



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSD101C

Predefinert informasjon

Startdato:	04-05-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	10-05-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Hjemmeoppgave		
SIS-kode:	203 BSD101C 1 H 2019 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 41

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 11154

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja

registrert oppgavetittelen

på norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 10

Andre medlemmer i gruppen: 42

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

«Er det rom for omsorg?»

«Is it room for caring?»

Kandidatnummer 41 & kandidatnummer 42

Bachelor i sykepleie

FHS institutt IHO Desentralisert sykepleie

Innleveringsdato: 10.05.2019

Veileder: Kristin Mo

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

«Alt levende liv klinger ut med en appell om å bli ivaretatt, selv om det ikke alltid gis rom for å kunne høre tonens «klingen ut» i sykehusenes hastige rom. For lyd som blir til toner, krever tid, som varighet og variasjon, pause og rytme» (Løgstrup, 1976, s. 11).

Sammendrag

Bakgrunn: Helse- og omsorgssektoren engasjerer oss alle og blir ofte sett på som kjernen i velferdsstaten. Vi har begge erfaring fra korttidsavdeling i sykehjem og har selv opplevd å stå i situasjoner der effektivitetskravene overskygger den helhetlige pasienttilnærmingen. Med dette ønsket vi å se på årsaker til hvordan korttidsavdelinger styres fra et organisatorisk perspektiv og hva dette gjør med sykepleien som utøves nærmest pasienten.

Problemstilling: På hvilken måte har samhandlingsreformen påvirket sykepleiers mulighet til å yte faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp til eldre i korttidsavdeling i sykehjem?

Hensikt: Tilegne oss kunnskap og forståelse om hvilke forventninger og krav samhandlingsreformen setter til sykepleiere i kommunale korttidsavdelinger på sykehjem.

Metode: Vi har benyttet litteraturstudie som metode og inkludert seks kvalitative artikler gjennom databasene CINAHL, Medline og Oria. For å forstå omsorgsbegrepet har vi studert Kari Martinsens omsorgsfilosofi.

Resultat: Sykepleier i korttidsavdeling opplever en endret pasientgruppe og høyere krav til effektivisering. Dette utfordrer sykepleieres verdigrunnlag og fører til at sykepleiere ofte må prioritere oppgaver og prosedyrer fremfor en helhetlig tenkning.

Avslutning: Etter implementeringen av samhandlingsreformen oppstod det en endret ansvarsfordeling, og primærhelsetjenesten overtok oppgaver som tidligere var tildelt spesialisthelsetjenesten. Dette innebar blant annet at pasientene ble skrevet ut til kommunene tidligere i behandlingsforløpet og medførte et større behov for avansert sykepleie. Sykepleiernes verdier blir utfordret av krav til effektivisering og et økende tidspress, samt mangel på kompetanse og ressurser.

Nøkkelord: Samhandlingsreformen, sykepleierverdier, Kari Martinsen, omsorg, effektivisering, sykepleiers erfaringer

Abstract

Background: The health and care sector engages us all and is often seen as the core of the welfare state. We both have experiences from a short-term ward in nursing homes, and have experienced being in situations where efficiency requirements overshadow the holistic patient approach. With this in mind, we wanted to look at the underlying causes of how short-term wards are effected from an organizational perspective and how it effects the nursing perspective.

Research question: In what way has the Coordination Reform effected nurses' ability to provide professionally and caring help for the elderly in short-term wards in nursing homes?

Purpose: Develop knowledge and understanding of expectations and demands the Corrdination Reform put into nurses employed in short-term wards in nursing homes.

Method: We have used literature study as a method and included six qualitative articles through the databases CINAHL, Medline and Oria. To understand the concept of care, we have studied the care philosophy of Kari Martinsen.

Results: Nursing in the short-term wards experiences a changed patient group and higher demands for efficiency improvement. This challenges nursing values and causes nurses to often prioritize tasks and procedures rather than holistic thinking.

Conclusion: Following the implementation of the Coordination reform, a changed division of responsibility arose, and the primary health service took over tasks that were previously assigned to the specialist healthcare service. This meant, among other things, that the patients were discharged to the municipalities earlier in the course of treatment, and resulted in greater need for advanced nursing. Nurses' values are challenged by demands for efficiency and increasing time pressure, as well as a lack of competence and resources.

Keywords: The Coordination reform, nursing values, Kari Martinsen, nursing care, effectiveness, nurses experience

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
Abstract.....	4
1.0 Introduksjon.....	7
1.2 Begrunnelse for valg av tema.....	10
1.3 Hensikt med oppgaven og sykepleiefaglig relevans.....	10
1.4 Presentasjon av problemstilling	11
1.5 Avgrensing og konkretisering	11
2.0 Metode	12
2.1 Metodeorientering og metodebeskrivelse	12
2.2 Søk og søkehistorikk	13
2.3 Analyse og syntese	13
2.4 Kildekritikk	14
2.5 Metodekritikk	14
2.6 Etske overveielser	15
3.0 Teori	16
3.1 Kari Martinsens omsorgsfilosofi.....	16
3.2 Omsorgsarbeid tar tid	18
3.3 Helhetlig sykepleie og omsorg.....	19
3.4 Faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp	20
3.5 Korttidsavdeling i sykehjem.....	21
3.6 Konsekvenser av tidlig utskrivelse fra sykehus.....	22
4.0 Resultat.....	24
4.1 Økt kompleksitet i pasientgruppen og i sykepleierfaglige oppgaver	24
4.2 Kompetanseutfordring	25
4.3 Tidspress og prioriteringer.....	25
4.4 Ledelse, organisering og samhandling	26
4.5 Sykepleiens verdigrunnlag.....	27
5.0 Diskusjon	28
5.1 Sykepleiere i korttidsavdeling møter en endret arbeidshverdag	28
5.2. Kompetanseutfordring og forskyvning av oppgaver.....	31

5.3 Er det rom for å bli engasjert i den andre – sykepleieverdier under press?.....	34
5.4 Hvordan kan sykepleiere arbeide faglig forsvarlig og omsorgsfullt?.....	37
6.0 Avslutning	39
7.0 Bibliografi	41
8.0 Vedlegg	45
8.1 Vedlegg 1: PICO-skjema	45
8.2 Vedlegg 2: Søkehistorikk	46
8.3 Vedlegg 3: Søkematriser.....	49

1.0 Introduksjon

Omsorgsfilosof Kari Martinsen beskriver sykepleie som en personorientert profesjonalitet. Dette handler om profesjonell yrkesutøvelse som kombinerer solide fagkunnskaper med å investere av seg selv og engasjere seg i den andre og dens pårørende (Martinsen, 2000, s. 10-14). I sitatet innledningsvis beskriver den danske filosof og teologen Knud Ejler Løgstrup hvordan mennesket er avhengig av gode relasjoner og understreker viktigheten av å lytte og engasjere seg i den andre. Martinsen omtaler sykepleiers funksjon som en samklang med pasienten. I møte med pasientkroppens inntrykk, ligger det en fordring til at sykepleier former sin kropp og finner harmoni i rytme og puls for at hjertelag og pleiende håndlag virker sammen (Martinsen, 2017, s. 22).

Framtidens helse- og omsorgsutfordringer, med en stadig økende eldre befolkning, knyttes til både det samfunnsøkonomiske og det pasientrettede perspektivet og vil i fremtiden prege samfunnets bæreevne. En felles idé om å overføre prinsipper for ledelse og økonomisk styring fra privat- til offentlig sektor, tok feste i *ny offentlig ledelse*, New Public Management (NPM) tenkning. Styringsideologiens formål har vært å effektivisere, samtidig som den skal øke tilfredshetsheten hos pasienter gjennom strengere kvalitetskrav og brukerreteigheter. For å oppnå effektivitet og kvalitet, har NPM blitt bygget på liberalistiske ideer om konkurranse parallelt med systemer for kontroll, rapportering og styring. Dette kan ha styrt utviklingen av helsetjenesten fra human- til økonomisk tenkning (Orvik, 2015, s. 32).

Kvalitet i sykepleien handlet tradisjonelt om å sikre faglig kompetanse gjennom utdanning, hvor personsentrert sykepleie er en av komponentene som skal ta størst plass i yrkesutøvelsen. Etter innføring av NPM, innebar det et økt effektivitetskrav til sykepleien som ytes. NPM har medført en stor endring, da helsepersonell må forholde seg til en organisasjonsvirkelighet med et større krav til effektivisering, samtidig som en skal holde på profesjonens kjernekompetanse; personsentrert sykepleie, pasientsikkerhet, kvalitetsutvikling, samarbeid i team og evidensbasert praksis (Orvik, 2015, ss. 32-37). Kvalitet i tjenesten innebærer også krav og forventninger til helsetjenesten (Øgar & Hovland, 2004, s. 23).

I 2012 ble St. Meld. nr. 47 «Samhandlingsreformen» iverksatt som en reform for å møte framtidens utfordringer, og er bygget på en NPM tenkning. Samhandlingsreformens kjerne bygger på tre hovedutfordringer; pasientenes behov for koordinerte tjenester, forebygging og tidlig intervensjon, samt utfordringen den demografiske utviklingen skaper (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009 s. 13-24). Helse- og omsorgstjenestenes verdigrunnlag skal ha et likeverdig tjenestetilbud over hele landet, uavhengig av alder, kjønn, økonomisk og etnisk bakgrunn (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 51). Dette er nedfelt i lov om pasient- og brukerrettigheter som sikrer befolkningen lik tilgang til tjenester av god kvalitet, samt ivareta den enkeltes liv, integritet og menneskeverd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, § 1-1).

