente til hvem som stilte og enkelte av spørsmålene som var blitt stilt, noe som kom frem under intervjuet med den enkelte informanten.

Da dagen for intervjuet nærmet seg, tok jeg kontakt med avdelingslederen på telefon for å høre om noen hadde meldt sin interesse for å delta. Selv hadde jeg bare fått en henvendelse på e- post og de resterende informantene hadde avtalt med sin avdelingsleder.

Selve intervjuene ble gjennomført samlet over tre dager og da over to arbeidsskift på de aktuelle institusjonene.

Å ha fire intervjuer på en dag, og tre en annen dag, er ikke enkelt. Det er mye informasjon som skal bearbeides og spørsmål som kanskje burde ha blitt formulert annerledes. En slik ordning gir ikke rom for å evaluere det datamaterialet som allerede foreligger for å kunne justere seg til neste intervju. Om jeg hadde hatt muligheten for å fordele de åtte intervjuene over flere dager, hadde det klart vært å foretrekke. Men da både jeg og informantene jobber i et turnusyrke, vill en slik koordinering vært gjennomførbart, men ikke på den tiden jeg hadde til rådighet.

I forkant av intervjuet hadde det blitt avtalt at for å forhindre at driften ble påvirket nevneverdig, skulle intervjuet først starte etter stellet og frokosten om morgenen, i ca. 10-tiden, en kunnskap jeg selv har ved å jobbe innenfor helsevesenet. Intervjuene ble i ett tilfelle avsluttet etter at kveldsskiftet var startet, informant hadde da kveldsvakt. Ett ble gjennomført en annen dag enn avtalt med avdelingsleder, da det passet bedre for informanten og en annen informant kom tidligere på vakt for å la seg intervjuet. De resterende intervjuene ble gjennomført på dagskiftet den avtalte dagen.

I alt var det åtte informanter, hvorav en informant viste seg å ha en annen helsefagbakgrunn enn hva ett av kriteriene i studien krevde og den andre hadde ikke hatt lang nok fartstid enn hva kriteriet i studien krevde. Dette kom frem etter som intervjuet skred frem. Jeg kunne ha valgt å avslutte intervjuet, men valgte i stedet å fortsette og fullførte intervjuet med disse informantene. Hvorfor disse informantene ikke innfridde kriteriet, selv om dette var presisert i annonseringen av studien, både til avdelingsleder og i informasjonsskrivet, kan ha med hvordan fagkompetansen er satt sammen på den enkelte korttidsavdelingen samt hvor mange av hver profesjon som til enhver tid er ansatt på korttidsavdelingen. Det kan heller ikke utelukkes at det draes paralleller i helsevesenet mellom hjelpepleiere og helsefagarbeider noe som medfører at de plasseres som gruppe i samme profesjon. Dette kan forklares med at på ett tidspunkt ble hjelpepleier forespurt om de ville endre sin tittel til helsefagarbeider³.

³ Norsk hjelpepleierutdanning og omsorgsarbeiderutdanning er nå erstattet med helsefagarbeiderutdanning. Fra og med 1. juni 2011 vil alle søknader om autorisasjon som hjelpepleier bli behandlet som søknad om autorisasjon som helsefagarbeider.

Jeg valgte å inkludere disse to informantenes intervju i denne studien da begge informantene innfridde to av tre kriterier. Begge hadde over femti i stillingsprosent, den ene informanten hadde lang fartstid med å jobbe på en korttidsavdeling og den andre hadde rett profesjonsbakgrunn. Noe som medførte at jeg endte opp med fire informanter som var sykepleiere, tre hjelpepleier og en helsefagarbeider (herav inkludert i begrepet hjelpepleiere). Jeg kunne ha valgt å ikke gjennomføre studien og i stedet velge andre institusjoner, men jeg hadde etter min mening, gode informanter som hadde relevant erfaring og bakgrunnskunnskap til å kunne svare på mine spørsmål. Noe Thagaard (1998, s.219) formidler at informanter velges ut på bakgrunn av deres egenskaper eller kvalifikasjoner i forhold til det som blir studert.

3.6.5. Stillingsprosent, alder og arbeidserfaring

Samtlige av informantene hadde høy stillingsprosent hvorav flertallet hadde mer enn 75 % stillingsprosent. Alle informantene var kvinner og de hadde en gjennomsnittsalder på 52 år samt hadde en samlet arbeidserfaring på 24 år. Flertallet av informantene, 6 av 8, hadde vært ansatt på korttidsavdelingene fra de ble etablert⁴ som korttidsavdeling, og 1 av informantene hadde en ledende rolle i avdelingen og to av informantene hadde hatt en ledende rolle.

3.6.6. Intervjuene - Et spørsmål om tillit

Samtalen i et intervju, er etter min mening avhengig av tillit. Tillit til at det man forteller og formidler i intervjuet blir håndtert og ivarettatt på en god måte. Noe som Thagaard (1989, s.99) tar opp og formidlet at å skape tillit er et overordnet mål i et intervju. Når tilliten er etablert vil man kunne ha en god samtale og belyse de ulike spørsmålene på en god måte. Så hvordan etablerer man denne tillitten når man ikke har møtt informanten før intervjuet og det hele skal gjennomføres på en time?

For å kunne bygge opp denne tillitten var jeg bevist på at mitt første forskningsspørsmål skulle omhandle et tema som de fleste er komfortabel å snakke om. Seg selv og sin relasjon til arbeidsplassen. Videre formidler Thagaard (op.cit., s. 100) at det er viktig å ha åpne og trygge spørsmål i begynnelsen av et intervju for å etablere et tillitsforhold før spørsmålene blir

⁴ Av hensyn til når taushetsplikten kan ikke tiden for etableringen av korttidsavdelingene opplyses.

snevret inn og mer spesifikk. For å oppnå dette kan det benyttes spørsmål om utdanning, bakgrunn og yrkeserfaring.

Som den novisen jeg er med å stille spørsmål og ikke minst oppfølgingsspørsmål ser jeg i ettertid at en del spørsmål som burde ha blitt stilt, som enten ble glemt eller som ikke ble naturlig å stille. Spørsmål som:

- Føler du deg presset til å gjennomføre ulike prosedyrer du ikke er opplært i?
- Hvordan hadde avdelingen forberedt seg til Samhandlingsreformen?
- Er det noen profesjonsavhengige arbeidsoppgaver du kunne tenke deg å delegere til andre profesjoner?

Selve intervju- malen, var til god hjelp for å holde meg til temaet, men den har mangler. Dette fordi samtalen omhandlet andre aspekter da spørsmålet skulle bli stilt og jeg glemte å returnere til det. Enkelte svar kom senere i forløpet av intervjuet enn da spørsmålet ble stilt samt spørsmål ble besvart på en annen måte enn hva hensikten med spørsmålet var. Av dette tolker jeg at det forekom en dualitet i spørsmålene som jeg ikke var klar over. I tillegg hadde jeg ikke fått kvalitetsikret spørsmålene i forkant ved å teste dem ut, noe som skyldes at dem som ble forespurt ikke følte seg kompetent til å besvare spørsmålene, da de jobbet med et annet fagfelt innenfor helsevesenet.

Kanskje gav jeg ikke nok av meg selv, delte litt av min historie med alle informantene, for å etablere en felles plattform, et lite grunnlag for tillitt? For der hvor jeg gjorde det, formidlet litt av min historie, opplevde jeg at samtalen ble lang og god.

Men ikke alle informantene var like meddelsom selv med litt bakgrunnshistorie. Ikke alle spørsmålene som ble stilt var like godt formulert, og noen av dem var muligens noe omfattende. Og jeg som intervjuer, var ikke alltid like stø i min formidling av disse.

Samspillet mellom meg og informanten hadde nok betydning uavhengig av når i forløpet av intervjuene var.

En annen faktor inne i dette er at jeg muligens ikke presset mine informanter på enkelte temaer som var vanskelige å besvare. Nyanser i stemmen, måten informanten endret stilling og generell kroppsholding bidro til at jeg som betrakter bevisst og ubevisst, ikke presset på temaet. Noe som også Thagaard (1998, s.108) påpeker, at kontakten i slike samtaler påvirkes av følelsesmessige og ubevisste reaksjoner. Dette kan forklares med at i regi av å være sykepleier, trener man på det kliniske blikket kontinuerlig, du lærer å "lese" pasientene dine og ser når man kan presse og når man må gi seg i ulike situasjoner. Respekten for den personlige sfæren til den enkelte pasient er viktig i pasientbehandlingen. Dette er kanskje

holdinger jeg har tatt med meg inn i samtalen med mine informanter og derav ikke fått så konkrete svar som hadde vært ønskelig.

Selv har jeg erfaring fra å arbeide på en korttidsavdeling og har arbeidet med denne pasientgruppen fra før Samhandlingsreformen ble innført. Jeg har selv kjent på usikkerheten rundt hva Samhandlingsreformen ville bety for avdelingen og hvordan veien ble til mens man fikk erfaring med de utfordringene avdelingen fikk etter oppstarten i januar 2012. Denne erfaringen kan ha gitt meg en fordel i at jeg hadde en forforståelse for hva informantene prøvde å formidle, men kan også ha vært en svakhet i at jeg kanskje tolket svarene jeg fikk ut i fra min egen erfaring med å arbeide på en korttidsavdeling. Samtidig kan også en slik forforståelse forhindre at jeg ikke gikk dypere inn i materien, enn det jeg gjorde.

Alle informantene var informert om at jeg var sykepleier og dette kan ha bidratt til at informantene i studien som selv var sykepleiere, formidlet sin versjon i et ordlag som for meg er forståelig, men for en som ikke hadde hatt samme bakgrunn, måtte ha blitt forklart mer i detalj. Svakheten i dette er at jeg underveis i intervjuene ikke alltid gikk like dypt i spørsmålet fordi min forforståelse av situasjonen som blir beskrevet, var for meg selvforklarende. Noe som resulterte i at informanten ikke hadde behovet for å beskrive situasjoner så meget utfyllende og derav ikke gitt meg bedre sitater å arbeide med i analysen.

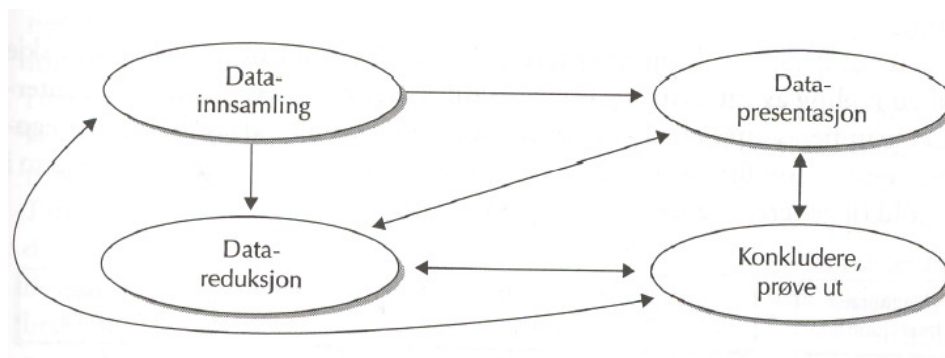
Til gjengjeld kan min bakgrunn ha vært til hinder for en god dialog med hjelpepleierne da jeg representerte en profesjon som har fratatt hjelpepleierne arbeidsoppgaver og dertil ansvarsområde, samt at jeg selv aldri har erfaring fra å jobbe som en hjelpepleier og derav kjent "på kroppen" hvilke utfordringer denne profesjonen kan stå ovenfor.

Men jeg kan ikke se bort i fra at det at jeg har innsikt i pleiernes situasjon og arbeidsforhold kan ha gitt meg en fordel i datainnsamlingsprosessen. Det at jeg har erfaring med å jobbe på en korttidsavdeling og har kjennskap til hvordan arbeidshverdagens små og store utfordringer kan påvirke de valg man tar, kan ha bidratt indirekte til å gi en samhørighetsfølelse mellom meg som intervjuer og informantene mine. Det å ha en samtale rundt et emne hvor enkelte situasjoner er selvforklarende, kan gjøre at selve samtalen glir lettere og nye aspekter kommer frem.

Alle disse faktorene kan bidra til at målet ikke nødvendigvis har blitt nådd, slik intensjonen var og at analysen kan bli påvirket av min egen for- forståelse av situasjonen.

3.7. Analyser og resultater

Ifølge Grønmo (op.cit. s. 245) er målet med en kvalitativ analyse å få en helhetlig forståelse av situasjoner eller fremstille hypoteser eller teorier basert på sammenhenger i samfunnet. Videre skiver Grønmo at data i kvalitative studier, blir normalt analysert mens de blir samlet inn og dette arbeidet fortsetter etter at all dataen er samlet inn. Da dette er en kontinuerlig prosess, kan man ikke fastsette hvor i prosessen analysen starter. Hvilken analyseteknikk som benyttes varierer fra studie til studie, da det ikke finnes standardiserte analyseteknikker (Ringdal, 2013, s. 221).



Figur 1 - En interaktiv modell for dataanalyse. Kilde: Miles & Huberman i Ringdal s.221

Videre benytter Ringdal seg av Miles og Huberman sin fremstilling av analyseprosessen som i figur 1. Her blir prosessen beskrevet som tre faser forskeren skal igjennom: Datareduksjon, datapresentasjon og konkludering. En prosess som forskeren utfører flere ganger, hvor resultatet kan være at det utledes flere forskningsspørsmål med dertil datainnsamling samt behov for å bekrefte de funn man er kommet frem til.

En situasjon som jeg selv opplevde for hver gang jeg bearbeidet datamateriale jeg hadde. For hver gang jeg leste igjennom de nedskrevne kommentarene, fant jeg flere interessante innspill som jeg ville følge opp videre. Jeg opplevde ikke at datamaterien var ferdig gjennomarbeidet, før dette fenomenet avtok.

Ringdal formidler videre at for å redusere mengden data er koding et viktig element i denne prosessen. Dersom de samme spørsmålene er blitt stilt til alle informantene, kan svarene til de enkelte spørsmålene samles i en kategori og dermed bidra til lette analyseprosessen.

Selv har jeg valg å benytte meg av tematiserte og personsentrerte tilnærminger for å tolke datamaterien jeg har samlet inn. Som er ifølge Thagaard (1998, s.148) en fremgangsmåte som kan utfylle hverandre.

Tematisert fremgangsmåte medfører at man analyserer de enkelte temaene ved å se på hva informantene har besvart. Men utfordringen med en slik fremgangsmåte er at man ser på enkeltsekvenser i datamaterien og dermed ikke får den helhetlige sammenhengen og derav forståelsen. Noe som var en utfordring i analysearbeidet med min datamaterie da jeg opplevde at informantene kunne svare på et spørsmål senere i intervjuet enn da det ble stilt. Personsentret fremgangsmåte gir en mer helhetlig forståelse av datamaterien, da informantenes besvarelse blir sett samlet. En kombinasjon av disse analyseteknikkene er derfor å foretrekke. Jeg har valgt å presentere funnene basert på temasentrert analyse.

3.8. Gjennomføringen av analysen

Planen for analysen av datamaterien er skissert i figur 2, som viser hvordan jeg har delt opp de ulike forskningsspørsmålene for lettere å finne svar som jeg kunne sammenligne.

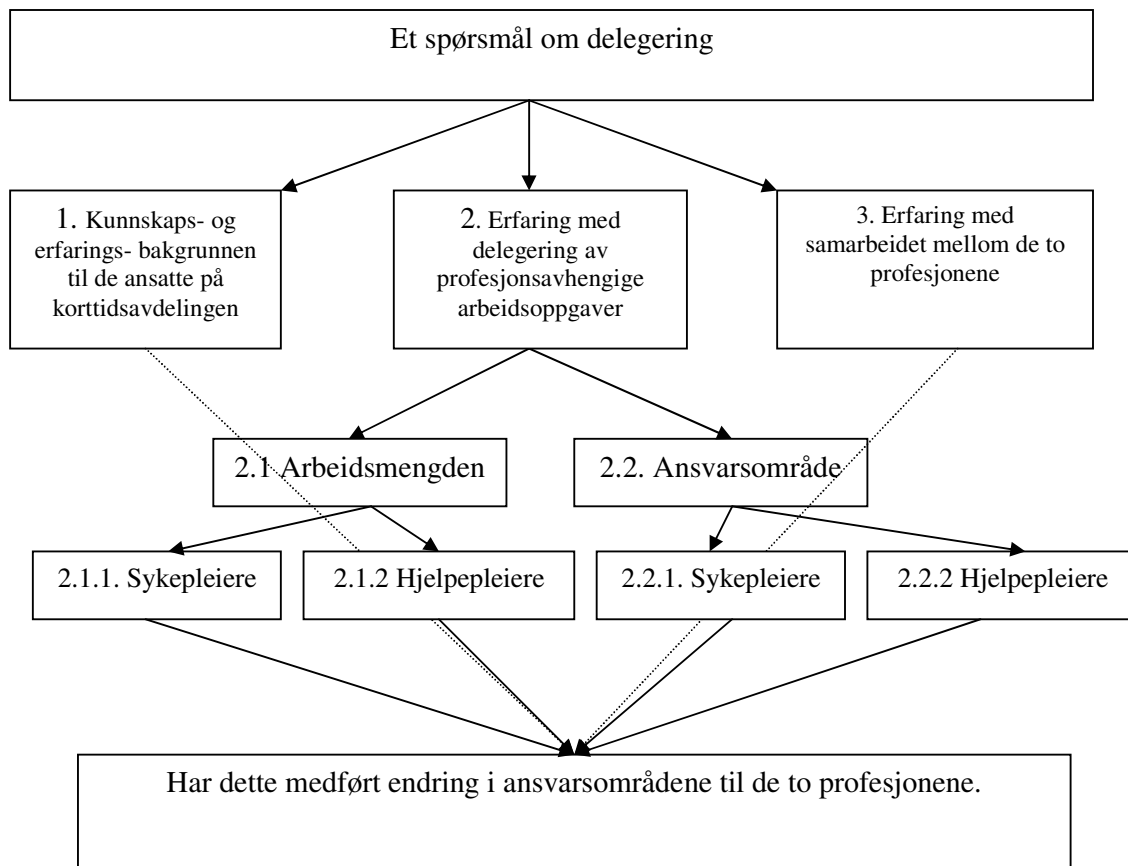
Hovedspørsmålet i studien omhandler delegering av arbeidsoppgaver med påfølgende underkategorier. Jeg vil først formidle svarene til informantene i de ulike kategoriene. Her har jeg formidlet informantenes stemme samt brukt sitater fra intervjuene. Inni dette har jeg kommet med kommentarer og antagelser basert på svarene som er gitt.

I første del tar jeg for meg fagkunnskapene til informantene. Hvor jeg ser på hva de samlet har svart på dette spørsmålet.

I andre del tar jeg for meg informantenes erfaring med delegering av profesjonsavhengige oppgaver. Denne har flere underkategorier som hvordan sykepleierne og hjelpepleierne opplever fordelingen av arbeidsmengden og ansvarsområdene før og etter samhandlingsreformen. Her har jeg satt opp svarene til de to profesjonene hver for seg for å bedre kunne se om profesjonene innad har den samme oppfattelsen.

I tredje del omhandler de to profesjonenes samarbeid før og etter samhandlingen.

Avslutningsvis trekker jeg en samlet slutning av disse delene for å kunne se om jeg kan få en helhetlig forståelse av den innsamlede datamengden for å kunne se om delegering av arbeidsoppgaver har medført en endring av ansvarsområdene til de to profesjonene i etterkant av Samhandlingsreformen.



Figur 2 - Analyseprosessen

3.9. Studiens pålitelighet, validitet og overførbarhet

En studie skal kunne bli kontrollert. Slik jeg forstår det, skal enhver forsker kunne gjennomføre den samme utvelgelsen og komme frem til det samme resultatet som foreligger. I denne prosessen blir kvaliteten på studien vurdert opp mot ulike kriterier som pålitelighet, validitet og overførbarhet.

I sin presentasjon av hvordan en studie har blitt gjennomført, skal forskeren kunne redegjøre for hvordan studiens data har blitt utviklet. Ved at forskeren er bevisst hvem sin ”stemme” som kommer frem i de ulike delene i studien, om det er informantene eller forskers vurderinger samt hvilken relasjon som ligger til grunn for de tolkninger forsker gjør, vil studiens pålitelighet kunne bli testet (Thagaard, 1998, s.190).

Å være kritisk til sitt eget arbeid, hvordan forskeren tolker sine resultater i forhold til det som blir studert, handler om validiteten til studien. Nærhet og kjennskap til det som studeres kan influere de tolkningene som blir presentert.

Thagaard formidler videre at overførbarhet i en studie forstås med at rammen rundt et prosjekt også kan brukes i andre situasjoner. Videre påpeker Thagaard at de tolkningene som kommer frem i en studie, skal kunne gjenkjennes av lesere som har innsikt i de fenomenene som studeres.

3.10. Etske vurderinger

Thagaard (1998, s.190) påpeker at tolkning av data kan forstås forskjellig av informanten og den som samler inn dataen, og kan fremme et etisk dilemma. Det at informanten ikke kjenner seg igjen i tolkningen kan bidra til informanten blir provosert og fremmedliggjort. Videre skriver Thagaard at det at informanten ikke er tilstede i analyse- og tolkningsfasen har forskeren mer innflytelse i denne fasen av forskningen. Forskeren er også ansvarlig for hvordan informantene blir fremstilt og må vurdere informantens anonymitet opp mot verdien av det som blir formidlet (Thagaard, 1998, s.224).

Alle informantene ble informert om at studien, og de signerte på et skjema om at de var villig til å delta i studien. De fikk en kopi av dette skjemaet med seg hjem hvor det, dersom de ville trekke seg fra studien, stod informasjon om hvordan de kunne gjøre dette. Jeg har per i dag ikke mottatt en slik henvendelse.