Samhandlingsreformen utfordrer til en ny kommunerolle, blant annet å avlaste spesialisthelsetjenestens mange oppgaver. Pasientene blir skrevet ut tidligere enn før, noe som resulterer i et økende antall oppgaver for kommunenes helsetjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 55-57). Forskrift om utskrivningsklare pasienter har som formål å bedre arbeidsfordelingen mellom tjenestenivåene i helse- og omsorgstjenesten. Forskriften skal medføre gode pasientforløp og kostnadseffektive løsninger (Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter, 2011, § 1). Kommunen skal tilby et pasientforløp på beste effektive omsorgsnivå (BEON) som inkluderer en helhetlig tenkning med forebygging og tidlig intervensjon, samt tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 26). Etter innføring av samhandlingsreformen har pasientgjennomstrømningen økt og tjenestene ivaretar flere pasienter enn tidligere. For kommunene har pasientene et større pleiebehov og krever tettere oppfølging, noe som utgjør en bredere kompleksitet i kommunehelsetjenestens oppgaver (Haukelien, Vike, & Vardheim, 2015, s. 52-57).

For å endre behandlingsmønsteret mellom spesialist- og primærhelsetjenestene trer korttidsavdelingene på sykehjem fram som en viktig arena. Målene for korttidsavdelingene er ofte at pasientene skal få behandling og oppfølging over en begrenset tidsperiode, slik at pasientene etter oppholdet er i stand til å bo hjemme igjen (Killie & Debesay, 2016, Bakgrunn, 5 avsnitt, upaginert). Et økende antall syke eldre, samt redusert liggetid i sykehus gjør at de sykepleierfaglige oppgavene i korttidsavdeling blir langt mer komplekse

(Haukelien, Vike, & Vardheim, 2015, s. 7). Kompleksiteten skyldes at de eldre har flere sykdommer (multisykelighet) og dermed større hjelpebehov i form av pleie, omsorg og behandling. Den multisyke eldre bruker ofte flere legemidler, noe som øker risiko for både interaksjoner og bivirkninger. I tillegg har pasientene økt risiko for akutt sykdomsforverring, økt risiko for inaktivitet, depresjon, ernæringssvikt, funksjonssvikt og dødelighet. Å gi sykepleie til multisyke eldre er en utfordring, fordi flere faktorer påvirker pasientens tilstand samtidig (Ranhoff, 2016a, s. 84-88). Sykepleiers kunnskaper om kroppens fysiologi, patofysiologi, medisinske symptomer, diagnoser og behandling er grunnleggende for å kunne observere, vurdere og iverksette tiltak (Holter I. M., 2015, s. 112).

Å arbeide med eldre krever at helsepersonellet har tilstrekkelig kunnskap om hva det betyr å være gammel, hjelpetrengende og avhengig av andre. I tillegg må helsepersonellet ha forståelse for at eldre ofte har spesielle utfordringer knyttet til sykdom og aldring. Gode møter med eldre forutsetter et menneskesyn som bygger på en solid etisk forståelse, samt kunnskaper om organisatoriske betingelser som kan gi rom for å utøve god sykepleie (Kirkevold, 2016a, s. 27). Å ha ansvar for syke krever kunnskap om omsorg og forståelse for hvordan en som sykepleier kan ta vare på andres liv i ethvert møte med mennesker (Martinsen, 2005, s. 137). I arbeid med multisyke eldre opplever vi at sykepleiers grunnleggende verdier kommer i skyggen av kravene til effektivisering og en større oppgavebelastning. I begynnelsen av april 2019 var vi heldige å få møte Martinsen. Vi fikk belyst vår problematisering av tema om effektiviseringskravene og helsepersonellovens krav om faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp i en travel korttidsavdeling på sykehjem. Vi pratet om den nyeste bokutgivelsen hennes «Bevegelig berørt» og vi legger merke til at hun legger til «tilstede», «Bevegelig berørt, tilstede» hver gang hun omtaler boken. Vi pratet om sykepleierens bevissthet om travelheten, og om den paradoksale fremstillingen av tid og tilføring av oppgaver. Martinsen fremsto engasjert da vi delte egne erfaringer om det å stoppe opp i hastigheten og være sanselig tilstede i rommet. Hun sa at omsorgsarbeid krever tid og langsomhet.

1.2 Begrunnelse for valg av tema

Etter fordypningspraksis og erfaring fra korttidsavdeling på sykehjem, ser vi at pasientene som blir skrevet ut fra spesialisthelsetjenesten har komplekse helsetilstander, dette utfordrer kravene til kompetanse og evne til god prioritering og organisering av arbeidet. Vi opplever til tider at pasientene skrives tidlig ut fra sykehus, og vi erfarer at det mangler viktig pasientinformasjon til hvordan sykepleier skal håndtere de eventuelle utfordringene som oppstår. Vi har erfart at det ofte er mye som er uavklart når det gjelder pasientens helsetilstand, og at det forekommer tilfeller hvor spesialisthelsetjenesten fokuserer på innleggelsesårsaken og ikke hele pasienten. Denne erfaringen støttes av flere av utvalgte artikler (Hellesø & Melby, 2013, s. 225; Haukelien, Vike, & Vardheim, 2015, s. 60). Tiden som sykepleier kunne brukt hos pasienten, blir benyttet til å lete etter informasjon, dokumentasjon og lange telefonsamtaler, samt krav om utfylling av en rekke skjema. Vi opplever at sykepleier, på grunn av travelheten, kan være fysisk tilstede uten å være tilstede.

I løpet av sykepleierutdanningen har vi lært at vi skal se den helhetlige pasienten og mennesket bak sykdommen. Vi skal ikke objektivisere og kategorisere dem ut i fra en prosedyre eller sykdom. Vi opplever at det i en krevende korttidsavdeling er begrenset tid til å prioritere pasientens psykososiale behov, da sykepleiers ansvarsområder og oppgavebelastning gjør arbeidshverdagen travel. Desentralisert sykepleie ved Høgskulen på Vestlandets visjon er at "Vi skal utdanne stolte sykepleiere som etterspørres for sin kompetanse, sitt hjertelag og sitt mot" (Høgskulen i Bergen, 2008). Hva skjer når sykepleieres kompetanse, hjertelag og mot blir utfordret i praksis?

1.3 Hensikt med oppgaven og sykepleiefaglig relevans

Pasientens komplekse behov, nye arbeidsoppgaver og høyere krav til kompetanse, utfordrer omsorgsperspektivet i sykepleien og lovverket som setter krav til at sykepleier skal yte faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp. Med denne oppgaven ønsker vi derfor å presentere et litteraturstudie som skal diskutere faglig forsvarlighet og omsorg til sårbare, eldre pasienter som er innlagt i korttidsavdeling på sykehjem. Vi finner også andre som er interessert i samme tematikk, og Per Nortvedt har skrevet en artikkel for sykepleien under tittelen;

«Inkluderer faglig forsvarlighet omsorgsfull sykepleie?» (Nortvedt, 2010). Vi spør oss derfor hva er sykepleie uten en god kombinasjon av faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp?

1.4 Presentasjon av problemstilling

Med ovennevnte erfaring og kunnskap ønsker vi derfor å fordype oss i følgende problemstilling: «På hvilken måte har samhandlingsreformen påvirket sykepleiers mulighet til å yte faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp til eldre i korttidsavdeling i sykehjem?»

1.5 Avgrensing og konkretisering

I denne oppgaven har vi valgt å legge fokus på sykepleier som arbeider i avdeling og hvordan sykepleiers verdier blir påvirket i en tid hvor helse- og omsorgstjenestene er i endring. Ettersom det valgte temaet er svært omfattende, har det vært nødvendig å avgrense til sykepleiers oppgaver og utfordringer knyttet til arbeid i korttidsavdelinger i Norge etter samhandlingsreformen ble iverksatt i 2012. Det kunne vært interessant å undersøke hvordan helsereformer påvirker drift og praksis i andre land, men grunnet oppgavens omfang er det ikke mulig å inkludere dette.

2.0 Metode

Vi vil i dette kapitlet redegjøre for vår fremgangsmåte til funn av relevant litteratur.

Metode kan defineres som en systematisk fremgangsmåte for å samle inn informasjon og kunnskap som belyser en problemstilling. En metode skal kunne etterprøves og må derfor være presist formulert, slik at andre skal kunne komme fram til samme konklusjon (Thidemann, 2015, s. 76).

2.1 Metodeorientering og metodebeskrivelse

I denne oppgaven har vi analysert et utvalg artikler knyttet til tema vi ønsket å fordype oss i. Denne formen for metode kalles en allmenn litteraturoversikt, og bygger på sekundærkilder (Thidemann, 2015, s. 81). Sekundærkilder eller sekundærdata baserer seg på data som er samlet inn av andre og finnes i bøker, tidsskrifter, databaser og lignende (Thidemann, 2015, s. 77). Innen metode finnes både kvalitative og kvantitative tilnærminger. Både kvalitative og kvantitative metoder bidrar på hver sin måte til forståelse av temaet man ønsker å undersøke (Dalland, 2017, ss. 52-53). I kvantitativ metode brukes det objektive data som er målbare, i motsetning er kvalitativ metode en tilnærming som får frem nyanser; opplevelser, erfaringer, meninger, holdninger, forventninger og tanker (Thidemann, 2015, ss. 77-78). Etersom vi ønsket å undersøke erfaringer sykepleierne/sykepleieperspektivet knyttet til arbeid i korttidsavdeling, var artikler av kvalitativ tilnærming de artiklene som gav oss best utbytte – og som ble inkludert. Vi har dog lest mange artikler av kvantitativ tilnærming, noen av disse er blitt benyttet til å tallfeste og underbygge argumenter i oppgaven, men er ikke inkludert i resultatanalysen (Thidemann, 2015, s. 79).

Oppgaven er strukturert i henhold til IMRaD. IMRaD-struktur er en anerkjent disponering av tekst og har en tydelig ramme. IMRaD står for Innledning/Introduksjon, Metode, Resultat (and) Diskusjon. I introduksjonen presenteres hovedhensikten med studien (I), deretter en oppsummering av metoden (M), så presenteres resultatene (R) og avslutningsvis er det presentert en evaluering eller diskusjon av resultatene (D). Det er også vanlig at man benytter et sammendrag for å gi leseren et kort innblikk i hva som skal presenteres (Thidemann, 2015, ss. 30-31). IMRaD struktur bidrar til å holde oppgaven ryddig og oversiktlig (Thidemann, 2015, ss. 68-72).

2.2 Søk og søkehistorikk

For å optimalisere problemstillingen slik at den blir presis og søkbar, har vi benyttet oss av PICO-skjema (vedlegg 1). Bokstavene i PICO står for: patient/problem, intervention, comparison og outcome. Patient/problem beskriver hvem oppgaven gjelder. Intervention er hva oppgavens fokus dreier seg om. Comparison involverer sammenligning, dersom dette inkluderes i oppgavens problemområde, og outcome beskriver resultater eller effekt av tiltak (Thidemann, 2015, s. 86-87).

For å komme fram til aktuelle søkeord på engelsk, har vi benyttet oss av MeSH (Medical Subject Headings). Dette er et verktøy for begrepsforståelse av helsefaglige og medisinske termer på norsk og engelsk, og som muliggjør enkle søk av god kvalitet (Helsebiblioteket, 2018). Ordene som vi har kommet fram til via MeSH har vi brukt når vi har søkt etter forskningsartikler i de ulike databasene. Ettersom MeSH, og i artikler generelt, ikke har et godt søkeord for korttidsavdeling, har vi valgt å benytte "nursing home" da vi utførte søk.

Vi har søkt etter forskningsartikler i databaser som MedLine/PubMed, SveMed+, Cinahl, Oria og Ovid, og inkludert seks kvalitative artikler fra MedLine, Oria og Cinahl. Vi har kun inkludert artikler som gir oss "open access" gjennom Høgskulens nettbibliotek. For å systematisere søket og gi oss en bedre oversikt over hvilke søkeord som har vært benyttet, har vi utarbeidet en matrise for søkehistorikk (vedlegg 2). Å søke etter artikler har vært noe utfordrende, det skrives mye om faglig forsvarlighet, men lite i kombinasjon med omsorgsperspektivet. Dette har bidratt til å gjøre oss mer faglig nysgjerrig og engasjert gjennom arbeidet vårt. Vi har brukt Kari Martinsens omsorgsfilosofi for å problematisere omsorgens plass i sykepleien i korttidsavdeling på sykehjem.

2.3 Analyse og syntese

Analyse innebærer å granske og tolke hva artiklene ønsker å fremme. Et godt arbeidsverktøy har vært å føre artiklene inn i en litteraturmatrise (vedlegg 3). Matrisen inneholder artiklenes forfatter(e), hensikt med studiet, metode, deltakere og resultat.

Litteraturmatrisen er til hjelp for å synliggjøre likheter og forskjeller, mønstre og sammenhenger. Det er derfor hensiktsmessig å benytte en slik matrise for analyse av artiklene, i tillegg bidrar den til å sette sammen resultatene på en ny måte (Thidemann,

2017, s. 91-94). Dette kalles syntese og innebærer at en skaper en ny og logisk sammenheng av tekstmateriale som bidrar til å belyse problemstillingen (Thidemann, 2017, s. 57-58). Vi har valgt å presentere resultatene i en tematisk oversikt. Dette mener vi er mest oversiktlig for oppgaven.

2.4 Kildekritikk

Kildekritikk er å fastslå om opplysningene som framkommer er sanne, og at opphavet er troverdig (Dalland, 2017, s. 152). De kvalitative forskningsartiklene som er inkludert i vårt litteraturstudie er vurdert etter Folkehelseinstituttets sjekkliste for kvalitativ forskning (Folkehelseinstituttet, 2014). Vi har benyttet NSDs publiseringskanal for å evaluere tidsskriftnivå på artiklene som er presentert i oppgaven, hvor tidsskrifts nivå 1 og 2 er godkjent og inkludert.

2.5 Metodekritikk

Å utføre et litteraturstudie baserer seg på sekundærkilder, altså et studie som grunner på andres forskning (Thidemann, 2017, s. 80). En positiv egenskap med et slikt studie er at kildene er lett tilgjengelig for leseren, men ulempen er at resultatene i oppgaven baserer seg på det noen andre har valgt å forske på. Noen av forskningsartiklene er skrevet på engelsk og dette kan medføre feiltolkninger. Det har derfor vært svært viktig å lese artiklene grundig, og benytte ordbok dersom ord og uttrykk var utydelig eller vanskelig å forstå. For å forebygge feiltolkninger av engelske artikler, har vi lest artiklene hver for oss og diskutert innhold og forståelse. Vi har etter beste evne forsøkt å forstå, og er ydmyk i hvordan vi tolker funnene.

Ettersom vi har begrenset erfaring med litteraturstudie som metode, kan dette også være en svakhet i oppgaven. Vår erfaring med artikkelsøk, utforming av søkeord og kombinasjonen av dem, kan ha ført til at relevant forskning har blitt ekskludert. Siden vi har erfaring fra korttidsavdeling og ser utfordringene fra dette perspektivet, kan dette ha hatt en påvirkning til tolkning av funn.

2.6 Etiske overveielser

Forskningsetikk innebærer en vurdering av forskning i henhold til samfunnets verdier og normer, samt ivaretagelse av personvern slik at de/den som deltar ikke utsettes for unødige belastninger. Etiske overveielser og riktig bruk av personopplysninger er forutsetningene for et godt samarbeid med mennesker som ønsker å dele sine opplevelser og erfaringer (Dalland, 2017, s. 236). Alle artiklene inkludert i vårt litteraturstudie er anonymisert av forfatter(ne) for å ivareta personvern og det informeres at studiene er godkjent av Personvernombudet for forskning ved Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD), med unntak av «Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenester. Sykepleiers erfaringer» av Haukelien, Vike og Vardheim som er en forskningsrapport.

Gjennom arbeidet har vi etter beste evne overhold akademiske normer for kildehenvisning, og benyttet oss av bibliotekets tjenester for riktig kildebruk (Thidemann, 2015, s. 12).

3.0 Teori

I dette kapittelet skal vi presentere relevant teori knyttet til oppgavens problemstilling. Som sykepleierteoretisk forankring har vi valgt å benytte omsorgsfilosof Kari Martinsen.

Martinsen bygger store deler av sin omsorgsfilosofi på Løgstrup. Martinsens omsorgsfilosofi bygger på en fenomenologisk tilnærming og knytter seg tett opp imot filosofene Edmund Husserl og Theodor Lipps og læren om livsverdenen og kroppen (Martinsen, 2003b, s. 103-134). Fenomenologiens fundament handler om menneskets intersubjektive, sanselige og talende tilknytning til andre (Martinsen, 2003b, s. 103). Etterhvert som vi har lest og reflektert over Martinsens bøker gjennom snart fire år, har vi forstått at det vi opplevde var metaforiske ord og setninger, inneholder mye klok kunnskap som vi har stor nytte av. Vi har derfor valgt Martinsens omsorgsfilosofi som en del av den teoretiske basen i oppgaven.

3.1 Kari Martinsens omsorgsfilosofi

Selve ordet «filosofi» betyr kjærlighet til visdom (Tranøy & Alnes, 2019). Filosofi blir ofte benyttet som et redskap for å belyse tenkningen rundt et begrep. Samtidig er filosofi et teoretisk redskap for å analysere grunnleggende momenter ved vår tilværelse. Analysene kan føre oss nærmere en forståelse for begrepet. Omsorg er et begrep nært tilknyttet sykepleiefagets grunnleggende verdier og er et begrep som rent språklig er sammensatt av «om» og «sorg». Slik vi forstår Martinsen oversetter hun omsorgsbegrepet som «omtenksomhet», «å bekymre seg for», der sorg betyr mer å *sørge for* enn å «sørge».

Martinsen beskriver omsorg sterkt forbundet med nestekjærlighet (Martinsen, 2003a, s. 14), som «drivende og bærende kraft i sykepleien» (Martinsen, 2000, s. 15). Hun sier at omsorg handler om tillit i relasjoner, om moral og om å yte praktisk handling (Martinsen, 1990, s. 94). Martinsen deler altså omsorgsbegrepet inn i tre dimensjoner. Hun sier at omsorg er relasjonelt, moralsk og praktisk betinget (Martinsen, 2003a, s. 14-15). Den relasjonelle delen av omsorgsbegrepet handler om menneskets avhengighet av andre som beskrives som en generalisert gjensidighet. Med generalisert gjensidighet mener Martinsen at man som menneske «sørger for» den andre, uten at en forventer noe tilbake, ei heller et resultat av handlingen (Martinsen, 2003a, s. 16). Omsorgens moralske side handler om sykepleiers livsførsel og de holdninger og verdier som integreres i oss. Moralsk omsorg handler også om

hvordan sykepleier håndterer sin posisjon som maktperson, med sin kunnskap og autoritet. Sykepleier skal i følge Martinsen kunne bytte rolle med den sårbare, noe som forplikter til handling der den sårbares posisjon kan endres, slik at muligheten for å leve det beste liv ivaretas. Slik vi forstår Martinsen mener hun at omsorgsarbeidet har en moralsk side som er basert på en bevissthet om kunnskap og verdier, der ulikhetene mellom mennesker reduseres. Den praktiske dimensjonen av omsorgsbegrepet handler om sykepleiers ansvar for svake, og kan ikke nevnes uten å bringe inn historien om «den barmhjertige samaritan» (Martinsen, 2003a, s. 15-18). I historien ligger en skadet mann langs veien. Tre forbipasserende ser mannen på tre ulike måter, to av dem ser mannen og går rett forbi. Samaritanen så med åpne og mottakende øyne med medynk og kunne ikke la være å handle på bakgrunn av det han sanset. Hele kroppen hans ble berørt – han så med hjertets øye (Martinsen, 2003a, s. 15-18). Samaritanen så med øyne som ikke gjorde forskjell, men som likevel gjorde en forskjell (Martinsen, 2000, s. 24-26). Slik vi forstår samaritanens øye er ikke forskjellighet og likhet motsetninger, men harmonerer sammen for å kunne behandle alle mennesker likt. Vi tenker dette er grunnleggende for alt menneskelig liv og menneskeverdet. For å behandle alle mennesker likt, må man behandle alle mennesker ulikt fordi alle mennesker er forskjellige og har behov for å bli sett ulikt. Begrepene likhet og forskjellighet er dermed slik vi forstår avhengig av hverandre.