Alle informantene har blitt anonymisert. Hver enkelt informant har fått en egen kode fra Informant -1 til Informant -8, uavhengig av hvor i rekken de ble intervjuet, og derav en ”nøkkel” som bare er kjent for meg. Slik at jeg etter beste evne vil ivareta informantenes identitet, men da deler av transkripsjonene vil bli gjengitt, kan man ikke se bort i fra at informantene selv eller kollegaer vil kjenne seg igjen i det som blir gjengitt. For å ivareta informantenes identitet vil ikke deres alder vil bli listet opp i et vedlegg, det samme vil ikke deres fartstid i helsevesenet bli. Alder og fartstid er basert på en gjennomsnittsberegning. For å unngå at institusjonen blir gjenkjent er det tatt en gjennomsnittsberegning på korttidsavdelingenes fartstid.

De to sykehjemmene var tilnærmet like store i antall pasienter med ca 5 pasienter i forskjell. Hvor mange ansatte (antall årsverk var ikke oppgitt) det var på de to sykehjemmene var det en mye større forskjell på og derfor ble det gjennomført en gjennomsnittsberegning.

4. Presentasjon av empiri

I de påfølgende sidene vil de funn jeg har kommet frem til gjennom analyse av intervjuene jeg har gjort med sykepleiere og hjelpepleier som arbeider på en korttidsavdeling på et sykehjem, bli fremstilt.

For å kunne utføre dette har jeg lest igjennom alle intervjuene og dannet meg helhetsinntrykk. For så å presentere data i tversgående skildringer.

Min problemstilling var:

Hvordan opplever sykepleier og hjelpepleier arbeidsmengden og delegering av arbeidsoppgaver på en korttidsavdeling på et sykehjem i etterkant av Samhandlingsreformen og hvordan påvirker dette samarbeidet mellom de to profesjonene?

Mine tre forskningsspørsmål var:

- Hvilke kunnskaper har sykepleiere og hjelpepleiere på et sykehjem om de ulike arbeidsoppgavene som blir utført på en korttidsavdeling?
- Hvilke erfaringer har sykepleiere og hjelpepleiere på et sykehjem med delegeringen av profesjonsavhengige arbeidsoppgaver på en korttidsavdeling?
- Hvilke erfaringer har sykepleiere og hjelpepleiere på et sykehjem med samarbeidet mellom de to profesjonene på en korttidsavdeling?

4.1. Hvilke kunnskaper har sykepleiere og hjelpepleiere på et sykehjem om de ulike arbeidsoppgavene som blir utført på en korttidsavdeling?

Hensikten med dette forskningsspørsmålet var at jeg ønsket å etablere et grunnlag for å etablere en atmosfære av tillitt. Hvor det å begynne med ”enkle” spørsmål kunne få informantene til å slappe av og formidle sine tanker og erfaringer. Samstundes kunne jeg samle inn data for å kunne ha muligheten til å sammenligne de to avdelingene med tanke for personalets kunnskaper og erfaring med å jobbe på en korttidsavdeling.

Videre ønsket jeg å etablere en forståelse for om informantene opplevde at den opplæringen de hadde fått og den erfaringen de hadde tilegnet seg, hjalp dem i deres arbeidshverdag. Ikke minst med å kunne skille de ulike arbeidsoppgavene og ansvarsområdene de hadde fra hverandre, samt utfordringer knyttet til det å arbeide på en korttidsavdeling.

4.1.1. Informantenes utdanning, kurs og arbeidserfaring

Informantenes gjennomsnittlig fartstid som helsearbeidere var på 24 år og de hadde en gjennomsnittsalder på 52 år. Hvor den yngste var 33 år og den eldste var 63 år.

Alle informantene hadde erfaring fra andre instanser innenfor helsevesenet. Både med å jobbe i hjemmesykepleien, på avdelinger som somatisk langtids plass, skjermet enhet, eller på ulike avdelinger på sykehus.

Seks av åtte informantene hadde arbeidet på korttidsavdelingene i etableringsfasen og to hadde blitt ansatt på et senere tidspunkt. Stillingsprosenten varierte, men informantene hadde mellom 75 % - 100 % stilling på tidspunktet intervjuene ble gjennomført. Informantene gikk i 2 delt – turnus, med dag-, kveld- og helgevakter. Noe som indikerte at de hadde flere sammenhengende vakter og erfaring med eventuelle endringer i arbeidsmengde, ansvarsområde og delegeringer av arbeidsoppgaver.

Kurs og videreutdanning hadde de alle vært igjennom, hjelpepleiere og sykepleiere samt at alle hjelpepleierne hadde medisinkurs. Enkelte av kursene informantene hadde vært på, var årlige kurs i regi av institusjonen selv, kalt for internundervisning. Dette var forflytningskurs, hygienekurs, smittevernkurs og kurs i journalsystemet. Tverrfaglig samarbeid med ergoterapeuter og fysioterapeuter forekom også.

Mens andre kurs var i regi av eksterne institusjoner, dette kunne være kurs i syn og hørsels, multipell sklerose (MS), stomi, forflytning og rehabilitering.

Kursenes varighet var ulikt fra dagskurs til flere dagers kurs. Når disse kursene ble gjennomført, ble ikke vektlagt i intervjuet. Og for å ivareta informantenes anonymitet blir det ikke notert hvor mange som hadde utført hva i skjema 1.

Tabell 1 - Kurs og videreutdanning.

Videreutdanning	Geriatrici	Veiledning	Palliasjon/ Lindrende behandling	Kreftsykepleie
Avdeling A	X	X	X	X
Avdeling B		X	X	X

Kurs	Medisinkurs for hjelpepleier	MS	Smittevern	Stomi	Rehabilitering	ABC Demens	Diabetes	Forflytning	Hygiene	Sår
Avdeling A	X	X	X		X	X		X	X	
Avdeling B	X			X	X	X	X	X		X

For noen av informantene hadde institusjonen og kommunen tilrettelagt for videreutdanning innenfor ABC-demens, palliasjon, geriatri, kreft omsorg, smertelindring, og veiledning. En informant poengter at kurs i journalssystemet kunne ha vært mye bedre enn det var i dag. Det ble formidlet at nå man ikke brukte arbeidsverktøyene man har hver dag, gikk mye av tiden bort i å finne ut hvor man fant og hvordan man brukte de ulike arbeidsverktøyene i arbeidshverdagen og dette var tid pleierne vil bruke på en annen måte. En informant uttrykte det slik;

”Men i sånn journal opplæring det syns jeg vi kunne ha hatt litt mer og litt bedre opplæring. (..) hvordan man buker det. (..) og så er det jo litt med dette her og at i en travel hverdag så er det jo pasientene du prioriterer og det å sitte seg ned å skrive journal det gjør du når er det tid til overs. Det er viktig å dokumentere, så da er det faktisk kun jeg (..) det er som regel jeg som sikkert må dokumentere i alle fall nye pasienter som vi får inn. (..) skrive sammenfatninger og skrive inn medisinkort. (...) Det er mye arbeid med det.” (Informant -3)

4.1.2. Stillingsbeskrivelse

Jeg ønsket å finne ut om informantene hadde en veileder⁵ som kunne beskrive hva som var sykepleiernes og hjelpepleiernes ansvarsområde og dertil arbeidsoppgaver var. Spesielt med tanke på dersom de lurte på om deres arbeidsoppgaver var innenfor deres ansvarsområder. En stillingsbeskrivelse skal beskrive hvilken kompetanse arbeidstakeren skal ha, og hvilke plikter og ansvar arbeidstakeren påtar seg ved å bli ansatt.

Tabell 2 - Stillingsbeskrivelse

Stilling	Har en stillingsbeskrivelse	Har <i>ikke</i> en stillingsbeskrivelse	Vet hvor de finner stillingsbeskrivelse
Sykepleier	3	1	1
Hjelpepleier	-	4	-

Det kom frem at 4 av 4 hjelpepleiere og 1 av 4 sykepleiere ikke kjente til om de hadde stillingsbeskrivelse. To av sykepleierne formidlet at de kjente til at det var en stillingsbeskrivelse, men hvor stillingsbeskrivelsen befant seg var det bare en av sykepleierne som visste hvor var og hun hadde en ledende rolle i avdelingen. De andre visste ikke hvor den befant seg.

”Nei. Det tror jeg ikke. Har aldri fått det.” (Informant -6)

”Nei. Vi har jo, nei jeg har ikke sett mye til stillingsbeskrivelse.” (Informant -3)

Men, dersom hjelpepleierne var usikre i om arbeidsoppgaven var innenfor deres ansvarsområde, spurte de. Hadde de behov for veiledning eller opplæring, fikk de det. De alle gav uttrykk for at det var høyde for å gi beskjed når de ikke var eller følte seg kompetent til arbeidsoppgaver de ble tildelt. Og dersom de nektet å utføre en arbeidsoppgave fordi de ikke følte seg kompetent til å utføre den eller at de hadde ikke fått opplæring, hadde ikke responsen vært negativ.

⁵ Et hefte med informasjon om hvilke krav til utdannelse den enkelte stillingen har. Hva som forventes av personen som innehar den aktuelle stillingen. Hvilke ansvar og arbeidsoppgaver stillingen plikter å ivareta og utføre.

”Jeg tror at hvis vi hadde vært mindre sykepleiere så hadde vi gjerne blitt satt til mer andre ting som kanskje var deres område. Jeg bare tenker at sånn er det gjerne andre plasser.

Men om det er en stomi, for å ta det som et eksempel, at det er veldig sårt og rødt og sånn og jeg kommer dit så kan det hende at jeg går og henter en sykepleier. For jeg vil at de skal på en måte si hvilken prosedyre tar vi her. Sånn at jeg ikke tar min prosedyre og så kommer andre. Vi gjør så forskjellig.” (Informant -6)

4.1.3. Opplæringsplan

Vanlig praksis med opplæring av nyansatte er to dager, en dagvakt og en kveldsvakt. Den nyansatte går da med en kjent pleier som viser den nyansatte rutineene på avdelingen. Hvor mange dager den nyansatte fikk tilbud om opplæring på de to korttidsavdelingene ble ikke tatt opp.

En opplæringsplan er en strukturert plan for hva den nyansatte skal ha vært i gjennom av informasjon om arbeidsstedet (hvor ulike apparater er, hvordan de brukes, rutiner m.m), hvilke forventinger arbeidsgiver har til den ansatte, gjeldende lover og regler, samt kurs som arbeidsgiver anser som nødvendig å ha som ansatt. En opplæringsplan kan avvike fra arbeidssted til arbeidssted.

Tabell 3 - Opplæringsplan

Stilling	Har en opplæringsplan	Har <i>ikke</i> en opplæringsplan	Vet hvor de finner opplæringsplanen
Sykepleier	3	1	1
Hjelpepleier	1	3	-

1 av 4 hjelpepleiere bekreftet at hun hadde kjennskap til en opplæringsplan. Og 3 av 4 sykepleiere hadde kjennskap til at det var en opplæringsplan.

Sykepleier som hadde en ledende rolle formidlet at hun hadde sett behovet for en opplæringsplan på korttidsavdelingen og hadde videreutviklet den eksisterende opplæringsplanen.

”Vi har hatt en opplæringsplan de siste tre årene, men før det var det ikke så organisert.” (Informant - 4)

De som kjente til opplæringsplanen, formidlet at den ikke var spesifikk for de arbeidsoppgavene som fulgte korttidsavdelingen, men en generell opplæringsplan for hele sykehjemmet. Den inneholdt en form for sjekklister over utstyr, internkurs og prosedyrer den enkelte arbeidstaker skulle gjennomføre. Men, ikke alle av disse informantene visste hvor opplæringsplanen befant seg.

”Opplæring det får de, men den er ikke alltid god nok (..).” (Informant -3)

På spørsmålet om hvem som gav informantene opplæring i deres arbeidsoppgaver og ansvarsområde, svarte informantene at de hadde blitt lært opp av en tidligere ansatt i avdelingens rutiner.

”Det var hun som tidligere var XXX her. (..) hun skulle vise. Så ville hun gjerne at jeg skulle overta den oppgaven.” (Informant -2)

Videre formidlet en annen informant at hun pleide å drive med opplæring av nyansatte når anledningen bød seg, selv om den nyansatte ble regnet som en av pleierne på vekten. Informanten formidlet også at opplæringen på spesielle prosedyrer som fulgte pasienten fra sykehusene til korttidsavdelingen, burde ha vært bedre.

4.1.4. Forberedelsene til Samhandlingsreformen

Med Samhandlingsreformen kom det en overordnet plan om hvilke endringer som ville skje med pasientflyten. Hvordan korttidsavdelingene skulle forberede seg på denne reformen og hvordan de skulle organisere seg, var det ikke lagt noen føringer på.

Der ble derfor opp til korttidsavdelingene å løse de utfordringene de stod ovenfor ettersom disse utfordringene ble kjent for dem.

En informant formidlet at i tiden etter Samhandlingsreformen trådte i kraft, fant de ansatte i lag ut hva som fungerte og hva som var viktig å fokusere på i arbeidet med korttidspasienter.

”(..) det har vært litt sånn at veien ble til mens vi gikk. (..) men det blir på en måte i lag så har vi funnet ut hva som fungerer.” (Informant -4)

Informantene på den ene avdelingen formidlet at ca ett år i forkant av Samhandlingsreformen hadde de begynt med væskebehandling og infusjoner som en måte å forbrede seg. Noe som medførte at informanten opplevde overgangen som ”knirkefritt”.

”Det har jo blitt en endring men vi var jo godt forbredt. Vi begynte med å gi antibiotika intravenøs ett år før den trådte i kraft.” (Informant -4)

Om sykepleiebemanningen økte som et tiltak i forhold til Samhandlingsreformen, eller at sykepleier ble ”fristilt” fra å være bakvakt, ble ikke diskutert. Men i følge en informant kom det frem at sykepleierne hadde blitt ”fristilt” fordi det på en korttidsavdeling var det så mye utskiftninger av pasienter. Det kom også frem at avdelingene hadde sett behovet for å styrke kompetansen på lindrende behandling, med å knytte til seg sykepleiere med kompetanse innenfor dette feltet.

Dette ledet til et spørsmål om avdelingen hadde endret seg etter Samhandlingsreformen, hvorpå en av informantene kunne bekrefte at det opplevdes som at korttidsavdelingen hadde fått en utvidet funksjon, en funksjon som skulle ivareta pasienter i sin siste livsfase.

”En korttidsavdeling er jo sånn at brukeren som er her, de er her for en kortere tid. (...) Noen går videre på langtids plass og noen reiser hjem. (...) Og noen, det har jo blitt litt sånn palliativ avdeling og her faktisk. (...) Så, det er ikke sånn som det egentlig var.” (Informant -3)

Men, man kan ikke se bort i fra at selv om en av avdelingene styrket sykepleiebemanningen, formidlet hjelpepleierne på den ene avdelingen at ”kjøkkenverten”, en pleier som tok seg av håndteringen av matserveringen og kjøkkenoppgavene, ble tatt bort ved etableringen av korttidsavdelingen. En endring som medførte at sykepleierne og hjelpepleierne som var igjen i avdelingen måtte ta på seg også denne oppgaven.

”(..)Vi har vel mer ansvar for kjøkken og sånt enn da vi startet her. (...) For da hadde vi en som var her.. som hørte til på kjøkkenet og sånne ting. Fulgte med på kjøkkenet og litt sånt. (...) Vi er mer med på å forberede frokosten og koke egg og litt sånne ting.” (Informant -2)

4.1.5. Fra korttidsavdeling til ”B”- sykehus

Begge korttidsavdelingene ble etablert år i forkant av Samhandlingsreformen og alle informantene formidler at i etableringsfasen var det en glidende overgang fra å være en langtidsavdeling til å ha bare korttidspasienter. Hvor behovene og rutineene endret seg gradvis.

”Ja. Det har jo blitt en endring.” (Informant -4)

Noen av informantene hadde vært borti deler av arbeidsoppgavene som ble utført på korttidsavdelingen i andre instanser, men ikke alt.

Etter samhandlingsreformen skulle sykehusene være behjelpelig med å lære opp personalet i ulike prosedyrer som sykepleierne kunne stå ovenfor. Men, ”i en travel hverdag” og spesielt i ”sparetider”, så lot ikke denne intensjonen seg gjennomføre, noe som resulterer i at sykepleierne selv må lese seg opp på prosedyrene som kunne komme med nye pasienter som kunne komme inn dørene på meget kort varsel⁶.

”Det har glippet litt syns jeg i forhold til opplæringen i forhold til prosedyrer som du kanskje ikke har gjort på 20 år. Så har opplæringen unntaksvis men et par ganger vært alt for dårlig, sånn at du står med ett eller annet og skal utføre en prosedyre, du leser så øye blir stort og vått, det er ikke.. jeg er ikke god på å bare lese og skjønne hele prosedyren hvis jeg aldri har gjort den før. Jeg liker å se det en gang, gjøre det en gang, i hvert fall se det så kan jeg den. Kommer jo an på hvor komplisert den er. De fleste prosedyrer er jo ikke så all verden kompliserte. Når du bare kan de. (..) Jeg vet gjerne at de har en Hickman, kunne ha lagt det inn for å lese, men veldig ofte følger det jo en prosedyre med. Det gjør det. De er flink med det, sykehuset. Sånn at jeg er redd at om jeg leser inne på dataen eller jeg leser prosedyren så er jeg nå av og til ikke helt klok uansett. De er ikke helt enkle å forstå alltid.” (Informant -1)

”Vi får jo opplæring, det gjør vi men det er jo ikke alltid den er god nok synes jeg. (..). Opplæringen kunne nok ha vært bedre. (..) Det er jo slik at hvis det er nye prosedyrer så når vi får nye pasienter fra sykehus, med ulike prosedyrer, spesielle prosedyrer som skal gjøres, så er det ikke alltid at den opplæringen er så veldig god. Da skal liksom

⁶ Kort varsel er et relativt begrep, men jeg har selv erfart at pasienter har blitt meldt av forvaltingsenheten, hvorpå pasienten er ankommet sykehjemmet innen ½ time etter denne meldingen. Frekvensen av slike hendelser er ikke tatt med i studien.

komme fra sykehus, nå med den nye Samhandlingsreformen, så skal sykehuset være behjelpelig, med gjerne tilrettelegging for undervisning.. for opplæring og sånne ting, men det er egentlig.. i en travel hverdag så... er det vanskelig å gjennomføre.”
(Informant -3)

Informanten formidlet at det var ressursene som forhindret at denne opplæringen ble utført.

”Det er det med knappe ressurser og at du skal spare tid, nå skal vi spare inn mye og... og da... ja litt sånt..” (Informant -3)

Det ble formidlet at sykehusene var flinke med å sende med en prosedyrebeskrivelse, men det ble poengtert at det var en forskjell på det å bli lært opp i en prosedyre og det å lese seg til en prosedyre. Men, på en korttidsavdeling må du være forbredt på alt.

”Du må ta det du får. (Informant -4)”.

Informantene formidlet at det å arbeide på en korttidsavdeling, kan sammenlignes med en liten sykehusavdeling. Hvor de ansatte måtte støtte seg på hverandres kunnskaper og erfaringer i arbeidet med pasientene.

”Vi føler oss som et B-sykehus(..).” (Informant -3)

4.1.6. Ansvars- og arbeids- områdene

En av informantene formidlet at dersom man var ny innenfor arbeidet med korttidspasienter, kunne man lett bli fanget av alle arbeidsoppgavene som fulgte en pasient. Både dem som var innunder informantenes ansvarsområde og andre arbeidsoppgaver, som var like nødvendige å ordne opp i men som falt under andre profesjoners ansvarsområder. Dette kunne være oppgaver av økonomisk art, som faller under sosionomer ansvarsområde, eller andre oppgaver.

”Ikke fra ansatte da. Men det er jo.. det skjer jo ofte at du plutselig blir viklet inn i en.. at du skal finne ut av.. du føler deg som en sosionom av og til. At de treng økonomisk hjelp og sånne ting. Ja det blir mer pasienter som prøver.. vil ha hjelp til ting som jeg føler jeg ikke kan hjelpe de med da.” (Informant -4)

Avdelingene hadde også som mål å lære opp sine egen ansatte, herav hjelpepleierne, til å utføre ulike prosedyrer som setting av insulin og fragmin. Denne opplæringen hadde sykepleierne ansvar for og ble derfor en måte å dele arbeidsoppgavene mellom de som var på jobb. Men dette var ikke alltid gjennomførbart. Det kom frem at pleierne stilte seg spørsmålet om det var hensiktsmessig å bruke tid til å lære opp hjelpepleierne i ulike prosedyrer, da disse arbeidsoppgavene ofte skulle avsluttes kort tid etter ankomst på korttidsavdelingen.

”Vi har ett eget opplærings skjema på det da. Man må skrive opp pasienten sitt navn da. Så får de et skjema, så hvis ikke den står der, så kan ikke de gjøre det. Men det blir litt vanskelig å gjennomføre i en korttidsavdeling, for det er jo.. det blir jo mange lårhalsbrudd og hoftebrudd som kommer med fragmin, så skal de ha det et par dager til, så da blir det som oftest sykepleierne som gjør det.” (Informant - 4)

Informantene formidlet videre at med erfaring kom også tryggheten til å sette grenser for hva avdelingen kunne ordne opp i med slike arbeidsoppgaver og kunnskapen om hvordan slike arbeidsoppgaver skulle bli håndtert og videreformidles.