Martinsen presenterer tre øyne som ser på flere måter. Øyet som sanser og ser etter faglig er et oppmerksomt øye som gir hvert menneske betydning, ved at den som sanser leter etter det spesielle ved dette mennesket. Martinsen mener sykepleier skal se etter faglig ved å være opptatt av det som er felles i det forskjellige og hvordan det som er felles ulikt fremtrer i hver enkelt situasjon. Den sanselige kan ikke trekke seg, men må stå i situasjonen, være deltakende oppmerksom og finne den avstand som er nødvendig for faglig praksis. Løgstrup omtaler dette som urørlighetssonen og beskytter menneskets integritet (Martinsen, 2005, s. 31-32). Hvis sykepleier ikke bruker sansningen og ser etter faglig vil det registrerende øye stille seg utenfor situasjonen, der hun bare ser det som er likt og kan klassifiseres eller defineres (Martinsen, 2000, s. 29-30). Det registrerende øye forstår vi på den måte at sykepleier ikke gjør forskjell i det som er likt. Dette bidrar til å overse enkeltindividets individuelle behov. Hvis sykepleier ser pasienten med et deltakende og oppmerksomt øye, kan hun se pasientens tilstand for å vurdere hva han er best tjent med

(Martinsen, 2000, s. 29-30). Det deltakende og oppmerksomme øye forstår vi som å se alle pasienter som unike og handle situasjonsbetinget. Dette innebærer å yte faglige forsvarlig og omsorgsfull sykepleie etter pasientens behov.

Martinsen beskriver «å se med hjertets øye» som et sansespill der øyet ser deltakende oppmerksomt og er sjelens speil. Samaritanen sanset og tok imot en appell om å hjelpe den sårede. Med dette mener Martinsen at det er en etisk makt i sansningen som stiller krav, fordi sansningen er identifiserende (Martinsen, 2000, s. 18-20). Vi tenker motsetningen til dette ville vært om sykepleier unngikk å se den andres lidelse, slik som de to andre i historien gjorde. De så den sårede, men unngikk å se lidelsen og vedkjenne seg plikten til å handle. De så ikke med hjertets øye. Martinsen mener omsorg står nært knyttet til ens egne erfaringer for å forstå den andre (Martinsen, 2003a, s. 76).

Historien om den barmhjertige samaritan belyser i følge Martinsen to sider. Den barmhjertige samaritan deltar praktisk i den såredes lidelse og stiller seg ikke utenfor. Samaritanen er barmhjertig og handler situasjonsbetinget og utfører en konkret handling og syntes ikke bare synd på. Den andre siden ved historien handler om å gi betingelsesløs hjelp (Martinsen, 2003a, s. 15-18). Slik vi forstår historien, handler samaritanen på bakgrunn av sine verdier og holdninger til dem som er såret eller sårbar. Han ser og åpner sansene for å ta imot det som kommer til han og handler betingelsesløst ut i fra dette. Vi tenker at samaritanen handler med en grunnforståelse om at hans posisjon som hjelper har en makt ovenfor den sårede og står forpliktet til å handle ut ifra det han ser.

3.2 Omsorgsarbeid tar tid

Utfordringen for sykepleier handler ofte om å innstille seg på langsomhet for å kunne være sanselig og oppmerksomt tilstede for å kunne observere og se pasienten og ta imot de inntrykk den prøver å formidle (Martinsen, 2018, s. 49). I Martinsens siste bokutgivelse «Bevegelig berørt» (2018) skriver hun nærmere hva tidsforståelse betyr for profesjonelles arbeidshverdag, samt hva tidsforståelsen gjør med sykepleierens forhold til pasientene (Martinsen, 2018, s. 40). Martinsen beskriver tidsforståelsen ved bruk av blant annet den tyske sosiologen Hartmut Rosa. Han beskriver det moderne liv som et kapitalistisk markedssystem der tid skal gjøres om til penger, og prestasjoner er et avgjørende

konkurransesprinsipp (Rosa, 2014, s. 35). Helsepersonell skal prestere mer på kortere tid, blant annet ved bruk av ny teknologi. Den nye teknologien beskrives som en reaksjon på et økende problem med lite tidsressurser, og er ikke påtvingende i seg selv, men gir en mulighet for å akslerere og utøve mer (Martinsen, 2017, s. 29). Teknologien og teknologiske hjelpemidler skal gi en økonomisk gevinst og det ligger ifølge Rosa en forventning om at dette vil medføre tidsbesparelse. Videre formidler han at der man får mer tid, får en enda flere oppgaver og krav, noe som fører til en paradoksalt effekt. Med dette mener han å peke ut en retning for oppnåelse som samtidig hindrer en fra å nå målet (Rosa, 2014, ss. 84-85). Som følge av tidspresset kan sykepleiers faglige skjønn bli satt under press (Martinsen, 2012, s. 134-135). Skjønnen beskrives som å være åpen for det som kommer til deg og å være sanselig tilstede, her og nå. Sanselig tilstede ved å se, lytte og berøre den andre (Martinsen, 2003b, s. 144). Martinsen beskriver presset som at kroppen, tiden, kulturen og naturen sammenstøtes (Martinsen, 2018, s. 46). Slik vi forstår hastigheten i pasientrommet er det utfordrende som sykepleier å være tilstede i rommet, slik at pasientens behov blir sett og ivaretatt. Travelheten kan medføre at sykepleiers grunnleggende verdier mot lydigheten til klokken kan presse sykepleier bort fra pasientens krav og behov (Martinsen, 2012, s. 134-135). For som Martinsen sier; «Omsorg tar tid» (Martinsen, 2003a, s. 16).

3.3 Helhetlig sykepleie og omsorg

Grunnleggende for sykepleiefaget er respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Omsorg og barmhjertighet, respekten for pasientens opplevelse, verdier, ønsker og behov bidrar til å bevare pasientens integritet og verdighet (Kirkevold, 2016c, s. 106). Eldre er rike på erfaringer både på godt og vondt og har ofte en lang historie med gleder og sorger. Både de gode og vonde dager avleires i kroppen og følger mennesker gjennom livet (Kirkevold, 2016a, s. 25). Aldring og kombinasjoner av sykdommer påvirker pasientens livskvalitet, livsfunksjon og livslengde. Sykepleier må, dersom det er mulig, sammen med pasienten sette mål for sykepleien og den medisinske behandlingen. Det er viktig at målet for sykepleien er godt gjennomtenkt, fordi eldre pasienters mål som regel innebærer å forbedre eller bevare funksjon og livskvalitet. Med dette tatt i betraktning, må sykepleier ha en helhetlig tilnærming i møte med eldre med funksjonsnedsettelse, aldersforandringer og sykdommer i kombinasjon (Ranhoff, 2016a, s.

88).

4. mai 2018 la Stortinget fram en kvalitetsreform (St. Meld 15) de navnga «Leve hele livet». Reformen tar utgangspunkt i hva som er viktig for den enkelte eldre og skal gi trygghet til å gi dem hjelp når det er behov. Reformen medfører ikke at kommunene får nye oppgaver, men handler om å endre praksis ved å omstille og kvalitetsutvikle nåværende virksomhet. Denne reformens løsninger skal bidra til bedre og mer effektive tjenester med et mindre omfattende tjenestebehov hos befolkningen på sikt (s. 66). «Leve hele livet» skal samtidig sørge for at eldre har god helsetilstand og opplever god livskvalitet. Kvalitetsreformen skal også sørge for at ansatte får brukt sin kompetanse og opplever at de gjør et faglig sterkt arbeid samtidig som de trives i arbeidsmiljøet (s. 10). I denne reformen, som er den siste meldingen fra helse- og omsorgsdepartementet, beskrives det at helse- og omsorgstjenestene skal tilby personsentrerte tilnærminger og ivareta eldre som helhetlige mennesker (s. 25). Personsentrert tilnærming eller personsentrert omsorg handler om at den som møter den eldre har kunnskaper om pasientens livshistorie og erfaringer. Derfor må sykepleien være individualisert og tilpasset hver enkelt persons unike historie og formes etter det. Denne formen for individualisert sykepleie setter krav om at utformingen av den omsorgen som gis er original, i motsetning til å være rutine eller standardisert (Kirkevold, 2015, s. 202).

3.4 Faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp

Som sykepleier har vi plikt til å forholde oss til lovverkets ulike krav til yrkesutøvelse. Helsepersonelloven (1999, § 1) skal sikre at sykepleier utøver faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, samt bidrar til sikkerhet og kvalitet i hjelpen som ytes. I tillegg til lovverket har sykepleierne sin yrkesetikk. I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det følgende: «Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert» (Norsk Sykepleierforbund, 2011, s. 7). Sykepleieren har i følge International Council of Nurses etiske regler, fire grunnleggende ansvarsområder som er universelt. Sykepleier skal fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og lindre lidelse. For å utøve forsvarlig sykepleie har sykepleier et

personlig ansvar for å kontinuerlig holde egen kompetanse oppdatert på profesjonell kunnskap basert på forskning (Norsk Sykepleierforbund, 2011, s. 25-26).

I begrepet forsvarlighet ligger en faglig, etisk og rettslig norm for hvordan den enkelte bør utøve arbeidet. Det er ikke et statisk begrep, men en rettslig minstestandard, og en norm og rettesnor som utvikles over tid. Forsvarlighetskravet knyttes til den faglige kvaliteten på helsehjelpen, og til å vise respekt og omsorg for pasienten. Målet for den enkelte sykepleier og sykepleiertjenesten er å yte kvalitativ god pleie ut fra pasienten og pårørendes behov. Forsvarlighetskravet innebærer å gi faglig riktig sykepleie på den rette måten. Det forventes en holdning som ivaretar respekten for den enkelte hvor pasient og pårørende skal bli sett, hørt og anerkjent i den situasjonen de er i, og ut fra de valgene de har gjort. Sykepleiere skal til en hver tid arbeide for at pasienter blir behandlet og får oppfølging av personale med nødvendig og tilstrekkelig kompetanse. Hva som defineres som god sykepleiepraksis vil endre seg over tid, dette fordi fagutvikling og forskning er grunnlaget for en oppdatert kunnskapsbasert praksis (Flovik & Rokseth, 2015, s. 282-284).