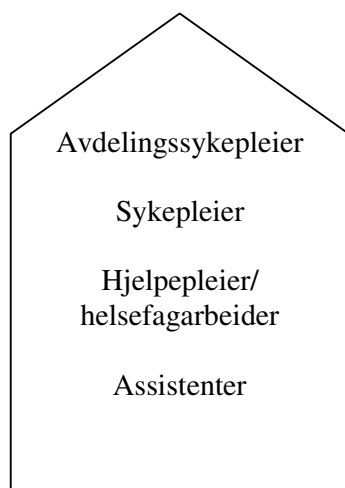
”Ja. Jeg er blitt flinkere til det nå, etter hvert da. Det har vært litt sånn; ja vi skal hjelpe til med alt, ja jeg har det og det. Bruker tid på ting som du egentlig ikke er din oppgave da.” (Informant -4)

De to profesjonene ser noe ulikt på hvordan ansvars- og arbeidsmengden har endret seg. Både på avdeling A og avdeling B, formidlet sykepleierne at arbeidsmengden hadde økt, derimot formidlet hjelpepleierne at når det ikke var sykepleiere på vakt, ble arbeidsmengden bedre fordelt mellom hjelpepleierne og uttrykte at det ble mer hektisk når hjelpepleierne gikk sammen med sykepleierne.

4.2. Hvilke erfaringer har sykepleiere og hjelpepleiere på et sykehjem med delegeringen av profesjonsavhengige arbeidsoppgaver på en korttidsavdeling?

Hensikten med dette spørsmålet var å finne ut om arbeidsmengden hadde økt og ansvarsområdene hadde endret seg etter innføringen av samhandlingsreformen og om dette medførte økt delegering av profesjonsavhengige arbeidsoppgaver.

4.2.1. Arbeidsmengden og arbeidsoppgavene



Det viste seg at på begge korttidsavdelingene var det sykepleier, når de var på vakt, som tok ansvar for å fordele arbeidsoppgavene i avdelingen. Dette kan forklares med at på et sykehjem er pleierne som oftest satt inn i et hierarkisk system som illustrert i figuren.

Hvor hvem som har ansvaret for å lede avdelingen, faller på den som er nærmest avdelingslederen i hierarkiet.

Ansiennitet innad den enkelte profesjon kan ha betydning i slike sammenhenger, men som oftest er det selve utdanningen som er avgjørende. Dette innebærer at sykepleierne er, ved fravær av avdelingsleder, ledere på avdelingen og fordeler derav arbeidsoppgavene mellom pleierne.

Figur 3 - Ansvarsfordelingen

4.2.1.1. Arbeidsmengden på sykepleierne

Sykepleierne formidlet at arbeidshverdag var blitt en annen etter samhandlingsreformen. Der det tidligere som oftest hadde vært pasienter som kom hjemme ifra og inn på korttidsopphold, opplevde de at det var nå en økt forekomst av pasienter som kom fra sykehuset. Disse pasientene hadde et annet oppfølgingsbehov enn hva pasienter som kom hjemme ifra noe som krevde at personalet var mer oppdatert på prosedyrer, sykdommer og behandlingstiltak. I tillegg påpekte de at korttidsavdelingene hadde fått en utvidet funksjon med å ivareta pasienter i deres siste livsfase og indirekte blitt en palliativ avdeling.

”At arbeidsoppgavene har endret seg. Vi har mer prosedyrer enn før, vi får sykere pasienter, du må være mer oppdatert. Vi får de tidligere fra sykehusene (..) Så det blir mer teknisk med utstyr og ja, ta blodprøver, ha mer tettere samarbeid med legen. ”
(Informant -4)

”Det er ingenting det er blitt mindre av i hvert fall, det er det nå ikke. Det er heller det at det har økt litt med tanke på at du nå får dårligere pasienter, det merker vi. Det er pasienter som kommer her, er ganske alvorlige syke, de har jo så sammensatte diagnoser, det blir jo veldig sammensatt sykdomsbilde. (..) Så både dette her med oppfølging og ja behandling, det er det blitt mer av. (..)” (Informant -3)

Arbeidsmengden hadde endret seg, det var mer inn- og utskriving av pasientene, sammenfatning, oppdatering av medisinkort, dosettillaging, økt antall pasienter med væskebehandling, økt antall pasienter som kom direkte fra sykehus uten alltid den nødvendige informasjonen de hadde behov for. Dette var pasienter som måtte ha en tettere oppfølging i forhold til hyppigere målinger av verdier som blodtrykk og puls, oppfølging og behandling med væske, antibiotika og ernæring. Dette var pasienter som kunne komme til avdelingen på kort varsel og som krevde at personalet var forberedt på å håndtere ulike prosedyrer like raskt.

”Det er ofte gamle, eldre folk dette her og har sammensatte diagnoser med både nyresvikt og hjernesvikt og du vet ikke hva. Der du må observere og måle og så skal de gjerne ha både antibiotika intravenøs og så skal de ha væskebehandling og så ja. Fragmin og insulin og jeg vet ikke hva hele tiden, det er jo sånn der er. Men vi har hatt brukere som kommer her og skal ha parenteral ernæring, sånn via pumpe og CVK og alt dette her. (..) Som har bare komt sånn (informanten knipser med fingrene) på ettermiddagen, så skal du.. har vi utstyret til dette her? (..) Og så skal du kunne med de ulike pumpesystemene og alt dette her og det skjer av og til. Og dette her med CVK og alt for ulike typer venekatetre, det er jo mange ulike typer som finnes og du skal ha opplæring på det da, det er sånn som du får rett i fanget som du liksom... du må jo stå i det. ” (Informant -3)

Pasientene som kom fra sykehuset og på korttidsavdelingen, hadde oftere et mer komplekst sykdomsbilde enn før samhandlingsreformen. De var sykere og hadde mer bruk for tekniske hjelpemidler som infusjonskatetre til antibiotika og væskebehandling, ulike pumpesystemer

og annet. Behandlingsopplegg som krevde at sykepleierne oppdaterte seg på prosedyrene for å kunne håndtere disse hjelpemidlene.

”Det har jo endret seg mye i at vi får oftere sykere pasienter. De har flere prosedyrer knyttet til alt i fra dren, til hickman til CVK til...you name it. Så ja det har endret seg.”
(Informant -1)

”Pasientene har blitt dårligere. De kommer fortere hjem i fra sykehusene. (..)Vi har mer intravenøs antibiotika enn vi hadde før. (..) Det kunne jo hende at vi hadde intravenøst og nå skjer det mye oftere og vi hadde kontakt med hjemmesykepleien akkurat når det kom nye pasienter (..) jeg skrev vel aldri noen ut. Så den er ny og mye mer av og opptrening. De kommer jo tidligere etter et slag og det er ofte tidligere tilbake. Avdeling XXX var mye mer stabil før, så utskiftningen er jo absolutt den største utfordringen. Det er hele tiden, ta imot og utskriving av pasienter, det var det ikke før. ” (Informant -7)

Sykepleierne formidler at arbeidsmengden hadde blitt mer omfattende. De beskrev det som at de måtte være kreative i sin håndtering av pasientene, løsningsorientert, passe på at legen iverksatte tiltak og fokusert på starte med tiltak for å begynne prosessen med å få pasienten klar til utreise. Noe som resulterte i at det å jobbe på en korttidsavdeling medførte at de ikke kunne bli låst i rutiner og vaner.

”Ja. Da selvfølgelig, det har jo blitt mer utskifting av pasienter. Sånn som det er må jo man bli mer oppfinnsom og tenke kortere på en måte.. (..) for å finne løsninger på ting og ikke være redd for.. Før, hvis du jobbet på en langtidsavdeling, så går du inn i vaner. For du har jo de samme over lengre tid, her må du tilpasse en ny situasjon fort. Du må tenke hjemreise med en gang de kommer inn, du må bli mer effektiv. (..) Det blir jo det med, de er dårligere, du må være mer oppdatert på syke. På hva du skal observere, hva du skal skaffe til veie, hva du trenger. Dersom du plutselig får et rush av lårhalsbrudd, så må du skaffe prekestoler og rullestoler og ja få begynt med treningen. (..) Det er bare det at det er mer å passe på at du har, at du må lese epikriser, du må se, siden det ikke er lege her hver dag, så må du se, hva de mener med oppfølging. At du må ta mer initiativ, tenke selv. Står det i en epikrise; ta blodprøver, så gjør du det uten å spørre legen hvis det står oppgitt hva du skal ta da.

(..) det blir jo litt det samme som før, men det blir jo litt med det at vi har mer legevisitt, du blir avhengig av å få epikrise med fra, det er jo press fra sykehus og så er det jo det å få fulgt opp alle tingene. Som ja, som det står i den da, som er nytt. Du må passe på at legen følger opp det kan du si. Vi blir mer behandlere enn det vi var før.”(Informant -4)

Pasientene som kom fra sykehusene, kunne gjerne komme på kvelden, og det forekom at de også kom i helgene.

”Nå får vi jo brukere i fra sykehusene i helgene, det gjorde vi aldri før. (..) Og så har vi mye annet. Det er jo greit. Jeg ser jo det at vi har mye mer intravenøs administrering enn før både med antibiotika og...” (Informant -3)

Dette medførte blant annet store utfordringer i forhold til om pasientene hadde de rette medisinene med seg, om avdelingen hadde medisinene på lager, om avdelingen var bemannet til å ta imot pasientene på de aktuelle tidspunktene og ikke minst utfordringer knyttet til hvor lang tid det tok før pasienten ble tilsett av tilsynslegen.

For sykepleierne hadde nok det administrative arbeidet som fulgte samhandlingen økt i forhold til å holde seg oppdatert på elektroniske meldinger fra sykehuset og andre tjenester og med koordineringsoppgaver i forhold til hjemreise og etablering av hjelp i hjemmet med hjemmesykepleie dersom det var et behov. Med det resultatet at sykepleierne brukte mye tid til finne ut av pasientens hjemmesituasjon, endring av medisinske behov og annet.

”Vi må begynne nesten med en gang pasienten kommer.” (Informant -3).

”Ja. Arbeidsmengden øker mye, og det er en del arbeid når du får inn en ny pasient i fra sykehus. Det er faktisk ganske mye arbeid. Bare knyttet til å lage dosett, skrive inn medisiner, skrive inn hvorfor de kom. Hvordan det er, legge de inn, ... det er ... det er en del arbeid knytt til at det kommer et nytt menneske til denne avdelingen. Kommer de hjemme ifra har de i 99 % av tilfellene, har de dosett eller medisinene med seg. Fra sykehus har de ikke det.

Vi har jo fått meldinger som vi før ikke hadde. Så nå er det vår avdeling som fordeler meldinger. Av og til er det litt mye. Og at vi er oppe.. i det verste så tipper jeg at vi har vært oppe i 20 meldinger, det går egentlig kjapt med de, når du bare kan det. Det går

ikke kjapt når du ikke kan det. For da er det ganske stressende, men når du kan det så går det rimelig radig. (..) Dette er en arbeidsoppgave som jeg MÅ gjøre uavhengig av hvordan avdelingen er.” (Informant 1)

4.2.1.2. Arbeidsmengden for hjelpepleierne

På spørsmål om arbeidsmengden hadde endret seg etter innføringen av Samhandlingsreformen formidlet de fleste av hjelpepleierne at de hadde ikke opplevd så store endringer, men gjennom samtalene med informantene kom det frem beskrivelser som ikke helt stemte med denne opplevelsen. Dette kunne tyde på en ambivalens i opplevelsen av endring i arbeidsmengden.

På Avdeling A trakk de frem at det på ett tidspunkt hadde blitt en endring i personalgruppen, en redusering i bemanning på blant annet kjøkkenpersonalet, noe som medførte økte ”husmor” - oppgaver som måtte fordeles blant personalet. En arbeidsoppgave som ofte tilfalt hjelpepleierne. En av informantene formidlet at det kunne bli litt mye av den arbeidsoppgaven i perioder.

*”Det er jo av og til sånn at jeg tenker at kjøkkentjenesten hadde vært litt kjekt å sluppet i og med at vi har så mange sykepleier og vi er gjerne veldig få hjelpepleier på jobb. Så kommer den veldig ofte til hjelpepleierne.. når du går full stilling så..”
(Informant -6)*

Ellers formidlet hjelpepleierne at arbeidsmengden var den samme som tidligere. En annen informant formidlet at arbeidsmengden varierte mye før og den varierte mye også etter samhandlingsreformen. Dette ble begrunnet med at arbeidsmengden varierte etter hvilke pasient som kom inn til korttidsavdelingen, om de kom på dag, kveld eller helg og hvordan bemanningen var. De formidlet at det var alltid litt hektisk når nye pasienter kom inn, de måtte først bli kjent med pasientene og pasientene måtte bli kjent med avdelingen, før ting roet seg. I tillegg var pasientene dårlige når de kom, men ettersom opptreningen kom i gang, reduserte arbeidsmengden tilsvarende.

”For det er ofte veldig mye de første dagene når pasienten kommer fra sykehus så er han litt forvirret og vet ikke. Og så da kan nesten en pasient utgjøre to, og det er jo likt, men noen ganger har vi åtte pasienter og neste gang så er det tolv For det er ikke alltid vi kan telle pasienter. Det er etter hvor mye de krever.” (Informant -8).

En annen informant forklarte arbeidshverdagen slik:

”Det at du må gjøre så veldig mange ting. Du har alt i fra stell, du må ha klesvask, du må gå på tur (..) du gjør nesten det du gjør hjemme i en vanlig hverdag. Der er ikke bare til å stelle en pasient og så sitte han bort i en rullestol og der sitter han til middag og så legger du ham. Det er trening, der er.. ja det har blitt mye, mye mer.”
(Informant - 6)

Noen av pasientene var godt kjente og hadde mottatt helsetjenester før de kom inn, andre var helt nye for helsetjenesten. Korttidspasienter, påpekte hjelpepleierne, hadde de hatt før og selv om behovene hadde endret seg, så opplevde ikke de ikke at arbeidsmengden hadde endret seg. Derimot formidlet flere av hjelpepleierne at;

”Vårt arbeid syns jeg går på det samme, men jeg tror nok at sykepleierne har fått det litt annerledes (..) at de har fått mer og at det da, arbeidsbyrden vil bli litt større. Det tror jeg nå.”(Informant -5).

”Men jeg tror at sykepleierne har fått flere oppgaver slik som e- meldinger og møteoppgaver.” (Informant -2).

Det kom frem i intervjuet med hjelpepleierne at i perioder så måtte de stå litt mer på. Dersom det var mye arbeidsoppgaver med nye pasienter, falt mer av arbeidsoppgavene i avdelingen på hjelpepleierne. Dette skjedde også når nye pasienter kom fra sykehuset og sykepleier måtte følge disse opp.

”Du kan for eksempel om du har.. hvis de har mye å gjøre på dataen med pasienten som kom inn og den er veldig dårlig. Kommer fra sykehus i full fart. Så må vi jo ta oss mer av kanskje pasientene som den vedkommende skulle ha stelt. (..) Viss det er veldig mye som sykepleierne må ta seg av. Da blir det jo mer på oss.” (Informant -5)

Endringen i arbeidsmengden og krav til at også hjelpepleierne måtte følge mer med på hva som angikk pasientene kom mer tydelig frem etter som informantene fikk sette ord på sine opplevelser.

”For pasientene som kommer, krever jo for de er stort sett klare i hodet og vet hva de vil og de er jo på hotell nært sagt. Det er vel service yrket. Her skal de ha mat og forskjellig og her skal de... så det har vært store forandringer egentlig. (..) Det er mye mer hektisk. Alle vet jo hva de vil. Mange steller seg gjerne, det tar litt tid men all den tid de krev så mye så er arbeidsmengden større. Så det er mange steg i løpet av dagen. Og likevel så er det mye kjekkere å være her enn... (..)” (Informant -6)

”Du må følge litt mer med på hva som står i papirene fra sykehuset. Om de kan belaste en fot eller om de ikke kan belaste den på seks uker og ja.. forskjellige ting. Om de skal inn til kontroll så må du følge med. (..) Før gikk det jo bare veldig mye på rutine. Nå må du tenke litt mer på hva de klarer og. Før så var det at en pasient skulle opp kl. åtte og neste skulle opp kl. ni, det var ikke noe slingsringsmann på når du våknet eller det var fast rutine på hvem som skulle få frokosten først og hvem som skulle få den sist. Nå må vi bare se hvem som er opplagt og hvem som ikke er... Og en dag er ikke lik den andre. Så det blir en helt annen måte å jobbe på.” (Informant -8)

”Den varierer jo veldig her. Etter hvilke pasienter vi har inne. Noen klarer jo å stelle seg selv og noen er jo fullstendig... Det er jo veldig variabelt hvor travelt det blir her.” (Informant -2)

4.2.2. Ansvarsområdene

Alt helsepersonell er ansvarlig for å holde seg faglig oppdatert, samt å opprettholde sin kompetanse og derav vite hvor deres ansvarsområde er. Skulle man glemme prosedyrer, er man ansvarlig for å tilegne seg de nødvendige kunnskapene for å kunne gjennomføre prosedyren.

4.2.2.3. Ansvarsområdene for sykepleierne

Alle informantene ble spurt om de delegerte arbeidsoppgaver til andre profesjoner og de formidlet at dette gjorde de.

”Å kjære og bevares, selvfølgelig gjør jeg det. Problemet er jo hvis det er arbeidsoppgaver jeg ikke kan delegere og likevel må gjøres. (Informant -1)

Det ble formidlet at de fleste av informantene var flinke til å holde seg innenfor sine ansvarsområder og formidlet at dersom de ikke ble ferdig med en profesjonsavhengig arbeidsoppgave i løpet av vekten, så overførte de arbeidsoppgaven til neste vakt. Men gjennom samtalen med hjelpepleierne kom det frem at ikke alle var like klar over sine ansvarsområder og derav når man ble tildelt arbeidsoppgaver kunne komme til å si nei til arbeidsoppgaver som var innenfor deres ansvarsområde, likeledes arbeidsoppgaver som ikke var det.

”(..)det hender at jeg delegerer en oppgave eller vil delegere en oppgave til en hjelpepleier og kanskje hun sier at; jammen gu jeg har ikke gjort det, sånn som medisiner. Jeg har ikke gjort det på så lenge.

Kan jeg gjøre det selv, så gjør jeg det selv, men hvis ikke så sier jeg at faktisk dette skal du...” (Informant -1)

Men sykepleierne formidlet at hjelpepleierne var flinke til å gi beskjed om de ble tildelt en arbeidsoppgave de enten ikke følte seg kompetent til eller faktisk ikke var kompetent til å utføre. Men i stede for å bruke tid på å lære andre pleier opp i prosedyre, utførte gjerne sykepleieren oppgaven selv.

I de tilfellene hvor delegerte arbeidsoppgaver og ansvarsområde ikke sammenfalte, ble det formidlet at det var under meget spesielle omstendigheter. Det ble vektlagt at kollegaene hadde et gjensidig tillitsforhold, hvor hensynet til pasientene veide mest, fremfor hensynet til ens profesjons ansvarsområde. Hvorfor hun hadde valgt å gjøre dette, formidlet sykepleieren med at hun hadde vært alene som sykepleier på vakt da en pasient ble dårlig, hun vurderte det slik at hun ikke kunne forlate pasienten for å hente nødvendig utstyr. I stedet ba sykepleieren en hjelpepleier om hjelp og gav hjelpepleieren nøklene til medisinrommet⁷.

⁷ Gjennom sin utdanning og autorisasjon som sykepleier, har sykepleierne fått tilgang til medisinrommet. Hjelpepleier- og helsefagarbeiderutdanningen dekker ikke håndtering av medisiner og medisinkurs gir dem bare rett til å dele ut medisiner fra dosett som er kontrollert av sykepleiere. De har derfor ikke tilgang til medisinrommet.

”Sist jeg var på jobb med en alvorlig dårlig pasient, så måtte vi bare få noen til å gå opp og hente legen som tilfeldigvis var på huset her. Og da var det sånn jeg gjorde med hun ene hjelpepleieren, hjelpepleieren som har lang erfaring, så måtte vi henge opp intravenøs og jeg ba henne gå inn på medisinrommet og hente salt... fikk nøklene til gå inn på medisinrommet og hent en flaske med saltvann som vi har til å skylle igjennom med. For jeg kunne ikke gå der i fra. (..) I grunnen har ikke hun tilgang til å gå inn der. Hun skal jo ikke det. (..) Men jeg, det gjorde jeg det. Jeg kunne... jeg følte jeg kunne ikke gå i fra situasjonen. (..) Da var jeg alene sykepleier her og det var litt heftig her (..) Legevisitter og mye... ja kjempedårlige pasienter.” (Informant -3)

Hjelpepleieren var klar over at hun ikke hadde tilgang til medisinrommet, at hun gikk utover sine ansvarsområder. Men i stedet for å være til hinder i pasientbehandlingen, tok hun med seg en annen hjelpepleier som støtte og fikk hentet det som sykepleieren hadde behov for.

”(..) vi skal jo ikke ha noen nøkler til medisinrommet, at jeg måtte hente noe innpå der. Jeg liker ikke å låse meg inn.. men dette var nå i ... i nøden.. akutt. Det var bare en sykepleier og dårlig pasient og jeg måtte hente noe, men så var det en hjelpepleier til som jeg ropte på ”kom igjen” du må være med meg mens jeg er inne på det rommet til jeg fikk levert tilbake nøklene. (..) Vi pleier ikke ha de heller nøkler. Sånn som når vi har bakvakt så er det sykepleiere som har nøkler.” (Informant -5)

Videre kom det frem at det i enkeltsituasjoner så hadde det forekommet at sykepleierne delegerte ansvaret for utdelingen av klargjorte medisiner, og da nattmedisinene, til kjente pleiere på andre avdelinger. Dette for å unngå at når sykepleierne endelig hadde anledning til å komme, var pasienten sovnet uten sin nattmedisin. I slike tilfeller hadde det vært en gjensidig tillitt om at dette var til det beste for pasienten at pleiere uten medisinkurs fikk dele ut medisinen på sengekanten.

”Så det er for så vidt helt greit, men når jeg er bakvakt, det er sjeldent jeg går men hvis jeg da har laget til kveldsmedisinene og gitt den og gjort klart nattmedisinene, da hender det ikke så sjeldent at jeg, hvis det da er kjente på avdelingen, som sier det at; vi (ufaglærte) er vant med å gi den, det går helt fint, og vi kan gi den hvis du har det travelt. Og da sier jeg at de kan bare gi den (nattmedisinen). Og da her de gått i

skuffene⁸ og da har de ikke medisinkurs. Jeg vet i hvert fall ikke om det.(..) Og då spør jeg alltid om de, om de har gjort det før, (..) og det er flere som sier det har de. Da kjenner de pasienten og da har de gitt nattmedisinen. Så ligg det i "Olav" sin skuff og så tar de "Olav" sin, så kjenner de "Olav" veldig godt og så... det har jeg nok gjort. Og det er nok utenfor deres ansvarsområde, absolutt." (Informant -7)

For å få en smidigere pasientoppfølging, utførte en del sykepleiere oppfølgingsarbeidet, som sykehuslegen som skriver epikrisene fra pasientens sykehusopphold anbefalte, som for eksempel rekvisisjoner av blod prøver, selv om dette falt under tilsynslegens ansvarsområde.

"Ja. Det spørs jo det på en måte hvordan du definerer det. Sånn sett så er jo en epikrise til neste lege. Så det du går og tar, men på en måte så er det.. er jo gråsoner der. Det anbefaler.. det står gjerne vider oppfølging av lege fra sykehus legen, bør ta blodprøver.. men skal du være helt korrekt så skal du jo vente til legen kommer og lager en rekvisisjon. Men vi .. vi gjør det. (..) Så går.. da går du jo utenfor din profesjon. (..) Vi har jo.. Ja de kan jo skje, hvis det er en soppinfeksjon nedentil at vi kan begynne med Canesten. Men det skal du strengt tatt ikke gjøre." (Informant -4)

Sykepleierne la også inn medisinerne pasientene hadde i journalsystemet, dette også mente de var en leges oppgave. Og dersom pasienten kom i helgen, ville ikke medisinkurven bli kontrollert av en lege før etter helgen, med det ansvaret sykepleierne fikk for at medisinerne var korrekte.

Sykepleierne ble spurt også om de opplevde at arbeidsoppgavene var blitt endret for å bli tilpasset deres ansvarsområde, noe de svarte nei på. Derimot kommenterte en informant dette slik;

"Det blir jo helst vi som tilpasser oss arbeidsoppgavene" (Informant -4).

Hvorfor sykepleierne tilpasset seg arbeidsoppgavene forklarte informanten som at profesjonen sykepleie var et stort felt. Det var ikke den ting ikke en sykepleier skulle kunne utføre og ta på seg av oppgaver.

⁸ Skuffene: Her refereres det til medisinvognen, en vogn som er låsbar og som bare er tilgjengelig for dem som har medisinkurs og derav nøkler. I medisinvognen har hver pasient sin skuffe, hvor dosettene oppbevares.

”Det er vel kanskje ikke det at.. Det kan ha med at sykepleiere ikke alltid er helt klart definert for alle. Det blir liksom.. sånn at det blir.. blir nesten som poteten som kan brukes til alt. Ja at man må være tydelig på hva vi kan og hva vi ikke kan. For å prøve å gjøre.. for hvis du skal hjelpe til med alt, så går det jo ikke. Da kan vi la være å gå hjem.. Så det at man kan være tydeligere på kanskje hva vi liksom kan.. dette kan vi gjøre og dette kan vi ikke gjøre.” (Informant -4)

Det var en del administrativt arbeid som fulgte med samhandlingsreformen, som etter sykepleiernes mening ikke var direkte pasientrelatert, men som sykepleierne hadde måtte inkludere i sine arbeidsoppgaver. Noe de ikke helt kunne forsvare at var under deres ansvarsområde.

Hvorfor sykepleierne valgte å delegerer både profesjonsavhengige og ikke profesjonsavhengige arbeidsoppgaver forklarte informantene med at i en travel hverdag, så går ikke alt etter planen. Arbeidsoppgaver blir utsatt fordi sykepleierne blir forhindret i arbeidet av telefoner, pasienter som trenger ekstra oppfølging og mer tid til å utføre, for friske personer, enkle ting og andre uforutsette ting.

”Det er på grunn av at du holder på med å gjøre noe annet. Det har vært travelt og vi holder på å legge noen andre og så er det akkurat i den siste tiden (medisinene skal gies) Hvis det er en pasient som er veldig syk og så har han lagt seg og nesten sovnet. Du vet jo ikke, men det er jo en del eldre folk som bruker litt tid på å sette seg opp og så skal være klar til å svelge og sånt så da er det veldig praktisk å få gitt den på sengekanten før de har lagt seg for til jeg har klart å komme, så har de sovnet.” (Informant -7)

”Jo si at jeg planlegger; nå er jeg ferdig med medisinene og nå er klokken så mye, da skal jeg ta det såret eller sette den sprøyten eller ett eller annet. Så ringer telefonen så er det en som vil snakke med meg angående hvordan det går med min mor eller min far. Og så må jeg bruke tid på å snakke med dem. Og det må jeg. Så er det noen som huker fatt i meg, for det er noen som trenger ekstra medisin og har så vondt eller de er kvalm eller ett eller annet. Ja. Å best så det, så er den tiden jeg tenkte jeg skulle bruke til det sårstellet, den er gått uten at jeg har tatt i det sårstellet. Og det skjer ja daglig. Så går dagen og så de hviler middag når jeg da kommer på det og jeg vil ikke vekke de. Da overlater jeg det til seinvakten.” (Informant -1)

4.2.3. Ansvarsområdene for hjelpepleierne

På spørsmålet om hjelpepleierne opplevde at profesjonsavhengige arbeidsoppgaver ble delegert, eller om de selv hadde delegert profesjonsavhengige arbeidsoppgaver, så varierte svarene en del.

”Det gjør vi faktisk. Jeg setter de (medisinene) gjerne på et brett (matbrettet) og så bærer de (assistentene) inn da. Så på en måte så delegerer vi på den måten.”

(Informant -6)

”Ja. Jeg hadde sikkert ikke lov. Men jeg hadde en legestudent som skulle sette fragmin.. Hun hadde sett på, men husket ikke så mye og ønsket å se på.” (Informant -

6)

Informantene formidlet at de var klar over sine ansvarsområde, men at det forekom tilfeller hvor de valgte å utføre arbeidsoppgaven i stedet for å vente på sykepleier.

Dette var for eksempel pasienter med sår, hvor sårstellet skulle bli utført av en sykepleier.

Men når sykepleier ble forhindret, eller skulle komme fra en annen avdeling, valgte hjelpepleieren å utføre sårstellet selv fremfor å la pasienten ligge og vente.

Et av argumentene for dette valget var at dersom sårstell- prosedyren var tilgjengelig, hvorfor skulle man da vente på en annen sykepleier fra en annen avdeling, som kanskje aldri hadde sett såret eller utviklingen til såret, skulle få tid til å komme å utføre sårstellet.

”Der er det vel egentlig sagt at sykepleierne (skal gjøre det). Så har liksom de funnet ut nå, at sårstell skal de ha. Føler at viss.. av og til så føler du at viss vi som ser såret ofte.. Men allikevel så må jeg ringe og spørre denne bakvakten som kanskje ikke har sett pasienten på tre uker, og aldri sett.. Jeg tenker på en måte at vi har mer erfaring som ser pasientene daglig enn den sykepleieren. Vi kjenner jo pasienten og vet litt mer hva problemet er og...” (Informant -8)

Men de påpekte, dette var sår som de vurderte til å være enkle eller overflatiske. Noen gjennomførte ”lette” sårstell, slik at sykepleier kunne ta det resterende når denne hadde anledning.

” Det er sjeldent at du skifter på et ordentlig sår, men det er enkelte vi bare lurer oss til som de ikke ser.” (Informant -6)

Noen mente at måling av blodtrykk og puls var en profesjonsavhengig oppgave. Andre formidlet at ble de forespurt om å utføre en arbeidsoppgave som de mente ikke var innenfor deres ansvarsområde, eller som de ikke hadde opplæring på, så svarte de at det måtte sykepleierne selv utføre.

”Måle blodtrykk og gjerne andre ting. Ikke alle sykepleiere ber deg om å gjøre ting da, som å observere dårlige pasienter. ” (Informant -2)

”Jeg har jo bare sagt nei til ting som jeg har gjort tidligere. For eksempel så har jeg godkjenning på å kunne RIK'e, og så var det bestemt at det bare var kun sykepleierne som skulle gjøre. Og så var de på møte eller noe en gang og da ringte de ned og jeg svarte; Nei, det må dere ta selv. Så det var nei. Det var så lenge siden jeg hadde gjort, så det vil jeg ikke gjøre. Hadde ikke godkjenning på det, så det måtte de ta.” (Informant -8)

Men den oppgaven som informantene som oftest refererte til som ble delegert var utdeling av medisinerne. En arbeidsoppgave som for de som har medisinkurs ikke er en profesjonsavhengig arbeidsoppgave.

”Hvis en sykepleier blir for eksempel blir opptatt da, for eksempel du må ringe etter og hjelpe til så kan de si at; Kan ikke du ta medisinerne for meg? Kan du ta blodsukkeret for meg.” (Informant -2)

Noen av informantene reflekterte litt rundt dette med delegeringen av arbeidsoppgaver, årsaken til det og ikke minst konsekvensene av å delegere. Det at man ikke hadde tid, ble trukket frem som en faktor for at pleierne, både sykepleiere og hjelpepleier, satte medisinerne på matbrettet uten å ta hensyn til hvem som bar inn matbrettet. Det ble også trukket frem at sykepleierne utførte arbeidsoppgaver når det var tid til det, men overlot det til hjelpepleierne når de selv hadde det travelt.

”Men der er kanskje en del oppgaver som du føler når sykepleierne har god tid så er det de som gjør forskjellige ting med trening. Men når de har det travelt så da er det vi som må gjøre de.” (Informant -8)

”Det har med tiden, spesielt på helg. Er det nå rett medisin og rett brett. Faren er jo viss de ikke kjenner pasienten og ikke gir den til pasienten, men det skjer jo det samme med sykepleierne og, de setter den på brettet og, (medisinene) de har den dagen de har medisinene (...). Det blir jo feil på alle... det blir jo sånn.” (Informant -6)

Hvorfor sykepleierne tillot at ting ble delegert, at hjelpepleierne kunne utføre sårstell og andre ting igjen, formidlet en informant som at selv om de en periode ikke fikk utføre disse tingene, så kunne ikke sykepleierne utføre alle disse oppgavene alene. Og en ”oppmyking” av arbeidsoppgaver ble utført.

”Nei, akkurat det der går vel litt på travelheten. Før for kjempe lenge siden så var det greit. Da satte vi insulin og så kom jeg her og da skulle sykepleierne gjøre alle sånne ting. De skulle dele ut all medisin på hele huset og sette alle som hadde insulin, skulle ta alle sår og de skulle.. Så gikk jo ikke det. Og da var vi.. da ble vi liksom god nok på en måte. Da ble sykepleierne så travelt, at da måtte vi dele ut medisin med medisinkurs og da hadde vi hatt hele tiden og da ble det liksom vi god nok på en måte. Litt, litt der. (Informant -8)

Hvordan hjelpepleierne opplevde det når de ble delegert andre arbeidsoppgaver eller fikk merarbeid når sykepleierne var opptatt formidlet noen av informantene slik;

”Det går greit så lenge jeg kan det og hvis jeg ikke kan det så må jeg jo be de om å vise meg det eller være med meg første gangen sier jeg. Det kan være særskift for eksempel som jeg synes er greit å se først. ” (Informant -5)

”Egentlig så synes jeg at det er greit, for vi må jo hjelpe hverandre.” (Informant -5)

Flertallet av informantene opplevde at ansvarsområdene og arbeidsoppgavene var greit fordelt og at det var klare grenser for hva den enkelte profesjon utførte.

Alle informantene mente det var høyde for at man hadde ulike meninger om hva som var profesjonsavhengige arbeidsoppgaver. Enkelte av informantene formidlet at diskusjonen om hva som var profesjonsavhengige arbeidsoppgaver, forekom hyppigst blant sykepleierne. Men, det kom hentydninger til at ansvarsområdene hadde endret seg.

”Vi gjorde gjerne mer før, med stell og med blæreskylling og katerisering. (..) På natt så kateriserte vi, så gikk det seg til at så skulle sykepleierne, så fikk de den oppgaven å gjøre.” (Informant -2)

Hjelpepleierne kunne formidle at de opplevde at arbeidsoppgaver på et tidspunkt ble tatt i fra dem. De kunne ikke stadfeste når denne endringen skjedde, men i en glidende overgang fikk de ikke lengre lov til å gjøre ulike prosedyrer de tidligere hadde utført som SIK, sårstell, injeksjoner, blæreskylling eller andre prosedyrer uten at de fikk opplæring på hver enkelt pasient. Avdelingssykepleier kunne bekrefte dette at på et tidspunkt ble reglene strammet inn på disse oppgavene.

”Det er bare det at du (før) gjorde disse tingene du visste du ikke var helt kompetent til du følte at (du mestret dem) så gjekk det bra, alt ifra å ringe på leger. Så hadde vi ikke sykepleier og (vi måtte) ringe via sykehjemmet som hadde legevakten. Så måtte jo de vurdere da, det var ikke (alltid) vits i å ringe. Så da var de som var på legevakten, de kjente jo til oss, så visste de jo at når vi sa det, så fikk vi lege. Og det er egentlig, og det er kanskje litt for stort ansvarsområde for en hjelpepleier. Jeg tror det er litt der at vi føler litt på at vi ikke kan gjøre noe som vi kan, har kunnet, for vi hadde så veldig stort ansvar før.” (Informant -6)

”Det har vi jo ikke.. det har jo vi egentlig ikke lov til den biten der (lage til dosetter). Vi skal jo heller ikke være med å kontrollere heller lengre. Det gjorde vi jo før. Akkurat den biten synes jeg at det er greit at jeg slipper å ha. (..) jeg er glad for å slippe ansvar for den biten der. (..)(Informant -2)

Informanten ble spurt hvorfor hun var glad for å slippe ansvar for å være med på å kontrollere dosettene og svarte:

Nei det syns jeg blir for mye ansvar. (..) Nei, da måtte jeg har mer medisinsk utdannelse. (..) Jeg syns ikke at jeg som bare har kurs skal lage til dosetter.”
(Informant -2)

Noen av hjelpepleierne formidlet at det var en rar overgang. Fra å få gjøre slike prosedyrer daglig, til å ikke gjøre dem var en endring og derav en innskrenkning av deres ansvarsområde. Men så skjer det en ny endring, en oppmyking av reglene. Hvor de ved ny opplæring på hver enkelt pasient, kan igjen utføre enkelte arbeidsoppgaver som var tatt i fra dem.

”Det er egentlig det. Nå har det blitt greit. Det var ikke det til å begynne med. Som jeg sier. Nå har vi gått inn i en vane og en rutine så det.. Da var med det samme med opplæring da var det slutt på alt som het paracet setting og da var det slutt på sårstell. Så nå har det kommet seg. Så nå setter vi insulin og fragmin.” (Informant -6)

En av informantene beskrev en episode hvor det å ikke bli ”sett” av sykepleierne, medførte ulemper for pasienten, respekten for medarbeidere og ikke minst en demonstrasjon på hierarkiet på sykehjemmet.

”Det er jo en del episoder. Sånn som dette med en som hadde et bærbart oksygenapparat som skulle ut på tur og da be sykepleierne om berre å... de skulle koble til dette apparatet og jeg tror de holdt på i en time. To sykepleiere som ikke var på denne avdelingen og da husker jeg at jeg ble helt oversett. Og jeg var bare luft og at de to strevde og familien begynte å bli sint. For de skulle ut og de så på klokken og de to... jeg tror de hadde ringt hjem til en tredje sykepleier for å få instruks i hvordan det skulle gjøres. Så jeg tror at etter en time så ble det bare for dumt. Da bare gikk jeg ut og da koblet jeg på og så var det gjort på et halvt minutt og så sa jeg at; Nå er det greit, nå kan dere gå ut. For det er noen sånne episoder som du føler deg sånn forbigått.” (Informant -8)

Det kom også frem at hjelpepleierne var bevisst det at andre gikk utenfor sitt ansvarsområde, spesielt de som ”stod under” dem i hierarkiet.

”(..) det er av og til ag jeg må stoppe assistentene. Enkelte er jo veldig villige til å gjøre alt. Dette skal vi ikke gjøre. (..) Nei, det har gjerne med medisinen og jeg kan

dele ut medisinene. Du kan faktisk ikke det. Du har ikke papirene. (..) og så var det en som.. Jeg tror ikke du får lov til å dele ut medisinene her før du har tatt utdannelsen til det. Selv du som assistent må få deg papirer på at du har tatt et kurs.” (Informant -6)

Etter innføringen av samhandlingsreformen, opplevde hjelpepleierne økt ansvar. Med en avdeling som tok imot sykere pasienter og en vaktordning hvor man i perioder gikk med assistenter og en sykepleier som bakvakt, formidlet en hjelpepleier at det opplevdes som et voldsomt ansvar spesielt fordi pasientene var sykere nå enn tidligere. Men samstundes ble det ble formidlet at før samhandlingsreformen hadde dette ansvaret vært mer belastende. Noe som ble forklart med at det var mindre sykepleiedekning og at hjelpepleierne gikk mer alene med pasientansvaret på avdelingene.

Men, det kommer frem at ikke alle ønsket mer ansvar. Det ble påpekt at dersom ansvaret skulle bli utvidet, burde det også følges opp med mer kurs og videreutdanning. Som eksempel påpekte en hjelpepleier at medisinkurset gav ikke nok opplæring til å ta på seg mer ansvar enn å dele ut fra ferdig tillaget dosett eller multidoseposer.

En av informantene formidlet at det var bedre å spørre når man var usikker, enn å få en reprimande fordi man utførte noe man ikke hadde som ansvarsområde.

Videre formidlet hjelpepleierne at de opplevde at når sykepleierne hadde det travelt og hjelpepleierne hadde fått opplæring i ulike prosedyrer ble slike arbeidsoppgaver delegert til dem. Et eksempel på en arbeidsoppgave som ofte ble delegert var arbeidsoppgaven med å dele ut medisiner. Denne delegeringen kom da i tillegg til de andre arbeidsoppgavene som hjelpepleierne hadde blitt gitt ved arbeidsdagens start.

En arbeidsoppgave som hjelpepleierne som oftest bare hadde når det ikke var sykepleier på avdelingen.

Men dette gjaldt også andre arbeidsoppgaver som de var opplært i som sårstell, SIK, og injeksjoner som de i rolige perioder opplevde at sykepleierne selv utførte.

Men, det hindret ikke sykepleierne å spørre om hjelpepleierne kunne utføre enkelte av oppgavene. Denne ambivalensen hjelpepleierne opplevde i forhold til hva de kunne og ikke kunne gjøre formidlet en hjelpepleier;

”Vi må en kontinuitet i det vi gjør (...) Vi kan ikke bare gjøre det en og annen gang for så å måtte gjøre det når sykepleierne har det travelt.” (Informant -2).

Videre ble det formidlet at det å bli brukt når tiden ikke strakk til for sykepleierne, opplevde hjelpepleierne ikke særlig positivt.

Nei, jeg vet ikke jeg.. Det er ikke kjekt å være god nok når du er... Innimellom og så andre ganger så er du ikke god nok.” (Informant -8)

Men det forekom en ambivalens i forhold til det å utføre arbeidsoppgaver som sykepleierne som oftest tok seg av, om det var en positiv opplevelse for hjelpepleierne. Det å få muligheten til å lære nye ting kunne være interessant samt opplevelsen av at også dine observasjoner var viktige ble trukket frem som en positiv opplevelse.

”Nei, det syns jeg er interessant. (..) Du får være med og ta... De hører på deg. Legen spør deg gjerne hvordan du opplever det. Og det synes jeg er flott, at legen spør en hjelpepleier. Jeg synes det er flott.” (Informant -2)

”Men det kan jo hende at.. vi gjør litt mer ting, hva skal jeg ta som eksempel... enn vi gjorde før, men det har jo med at de er sykere og sånn som kommer inn til oss.”(Informant -5)

4.2.4. Fordelingen av ansvarsområder

Flertallet av hjelpepleierne formidlet at de fikk opplæring i arbeidsoppgaver som de ikke har i sin utdanning, men kan utføre ved opplæring. Det å gi beskjed om at de bevegde seg utenfor deres ansvarsområde og trengte opplæring, var som oftest ikke et problem.

Diskusjonen om hva som var profesjonsavhengige arbeidsoppgaver opplevde hjelpepleierne som en diskusjon mellom sykepleierne.

”Det kan sikkert være en diskusjon for sykepleierne. (..) Det er nå som regel ikke de vi hjelpepleiere gjør. Da er det mer sykepleieren som skaper seg, at de kan være uenig. (..) Det kan være medisiner, det kan være forskjell... men det er ikke vi.. det er ikke vårt fagområde..” (Informant -2)

”Det er forskjell fra sykepleier til sykepleier. (..) Alt etter hvem som er.. jeg opplever det ikke så mye på gruppen da, men der har du... du vet jo liksom enkelte; Dette gjør du sant. Så jeg opplever ikke at det er noe problem. Lærer jo. (Informant -6)

Hva hjelpepleieren tenkte om det å ta på seg mer arbeidsoppgaver som var profesjonsavhengige formidlet de slik:

”Ja.. hadde jeg fått opplæring så skulle jeg.. så hadde det ikke gjort noe, men jeg måtte ha fått opplæring etter så mange år. (..) Jeg vet ikke om jeg ville ha hatt så mye ansvar for det der data. Jeg liker å være med pasientene fremfor å sitte å skrive.”
(Informant -2)

”Ja, hadde jeg da gjort noe feil, så hadde det kommet tilbake til meg. Jeg ikke kunne.. jeg tror ikke hadde gått her om jeg ikke hadde vist at jeg kunne det.” (Informant -6)

Derimot kunne sykepleierne formidle at de kunne tenke seg å utvide sitt ansvarsområde med at de overtok litt av legenes ved å kunne sette i gang behandlinger.