Norsk Sykepleierforbund kom i april 2018 ut med et hefte der faglig forsvarlig og omsorgsfull sykepleie er beskrevet. Her kommer det fram at forsvarlig sykepleie består av flere faktorer der både juridiske, faglige og etiske elementer må være tilstede for å oppnå forsvarlighet. Sykepleiens grunnlag inneholder et myndighetskrav, yrkesetiske retningslinjer og relevant- og oppdatert kunnskap. Sykepleiepraksis inneholder også tre momenter; omsorgsfull sykepleie, pasient- og pårørendes behov og faglig kompetent sykepleie. Sykepleiere som er godkjent og autorisert står forpliktet til å følge kravene om faglig kvalitet basert på overnevnte verdier (s. 8-12).

3.5 Korttidsavdeling i sykehjem

Dersom en helse- og omsorgsfaglig vurdering tilsier at pasienten har behov for heldøgns pleie enten over en kortere periode eller permanent står det i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester at kommunen plikter å tilrettelegge for dette (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-2a).

Korttidsavdelinger i sykehjem har i lys av samhandlingsreformen en nøkkelfunksjon. I regi av kommunen er korttidsavdelingene et tilbud for pasienter som har behov for utredning,

behandling eller rehabilitering (Brodtkorb & Ranhoff, 2016, s. 199). Formålet med opphold i korttidsavdeling er at pasientene skal få den hjelpen de har behov for, for så å kunne klare seg hjemme igjen. Korttidsavdelingene tar i mot pasienter fra sykehus, via søknad fra fastlege eller hjemmesykepleie. Pasienter kan også søke om kontinuerlige rulleringsopphold for vedlikehold av funksjon og avlastning for pårørende. Helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, diagnostikk, behandling og oppfølging skal sørge for kommunens ivaretagelse av gode pasientforløp mellom de ulike helsetjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 15).

3.6 Konsekvenser av tidlig utskrivelse fra sykehus

Som nevnt innledningsvis i oppgaven, vil en økende eldre befolkning og flere mennesker med kroniske og langvarige sykdommer medføre at flere har behov for pleie- og omsorgstjenester etter endt opphold i sykehus. Selv om pasienter som skrives ut fra spesialisthelsetjenesten omtales som "utskrivningsklar", har begrepet utviklet seg til å omfatte pasienter i påvente av kommunalt tilbud (Hellesø & Melby, 2013, s. 223-224). Gruppen som kalles *utskrivningsklare pasienter* består av pasienter som har behov for videre oppfølging i kommunehelsetjenesten etter endt behandling i sykehus. Dette kan innebære innleggelse på institusjon (korttidsavdeling/rehabilitering) eller vedtak om tjenester/økt bistandsbehov fra hjemmesykepleietjenestene (Foss, 2016, s. 12). En forutsetning for utskrivelse av pasientene er at helsepersonell i sykehus og kommune har en entydig og avgrenset forståelse for hva det er å være, og når en pasient er utskrivningsklar (Hellesø & Melby, 2013, s. 224).

Som en konsekvens av samhandlingsreformen, har kommunal omsorg mottatt nye og mer krevende pasient- og brukergrupper (Foss, 2016, s. 12). Denne pasientgruppen har ofte omfattende behov for oppfølging og tilsyn, både medisinsk- og sykepleierfaglig (Haukelien, Vike, & Vardheim, 2015, s. 15). Reformen skulle stimulere helsesektoren til en bedre ressursutnyttelse ved at pasientene behandles på beste effektive omsorgsnivå. Dette skulle bidra til at kommunene bygde opp gode, lokale tilbud som legger til rette for behandling nært pasientens hjemsted (Foss, 2016, s. 42). Kommunen overtok ansvaret for pasientene når de er meldt utskrivningsklar. Dersom kommunen ikke kunne gi tilbud til utskrivningsklare pasienter innen 24 timer, ble kommunen pålagt til å dekke utgifter for utskrivningsklare

pasienter i form av dagsbøter. Innføring av kommunal betalingsplikt har bidratt til en kraftig økning i antall pasienter som overføres til kommunene. Mange kommuner opplever at de har vanskeligheter for å tilby et godt tjenestetilbud til pasienter som menes å være for tidlig skrevet ut fra sykehus (Foss, 2016, s. 57).

4.0 Resultat

De inkluderte artiklene tar for seg noen av konsekvensene samhandlingsreformen har hatt for kommunehelsetjenesten, og generelt ringvirkningene for sykepleiers yrkesutøvelse og verdier når tids- og arbeidspresset pågår. Funn fra forskningsartiklene er en del av grunnlaget for diskusjon av problemstillingen i neste kapittel. Funnene presenteres tematisk og artiklene er systematisk presentert i en litteratormatrise (vedlegg 3).

4.1 Økt kompleksitet i pasientgruppen og i sykepleierfaglige oppgaver

Som en konsekvens av samhandlingsreformen blir pasienter med komplekse helsetilstander skrevet ut til kommunen tidligere enn før (Glette, et al., 2018, s. 2). Sykepleierne opplevde at det oppstod en endret definisjon av hva "utskrivningsklare" pasienter syntes å være fra spesialisthelsetjenestens perspektiv (Killie & Debesay, 2016, Presentasjon av funn, avsnitt 3, upaginert). Korttidsavdelingen og rehabiliteringsavdelingsenheten er trolig dem som har merket samhandlingsreformen mest, for det er her presset til å ta i mot utskrivningsklare pasienter ligger. Det har også gjort det vanskeligere for hjemmeboende å få tildelt opphold for habilitering og vedlikehold av funksjoner (Haukelien, Vike, & Vardheim, 2015, s. 17).

Flere av artiklene hevder at en stor andel av pasientene som overføres til kommunen har et omfattende behov for tilsyn og oppfølging, både medisinsk og sykepleierfaglig. Dette krever at sykepleier må utføre avanserte sykepleierprosedyrer som medfører høyere arbeidsbelastning og krav til administrative oppgaver (Haukelien, Vike, & Vardheim, 2015, s. 15; Glette, et al., 2018, s. 2). Den økte arbeidsmengden utfordrer prioritering av oppgaver, og den helhetlige pasientbehandlingen blir nedprioritert når forebygging, rehabilitering og dokumentasjon tar større plass (Haukelien, Vike, & Vardheim, 2015, s. 55). Eldre som har behov for medmenneskelig kontakt, omsorg og tilsyn blir nedprioritert da all kompetanse blir benyttet til de alvorlig syke (Haukelien, Vike, & Vardheim, 2015, s. 58). Det framkommer også et betydelig ønske om opplæring og kompetanseøkning (Haukelien, Vike, & Vardheim, 2015, s. 34-35; Glette, et al., 2018, s. 9).

4.2 Kompetanseutfordring

På grunn av en økende kompleksitet i pasientgruppen, er et av de mest uttalte behovene som ble gjort uttrykk for; nødvendigheten for økt kompetanse hos sykepleiere og øvrige pleiepersonell (Killie & Debesay, 2016, *Behovet for kompetanse etter reformen*, avsnitt 1, upaginert; Haukelien, Vike, & Vardheim, 2015, s. 29; Glette, et al., 2018, s. 12). Sitatet under er beskrivende for dette funnet.

*”Som jeg har sagt tidligere, vi trenger ikke flere hender, vi gjør ikke det, det er jeg helt overbevist om. Men vi behøver kompetanse på disse hendene, i stedet for at det dukker opp situasjoner som, ”han her har jo fått kjempeødem i bena”, ”ja, sånn har jo bena vært i tre dager”, ”oj? Hvorfor har ingen sagt det”. (Killie & Debesay, 2016, *Behovet for kompetanse etter reformen*, avsnitt 3, upaginert”).*

Flere sykepleiere ytret et savn om å øke kompetanse gjennom samarbeid med spesialisthelsetjenesten, og begrunnet med at forventningen til samarbeid og samhandling var en sentral forutsetning for samhandlingsreformen (Killie & Debesay, 2016, *Behovet for kompetanse etter reformen*, avsnitt 1, upaginert). Det framkommer at økt kompetanse også innebærer å øke bemanning av sykepleiere, spesielt i helgene da bemannings situasjonen var ekstra sårbar (Glette, et al., 2018, s. 12).

4.3 Tidspress og prioriteringer

Tidspresset på korttidsavdelingen syntes å øke i takt med dårligere pasienter, og at håndteringen av endringene etter samhandlingsreformens innførelse primært ble lagt til sykepleierne. Sykepleierne uttrykte tøffe prioriteringer som var nødvendig for at avdelingen skulle fungere, gitt de tilgjengelige ressursene. Tempoet på avdelingen hadde i følge sykepleierne økt, og i tillegg til ansvaret for pasient og pårørende, var den nye arbeidshverdagen tyngende (Killie & Debesay, 2016, *Økt tidspress i kjølvannet av samhandlingsreformen*, avsnitt 3, upaginert). Det ble også lagt et høyere krav til dokumentasjon og avkrysning av skjema, og dette gikk på bekostning av den psykiske omsorgen (Storaker, Nåden, & Sæteren, 2017, s. 565).