”Ja jeg... synes nå.. skal jeg ha vært helt ærlig. At det kunne godt ha vært... jeg ville jo ha hatt flere arbeidsoppgaver hvis jeg kunne det. (..) Jeg tenker jo sånn som dette med å vurdere UVI, å stille en diagnose, og gi de behandling.. dette å få lov til å gi sovetabellett.. nå mener jeg ikke å være... men det tenker jeg at burde være lov.”
(Informant -1)

”Jeg føler at jeg har fått mer sykepleiefaglig.. utvidet område.. utvidet sykepleiefaglige området etter samhandlingen. ” (Informant -7)

4.2.5. Arbeidshverdagen

Men med en økt arbeidsmengde kom det frem at sykepleierne kjente på presset med å gjennomføre alle arbeidsoppgavene. Og det kom frem at arbeidet kunne bli preget av samvittighetskvaler over ikke å bidra i like stor grad med de praktiske og rutinepregede arbeidsoppgavene som fulgte avdelingen. Noe som igjen kunne medføre at sykepleierne opplevde at de måtte yte mer enn hjelpepleierne.

”Jeg føler av og til på presset på å være hele tiden tilgjengelig og ha full kontroll. Du får lyst å være ha stelt like mange og være helt. Og ha god kontroll og hente hjelpemidler og samtidig dokumentere. For da merker jeg at jeg gjør mye mer enn hva

hjelpepleierne gjør. Det er kanskje en ganske stor forskjell, pluss at du da går og henter medisiner og ordner med dosetter og forandrer da. Så de kommer, jeg har på en måte ikke lyst til at hjelpepleierne skal ha det mer travelt med meg enn når de jobber med hverandre. Men samtidig så har jeg flere ting som jeg skal gjøre i tillegg. Den kjenner jeg litt på. (..)De jobber med sine ting. Alt i alt så sitter de mer og har mer pause enn sykepleierne.

Kanskje når jeg kommer om morningene da deler jeg ut medisiner og hvis jeg da vet at en skal ha kvalmestillende og så ringer det på en annen ha smertestillende. Så føler jeg at jeg har gått hele den morningen med å nei jeg har bare stelt en to kanskje, mens de andre kanskje har stelt fire, men det går kanskje på at jeg har hentet forskjellige ting på avdelingen det kan være medisiner, bandasjer, og forefallende ting og hvis det da ringer en eller annen pårørende så er det jeg som skal svare på den for det er sykepleierne som skal svare på den. Så du blir mer avbrutt på forskjellige ting som du må gjøre da. (...) Jeg kan ikke si bare vent til en annen person kommer og henvise videre. (Informant -7)

”Jeg har det så gøyt, sånn at, der er liksom, men ja av og til så er det fryktelig. Har jeg følt at det har vært veldig, veldig mye på meg, for absolutt alt som har med noe å gjøre det har vært mitt ansvar.” (Informant -1)

”Det er det at når en jobber i kommunen og jobber på sykehjem så står du mye mer alene med sånne vurderinger. Du har ikke bare en lege som du kan call 'e på og så kommer han til, så har han sett dem dagen før. (Informant -7)

”For en skulle ha vært litt andre plasser og så skulle jeg ha vært mer. Ja det er liksom flere baller i luften og være i forkant.. det kjenner jeg at er min utfordring. Jeg synes samtidig at det fungerer godt og jeg tenker at det er den kjekkeste plassen å jobbe på sykehjemmet, det er mer som skjer.” (Informant -7)

En av informantene formidlet at dersom det hadde vært færre sykepleier, så ville kanskje hjelpepleierne fått utføre mer ting som egentlig falt under sykepleiernes ansvarsområde. Hvilke oppgaver det kunne være, ble ikke diskutert videre. Og i visse situasjonen formidlet sykepleierne at det hadde forekommet at hjelpepleierne hadde gått utover sitt ansvarsområde.

”Ja, jeg har jo.. vi har jo diskutert at det har skjedd, at det har skjedd. Ikke på korttidsavdelingen da, men det har skjedd på langtidsavdelingene. At hjelpepleierne har gjort ting som sykepleierne skulle ha gjort.” (Informant -4)

En handling som ble forklart med at tidligere hadde hjelpepleierne hatt en større ansvarsområde, men dette ble innskrenket etter at de begynte på sykehjemmet. Og i stedet for å la pasienten vente på en sykepleier, gjennomførte de arbeidsoppgaven.

”Ja, litt vel fordi dette har de gjort fra tidligere, til å jobbe i hjemmesykepleien og sånt kan de katerisering for eksempel da. Så det kan de det og så blir de frarøva det og så er de jaja... Sykepleierne kommer jo, jeg har gitt beskjed om at den må sånn og sånn og så blir sykepleierne kanskje opptatt en annen plass og da tar det litt tid og da har de gjort det, for de gidder ikke vente lengre.” (Informant -4)

4.2.6. Delegering av arbeidsoppgaver

Men både sykepleiere og hjelpepleiere formidlet egne observasjoner rundt dette med at arbeidsoppgaver ble delegert. Ikke bare til ufaglærte men også til dem som hadde blitt opplært i en prosedyre uten å ha innsikt i hva man observerte hos en pasient og årsaken til hvorfor ulike ting ble observert. For eksempel hvorfor et sår utviklet seg, hva man skulle se etter og hvordan disse observasjonene skulle tolkes.

”Du merker det da.. du merker det kanskje mer på ufaglærte da, at observasjonene mangler. At de kan fortelle at; Oh. Neida det gikk fint der inne, og så kommer du inn der og nei da har de ikke sett det på lenge.. (..). For eksempel. En som hadde hjertesvikt, så var det en ufaglært som hadde stelt ham om morgningen og så hadde han fått fysio og etterpå så kom fysio og bemerket at han var jo ganske tungpustet og ha virket ganske dårlig og så spurte du da den ufaglærte og; Neida det gikk fint. Ja, at ja, betydningen av det da, fordi han hadde hjertesvikt så må du vite at ja.. konsekvensene.” (Informant -4)

”Jeg tenker det at vi må bruke sunn fornuft. Det vil være arbeidsoppgaver som kan læres. Men samtidig tenker jeg og a det er noe i utdannelsene våre som er bra når du utfører enkelte prosedyrer. (..) En assistent og kan absolutt utføre sårstellet. Men

vurderer de tilhelelsen, kan de noe om hvordan såret kan se ut når det begynner å tilheles så de ikke tror at det er om å gjøre å få vekk den gulguggen som ligger utenpå såret da. Så jeg tenker jo at det ikke er alt jeg synes skal tillates bare de har fått opplæring. Ikke på noen måte, jeg er sterkt uenig i det. (..) Jeg tenker at det kan medføre at sår ikke gror. De har aldri lært, for eks. dette med hygiene og jeg mener ikke at en assistent nødvendigvis ikke kan hygiene men de kan ikke det du har brukt tre år på en skole for å lære. De kan ikke vurdere utviklingen av et sår. Jeg tenker det kan medføre økte plager for pasientene. Lengre tid på å bli bedre. Ernæringsmessig, masse forskjellig så tenker jeg at ting kan få... (..) som går utover pasientene på.. på mange ulike områder.” (Informant -1)

”Det kan jo skje at de kan selve prosedyren, hvordan de utføre den, men ikke helt hvordan, hva som kan skje, når skal du stoppe, hva du skal se etter. Det forsvinner, observasjonene rundt. Kunnskapen, ja kunnskapen om hva du skal fokusere på, enn bare den fysiske utføringen av prosedyren.”(Informant -4)

”Det er mer.. mer inne på korttidsavdelingen på grunn av.. ja samhandlingsreformen at de kommer tidligere fra sykehuset og er.. de er dårligere. Ja tilstanden har forandret seg. Ja så du merker mer, mer inne på korttidsavdelingen for eksempel at ufaglærte, at de er vanskelig å ha ufaglærte på en slik avdeling ja.” (Informant -4)

4.3. Hvilke erfaringer har sykepleiere og hjelpepleiere på et sykehjem med samarbeidet mellom de to profesjonene på en korttidsavdeling?

Hensikten med dette spørsmålet var å få en innsikt i hvordan samarbeidet var mellom de to profesjonene i etterkant av Samhandlingsreformen. Hadde økt arbeidsmengde og delegering medført en konflikt mellom de to profesjonene?

4.3.1. Samarbeidet

Samtlige av informantene kunne formidle at samarbeidet mellom de to profesjonene var god. En av informantene formidlet at selv om hun fordelte arbeidsoppgavene, var hun åpen for innspill fra sine medarbeidere om de hadde ønsker om endringer av arbeidsoppgavene. Hun formidlet også at de ikke var "låst" til sine arbeidsoppgaver, men at ved ledig tid, hjalp hverandre med å bli fredig med arbeidsoppgavene.

"Det er ikke slik at når jeg er ferdig med mine arbeidsoppgaver, så står jeg og ser på at de rydder av bordet. Jeg hjelper jo til!" (Informant -1).

"Nei, jeg føler det at her er det veldig godt samarbeid. " (Informant -6)

"Jeg synes vi har en åpenhet det er kanskje.. vi kan diskutere og kanskje si hva jeg skal når jeg skal gå ut og så kan det sikkert være sånn små irritasjon de vaktene det er travelt og så roer det seg. " (Informant -7)

Dette samarbeidet om å få arbeidsoppgavene gjort viser seg i flere situasjoner. Selv om sykepleierne har fått ansvar for et par pasienter og dermed også deres rom. Så kunne det skje uforutsette arbeidsoppgaver som sykepleier måtte ta seg av, noe som igjen kunne medføre at sykepleier ikke hadde mulighet til å følge pasientene eller deres rom opp.

"I halvparten av gangene har hjelpepleierne tatt det for meg. Og da takker jeg." (Informant -1).

Informantene formidlet at det ikke mangel på vilje fra sykepleier sin side i å utføre disse tingene, det er heller mangel på kapasitet. Informantene beskrev det som at hjelpepleierne

hadde et overblikk over avdelingen og var ”den forlengede arm” når sykepleiernes tid ikke strakk til. Og begrunnet det med at det å ha arbeidet tett sammen over flere år, har kanskje hadde medført at informantene kjente hverandres styrker og svakheter som de så drog veksel på.

Dette samarbeidet mellom sykepleierne og hjelpepleierne hadde ifølge noen av informantene ikke endret seg mye etter Samhandlingsreformen, men kanskje noe. En informant mente at Samhandlingsreformen hadde bidratt til at samarbeidet hadde blitt bedre. Noe som ble forklart med at medarbeiderne ikke lengre hadde tid til overs å sitte og tenke over hva som var galt, fordi det var nok å ta fatt på av arbeidsoppgaver. Medarbeiderne måtte i felleskap komme frem til hvordan de sammen skulle få gjort arbeidsoppgavene.

”Ja. Det har blitt bedre faktisk. (..) Vi må jobbe mer tetter på en måte. Vi må jobbe mer i lag, vi må jobbe mer som et team. (..) Du har ikke tid til å sitte og som oftest er det nok å gjøre på. Og så må du mer tenke løsninger i lag. Diskutere. Så du har ikke tid til å sitte og tenke over hva som er galt. (..) Jeg føler at det er en forskjell der, il allefall her på huset da, fra langtid og de på korttid. De på langtid har rutinene inne, ned til minste detalj og så har de da, hvis noe er så uheldig og bryt litt med den vanen så er det jo drama. Du har ikke tid til å komme inn i vaner på en korttidsavdeling. Så er det ikke så nøye hvordan du dekker på. Der har du ikke tid til å tenke, du har dekt på. På en langtidsavdeling kan du, der du gjør det samme hver dag til en hvis grad da, så kan du henge deg opp i faste rutiner ja.” (Informant -4)

Hva som påvirket dette samarbeidet i positiv retning var ikke en spesifikk ting. Pleierne på korttidsavdelingene hadde ikke et fast årlig sosialt opplegg, hvor de traff hverandre på fritiden. Men det manglet ikke på innspill, som å gå ut og spise eller å gå på teater. Men selv om intensjonen var der så ble det som oftest med den. Å få til noe sosialt hvor alle kan delta, kan være en utfordring når man går i turnus.

Det som man kanskje kunne vektlegge var blant annet samtalen pleierne hadde på morgenmøte (rapporten) før arbeidsoppgavene tok til, hvor den enkelte formidlet private ting om seg og sine.

En av informantene reflekterte at det å være en liten avdeling kunne være en av årsakene til at de hadde et godt samarbeid. De kjente hverandre, det var stabil arbeidsgjeng, de hadde en avdelingsleder som hørte på dem, de fikk jobbe selvstendig og at de opplevde en grad av tillitt til det arbeidet de gjorde.

”Vi kan diskutere som likeverdige.” (Informant -4).

Videre formidlet informantene at det å jobbe på en korttidsavdeling, med den hyppige utskiftningen av pasienter, medførte at man ikke kunne bli fastlåst i rutiner.

”Man har ikke tid til å komme inn i vaner på en korttidsavdeling. (Informant -4).

Noe som også kunne ha en positiv effekt på samarbeidet. Hjelpepleierne som hadde erfaring fra somatisk langtids plasser, kunne formidle at de trivdes med å arbeide på en korttidsavdeling. Det var et spennende sted hvor de fikk prøve seg og utfolde seg.

”Vi får slippe mer til, gjøre flere ting.” (Informant -2)

”Jo at man kan si, ja, si hva som helst. (...) Ja få opplæring i ting og... ja innspill. (...) Det er jo kjekkere å gå på jobb i stedet for.. hvis du.. hvis det hadde vært dårlig så hadde du sikkert nesten kvidd deg til å gå på jobb.. men nå er det nesten kjekt å gå på jobb. (...) Du det er jo alt i fra at hvis du har en dårlig dag så kan du si det i dag. Og så blir det respektert.” (Informant -8)

Den stadige utskiftningen av pasienter, nye og utfordrende sykdomsbilder med ulike prosedyrer, medførte at arbeidshverdagen var et spennende sted for begge profesjonene. Og ingen kunne tenke seg å vede tilbake til en somatisk langtids plass.

Men, det var litt skjær i sjøen. Dersom en kollega ikke bidrog like mye, som ikke utførte arbeidsoppgavene, men i stedet utsatte dem av ukjent grunn, kunne det medføre irritasjon hos begge profesjonene. Når slike situasjoner oppstod ble det tatt opp med avdelingslederen, men ikke alltid med et positivt utfall, da slike samtaler ikke alltid medførte en endring.

Det ble reflektert litt rundt hvorfor ulike arbeidsoppgaver kunne bli utsatt, og man kom frem til at deler av grunnen kunne være at den enkelte var uttrygg i forhold til hvordan de skulle utføre arbeidsoppgavene eller var usikker på sitt eget ansvarsområde. Noe kunne skyldes hvordan den enkelte arbeidstaker prioriterte. Der enkelte kunne prioriterte å være med pasientene, valgte andre å utføre det administrative eller andre arbeidsoppgaver.

Videre kom det frem at sykepleierne opplevde at de hadde arbeidsoppgaver som ikke var ”synlige” for andre profesjoner, men når dette ble påpekt ovenfor hjelpepleierne, hadde

hjelpepleierne respondert med at de og utførte arbeidsoppgaver som ikke direkte var ”synlige” i arbeidshverdagen. Og det er jo en sanning i det, da man ikke vet hva den enkelte profesjon har av oppgaver, dersom man ikke selv har bakgrunn i begge profesjonene.

En annen informant formidlet at kommunikasjonen ikke alltid var så bra, at ting som ble observert av en hjelpepleier ikke alltid ble tatt hensyn til. I slike situasjoner lurte hun på om disse observasjonene ikke ble tatt hensyn til fordi hun var hjelpepleier.

”Ja. Jeg.. stort sett synes jeg at vi har det veldig okey. Jeg trives veldig godt her.. jeg tenker aldri at det er dumt å gå på jobb. (..) Men selvfølgelig så er det kanskje en, to som vi kan rapportere ting og det bli ikke lagt vekt på og da er det av og til at jeg tenker; er det fordi jeg er hjelpepleier?” (Informant -5)

Men, dette ble løst ved at observasjonene ble formidlet til en annen sykepleier. Det var også ulike opplevelser med å bruke bakvakt. Ikke alle informantene hadde hatt et positivt møte med bakvakten. I stede for å løse problemene i lag med hjelpepleierne på avdelingen, valgte bakvakten å spørre en sykepleier fra en annen avdeling om hjelp. Dette ble oppfattet som at bakvakten ikke hadde tillitt til at hjelpepleierne kunne være en ressurs i enkelte situasjoner.

Om Samhandlingsreformen hadde påvirket dette samarbeidet på noe som helst vist ble det formidlet som at det

”Nei, vi hadde det egentlig greit før og.” (Informant -8)

Om det skulle være noen konflikter så ble det forklart med at:

”Vi er kanskje ikke flinke til å si at i dag har jeg en dårlig dag. Det er vi kanskje ikke flinke nok til” (Informant -6)

”Viktigste årsaken. Jeg tenker jo det at hadde vi alle vært litt.. hvis jeg hadde blitt lei på deg og vi er på jobb og sier det til deg; vet du hva, nå synes jeg faktisk at du kan gjøre det og det.. at vi var litt flinkere, kanskje før vi ble så eitrende forbannet at vi gav beskjed.” (Informant -1)

”Nei, en ser jo det at samarbeid.. det er jo viktig for å få en korttidsavdeling til å fungere. At du har et godt samarbeid med alle. ” (Informant - 7).

En måte å få samarbeidet til å fungere var å vise hensyn til hverandre og hjelpe hverandre med de ulike arbeidsoppgavene. Ikke minst vite hvem som hadde ansvar for hva.

”Hvis jeg skal lage til dosetter. Så må jeg prøve å gjøre det på et rolig tidspunkt, at det ikke skjer midt i middagen. Det er på en måte et slags samarbeid finn tid det ikke er mest trøkk og jobber i lag og hvis jeg skal gå og gjøre noe så må de ringe hvis det er noe men det er min måte. For jeg tenker vi samarbeider med de, de jobber jo litt.. jeg tror at de på en måte strekker seg litt de og. De strekker seg den veien, så en må jo strekke seg litt, for å få det til.. og så oppsummere; ja nå tar vi oss en kopp kaffe. (..) Og hvis jeg har en liten ting ser det litt viktig at jeg sier det, for da er det forståelse. Det er.. det er jo ingen som er tjent med at ingen fungerer.. at ting ikke blir gjort, da blir det jo bare stress igjen, så en må jo bare.. da er det det går ut over alle, hvis ting ikke blir gjort dersom det må gjøres av en sykepleier. Det må jo bare gjøres. ”
(Informant -7)

Det ble formidlet at det å ha en god veileder, kunne bidra til å unngå konflikter.

”Ja det er en god hjelp. For da slipper du å havne i diskusjoner, jeg gjorde det, jeg gjør ikke sånt. At du har grenser på det, da føler du deg tryggere, hva en kan og ikke kan. Ja så da er trygghet å ha klare grenser.”(Informant -4)

”For at de av og til kan bli litt frustrerte. Og så tror jeg av og til at er ikke alltid ser arbeidsoppgavene til sykepleierne. At.. når jeg sitter inne på vaktrommet og har hat ti telefoner fordi det er en pasient som skal hjem. Så er det kanskje ikke alltid like greit å se. (..) Jeg tenker nok det er forståelse for at du gjør ting. Men det er jo noe med det å ha omtanke for hvor tid du gjøre det og.. sånn er det. (Informant -1)

Samarbeid på tvers av profesjonene ble kommentert som at;

”Jeg tenker det er en berikelse. Liker veldig godt de møtene med fysio. De er kjempeviktige. Og jeg føler at sykepleier er så utrolig stort. Det har jeg snakket med andre sykepleier som så veldig sånn. Vi klarer alt, men det klarer vi ikke, men jeg tror vi har mange ting av alt i oss. (..) Jeg føler at jeg må tenke på så mange forskjellige nivå, for sykepleie er litt sånn du skal takle lindring, hjemmesykepleien, familien, takle fysioen. Det er en helhet som jeg tenker gjør sykepleien.” (Informant -7)

”Ja du sa på tvers av profesjonene, jo det tenker jeg jo kommer pasientene til gode og det er lurt. Det er bra. For jeg tenker jo det at jo flere vi er å samarbeide om en pasient jo bedre vil det bli for pasienten. Så hvis vi kan ha en fysioterapeut, ergoterapeut og en sykepleier og en hjelpepleier og en doktor og en psykolog og en.. ja nå tok jeg litt i... Supert. (Informant -1)

4.4. Oppsummering

4.4.1. Arbeidsoppgaver og opplæring

Hensikten med dette spørsmålet var for å få frem hvilke kunnskaper og erfaringer personalet hadde med å jobbe på en korttidsavdeling.

Videre ønsket jeg å etablere en forståelse for om informantene opplevde at den opplæringen de hadde fått og den erfaringen de hadde tilegnet seg, hjalp dem i deres arbeidshverdag. Ikke minst med å kunne skille de ulike arbeidsoppgavene og ansvarsområdene de hadde fra hverandre.

Det som kom frem var at flere av personalet hadde kurs og videreutdanning, men selv om de hadde dette, uttrykte de at de hadde behov for mer opplæring på prosedyrer og arbeidsverktøy. Det kom også frem at ikke alle sykepleierne hadde en stillingsinstruks og ingen av hjelpepleierne hadde det. Opplæring for nyansatt var ikke så aktuelt da de fleste av personalet hadde arbeidet på korttidsavdelingen i oppstartsfasen, men det kom frem at ikke alle kjente til denne opplæringsplanen og hva den gikk ut på.

4.4.2. Arbeidsmengden, ansvarsområde og delegering

Hensikten med spørsmålet om arbeidsmengden hadde økt og ansvarsområdene hadde endret seg etter innføringen av samhandlingsreformen var for å få frem om dette hadde medført økt delegering av profesjonsavhengige arbeidsoppgaver.

Det fremkommer av samtalene at delegering av profesjonsavhengige arbeidsoppgaver forekommer, men hvor ofte dette skjedde, ble det ikke satt noen tall på. Derimot kommer det frem at selve forståelsen av hva som er profesjonsavhengige arbeidsoppgaver varierte hos hjelpepleierne. Dette kommer frem når hjelpepleierne formidler at når det er travelt så ble de delegert arbeidsoppgaver som måling av blodtrykk og puls og medisintdeling.

Videre kom det frem av samtalene at hjelpepleierne ikke var helt klar på hva som var profesjonsavhengige arbeidsoppgaver mellom dem og sykepleierne, men at de var mer bevisst disse grensene ”ned” mot assistenter eller andre profesjoner.

For sykepleierne var delegering av profesjonsavhengige arbeidsoppgaver en mer bevisst handling. De formidlet at de påtok seg arbeidsoppgaver som falt inn under legens ansvarsområde for å få bedre flyt i pasientbehandlingen, som for eksempel rekvirering av blodprøver og igangsetting av medisinsk behandling.

De formidlet også at de delegerte profesjonsavhengige arbeidsoppgaver til hjelpepleierne og ufaglærte når de selv ikke hadde tid til å komme og utføre dem.

Når det er sykepleiere på vakt er det de som tildeler hjelpepleierne arbeidsoppgaver i starten av vekten. I tillegg må hjelpepleierne bli opplært av sykepleier i de ulike prosedyrene, og på hver enkelt pasient, før hjelpepleierne får tildelt myndighet til å utføre dem. Og det var ikke sikkert at de fikk ha en kontinuitet i disse prosedyrene, da sykepleierne gjerne utførte disse tekniske prosedyrene fremfor å ta ansvar for skyllerommet eller kjøkkenet.

Men det kommer frem at det er opp til hjelpepleierne selv om de ønsker å opprettholde kompetansen på ulike arbeidsoppgaver ved å være på ”hugget” etter å påta seg disse, noe som da vil kunne medføre økt arbeidsmengde og ansvar for hjelpepleierne. Og det å ha mer ansvar, var det flere av hjelpepleierne som gav uttrykk for at de ikke ønsket. Sykepleierne gav uttrykk for at hjelpepleierne selv måtte ta ansvar for å opprettholde sin kompetanse.

Alle informantene i studien formidlet at dersom de måtte delegere profesjonsavhengige arbeidsoppgaver, ble disse fortrinnsvis delegert til neste skift.

4.4.3. Samarbeid

Hensikten med spørsmålet om samarbeid var å få en innsikt i hvordan samarbeidet var mellom de to profesjonene i etterkant av Samhandlingsreformen. Og hadde økt arbeidsmengde og delegering medført en konflikt mellom de to profesjonene?

Men både sykepleiere og hjelpepleiere formidlet at samarbeidet fungerte godt og at arbeidsmiljøet var godt på de to avdelingene. De formidlet at dette var fordi de hadde god kommunikasjon og høyde for å ha ulike meninger om observasjoner uavhengig av profesjon. I tillegg formidlet de at kjennskap til hverandres styrke og svakheter, at det var få i personalgruppen og lang fartstid sammen hadde bidratt til at det ble en stabil arbeidsgjeng med gjensidig tillitt.

Og selv om sykepleierne opplevde at de hadde fått mer arbeidsmengde i etterkant av Samhandlingsreformen, så formidlet de at de sto på fordi de ikke ønsket at hjelpepleierne skulle ha mer å gjøre.

5. Drøfting – En kompleks verden

Hensikten med dette kapitlet er å drøfte de problemstillingene jeg har tatt for meg i lys av den teorien jeg har brukt i kapittel 2 og de erfaringene som informantene har formidlet i kapittel 4. Jeg vil også trekke veksel på egen erfaringer.

Temaet for studien var å se om endringer i organisasjonens behov påvirket samarbeidsrelasjonen mellom sykepleierne og hjelpepleierne på en korttidsavdeling på et sykehjem. Bakgrunnsteppet var Samhandlingsreformen som ble innført 1. januar 2012, hvor sykehjemmene ble stilt ovenfor nye krav og behov til pasientbehandlingen. Fokuset var på om disse nye kravene og behovene medførte økt deleringe, endring av arbeidsoppgaver, økt overlappning av ansvarsområder og derav økt opplevelse av konflikt mellom de to profesjonene.

Drøftingen er delt i inn i tre kapitler, hvor den første delen omhandler informantenes opplevelse av arbeidsoppgavene, deres erfaringer og læringsbehov. Andre del, omhandler hvordan informantene opplever av ansvarsområde, arbeidsmengden, arbeidsoppgavene og delegering. Siste del omhandler informantenes opplevelse av samarbeid mellom de to profesjonene.

5.1. Arbeidsoppgaver og opplæring

Ifølge Damsgaard (2010), ligger det en forventning til standarden og kvaliteten på det arbeidet som blir utført av en profesjon. Utdanningen er grunnmuren i profesjonens kvaliteter og skal kunne gi profesjonsutøveren innsikt i teorien og trening på praktiske ferdigheter og det ligger forventning til at aktørene har en forståelse av hva som er profesjonens ansvarsområder og dertil arbeidsoppgaver.

I dette samspillet mellom profesjonene omtaler Abbott (1988) at det er ulike grader av jurisdiksjon på de ulike arbeidsoppgavene. Abbott påpeker også at innad i en organisasjon har profesjonene sin arbeidsinstruks men at deling av arbeidsoppgaver kan medføre endring av ansvarsområder for en profesjon for å imøtekomme organisasjonens behov. Så hvordan vet de ulike profesjonen i organisasjonen hva som er deres ansvarsområder og arbeidsoppgaver?

Stillingsbeskrivelsen kan bidra til å få en oversikt over profesjonens ansvarsområder og dertil organisasjonens forventinger til arbeidsoppgaver, men i studien kom det frem at stillingsbeskrivelsen ikke var kjent for alle informantene og da spesielt hos hjelpepleieren. Man kan undre seg på om dette har vært en konsekvens av at ansvarsområdene deres har vært i en kontinuerlig endring i over flere år, påvirket av det som Høst (2007) omtaler som en kontinuerlig forhandling om arbeidsområdet.

Når de samme arbeidsoppgavene de en gang ble lært opp til å utføre blir først tatt fra dem, som et resultat av "Loen-vedtaket", for så å oppleve at de blir gradvis tilbakeført, kan dette i seg selv medføre en usikkerhet rundt hva som egentlig er deres ansvarsområde og dertil arbeidsoppgaver. En usikkerhet som kom frem senere i intervjuene, når spørsmålet om delegering av profesjonsavhengige arbeidsoppgaver ble stilt. Abbott (1988) omtaler dette som at noen arbeidsoppgaver blir delt opp, andre blir endret avhengig av politikk, teknologi og ulike sosiale forhold. Og grunnlaget for en profesjon endres til kanskje en annens fordel. Det kom også frem i studien at flere av hjelpepleierne kunne formidle at de ble tildelt arbeidsoppgaver som de selv mente var underlagt sykepleierens arbeidsoppgaver. Men som ved nøyere oppfølging viste seg å falle under emnet; delegert ansvarsområde med utspring i sykepleierens ansvarsområde.

Hva som er den bakenforliggende årsaken til at stillingsbeskrivelsen ikke er kjent ble ikke nærmere utforsket men kan ha sammenheng med at informantene hadde jobbet innenfor helsevesenet i mange år på ulike arbeidsplasser, de hadde lang arbeidserfaring og derav kan ha korrigert sine arbeidsoppgaver i forhold til profesjonenes behov for å samarbeide om arbeidsoppgavene og bedriftens behov. I tillegg kan institusjonen ikke ha mestret i å følge opp med å utarbeide og oppdatere og eventuelt informere om stillingsbeskrivelsen for de ansatte.

Sykepleierne var mer kjent med stillingsbeskrivelsen, men alle kjente ikke til hvor den befant seg. Ved å ikke ha en stillingsbeskrivelse å støtte seg på, som kan veilede dem i hva de ulike profesjonene skal kunne utføre av de ulike arbeidsoppgavene, kan ulike kulturer og rutiner oppstå på en arbeidsplass. Quivey (1998) påpeker at i verv av å være ledere har sykepleierne ansvar for å ikke gå utover sitt kompetansenivå, samstundes har de også ansvar for å ikke tildele andre profesjoner arbeidsoppgaver som går utenfor deres nivå.

Mangel på opplæringsplan kan gi den enkelte arbeidstaker ulik oppfatning av hva som er deres ansvarsområde og arbeidsoppgave, og vil da kunne bære preg av hvordan den som utfører opplæringen, oppfatter disse. I dette ligger en potensiell konflikt over hvem som har ansvar for hva og hva som kan delegeres til underordnede profesjoner. Noe som kommer frem

i intervjuet med informant- 1. Samt at en ufullstendig opplæring i avdelingens rutiner, kan medføre ulemper for medarbeider og pasienter.

Videre formidlet sykepleierne i studien at arbeidsmengden hadde økt etter innføringen av Samhandlingsreformen. De opplevde at arbeidsoppgavene var innenfor deres ansvarsområde, men at opplæringen i bruke av arbeidsverktøyene som journalsystemet og i de ulike prosedyrene var en kontinuerlig prosess, hvor de støttet seg på egne og hverandres erfaringer for å utføre dem. Mangel på mulighet for ekstern opplæring ble forklart som et ressurs problem, og det ble fremhevet et behov for å bedre opplæring i de verktøyene som ble brukt.

Eilertsen (1991) formidler at sykepleierne har vansker for å ha et klart skille på når pasientene har behov for deres kompetanse og når andre profesjoner kan overta. En utfordring som ikke bare sees på sykehusene, men som følger pasientene ut til sykehjemmene.

Som informantene formidlet var pasientene som kom til korttidsavdelingen sykere og hadde mer behov for oppfølging i etterkant av Samhandlingsreformen. Det kom også frem at arbeidsoppgavene var blitt mer omfattende og ukjente prosedyrer kunne kreve mer tid av informantene. De uttrykte at disse arbeidsoppgavene ikke var nye, men at det bare var mer av dem. Enkelte av informantene formidlet at sykepleiernes profesjon i seg selv, dekket et så stort felt, at sykepleierne var brukenes til alt og skulle kunne tilpasse seg enhver arbeidsoppgave.

Når en profesjon har et stort arbeidsområde, slik Eilertsen gir uttrykk for at sykepleierne har, kan det være individuelle faktorer til de som utøver profesjonen som avgjør hva som er viktig og hva som er mindre viktige arbeidsoppgaver. Dette kan bidra til en intern uenighet i profesjonen om hva som er viktige arbeidsoppgaver som profesjonene skal holde fast ved og hva som kan delegeres til andre profesjoner. Noe som kan medføre at som Høst (2007) påpeker, hjelpepleiernes arbeidsområder kan variere påvirket av sykepleierens strategi og syn på pleiekompetanse. Denne ambivalensen i forhold til hva som var profesjonsavhengige arbeidsoppgaver og hva som ikke var det, påpekte hjelpepleierne i studien, var en diskusjon som nettopp sykepleierne hadde. Og en av informantene formidlet at hvis det hadde vært færre sykepleiere så hadde muligens hjelpepleierne fått utføre mer av sykepleiernes arbeidsoppgaver.

Hernes (2002), Abbott (1988) og Damsgaard (2010) påpeker at en profesjon som har fått spesifikke roller i samfunnet, kan få makt over samfunnet og dens brukere, makt som ikke

alltid var til det beste for samfunnet og dens brukere. Når så profesjonen sykepleierne i utgangspunktet har et stort ansvarsområde og Samhandlingsreformen kom med flere arbeidsoppgaver og ingen endring i grunnbemanningen, kan man lure på om ansvarsområdet til sykepleierne har blitt for stort.

Den ene avdelingen påpekte at de hadde sett nødvendigheten av å "fristille" sine sykepleiere for å kunne ivareta korttidsavdelingens behov, og den andre avdelingen hadde omgjort en del stillinger for å øke fagkompetansen, men ingen hadde økt grunnbemanningen. De samme arbeidsoppgavene skal fortsatt utføres i tillegg til de "nye" arbeidsoppgavene som kom med Samhandlingsreformen. Og kanskje det å kreve "skittarbeidet" tilbake, uten samstundes å kreve økt grunnbemanning med rett kompetanse, ikke har hatt den ønskede effekten men heller åpnet opp for at en profesjons rutinepregede arbeidsoppgaver kan overtaes av andre profesjoner som for eksempel sårstell, insulin og fragmin.

Studien viser at mangel på stillingsbeskrivelse og opplæringsplan kan gi en usikkerhet rundt hva som er den enkeltes profesjons ansvarsområder og arbeidsoppgaver. Hvor en profesjon påtar seg for mye, mens en annen ikke ønsker påta seg arbeidsoppgaver de ikke er trygge på om de har lov til å utføre. I tillegg viste studien at korttidsavdelingene hadde løst de samme utfordringene på forskjellige måter.

Men som et paradoks til denne informasjonen fremmet likevel informantene at de opplevde at det var klare grenser for hvem som hadde hvilke ansvarsområder og dertil arbeidsoppgaver samt at arbeidsoppgavene var greit fordelt.

5.2. Arbeidsmengden, ansvarsområde og delegering

5.2.1. Arbeidsmengden

Hernes (2002) formidler at gjennom ulike grep begrenset det offentlige profesjonenes makt, hvor resultatet var at de profesjonelle ikke lengre var ledere for sitt ansvarsområde.

Samhandlingsreformen kom som nevnt med få nye arbeidsoppgaver, bare mye mer av de allerede eksisterende arbeidsoppgavene. Med reformen kom det ingen nye ressurser og sykehjemmene måtte håndtere denne økte arbeidsmengden med de samme ressursene som tidligere. Slik at arbeidsmengden måtte bli fordelt mellom profesjonene som allerede var etablert. Dette ble bekreftet av informantene, spesielt sykepleierne, i studien. Det var blitt mer prosedyrer som fulgte pasientbehandlingen, mer koordinering av tjenestene rundt pasienten og

mer administrative arbeidsoppgaver ved å ta imot nye pasienter og sende dem videre i systemet.

Kan man da hentyde til at det offentlige, gjennom å gjennomføre Samhandlingsreformen, i tillegg til de annonserte målene, ønsket å teste ut om de ulike profesjonene mestrer denne økningen i arbeidsmengden. Samt ville se om profesjonene mestrer å opprettholde den forventede standarden og kvaliteten på tjenesten profesjonene selv har krevd å ha ansvar for gjennom sin autorisasjon?

Kan man som en motvekt til at profesjonen sprer seg over et for stort fagfelt og indirekte får makt over mange faser i pasientbehandlingen, ved å økte arbeidsmengden på en profesjon fremprovosere en differensiering av dette store fagfeltet. En differensiering som profesjonen selv må ta tak i, hvor spørsmålet blir hva vil profesjonen beholde og hva må delegeres bort. Eller er det en indirekte måte for det offentlige å påpeke at profesjonen har påtatt seg et for stort ansvar? Noe som Dahle og Iversen (2001) skriver at sykepleierne har behov for å rydde i uklare grenser mellom arbeidsoppgaver og overlappende funksjoner mellom dem og hjelpepleierne. Noe som informantene selv formidler, at arbeidsfeltet for sykepleierne er for stort.

I kontrast til sykepleiernes økte arbeidsoppgaver har hjelpepleierne ikke opplevd denne økningen på samme måte. De påpeker at det har vært travelt før og det er travelt nå. Arbeidsmengden avhenger mer av hvilke pasienter som kommer inn på korttidsavdelingen. Derimot opplevde de en økning av tildeling av arbeidsoppgaver som var definert som avdelingens "husmor"- oppgaver. Oppgaver som sykepleierne, hjelpepleierne og kjøkkenverten, som de hadde tidligere, delte på før.

Men de hadde fått med seg at sykepleierne hadde fått økt arbeidsmengde og at når denne krevde oppfølging måtte hjelpepleierne ta seg av de mer rutinepregede arbeidsoppgavene som sykepleierne ikke rakk over. I dette ligger det, som Abbott (1988) påpeker at dersom et problem kan bli satt inn i et standardisert spørreskjema, så har man ikke det samme behovet for hjelp av en ekspert og kanskje velger sykepleierne bort oppfølgingen av pasienter eller andre arbeidsoppgaver fordi de er blitt for rutinepreget.

5.2.2. Ansvarsområde

Abbott (1988) omtaler at grensene for hvor de ulike profesjonene skal ha sitt virkeområde og hvor disse grensene skal legges, er historien til profesjonene. Det er gjennom denne kampen at organisasjonene utvikler seg.

Gjennom tidene har grensene mellom sykepleiernes og hjelpepleiernes ansvarsområder vært i en kontinuerlig bevegelse. Fra å ha overlappende ansvarsområder mellom de to profesjonene hvor hjelpepleierne selv vurderte behovet for ekstra smertestillende og stell av sår, til å ha klare avgrensinger på hva som var tillatt.

Men arbeidsoppgaver som kan bære preg av å være rutine er da som Abbott (1988) påpeker, arbeidsoppgaver som er mulig for andre å inkludere i sitt ansvarsområde.

I studien kommer det frem at det skjer en oppmyking av ansvarsområdene mellom sykepleier og hjelpepleierne igjen. Sykepleierne formidler at de påtar seg arbeidsoppgaver som ligger under legens ansvarsområde i tillegg til den økte arbeidsmengden på dem som profesjon som kom med Samhandlingsreformen. Og resultatet for dette er som Abbott (1988) skriver, at når arbeidsmengden på en profesjon blir for stor, kan arbeidsoppgaver bli overført til andre profesjoner og ikke-profesjoner for å bli utført. Noe som medfører at ansvarsområdene til de enkelte profesjonene igjen glir over i hverandre.

Men i studien formidler hjelpepleierne en avventende holdning til arbeidsoppgaver som blir delegert. Det er ingen tydelig tendens mot at de ønsker å inkludere flere arbeidsoppgaver under sitt ansvarsområde. Det kommer frem at når hjelpepleierne stod ovenfor en problemstilling, ba de sykepleierne på korttidsavdelingen om å innta en rådgivende funksjon for den videre behandlingen. Det blir fremhevet at det er behov for mer utdanning før hjelpepleierne påtok seg ansvaret for disse rutinepregede arbeidsoppgavene. Og kan være en konsekvens av at de har opplevd at disse arbeidsoppgavene har blitt tatt i fra dem.

5.2.3. Delegering

Innad på en avdeling råder hierarkiet. De ulike profesjonene har overlappende ansvarsområder og dertil arbeidsoppgaver, men kan også ha egne profesjonsavhengige ansvarsområder og arbeidsoppgaver.

Hvem som fordeler de ulike arbeidsoppgavene er avhengig av hvilken profesjon man representerer og ansienniteten innad i denne profesjonen. Dette ansvaret tilfaller som oftest sykepleier når de er på vakt og tilsvarende hjelpepleier når det ikke er sykepleier på vakt.

I verv av å ha dette øverste ansvaret på en avdeling er det sykepleier som bestemmer hvilke arbeidsoppgaver som skal tilfalle den enkelte profesjon og har da en maktposisjon i arbeidsgruppen. Sykepleier fordeler arbeidsoppgavene mellom de ulike profesjonene ut i fra arbeidsoppgavens art og den enkeltes kompetanse. Det vil være de som har fått opplæring på enkelte arbeidsoppgaver og det vil være de som ikke har hatt en slik opplæring. Ikke alle vil kunne kjenne hva den enkelte arbeidstaker er lært opp i og det vil derfor være ulike

oppfatninger av hva som er delegert arbeidsoppgave og hva som er delegering av profesjonsavhengige arbeidsoppgaver.

Avhengig av hvordan sykepleier vurderer situasjonen, vil det være opp til sykepleier å legge opp til at det blir rom for opplæring av andre profesjoner i profesjonsavhengige arbeidsoppgaver, om andre profesjoner skal får øve på og derav opprettholde sin kompetanse på de enkelte arbeidsoppgavene, eller om sykepleieren selv skal utføre disse arbeidsoppgavene selv.

Hvordan sykepleierne utøver denne fordelingen, kan være en balansegang mellom det å bruke makt til det beste for avdelingen eller bruke det til å styrke sin egen profesjon.

Dahl (Morgan, 2009) og McShane og Von Glinow (2010) skriver at makt er evnen til få noen til å gjøre noe de ikke ville ha gjort, og ved å bruke makt som en ressurs kan det fremme produktivitet. I dette ligger det en mulighet for at ved å lære opp medarbeider, kan sykepleierne delegere disse arbeidsoppgavene til disse medarbeiderne på et senere tidspunkt. Men med opplæring kommer også behovet for kontinuitet, noe som hjelpepleierne i studien formidlet. Hvor det ble formidlet at hjelpepleierne ikke kunne bli opplært i noe for så å måtte vente til det var for travelt for sykepleierne til at arbeidsoppgaven ble delegert til dem. Uten denne kontinuiteten kan ikke hjelpepleierne opprettholde kompetansen på det som der er opplært i, og resultatet kan bli at de må nekte å hjelpe til når sykepleierne har det travelt. Dahl formidler videre at for å unngå maktutøvelse kunne det å ha en legitim autoritet fremme frivillig lydighet. For en profesjon innebar det at i verv å ha kunnskap om et felt ville brukerne ha tillitt til profesjonens kompetanse og dermed gi profesjonen legitim autoritet. Men dersom sykepleierne i det ene øyeblikket tilatter at hjelpepleierne hjelper dem med deres arbeidsoppgaver, for så i neste øyeblikk ikke lar dem få øve på dem, opptrer ikke da profesjonen som ambivalent til det å gi fra seg deler av sitt ansvarsområde?