I artikkelen "Sykepleierverdier under press?" (2016) syntes tidspresset å påvirke den sykepleierrollen man ønsker å ha, men som i en travel hverdag er vanskelig å inneha. Sykepleierne uttrykte at verdiene får mindre plass i møte med en travel yrkeshverdag som i stor grad er styrt av ytre rammer og faktorer. Resultatene i studiet bygger dette på at sykepleierne prioriterer det som man blir målt og kontrollert på, fordi NPM er en ekstern kontroll av arbeid gjennom målesystem. Sykepleierne uttrykte at kravet til effektivitet gikk på bekostning av idealer og sentrale sykepleierverdier (Kleiven, Kyte, & Kvigne, 2016, s. 319-322). Tidspresset mener sykepleierne er et fenomen som setter de etiske sykepleierverdiene i konflikt (Storaker, Nåden, & Sæteren, 2017, s. 564).

Sykepleierne syntes at de grunnleggende verdiene ble utfordret i arbeidshverdagen da tidspress, mangelfulle ressurser og uforutsette hendelser var tilstede. Prioriteringen gikk til de dårligste pasientene, som hadde størst behov for medisinsk kompetanse. Dette gikk på bekostning av pasienter som ikke stilte samme krav til kompetanse, men som likevel trengte tilsyn og omsorg (Bentzen, Harsvik, & Brinchmann, 2013, s. 3). "En konstant dårlig samvittighet" ble beskrevet som en konsekvens av dårlig tid og høyt arbeidspress. Prioritering av arbeidsoppgavene er vanskelig, og sykepleierne uttrykker en følelse av utilstrekkelighet. En informant beskriver gapet mellom teori og praksis som stort, og det er frustrerende når realiteten er så langt fra idealene som ble lært under utdanningen (Bentzen, Harsvik, & Brinchmann, 2013, s. 4-5). Tidspresset ble også beskrevet som en begrensning for etiske verdier (Storaker, Nåden, & Sæteren, 2017, s. 564).

4.4 Ledelse, organisering og samhandling

Etter samhandlingsreformens innføring ble kommunen pålagt å betale for utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten, og sykepleierne mente det var tydelig at det var en endret standard for definisjonen "utskrivningsklar" (Killie & Debesay, 2016, *Den nye hverdagen på korttidsavdeling*, avsnitt 1, upaginert). Dette har igjen ført til et stort press på å skrive ut pasienter fra korttidsavdeling, selv om de kanskje ikke var helt klare for det, eller kunne hatt større utbytte av oppholdet dersom det ble forlenget (Glette, et al., 2018, s. 5).

Det framkommer at samhandling mellom de ulike helseforetakene kunne være problematisk og utfordrende (Glette, et al., 2018, s. 10). Pasientene kommer til kommunen med mulig

udiagnostiserte sykdommer og manglende eller tynn behandlingsplan. Dette kan være sårbart for dårlige pasienter. Både sykepleiere og ledere i studien mener at dersom pasienten hadde vært lengre på sykehus, hadde reinnleggelse kunne vært unngått (Glette, et al., 2018, s. 11). Nært knyttet er også sykepleierdekning på avdelingen og medisinske ressurser til å ivareta pasientene som kommer fra spesialiserte avdelinger. Personalet fra avdelingene i sykehjem er avhengig av gode epikriser og relevant medisinsk utstyr (Glette, et al., 2018, s. 14). Det var en ulik forståelse og forventning fra sykehuset om hvilken kompetanse og hvilket medisinsk utstyr som ville være tilgjengelig ved korttidsavdelingen for mottak av pasienter tidlig i behandlingsforløpet (Killie & Debesay, 2016, *Ulike forventninger mellom samarbeidende institusjoner og enheter*, avsnitt 1, upaginert).

4.5 Sykepleiens verdigrunnlag

I "Sykepleieverdier under press?" mener deltakerne at å forme sin sykepleieidentitet gjøres gjennom år med utdanning og arbeid, utvikling av egen identitet og hvilke verdier man står for. Deltakerne påpekte at møte med pasienten skal være personsentrert og ikke fokusert på diagnose eller sykdom (Kleiven, Kyte, & Kvigne, 2016, s. 317-319).

I "Samhandlingsreformens konsekvenser for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Sykepleiers erfaringer" vurderte sykepleierne den sykepleierfaglige kvaliteten som god og at de i stor grad klarer å dekke pasientenes primære behov, men at det er liten tid til å ivareta behov for sosial kontakt og omsorg (Haukelien, Vike, & Vardheim, 2015, s. 31). Den økte arbeidsmengden resulterte i en forskyvning av arbeidsoppgaver, hvor sykepleieren konsentrerte seg om de oppgavene som krever deres kompetanse på medisinske prosedyrer, og dermed i mindre grad den helhetlige vurderingen av pasienten (Haukelien, Vike, & Vardheim, 2015, s. 8). Noe av det første som syntes å være nedprioritert ved høyt tidspress, er ivaretagelse av psykososiale behov og aktivisering (Kleiven, Kyte, & Kvigne, 2016, s. 319). Det å ikke kunne gi pasientene den grunnleggende pleien som kreves ut i fra sykepleieverdiene og lovverkets krav, syntes å skape en distanse mellom pasient og pleier (Storaker, Nåden, & Sæteren, 2017, s. 565). Mange av aspektene i helhetlig og god sykepleie kan ikke måles, og de kan heller ei effektiviseres (Kleiven, Kyte, & Kvigne, 2016, s. 321).

5.0 Diskusjon

Hensikten med oppgaven har vært å undersøke sykepleiers muligheter for å yte faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp til eldre i korttidsavdelinger i sykehjem. Vi har studert hvilke utfordringer samhandlingsreformen skaper for sykepleiers verdigrunnlag. I dette kapitlet skal vi tolke og diskutere resultatene som er innhentet gjennom teori og forskningslitteratur, og knytte dem opp mot vår problemstilling. Deler av hovedfunnene knytter seg til sykepleieres opplevelse av ressursbruk, tid og kompetanse. Sykepleierne beskriver at prioriteringer medfører at pasientens psykososiale behov ikke blir tilstrekkelig ivaretatt. Travelheten og krav til effektivisering kan medføre at den profesjonelle og pasienten blir satt inn i en tidsakselasjon der tiden ikke blir akseptert. Martinsen beskriver dette som en farlig situasjon (Martinsen, 2018, s. 45).

5.1 Sykepleiere i korttidsavdeling møter en endret arbeidshverdag

Da vi startet å lese St. Meld. 47 «Samhandlingsreformen» forstod vi at reformen måtte ha opphav i NPM styringsideologi, og fikk støtte for dette i flere bøker og artikler (Tingvoll, Kassah, & Kassah, 2014; Bukve & Kvåle, 2014; Orvik, 2015). Vi ble nysgjerrige på hvordan helsesektoren har utviklet seg og begynte derfor å undersøke på hvilket grunnlag reformen var utarbeidet. Etter mange år med erfaring fra sykehjem har vi vært deltakende i omstillingen og sett hvordan samhandlingsreformen har påvirket arbeidsstedet, ansatte og pasientene. Vi opplever at det som før var en arbeidshverdag med samvær og aktivitet med pasientene, nå er preget av et oppgavefokus og pengebesparelser. Vi har sett at pasientene som får tildelt plass på sykehjem i dag har et mer omfattende hjelpebehov enn tidligere. Flere pasienter uttrykker sin fortvilelse over at det stadig blir vanskeligere å få plass enten det er korttidshabilitering eller langtids plass på sykehjem. Dette kan støttes i studien foretatt av Haukelien, Vike & Vardheim (2015, s. 17).

Som tidligere nevnt, har levealderen i befolkningen økt. Den eldre generasjonen har en økning i kroniske sykdommer og livsstilsrelaterte lidelser. Samtidig har den teknologiske utviklingen gitt stadig nye muligheter for diagnostisering og behandling. På bakgrunn av dette, har helsevesenet blitt belastet med økte kostnader, og tiltak måtte derfor iverksettes (Kleiven, Kyte, & Kvigne, 2016, s. 313). Ideen om markedsstyring innenfor helse- og

omsorgstjenestene medførte store endringer i helsesektoren, fordi NPM vektlegger konkurranse, resultatstyring og resultatkontroll samtidig som brukernes frie valg skal stå sentralt. Det overordnede målet for NPM er å organisere og utnytte ressurser mer effektivt og dermed redusere kostnader (Torsteinsen, referert i Kassah, Nordahl-Pedersen & Tønnesen, 2014, s. 191). Dette har skapt en verdikonflikt mellom den økonomiske rasjonaliseringen og helseprofesjonenes verdigrunnlag som fokuserer på kvalitet mer enn effektivitet (Kassah, Nordahl-Pedersen, & Tønnesen, 2014, s. 191-192; Killie & Debesay, 2016, Diskusjon, avsnitt 6, upaginert; Storaker, Nåden, & Sæteren, 2017). I privat sektor vil kvalitet i tjenestene være et konkurransefortrinn som kan gi høyere inntekter, mens i offentlige virksomheter er kvalitet ofte bidragsytende til økte kostnader (Øgar & Hovland, 2004, s. 22). Vi undrer oss over omsorgens plass i kravet til effektivisering, fordi vi opplever en «ukultur» blant ledere og ansatte som gir ros, dersom flest mulige oppgaver blir gjort på kort tid. Vi stiller oss kritiske til hva dette gjør med kvaliteten i sykepleien, og tenker dette påvirker sykepleiers grunnleggende verdier i møte med pasientene. Martinsen beskriver hastigheten i den senmoderne tid som en belastning og påvirkning på menneskets kropp, både hos den som mottar og den som yter helsehjelp (Martinsen, 2018, s. 50). Vi opplever stadig pasienter som uttrykker en beklagelig tone dersom de spør om hjelp. Pasientene uttrykker at de ikke ønsker å hefte oss. Vi kjenner ofte på følelsen av at verdigheten i møte med pasienten blir utfordret av travelheten vi omgir oss med.