Samstundes formidlet sykepleierne at de prøvde å fordele arbeidsoppgavene etter ønsker og innspill fra hjelpepleierne, men at de som oftest opplevde at det ikke spilte noe rolle hvilke arbeidsoppgaver hjelpepleierne fikk tildelt. Noe som resulterte i at sykepleierne som oftest påtok seg arbeidsoppgaver som var innenfor deres profesjon.

Og det kom ikke frem i studien hvorfor hjelpepleierne ikke var mer frempå og ønsket å ivareta sin kompetanse på oppgaver de var blitt opplært på, spesielt når sykepleierne var der og kunne innta en rådgivende funksjon dersom det var et behov for det. Men man kan ikke utelukke at de historiske grensekampene mellom de to profesjonene kan ha bidratt til at hjelpepleierne har inntatt en avventende holding til å påta seg en av disse arbeidsoppgavene. For selv om en oppmyking av grensene mellom profesjonenes ansvarsområde er under

utvikling, har hjelpepleierne i studien lagt merke til at innad i sykepleiernes rekker foregår det en diskusjon om hva som er profesjonsavhengige arbeidsoppgaver. Noe som jeg antar vil for noen kunne gi en usikkerhet på om det er verdt å oppleve å bli fratatt ansvarsområder igjen. Spesielt når flere av hjelpepleierne i studien uttrykte at da ansvarsområdene deres ble innskrenket var det ingen kjekk opplevelse.

Svensson (2004) skriver at makt innehar den som leder, bare så lenge denne har respekt og blir anerkjent av de som blir ledet. Uten dette vil posisjonen bli åpen for angrep.

Delegeres en profesjonsavhengig arbeidsoppgave til andre profesjoner eller ikke-profesjoner kan få betydning for hvordan disse profesjonene eller ikke-profesjonene oppfatter nødvendigheten av at rett profesjon utfører arbeidsoppgaven.

Som Abbott (1988) påpeker, kan denne delegeringen, gi staten muligheten til å fjerne profesjonskravet og gi arbeidsoppgavene til profesjoner som ikke har de samme kvalifikasjonene som den forgående profesjonene. Informantene i studien formidlet at det ikke var alltid like greit å lære opp andre profesjoner i deres arbeidsoppgaver. Den bakenforliggende kunnskapen som ble brukt til å vurdere årsak og virkning kunne gå tapt og pasienten kunne bli skadelidende. Men selv om sykepleierne var bevisst at det å delegere kunne medføre at arbeidsoppgaven ikke ble utført som profesjonen ville ha gjort det, forekom delegering av profesjonsavhengige arbeidsoppgaver. Og en slik ambivalensen til eget regelverk, kan få følger for hvordan andre profesjoner ilegger viktigheten av at arbeidsoppgaven blir utført av rett profesjon.

I studien kom det frem at når bakvakten ikke hadde tid til å komme, eller det var lenge siden bakvakten hadde sett såret, gjennomførte hjelpepleieren sårstellet uten å tilkalle eller vente på bakvakten. Man kan stille spørsmål ved selve handlingen og man kan stille spørsmål ved hvorfor dette skjer. Handlingen i seg selv kan ha med at hjelpepleierne har utført slike arbeidsoppgaver tidligere, før innstrammingen av slike arbeidsoppgaver. De mener de har kunnskapen og erfaringen til å utføre sårstellet men har likevel ikke fått inkludert det i sitt ansvarsområde. Hvorfor hjelpepleierne utfører slike arbeidsoppgaver kan ha med tillitten og derav respekten til sykepleier som profesjon. I studien formidlet informantene at hensynet til pasienten var årsaken til at de valgte å utføre sårstellet, og derav bruker det som et argument for å legitimere for at deres profesjon skal kunne utføre denne arbeidsoppgaven (Abbott, 1988). Men man kan ikke se bort i fra at dette var også en praksis sykepleierne drev på med i

forhold til å påta seg arbeidsoppgaver som lå under legens ansvarsområde, men da under parolen; Bedre pasientflyt.

Resultatet av å delegere profesjonsavhengige kan så bli at legitimiteten en profesjon har fra underordnede i hierarkiet kan bli tilsvarende redusert. Og Samhandlingsreformen kan ha med sine strukturelle og omorganisering medført at den formelle maktstrukturen mellom avdelingene og individene har blitt endret (Abbott, 1988).

Studien viser at delegering av profesjonsavhengige arbeidsoppgaver forekommer og at det er en bevisst handling fra de involverte profesjonene forårsaket av høy arbeidsmengde. Denne handlingen kan indirekte medføre at hjelpepleierne får anledningen til å oppnå legitimitet for at deres profesjon skal overta deler av de samme ansvarsområdene som sykepleierne.

5.3. Samarbeid

Målet med en korttidsavdeling er at pasientene som kommer skal være der en kort periode og få nødvendig helsehjelp i denne perioden. Ulike tiltak skal gjennomføres avhengig av diagnosen til den enkelte pasient og disse tiltakene er ikke alltid like klare og graden av omfanget av tiltaket er ikke alltid like klart. I denne perioden skal så pasientens behov bli kartlagt og dekket av dem som arbeider på korttidsavdelingen. Behovet for at alle bidrar med deres observasjoner av pasientens behov og forslag til løsninger er essensielt for at målet skal oppnåes på denne korte tiden. Og det er et samarbeid som blir koordinert og ledet basert på regler for hvem som har ansvaret og hvem som skal utføre de ulike arbeidsoppgavene (Kvåle og Wæraas, 2006).

Abbott (1988) beskriver at selv om man har egne ansvarsområder så kan man dra nytte av andre profesjoner, en tilnærming som både leger, sykepleier, hjelpepleiere og andre må benytte seg av i pasientbehandlingen. En lege kan ikke ivareta alle pasientene på en avdeling alene og er avhengig av at samarbeidet mellom de ulike profesjonene rundt pasienten fungerer og at behandlingstiltakene blir utført. En pleier som er inne og hjelper en pasient, vil avhengig av utdanningsnivå kunne observere mer detaljert hvilke utfordringer en pasient har, eventuelt iversette tiltak eller beskrive disse observasjonene til sin overordnede, som igjen kan gi en mer nøyaktig beskrivelse av hva som pasienten har som problem og hvilke tiltak som skal iversettes. Noe som Abbott (1988) påpeker, at for at en organisasjon skal kunne utføre sine oppgaver må man la underordnede - eller ikke- profesjonelle utføre disse oppgavene.

En måte å gjøre dette på er å fordele arbeidet mellom de ulike profesjonene som er på vakt. Og informantene formidlet at når den ene profesjonen var ferdig med sine arbeidsoppgaver, kunne de stille seg til disposisjon og hjelpe de andre med å bli ferdige med sine. Men det kom frem i studien at det i de fleste tilfellene var hjelpepleierne som hjalp sykepleierne, da sykepleierne ikke hadde kapasitet til å hjelpe andre.

Flere profesjoner er inne i prosessen for å finne den beste behandlingen for pasienten og kan som Abbott (1988), beskriver, omtales som en diagnose – behandling og slutfase prosess. Alle profesjonene er avhengig av å utveksle observasjonene som er gjort rundt pasienten for å finne den beste behandlingen. Noe som Abbott (1988) også påpeker, at når man er på jakt etter en god behandlingsmetode for å løse diagnosen, er profesjonene åpne for å samarbeide for å nå målet og i et slikt samarbeide er avtaler og tillitt grunnelementer (Bukve, 2012). Og som informantene formidler måtte profesjonene i etterkant av Samhandlingsreformen jobbe tettere, som et team, hvor det var viktig å være løsningsorientert for å få gjort arbeidsoppgavene og ikke sløse bort tiden på ting som ikke fungerte. Uavhengig av profesjon, formidlet informantene at de kunne diskutere som likeverdige og hjelpepleierne formidlet at de fikk slippe mer til og gjøre flere arbeidsoppgaver.

For flere av informantene ble det å samarbeide med andre profesjoner opplevd som en positiv opplevelse og både for profesjonene og arbeidsplassen, et samarbeid som kom pasientene til gode.

Men hva skjer når nye krav og behov melder seg og flere arbeidsoppgaver skal utføres av den samme bemanningen?

Sykepleierne i studien formidler at i etterkant av Samhandlingsreformen har arbeidshverdag blitt preget av økt arbeidsmengden som kan variere stort avhengig av hvor pasienten kommer i fra og når i forløpet på korttidsoppholdet pasienten er. Hvorfor ikke hjelpepleierne opplevde denne økningen av arbeidsoppgaver, når sykepleierne hadde det, kan tyde på at arbeidsoppgavene var innenfor sykepleiernes ansvarsområde og ikke lot seg delegere til andre profesjoner. Men det kan også tyde på at det ikke var rom for sykepleierne til å lære opp hjelpepleierne i ulike arbeidsoppgaver som kunne bli delegert. Samstundes må man stille seg spørsmålet, hvorfor øker ikke hjelpepleiernes arbeidsoppgaver tilsvarende?

Noen av sykepleierne formidlet at et godt samarbeid var at man viste hensyn, at man var fleksibel og utførte arbeidsoppgaver som dosett tillaging på et gunstig tidspunkt, ikke når det

var mye som skjedde på avdelingen. Og samtlige av informantene formidlet at de opplevde samarbeidet på korttidsavdelingen som godt.

Men når en annen informant formidlet at hun opplevde at hun hadde mer å gjøre enn hjelpepleierne, at hun alt i alt opplevde at hjelpepleierne satt mer i ro enn henne. Må man vurdere om samarbeidet er så godt som det fremstilles.

Kan det tolkes slik at samarbeidet om arbeidsoppgaver som begge profesjonene kan utføre er gode, men at profesjonsavhengige arbeidsoppgaver blir underordnet de generelle som alle kan utføre for å ivareta institusjonens behov? Med det resultatet at sykepleierne må stå mer på for å få unna sine arbeidsoppgaver? Noe som Abbott (1988) omtaler kan skje dersom en organisasjon er sårbar for forstyrrelser og en profesjon må påta seg andre arbeidsoppgaver og avstå fra sin egen profesjons arbeidsoppgaver uavhengig av arbeidsinstruks.

Behovet for et godt samarbeid med andre profesjoner på avdelingen om arbeidsoppgavene er avgjørende når en profesjon opplever økt arbeidsmengde og slik er det også for sykepleierne på en korttidsavdeling. Og informantene formidler at Samhandlingsreformen fikk stor innvirkning på sykepleiernes arbeidshverdag med økt arbeidsmengde. I tillegg til at ikke alle profesjonene er representert til enhver tid på hver vakt og sammensetningen av de ulike profesjonene på en avdeling kan variere, kan arbeidsmengden bli stor for de profesjonene som da er på vakt, at profesjonene må samarbeide om arbeidsoppgavene uavhengig av ansvarsområde. For at avdelingens faste arbeidsoppgaver og pasientenes behov skal ivaretaes er samarbeid derfor en nøkkelfaktor og dette samarbeidet omtales av McShane og Von Glinow (2010) som en gruppe som er villige til å dele resurser og fleksible nok til å imøtekomme andre av gruppens behov. Men "helliger målet" alle midlene som taes i bruk i denne prosessen?

I en travel hverdag og spesielt når en pasient kan utgjøre mer enn en, forekommer det snarveier forkledd som samarbeid. Informantene formidler at pasientenes medisiner blir satt på matbrettet fordi det tar lengre tid å gå til hver enkelt pasient å gi medisiner direkte, med det resultatet at ufaglærte kunne ende opp med å dele dem ut. Nattmedisiner blir klargjort, men ikke gitt av faglært personale, fordi den faglærte er opptatt andre steder. På samme måte kan sårstell og andre prosedyrer blir utført av ufaglærte, fordi faglært personalet ikke er tilstedet eller blir forhindret i å komme. Samstundes kan morgenstell og oppfølging av pasienter bli overført til underordnede profesjoner for å rydde plass til arbeidsoppgaver som er profesjonsavhengige. Man velger da bort behovet for at faglærte er til stede i utdeling av

medisiner, i morgenstellet, i de ulike pasientsituasjonene hvor observasjon av mestringsevne kan være viktige for den videre pasientbehandlingen. Men opplevelsen av at samarbeidet om arbeidsoppgavene har vært god, den er der!

Samarbeidet om arbeidsoppgavene som følger avdelingen og dens pasienter kan utenifra se ut som en velsmurt maskin fordi arbeidsoppgavene har blitt utført på vekten, men kan likeledes være et resultat av at pleiere har kommet frem til felles kjøreregler og muligens aksept for snarveier, snarveier som kan få konsekvenser for pasienten og dennes behandling.

Og som Quivey (1998) påpekte er det viktig at man har felles kjøreregler for å kunne hindre en konflikt. Resultatet av dette samarbeidet kan bli at ansvarsområdene til profesjonene vil flyte over hverandre og kunnskap kan utveksles mellom underordnende-, likeverdige-, ikkeprofesjonelle,- og relaterte- profesjoner. Noe som kom frem i studien, ved at hensynet til pasienten trumfet hensynet til regler hvem som hadde retten til å ta seg inn på medisinrommet.

Morgan (2009) formidler at selv om profesjonene ser verdien og målet ved å samarbeide, kan de ulike profesjonene ha særtrekk som kan fremme uenigheter og dermed konflikter. Men Hatch påpeker at gruppene som var avhengig av hverandre for å nå et felles mål ikke har et høyt konfliktnivå.

Og kanskje dette samarbeidet om de ulike arbeidsoppgavene for å nå et felles mål, er en av styrkene til korttidsavdelingene. Og i og med at profesjonene samarbeider og det ikke er noen høyere oppe i hierarkiet som ignorerer innspill fra underordnede, som Jervis (2001) formidler i sin artikkel, holdes konfliktnivået på avdelingen nede.

Personalet må hele tiden holde seg oppdatert med nye prosedyrer og sykdomsutviklinger. De må lære av hverandre hva som fungerer og hva som må forkastes uavhengig av profesjon. Det er en dynamisk arbeidsplass hvor flere av informantene formidlet at de var avhengig av hverandre til å utføre alle arbeidsoppgavene, hvor dersom den ene ble forhindret i å utføre en arbeidsoppgave, samarbeidet de med hverandre for å få arbeidsoppgavene utført. ”*Vi må jo hjelpe hverandre*”.

En arbeidsplass hvor det å bli fastlåst i en rutine ikke var en mulighet fordi personalet måtte tilpasse seg mer pasientene og deres rutiner og ikke omvendt.

Studien viser at på korttidsavdelingen opplevde informantene at samarbeidet mellom sykepleierne og hjelpepleierne var god. De fleste av informantene formidlet at samarbeidet før

og etter Samhandlingsreformen ikke hadde ikke endret seg, hvorpå en formidlet at det var blitt bedre. Det ble begrunnet med at de opplevde at de hadde en god kommunikasjon seg imellom og alle ble hørt og ble tatt hensyn til. Spesielt formidlet hjelpepleierne at det at de opplevde at de ble inkludert i arbeidsoppgaver og deres observasjoner som oftest ble tatt hensyn til, bidrog til at de trivdes godt med å jobbe på korttidsavdelingen.

Derimot kom det frem at samarbeidet mellom korttidsavdelingen og andre avdelinger bar preg av å ikke ha et like godt samarbeid. Hjelpepleierne formidlet at de valgte bort å kontakte bakvakten for å få hjelp til arbeidsoppgaver som de hadde tidligere hatt ansvaret for, og likeledes kunne bakvakten ignorere hjelpepleiernes kompetanse og innsikt i pasientbehandlingen, til fordel for å ivareta profesjonenes ansvarsområde.

6. Avslutning - En liten forståelse for kompleksiteten

Det er ikke alltid at virkeligheten stemmer overens med hvordan de ulike nivåene i hierarkiet oppfatter situasjonene. Der noen oppfatter at det er en trussel mot ens profesjon at andre profesjoner utfører arbeidsoppgaver som egentlig er forbeholdt den førstnevnte profesjonen, kan andre oppfatte som en dyd og nødvendighet at arbeidsoppgaven blir utført, uavhengig av profesjon.

Situasjonene som oppstår når man arbeider med pasienter, er etter min mening så uforutsigbare at man må nytte seg av de ressursene man har rundt seg. Tanken for at andre profesjoner kan overta ens ansvarsområde er ikke det man har fokus på i en travel arbeidshverdag og ingen av informantene i denne studien formidlet å ha slike tanker. Derimot veier hensynet til at pasientens ve og vel høyt og at pasienten ble ivaretatt veide mer enn hvilke konsekvenser delegeringen kan få for ens profesjon.

Hverdagen er travel, tid for refleksjon er minimal, og selvsagt, oppgaver skal ikke utføres av ukompetente, men det skjer. Medisiner blir satt på matbrettet og derav indirekte delegert til den som tar med seg matbrettet til pasienten. Hvem som tar matbrettet med seg er ikke bestemt og kan tilfalle en sykepleier like mye som til en ufaglært. Man kan formane og si at slik er ikke reglene, man har interne retningslinjer for håndteringen av for eksempel medisiner. Men i hverdagen med sine store og små utfordringer, hvor tid til å gjøre alle arbeidsoppgavene står sentralt, omgås disse reglene og justeres for å bli tilpasset hverdagen. Man har teori og så har man praksis. Man jobber mot det ideelle i en arbeidshverdag hvor teorien sier at slik skal man utføre arbeidsoppgavene, men hverdagen hvor disse arbeidsoppgavene skal utføres er annerledes. Der er kjennskap og kollegialt vennskap helt sentralt. Har man tillitt til hverandres kollegaer, er man også tilbøyelig til å tildele arbeidsoppgaver som den ene ikke har i sin profesjons ansvarsområde. Og når pasientens behov står i fokus, overser man regelverket, og reflekterer ikke over hvilke konsekvenser det kan få for den enkelte profesjon.

For å få en smidigere arbeidshverdag, utfører gjerne sykepleierne legens oppgaver, og hjelpepleierne hjelper sykepleieren med å hente utstyr fra medisinrommet. Intensjonen er at pasientens helse skal være i fokus, og er ikke det det handler om?

En slik ordning fungerer så lenge ingen skade skjer, men hva om det en dag skjer en feil?

Kan vi gå tilbake og si at vi skal se nærmere på våre rutiner og prosedyrer, når det er nettopp disse rutineene og prosedyrene som er blitt oversett i utgangspunktet?

Samstundes kan det å ha for mange arbeidsoppgaver i seg selv bli for mye for en profesjon.

Det kan hindre at det ikke finnes tid til at andre blir lært opp til å utføre arbeidsoppgavene som blæreskylling, SIK og sårstell. Og det kan komme i veien for at arbeidsoppgaver ikke blir utført, eller blir utført av profesjoner som ikke har den nødvendige kompetansen til å vurdere arbeidsoppgaven som utføres. Hvilke hensikt har det å kreve et ansvarsområde, når profesjonen ikke er i stand til å ivareta dette ansvarsområdet med de ressursene som er tilrådighet?

Omorganiseringen av institusjonene, endringer i krav til personalet, og endringene i behovene til pasientene som fulgte Samhandlingsreformen medførte at arbeidsmengden på sykepleierne økte. Ansvarsområdene har igjen blitt utsatt for press, med en gradvis oppmykning av hvilke arbeidsoppgaver som kan utføres av underordnede. Å ha som mål å kreve ”skittarbeidet” tilbake, for så å måtte gi litt og litt tilbake til underordnede fordi man ikke klarer å følge opp og ivareta alle arbeidsoppgavene, hvilket mål er så det?

Hvilke holdninger formidler så den profesjonen? Holdninger som at underordnede er gode å ha når det er mye å gjøre, men kan kastes på dør når man har kommet seg ovenpå igjen?

Det gir ikke de underordnede en mulighet til en opplevelse av kontinuitet i arbeidsoppgaven. De får dermed heller ikke opprettholde sin kompetanse på de delegerte arbeidsoppgaven. Det er kanskje ikke rart at hjelpepleierne i studien ikke utfører arbeidsoppgaver som de tidligere utførte men som de nå er blitt fratatt, og i stedet sier nei.

Denne ambivalensen som sykepleierne har i forhold til sitt eget ansvarsområde, har krevd sitt ”offer” allerede en gang og hjelpepleierne i studien har vært med på den ”ofringen”, og det kan tyde på at hjelpepleierne ikke er så villige til å bli ”ofret” enda en gang.

I denne studien har jeg ikke funnet noe som tyder på at det er en åpenlys profesjonskamp på korttidsavdelingene, men at fokuset var på å ”dra lasset” sammen og ivareta pasientene.

Sykepleierne prøver å ivareta alle sine arbeidsoppgaver og hjelpepleierne stilte opp og var interessert i å lære, men å påta seg ansvaret for ”nye” arbeidsoppgaver, opplevde jeg at hjelpepleierne var avventende til. Men det kommer frem små nyanser, subtile endringer i det som blir formidlet, som kan tyde på at sykepleierne funksjon og status er i endring. En endring ved at hjelpepleiere ikke informerer sykepleiere som kommer fra andre avdelinger, om arbeidsoppgaver som skulle ha blitt utført av en sykepleier, men hvor hjelpepleierne velger

å utføre arbeidsoppgavene selv. Det er små hentydninger til at legitimiteten til sykepleierne som profesjon, avhenger av hvor godt hjelpepleieren mener sykepleieren kjenner pasienten og ikke ut i fra den rollen sykepleier som profesjon representerer.