NPM har vært kritisert blant annet av sykepleiere fordi handlingsrommet for utøvelse av personsentrerte, fleksible og individuelle tjenester har vært redusert og dermed lite gunstig for helsetjenestene og pasientene (Solbrekke & Heggen 2009; Tønnesen, Nortvedt & Førde, 2011, referert i Kassah, Nordahl-Pedersen & Tønnesen, 2014, s. 192). Rosa beskriver hastigheten og akselerasjonen som fremmedgjørelse (Rosa, 2014, s. 102) og i en forlengelse av dette, beskriver Martinsen at sykepleier rettferdiggjør tidspresset selv om hun ønsker å bruke mer tid sammen med pasientene og pårørende (Martinsen, 2018, s. 50). Vi forstår fremmedgjørelse som at sykepleier handler på rutine og aksepterer oppgaver og plikter hun pålegges, selv om eksempelvis grunnleggende verdier ikke ivaretas på en god måte. Dette påvirker sykepleiers tilstedeværelse i rommet. Sansningens utfoldelse og det som kommer til oss blir forstyrret.

Målet med innføringen av samhandlingsreformen var å sikre et helhetlig og koordinert behandlings- og oppfølgingstilbud for å møte befolkningens behov for helsetjenester (Holter & Grov, 2015, s. 30). Reformen skulle styrke samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten gjennom bedre koordinerte tjenester, fokus på forebygging av sykdom, samt gjøre helse- og omsorgstjenestene i stand til å møte en demografisk utvikling (Haukelien, Vike, & Vardheim, 2015, s. 7). Da reformen trådte i kraft 1. januar 2012, medførte dette en endring i ansvarsfordeling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, og korttidsavdelingen i sykehjem fikk en sentral rolle (Killie & Debesay, 2016, innledning, avsnitt 2, upaginert). Innføring av reformen har forårsaket konsekvenser. Ettersom det forekom en dreining av ansvar og pasientene skulle behandles på beste effektive omsorgsnivå, ble liggetiden på sykehus redusert og flere pasienter ble behandlet. Sykepleierne opplevde at implementeringen av samhandlingsreformen kunne merkes allerede fra første dag. Det oppstod en endret definisjon for hva en «utskrivningsklar» pasient syntes å være, og en fikk sykere brukere og pasienter i kommunehelsetjenesten raskere enn forventet (Killie & Debesay, 2016, *Den nye hverdagen på korttidsavdelingen*, avsnitt 1-3, upaginert; Glette, et al., 2018, s. 5). For å stimulere til en bedre ressursutnyttelse ble kommunene pålagt å dekke utgifter for utskrivningsklare pasienter (Foss, 2016, s. 57), noe vi har erfart kan være medvirkende til et økt press til å ta imot pasienter tidligere i behandlingsforløpet. Vi opplevde at dette også bidro til et økende press til utskrivning av pasienter fra korttidsavdelingen, som gjerne kunne hatt behov for utvidet opphold. Dette støtter Glette et. al. (2018) ved at sykepleiere og ledere ved korttidsavdelingen stilte spørsmål til kompleksiteten i pasientene de skrev ut (s. 5). «Sykepleieres erfaringer med samhandlingsreformen ved korttidsavdeling på sykehjem» støtter denne erfaringen ved at effektiviseringskravet kan medføre at ledere fokuserer på mål om raskere utskrivning, for å unngå å belaste kommunen med bøter (Killie & Debesay, 2016, Diskusjon, avsnitt 5, upaginert).

Trolig har korttidsavdelingene merket samhandlingsreformen mest, da denne type avdeling har en nøkkelfunksjon i mottakelse av utskrivningsklare pasienter (Haukelien, Vike, & Vardheim, 2015, s. 17). Sykepleiere beskriver korttidsavdelingene tilnærmet til å fungere som et lite sykehus (Glette, et al., 2018, s. 5), og hvem arbeider i direkte pasientkontakt på et sykehus? Slik vi opplever det i korttidsavdeling er det færre leger og sykepleiere

tilgjengelig hele døgnet enn ved et sykehus, og dermed foreligger det et større ansvar hos sykepleier ved sykehjemmets korttidsavdeling. Antallet pasienter som blir overført til kommunene er økt, og mange har omfattende behov for medisinsk og sykepleiefaglig oppfølging og tilsyn (Haukelien, Vike, & Vardheim, 2015, s. 15). Dette har medført et økt tidspres på korttidsavdelingene og håndteringen av endringene syntes primært å bli overlatt til sykepleierne (Killie & Debesay, 2016, *Økt tidspres i kjølvannet av samhandlingsreformen*, avsnitt 3, upaginert). Selv om det medisinske ansvaret ligger hos sykehjemslegen, er det vår oppgave som sykepleiere å observere, ivareta og følge opp pasientene. Vår erfaring er at mottak av alvorlig syke pasienter krever høy beredskap og god kompetanse på mange områder, ettersom pasientene kommer fra forskjellige spesialiserte avdelinger. Det krever god samhandling og dokumentasjon fra sykehuset, slik at overføringen til avdelingen er minst mulig belastende for pasient, pårørende og ansatte. Flere pasienter krever tett oppfølging av sykepleiers kompetanse, og med samhandlingsreformen ble sykepleieren pålagt nye oppgaver. Vi erfarer at oppgavene ikke erstatter de eksisterende, men blir tilført. Studier viser til at fokuset på fag-etisk forankret omsorg blir byttet ut med teknisk avanserte prosedyrer og et høyere krav til administrative oppgaver (Killie & Debesay, 2016, Diskusjon, avsnitt 2, upaginert; Haukelien, Vike & Vardheim, 2015, s. 55). Vi tenker at dette er en direkte sammenligning til Rosas paradoksale fremstilling av effektivisering og tid, hvor tidsbesparelse gir flere oppgaver. Det deltakende og oppmerksomme øyet krever konsentrasjon og tilstedeværelse, noe vi erfarer kan være utfordrende. Vi tenker at dersom sykepleier unngår å senke hastigheten, bidrar dette til ytterligere fremmedgjørelse der plikter og rutiner overskygger den sanselige tilstedeværelsen. Erfaringsmessig fører dette til at «ukulturen» opprettholdes og det blir vanskeligere for sykepleiere å gi tilbakemeldinger om utfordrende effektiviseringskrav.

5.2. Kompetanseutfordring og forskyvning av oppgaver

Flere av sykepleierne uttalte usikkerhet om personalet på avdelingen og avdelingen som sådan var i stand til å ta imot pasientene med den kompetanse og medisinske utstyr, som ikke var endret siden innføringen av reformen (Killie & Debesay, 2016, *Den nye hverdagen på korttidsavdelingen*, avsnitt 4-5, upaginert). Ifølge Haukelien, Vike & Vardheim (2015) beskrev sykepleierne et økt antall utskrivningsklare pasienter og behov for mer avansert sykepleie som en av årsakene til en økt arbeidsmengde (s. 56). 90 % av sykepleierne i studien opplevde

en økning i komplekse sykepleiefaglige oppgaver og avanserte prosedyrer, og en stor andel opplevde at opplæring og veiledning i utførelsen av nye oppgaver var nødvendig. Det er bemerkelsesverdig at ledere og ansatte vurderer situasjonen etter samhandlingsreformen ulikt, og at ledere anser tjenestekvalitet, kompetanse og ressurser som langt mindre problematisk enn de som arbeider nærmest pasienten (Haukelien, Vike, & Vardheim, 2015, s. 74-75). Vi undrer oss over om det er dette Martinsen mener med den farlige situasjonen som oppstår når hastigheten akselererer. Forsømmer lederne at omsorg tar tid? Slik vi forstår det er det lett for at sykepleierne overser forskjellighetene i likhetene og setter pasienten inn i klassifikasjonssystemer. Dette medfører at sykepleien utøves uten hensyn til individuelle behov og helsetjenesten blir lite tilpasset hver enkelt pasient. Vi tenker at sykepleier har et ansvar for å organisere og finne plass til kvalitetsutvikling i tjenestene. Erfaringsmessig er det viktig at sykepleierne som arbeider nærmest pasientene er dem som uttaler seg om organiseringen av praksis. Dermed må sykepleiere våge og ha mot til å gi tilbakemeldinger som kan heve kvaliteten på tjenestene lokalt.

En forventning etter innførelsen av samhandlingsreformen var et tettere samarbeid med spesialisthelsetjenesten, og det ble oppfattet som en sentral forutsetning for reformen (Killie & Debesay, 2016, *Behovet for kompetanse etter reformen*, avsnitt 1, upaginert). Når korttidsavdelingene mottar multisyke eldre pasienter setter det høye krav til faglig forsvarlighet. Forsvarlighetskravet innebærer at sykepleier har kunnskaper om sykdommens innvirkning på mennesket og hvilken betydning det har for pasientens livskvalitet, mestring, håp og velvære (Flovik & Rokseth, 2015, s. 281-284). Vår oppfatning av spesialisthelsetjenesten er at de fremstår dyktig til å videreformidle informasjon både elektronisk og per telefon. I fordypningspraksis opplevde vi likevel at det oppstod tilfeller hvor kommunikasjonen sviktet. Vi erfarte hvilken belastning og utrygghet dette genererte hos pasienten. Når pasientene kanskje trenger oss mest, står vi opptatt i telefoner eller bak dataskjermen for å innhente den manglende informasjonen. Her kan det tenkes at vi setter faglig forsvarlighet høyere enn omsorgsfull hjelp. Likevel mener vi det ligger omsorg i dette arbeidet for at vi skal kunne gjøre det pasienten er best tjent med. Sykepleier legger da i våre øyne til rette for at den praktiske, moralske og relasjonelle dimensjonen av omsorgsbegrepet blir ivaretatt. Dersom sykepleier ikke hadde innhentet informasjonen, ville dette medført mindre grad av individuell situasjonsforståelse. Vi tenker sykepleier må ha en

forståelse for hvilken informasjon som er viktig å etterspørre før pasienten overføres fra sykehus til korttidsavdelingen. Pasientens diagnoser og årsak til innleggelse, samt behandlingsforløp er ofte godt beskrevet. Vi erfarer dog at det forekommer forsømmelse av den helhetlige sykepleien i sykehusets vurderinger før utskrivelse av pasienten. Forskning (Haukelien, Vike & Vardheim, 2015, s. 60) og erfaring tyder på at sykehusets vurderinger før utskrivelse bygger på innleggelsesårsak og i mindre grad helhetlig tilnærming. Dette kan være årsak til forsømmelsen som vi beskriver. Vi har den oppfatningen at sykepleiere i praksis som ringte til sykehuset og innhentet informasjon kunne hindre pasienten i å bli overført, til det beste for pasienten. Dette var ofte sykepleiere med lang erfaring og som hadde *mot* til å stille de viktige spørsmålene for å sikre en trygg overføring. Dette mener vi er å utføre faglig forsvarlige vurderinger.