Og kanskje omfanget av hvor ofte slike valg blir tatt hjelpepleier og årsaken til det kan være et tema for en ny studie.

Selv opplever jeg å ha fått svar på deler av mine spørsmål. Utfordringene som innføringen av Samhandlingsreformen har hatt for korttidsavdelingene har blitt løst ulikt på de forskjellige korttidsavdelingene. Om den ene løsningen er å foretrekke fremfor en annen har jeg ikke tatt stilling til, men effekten kunne ha blitt vurdert.

Om Samhandlingsreformen har hatt effekt på profesjonenes ansvarsområder, er etter min mening for tidlig å se. Men jeg vil påstå at det er tenderinger mot at for å mestre den økte arbeidsmengden, uten samtidig en økning av grunnbemanningen, må samtlige profesjoner på arbeidsplassen trå til og resultatet av dette er kanskje en reforhandling om hvem som skal ha hva i sin profesjons ansvarsområde.

7. Litteratur

Abbott, A. (1988). *The system of professions. An Essay on the Diversion of Expert Labor*. The University of Chicago Press

ARD-1996-43. Hentet fra: <http://lovdata.no/pro/#document/ARD/avgjorelse/ard-1996-43-13?searchResultContext=2571>

Bukve, O. (2012). *Lokal og regional styring*. Oslo, Samlaget.

Dahle, R. og Iversen, M. (2001). *Relasjonene mellom sykepleiere og hjelpepleiere*. Tidsskrift for Velferdsforskning, vol 4/ nr.4, s.239-251. Universitetsforlaget.

Dahle, R. (2008). *Profesjon og kjønn*. I: Molander, A. og Terum L.I. (red). Profesjonsstudier. Oslo, Universitetsforlaget.

Damsgaard, H.L. (2010). *Den profesjonelle sykepleier*. ,Cappelen Akademiske forlag.

Dunworth, M. og Kirwan, P. (2012). *Do nurses and social workers have different values? An exploratory study of the care for older people*. I: Journal of Interprofessional Care, 2012, vol.26/ nr 3, s. 226–231. Hentet fra:
<http://www.swetswise.com.proxy.helsebiblioteket.no/FullTextProxy/swproxy?url=http%3A%2F%2Fwww.informahealthcare.com%2Fdoi%2Fpdf%2F10.3109%2F13561820.2011.645172&ts=1386609805489&cs=1127955378&userName=8797250.ipdirect&emCondId=8797250&articleID=165375621&yevoID=3512008&titleID=113325&remoteAddr=80.65.59.143&hostType=PRO>

Eilertsen, R. (1991). *Sykepleiere vs. hjelpepleiere. Den enes brød – den annens død? En kritisk gjennomgang av Norsk Sykepleierforbunds linje i striden mellom sykepleiere og hjelpepleiere*. De Facto, Kunnskapsenteret for fagorganiserte.

Erichsen, V. (1996). *Helsetjenesten og profesjonene og Profesjonenes forholdt til hverandre*. I Erichsen, V. (red.): Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon. Otta, Tano Aschehoug.

- Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. 3.opp. Bergen, Fagbokforlaget
- Halvorsen, K. (2005). *Grunnbok i helse- og sosialpolitikk*. 3.utg. Oslo, Universitetsforlaget.
- Hatch, M. J. (2001). *Organisasjonsteori. Moderne, symbolske og postmoderne perspektiver*. Oslo, Abstrakt forlag.
- Hernes, H. (2002). *Perspektiver på profesjoner*. I Nylehn, B. og Støkken, A. M. (red.): De profesjonelle. Relasjoner, identitet og utdanning. Oslo, Universitetsforlaget.
- Horgen, E. H., Rønning E., *Arbeid og arbeidsmiljø. Stabil yrkesdeltakelse, men økt ledighet*. I: Samfunnsspeilet. Nr 5/6 2010. Hentet fra: <http://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/stabil-yrkesdeltakelse-men-okt-ledighet>
- Høgvold-Iversen, M. (2008). *Kampen om skittarbeidet. En analyse av diskusjonen mellom sykepleiere og hjelpepleiere i etterkant av "Loen-vedtaket" i 1989*. Universitetet i Oslo. Hentet fra: <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/15797/Hogvold-Iversen.pdf?sequence=4>
- Høst, H. (2007). *"Utdanningsreformer som moderniseringsoffensiv. En studie av hjelpepleieryrkets rekruttering og dannelsehistorie, 1960 - 2006."* Hentet fra: https://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/2327/PhD_%20Haakon_Host.pdf?sequence=1
- Jervis, L.L. (2001). *Working in and around the 'chain of command': power relations among nursing staff in an urban nursing home*. Nursing Inquiry (2002), vol.9 / nr.1, s.12-23. Hentet fra: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=547a76b3-6067-425f-8c2b-c20840f451eb%40sessionmgr113&hid=117>
- Karlstad, T. (2012). *Sykepleiefaglig ledelse - har det betydning for faglig kvalitet i sykepleietjenesten?* Hentet fra: <http://brage.bibsys.no/diakon/retrieve/2508/Masteroppgave%20i%20verdibasert%20ledelse%20v%C3%A5r%202012%20Trine%20Karlstad.pdf>

- Kvåle, G. og Wæraas, A. (2006). *Organisasjon og identitet*. Oslo. Det norske samlaget.
- McShane, S., L. og Von Glinow, M.A., (2010). *Organizational Behavior. Emerging Knowledge and Practice for the Real World*. New York, McGraw-Hill.
- Morgan, G., (2009). *Organisasjonsbilder. Innføring i organisasjonsteori*. Oslo. Gyldendal Akademiske (3. utgave).
- Målseide P. (2008). *Profesjonar i interaksjonsteoretisk perspektiv*. I: Molander, A. og Terum L.I. (red). Profesjonsstudier. Oslo, Universitetsforlaget.
- Nylehn, B. (2002). *Kan de profesjonelle samarbeide?* I Nylehn, B. og Støkken, A. M. (red.): De profesjonelle. Relasjoner, identitet og utdanning. Oslo, Universitetsforlaget.
- Senge, P. M. (1990). *The fifth disciplin. The art and practice of the learning organization*. USA, Doubleday (Random House Inc.).
- Svensson, L. (2004). *Nye kontrollformer ændrer tilliden til professioner*. I Jensen, K. (red.): Professionsfagenes krise. En utfordring til lærer-, pædagog- og sygeplejerskeuddannelserne. 1.utg. København, Danmarks Pædagogiske Universitets Forlag.
- Svensson L. G. og Karlsson A. (2008). *Profesjoner, kontroll og ansvar*. I: Molander, A. og Terum L.I. (red). Profesjonsstudier. Oslo, Universitetsforlaget.
- Sykepleietjenesten i fremtiden (1989). *En innstilling fra Norsk sykepleierforbund*. Norsk sykepleierforbund
- Thagaard T., (1998). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen, Fagbokforlaget (3.utgave)
- Ringdal, Kristen (2013). *Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ analyse*. Bergen, Fagbokforlaget (3. utgave).

Quivey, M. (1998). *Ledelse er vekst – en innføring i administrasjon og ledelse*. Oslo, Universitetsforlaget.

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Olina Kollbotn
Institutt for samfunnsvitenskap Høgskulen i Sogn og Fjordane
Vie, Postboks 523
6800 FØRDE

Vår dato: 01.06.2015

Vår ref: 43561/3/ LT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 25.05.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

43561	<i>Et spørsmål om delegering. En kvalitativstudie på hvordan sykepleiere og hjelpepleiere opplever delegeringen av arbeidsoppgaver på en korttidsavdeling på et sykehjem</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskulen i Sogn og Fjordane, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Olina Kollbotn</i>
<i>Student</i>	<i>Camilla de Rochemont Askeland</i>

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 12.02.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Lis Tenold

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

Audiringskontorer / District Offices

OSLO NSD: Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47 22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM NSD: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47 73 59 19 02. kjerne.svar@ntnu.no
TROMSØ NSD: SVU, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47 77 64 43 36. rednaa@svu.no

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Et spørsmål om delegering.”

- *En kvalitativstudie på hvordan sykepleiere og hjelpepleiere opplever delegeringen av arbeidsoppgaver på en korttidsavdeling på et sykehjem. –*
-

Bakgrunn og formål

Jeg arbeider med en masteroppgave tilknyttet masterprogrammet Organisasjon og ledelse, helse- og velferdsledelse, avdeling for samfunnsfag ved Høgskulen i Sogn og Fjordane.

Dette er en forespørsel om du vil delta i dette forskningsprosjektet.

Min problemstilling er: *”Hvordan opplever sykepleier og hjelpepleier delegering av arbeidsoppgaver på et sykehjem og hvordan påvirker dette samarbeidet mellom de to profesjonene?”*

Bakgrunnsteppet er Samhandlingsreformen som ble innført 1.januar 2012 hvor sykehjemmene ble stilt ovenfor nye krav og behov til pasientbehandlingen. Fokuset er om disse nye kravene og behovene medfører økt delegering, endring av arbeidsoppgaver, økt overlapping av ansvarsområder og hvordan dette påvirker samarbeidet mellom de to profesjonene, sykepleiere og hjelpepleiere.

Det er undertegnende som har valgt ut de aktuelle sykehjemmene. Deltakerne er sykepleiere og hjelpepleiere som har arbeidet i mer enn 5 år på korttidsavdelingen og som har minst 50 % stillingsstørrelse.

Deltakelsen i undersøkelsen innebærer å delta på et intervju à en times varighet til en avtalt tid.

Informasjonen som samles inn

Alle svar er konfidensielle. Dataene mottas og behandles av undertegnende som har taushetsplikt. Lydfilene, notatene og utskriften av lydfilene vil bli oppbevart på en slik måte at ingen andre enn undertegnende har tilgang på dem. Personidentifiserbare datafiler vil kun være tilgjengelig for undertegnende. Utenforstående vil på ikke noe tidspunkt ha tilgang til de innsamlede dataene eller få vite hvilke personer som deltar i undersøkelsen. Resultatene vil ikke bli presentert på en slik måte at det er mulig å identifisere arbeidsgiver eller den enkelte arbeidsplassen.

Det er frivillig

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

Studien skal etter planen avsluttes 31.12. 2015. Når studien avsluttes vil alle lydopptakene bli slettet og dataene bli anonymisert. Resultatene av undersøkelsen vil bli presentert i masteroppgaven til undertegnede og bli publisert på Høgskulen i Sogn og Fjordanes hjemmeside.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med

Camilla de R. Askeland på e- post: camilask@stud.hisf.no eller SMS: 90 18 54 59 eller veileder Olina Kollbotn tlf: 57 67 61 38 / 93 64 12 56

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

Tusen takk for oppmerksomheten!

Camilla de R. Askeland

Samtykke til deltakelse i studien

”Et spørsmål om delegering.”

- *En kvalitativstudie på hvordan sykepleiere og hjelpepleiere opplever delegeringen av arbeidsoppgaver på en korttidsavdeling på et sykehjem. –*
-

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

Jeg samtykker til å delta i intervju.

Jeg samtykker til at personopplysninger kan lagres etter prosjektslutt.

Jeg samtykker til at intervjuet blir tatt opp på lydfil.

Jeg ønsker det transkriperte intervjuet tilsendt pr. post

Navn: _____

Adresse: _____

Jeg ønsker det transkriperte intervjuet tilsendt pr. e- post

E-post: _____

(Signert av deltaker, dato)

Intervju guide

”Et spørsmål om delegering.”

- *En kvalitativstudie på hvordan sykepleiere og hjelpepleiere i etterkant av Samhandlingsreformen, opplever delegeringen av arbeidsoppgaver på en korttidsavdeling på sykehjem. –*
-

Kandidat- nr. _____

Digitalt opptak ja/nei: _____

Kjønn: _____

Dato: _____

Alder: _____

Forskningsspørsmål 1:

Hvilke kunnskaper har sykepleiere og hjelpepleiere på et sykehjem om de ulike arbeidsoppgavene som blir utført på en korttidsavdeling?


Innledende spørsmål

Jeg vil vite hvilken utdanning du har, om du har tatt videreutdanning, eller om du har deltatt på kurs samt om du har hatt fått opplæring som nyansatt på korttidsavdelingen.

1. Hvilken utdanning har du?
2. Når var du utdannet?
3. Har du tatt videreutdanning?
 - a. Hvilken og hvor lenge siden var det?
4. Har du tatt pasientrettet kurs som kan hjelpe deg i din arbeidshverdag?
 - a. Hvilken og hvor lenge siden var det kurs (*tips: medisinkurs/ palliasjon kurs/ demenskurs/væskekurs / VIPS / Marte Meo*)?
5. Hvor lenge har du jobbet på korttidsavdelingen?

Jeg ønsker å vite litt om du opplever at den opplæringen du har fått, hjelper deg i din arbeidshverdag med de arbeidsoppgaver og det ansvarsområdet du har.

6. Kan du fortelle litt om hva ditt ansvarsområde er?
7. Hva består dine arbeidsoppgaver av?
8. Hvem og hvordan ble dette ansvarsområde og dine arbeidsoppgaver gjort kjent for deg?
 - a. Hvordan opplevde du informasjonen om hva dine ansvarsområder og arbeidsoppgaver var i forhold til hvordan du arbeider?
9. Kjenner du til om arbeidsplassen har en opplæringsplan for dem som skal jobbe på en korttidsavdeling?
 - a. Dersom du har kjennskap til avdelingens opplæringsplan, kan du fortelle litt om denne opplæringsplanen og hvordan den har foregått (*tips: formell opplæring/informasjon/ intern- eller ekstern undervisning*)?
 - b. Hvem utførte/ utfører denne opplæringen?


- 
10. Har din utdanning/opplæring dekket ulike arbeidsoppgavene som:
 - a. Innkomsrapport
 - b. Journaltillaging
 - c. Journalsystemet
 - d. Kontakt med hjemmesykepleien/ forvaltningen/ fastlegen/ pårørende/ sykehuset
 - e. Sykepleierapporter
 - f. Legevisitt
 - g. Sår- oppfølging (sår- prosedyre)
 - h. Infusjoner
 - i. Venefloner
 11. Kan du nevne andre arbeidsoppgaver som er viktige på din avdeling?
 12. Er arbeidsoppgavene blitt endret for å bli tilpasset ditt ansvarsområde, i så fall hvordan?

Forskningsspørsmål 2:

Hvilke erfaringer har sykepleiere og hjelpepleiere på et sykehjem med delegeringen av profesjonsavhengige arbeidsoppgaver på en korttidsavdeling?


Jeg ønsker at du forteller om dine erfaringer med arbeidsmengden og delegering av arbeidsoppgavene som er på en korttidsavdeling.

1. Har kravene til personalet og avdelingen endret seg etter innføring av samhandlingsreformen ble innført 1.1.2012?
 - a. Kan du beskrive hvordan du har opplevd denne endringen?
2. Har behovene til avdelingen endret seg, og kan du beskrive hvordan du har opplevd at de har endret?
3. Hvordan opplever du arbeidsmengden og arbeidsoppgavene på avdelingen er blitt etter samhandlingsreformen?
 - a. Har arbeidsmengden økt/reduert?
 - i. Hvilke arbeidsoppgaver har det blitt mer/ mindre av?
 - b. Har dere fått nye arbeidsoppgaver og i så fall hvilke?
 - c. Har arbeidsoppgavene endret seg etter samhandlingsreformen?
 - d. Har arbeidsmengden blitt mer omfattende/krevende?
 - i. Kan du fortelle litt om det, evt. beskrive en situasjon som belyser hvordan arbeidsmengden har blitt mer omfattende/krevende?
 - e. Hva skjer dersom arbeidsmengden på en profesjon er så stor at de ikke kan løses av den profesjonen i løpet av arbeidsskiftet?
 - i. Kan du fortelle hvordan dere løser dette på din arbeidsplass?
4. Hvordan opplever du at fordelingen av arbeidsoppgavene på korttidsavdelingen er?
 - a. Hvilke arbeidsoppgaver utfører du (*tips: utdeling av medisiner/SIK/legevisitt/oppfølging og vurdering av sårstell/ sykepleierapporter/ bestilling av medisiner/samtale med pårørende, andre arbeidsoppgaver*)?
 - b. Hvem delegerer deg disse arbeidsoppgavene og når blir de delegert?
 - i. Kan du fortelle meg hvordan du har blitt opplært i disse arbeidsoppgavene?
 - c. I løpet av en arbeidsdag, endres dine arbeidsoppgaver?
 - i. Hvilke arbeidsoppgaver blir du delegert og hvorfor?
 - ii. Hvordan opplever du hyppigheten av denne delegeringen av arbeidsoppgaver?

- 
- d. Hvordan opplever du at fordelingen av ansvarsområdene mellom sykepleiere og hjelpepleiere er? (*tips: er det arbeidsoppgaver som overlapper de to profesjoners ansvarsområder*)
 - i. Samsvarer alltid arbeidsoppgavene og ansvarsområdene til disse to profesjonene?
 - ii. Kan du beskrive en situasjon som forklare din opplevelse av dette?

Jeg ønsker å vite litt om du opplever at dine arbeidsoppgaver på korttidsavdelingen er innenfor din profesjons ansvarsområde?

- 5. Er alle arbeidsoppgavene du blir delegert innenfor hva du mener er din profesjons ansvarsområde?
 - a. Kan du utdype din opplevelse av dette?
- 6. Forekommer det at du blir delegert arbeidsoppgaver som du mener ikke er *innenfor* din profesjons ansvarsområde?
 - a. Dersom du har blitt delegert slike arbeidsoppgaver?
 - i. Hvordan reagerte du på denne delegeringen?
 - ii. Hvordan var responsen på din reaksjon?
 - iii. Kan du beskrive situasjonen som medførte denne delegeringen?
 - iv. Hvor ofte opplever du slike delegeringer i løpet av uken?
- 7. Forekommer det at du blir delegert arbeidsoppgaver som du ikke har blitt *opplært* til men som ved opplæring, kan utføre?
 - a. Dersom du har blitt delegert slike arbeidsoppgaver?
 - i. Hvordan reagerte du på denne delegeringen?
 - ii. Hvordan var responsen på din reaksjon?
 - iii. Kan du beskrive situasjonen som medførte denne delegeringen?
 - iv. Hvor ofte opplever du slike delegeringer i løpet av uken?
- 8. Har du måtte delegere profesjonsavhengige arbeidsoppgaver til ansatte som ikke har det som ansvarsområde i sin profesjon?
 - a. Kan du gi eksempler på slike arbeidsoppgaver?
 - b. Hva var årsaken til denne delegeringen?
 - c. Hva tenker du om å måtte delegere slike arbeidsoppgaver til medarbeidere som ikke har den nødvendige opplæringen til å utføre disse arbeidsoppgavene?
 - d. Har du noen gang valgt å utsette profesjonsavhengige arbeidsoppgaver til neste skift?
 - i. Kan du forklare hvorfor du valgte å gjøre det?

- 
9. Opplever du at det er høyde for å ha ulike meninger om hva som er profesjonsavhengige arbeidsoppgaver?
 - a. Kan du fortelle om en situasjon som beskriver dette?
 - b. Har dere en arbeidsinstruks som kan hjelpe dere i å avklare slike uenigheter?
 10. Har du som følge av tidligere delegeringer av profesjonsavhengige arbeidsoppgaver opplevd endringer i ditt ansvarsområde?
 - a. Beskriv gjerne situasjonen som forklarer denne endringen?
 - b. Har du gjort deg noen tanker om hvilke konsekvenser det kan få dersom profesjonsavhengige arbeidsoppgaver blir delegert til profesjoner som ikke har det i sin profesjonsutdanning?
 - i. Kan du fortelle litt om de refleksjonene du har gjort?

Forskningsspørsmål 3:

Hvilke erfaringer har sykepleiere og hjelpepleiere på et sykehjem med samarbeidet mellom de to profesjonene på en korttidsavdeling?

Jeg ønsker å finne ut hvordan du opplever at samarbeidet mellom sykepleiere og hjelpepleier på korttidsavdelingen er.

1. Hva legger du i det å ha et godt samarbeid?
2. Kan du beskrive hvordan du opplever at samarbeidet mellom sykepleiere og hjelpepleiere på din avdeling er?
3. Er det noe som påvirker dette samarbeidet, og i så fall hva da?
 - a. Hva mener du påvirker dette samarbeidet i positiv retning?
 - b. Hva mener du påvirker dette samarbeidet i negativ retning?
 - c. Kan du beskrive en situasjon som illustrere dette samarbeidet?
4. Har dette samarbeidet mellom sykepleier og hjelpepleiere blitt endret etter at samhandlingsreformen ble innført, og kan du beskrive hvordan du opplever denne endringen?
5. Hvordan opplever du samarbeidet om profesjonsavhengige arbeidsoppgaver er?
 - a. Opplever du at samarbeidet om arbeidsoppgavene går på tvers av profesjonsavhengige ansvarsområder?
 - b. Kan du fortelle hvilke arbeidsoppgaver dette er?
 - c. Kan du fortelle årsaken til at dette samarbeidet går på tvers av profesjonsavhengige ansvarsområder?
 - d. Kan du beskrive en situasjon som illustrere dette samarbeidet?
6. Har du opplevd at dette samarbeidet om arbeidsoppgaver på tvers av profesjonene, har fått noen konsekvenser for den enkelte profesjon?
 - a. Kan du beskrive hvilke konsekvenser det har fått?
7. Har du vurdert hva det å samarbeide på tvers av profesjonenes ansvarsområder kan bety for din egen profesjon?
8. Kan du beskrive hvordan delegeringen av arbeidsoppgavene påvirker samarbeidet mellom sykepleiere og hjelpepleiere?