I fordypningspraksis opplevde vi at det var *få* sykepleiere på arbeid og et flertall av hjelpepleiere og assistenter. Situasjonen ble ytterligere sårbar på kveld og i helger når også legedekningen var lavere. Denne opplevelsen kan støttes av Glette, Knutsen & Kringeland (2013, s. 12). Konsekvensene av en sårbar bemanning førte til at sykepleierne måtte prioritere oppgaver som bare sykepleier i avdelingen hadde kompetanse til å utføre. I studien Haukelien, Vike & Vardheim beskriver sykepleierne en dreining av arbeidsoppgaver fra sykepleier til hjelpepleiere og assistenter (s. 8), noe vi kjenner oss igjen i. Det øvrige pleiepersonalet manglet eller hadde større behov for kompetanse til å ivareta komplekse multisyke pasienter (Killie & Debesay, 2016, *Behovet for kompetanse etter reformen*, avsnitt 2, upaginert). I Killie & Debesay (2016) uttaler en av informantene seg om at vi ikke har behov for flere hender, men at hendene vi har må være kompetente nok til eksempelvis å oppdage, rapportere og dokumentere endring i tilstand (*Behovet for kompetanse etter reformen*, avsnitt 4, upaginert). Dersom sykepleierne skal kunne stole på øvrig helsepersonell må hun vite hvilken opplæring vedkommende har. Hos eldre presenteres ofte symptomer på en uspesifikk og diffus måte. Dette kan være vanskelig for sykepleier å oppdage, derfor er det ikke forventet at en hjelpepleier eller assistent skal oppdage akutt sykdom eller forverrelse av tilstand hos eldre gitt deres kompetansegrunnlag (Ranhoff, 2016b, s. 226-227). Vi stiller oss undrende til hvor vidt hjelpepleiere og assistenter kan avlaste sykepleier på en faglig forsvarlig måte, men erfarer at det er nødvendig at annet

helsepersonell bistår sykepleierne. Forutsetningen for dette er at sykepleierne kan delegerer arbeidsoppgaver og samtidig være trygg på at oppgavene blir utført på en forsvarlig måte. Det vil føre til at sykepleieren får større rom til å yte helhetlig pleie, og gjøre sykepleien mindre oppgavefokusert (Haukelien, Vike, & Vardheim, 2015, s. 8; Kleiven, Kyte, & Kvigne, 2016, s. 321). I fordypningspraksis opplevde vi at sykepleier ofte ble kontaktet midt i prosedyrer og oppgaver, noe som førte til at oppmerksomheten ble rettet andre steder enn mot pasienten. Også i disse tilfellene opplevde vi at det var vanskelig for sykepleier å være sanselig tilstede i rommet, og pasientkroppens signaler kunne da lett overses. Den helhetlige, individualiserte og personsentrerte sykepleien ble da vanskelig for sykepleier å ivareta (Kleiven, Kyte, & Kvigne, 2016, s. 322). I denne situasjonen tenker vi at Martinsens beskrivelse av omsorgens dimensjoner kan trekkes fram. Slik vi forstår omsorg gjennom Martinsens øyne er alle de tre dimensjonene tilstede til enhver tid, dersom omsorg utøves. Sykepleier står i slike situasjoner i en moralsk, relasjonell og praktisk konflikt der hun må foreta prioriteringer (Martinsen, 2003a, s. 14-18), noe vi opplevde til tider kunne være svært utfordrende for både sykepleier og pasient. Sykepleiestudiet har lært oss at sykepleier har en lederfunksjon hvor organisering, prioritering og delegering er viktig for å kunne ivareta alle pasientene i en avdeling. Det kreves mot for å ta denne rollen og samtidig en gjensidig forståelse for hva sykepleiers ansvarsområdet innebærer.

5.3 Er det rom for å bli engasjert i den andre – sykepleieverdier under press?

I kjølvannet av samhandlingsreformens krav til effektivisering og utnyttelse av ressurser kan sykepleierne havne i en verdikonflikt mellom prestasjonskrav og sykepleieprofesjonens verdier (Killie & Debesay, 2016, Diskusjon, avsnitt 6-7, upaginert; Kleiven, Kyte, & Kvigne, 2016, s. 313; Bentzen, Harsvik, & Brinchmann, 2013, s. 1). For å utføre sykepleie av god kvalitet, har sykepleier et lovverk å forholde seg til. Lovverket skal sørge for at sykepleier yter faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999, § 1). Grunnleggende for sykepleieverdier er respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Vi har begge erfaring i arbeid med eldre, og sykepleierstudiet har vært med å forme vår identitet fram mot yrkesrollen. Vi tenker at sykepleiefaget handler om å våge å være tilstede i pasientens sårbarhet og behandle pasienten med respekt, barmhjertighet og sørge for «den andre». Vi må være der «den andre» er og sette pasienten som første person i relasjonen. På denne måten kan sykepleiers hjertelag fremtre i

nærværet. Eldre føler seg ofte begrenset til sin sykdom og funksjonsnedsettelse (Kirkevold, 2016b, s. 100) og vi tenker derfor at sykepleier må se hele mennesket bak sykdommen. Sykepleier kan først da ivareta pasientens behov og sykepleiers grunnverdier.

Sykepleierne i studien "Sykepleieverdier under press?" framholdt at ens sykepleieidentitet blir formet gjennom utdanning og arbeid, og at en med erfaring blir tryggere til å se pasientenes individuelle behov og dermed gi helhetlig sykepleie. Det krever tid, tålmodighet og oppmerksomhet for å danne en relasjon, og sykepleierne uttrykket at respekt, genuin tilstedeværelse og god kommunikasjon bidro til trygghet hos pasientene (Kleiven, Kyte, & Kvigne, 2016, s. 313). Martinsen understreker at omsorg er sterkt forbundet med nestekjærlighet (Martinsen, 2000, s. 14) og det kreves tillit mellom to mennesker for å danne en relasjon (Martinsen, 1990, s. 94). Samtidig beskriver Martinsen at vi påvirkes av travelheten i negativ forstand, slik at sykepleiers oppmerksomhet og sanselige tilstedeværelse blir svekket (Martinsen, 2018, s. 49). Dette påvirker sykepleiers faglige skjønn (Martinsen, 2012, s. 134-135). Korttidsavdelingen i fordypningspraksis var preget av høyt arbeidspress. Dette kom til syne gjennom hastigheten til personalet, noe vi opplevde påvirket atmosfæren på arbeidsstedet. Gjennom Rosas beskrivelse av hastigheten, forstår Martinsen det slik at menneskene blir døde for det som skjer rundt en. Vi tolker det som at mennesket påvirkes av ytre faktorer på alle måter. Med dette tenker vi at sykepleier blir påvirket av travelheten som foregår på avdelingen. Dette følger med inn i relasjonen og tilstedeværelsen hos pasienten. Det kan medføre at pasienten lukker sin sårbarhet inne, noe som igjen påvirker sykepleiers omsorgsgivende funksjon eller samspillet mellom pasient og sykepleier (Martinsen, 2018, s. 52-54). Slik vi forstår dette vil sykepleier da være døv for å ta imot appellen, og sansningen blir forstyrret. For sykepleiere står etikk og sykepleieverdiene sentralt i kvalitetsarbeidet, men de mente disse kvalitetsindikatorne ble utfordret av tid- og arbeidspress (Bentzen, Harsvik, & Brinchmann, 2013, s. 3; Storaker, Nåden, & Sæteren, 2017, s. 564; Kleiven, Kyte, & Kvigne, 2016, s. 313). Tid- og arbeidspresset gikk på bekostning av oppgaver tilknyttet psykososiale behov og aktivitet, og studier viser til at sykepleien er i ferd med å bli mer oppgavesentrert enn personsentrert (Kleiven, Kyte, & Kvigne, 2016, s. 321). Dette mener vi strider med de sykepleierverdiene gitt i lovverket og NSF yrkesetiske retningslinjer, samt hva sykepleierstudiet har lært oss gjennom disse fire årene. Det framkommer i forskning at sykepleiere prioriterer de oppgavene som ble styrt av ytre krav

og rammer. Dette menes å ha en sammenheng med NPM og ens mål om å øke produktivitet og effektivitet. Mange av aspektene i helhetlig pleie og omsorg kan ikke måles, ei heller effektiviseres (Kleiven, Kyte, & Kvigne, 2016, s. 321).

Martinsen mener sykepleie handler om å engasjere seg, investere av seg selv og om å gjøre sitt beste for å hjelpe den andre (Martinsen, 2000, s. 14). Grunnfortellingen i omsorgsetikken (Martinsen, 2000, s. 16) «den barmhjertige samaritan» handler om samaritanens oppmerksomhet mot den andre. Samaritanen handlet i tid og rom ut ifra en praktisk, relasjonell og moralsk holdning. Martinsens beskrivelse av sykepleie og omsorg illustrerer i våre øyne at sykepleiers kjerneverdier om helhetlig sykepleie, der en har muligheten for å engasjere seg, er vanskelig å effektivisere og akslerere fordi omsorg tar tid. Fokuset skal være på hva pasienten har behov for og ikke sikte til prosedyrer som utføres. Dette ligger i de mellommenneskelige forholdene der og da (Bentzen, Harsvik & Brinchmann, 2013, s. 3; Storaker, Nåden & Sæteren, 2017, s. 559). Det mellommenneskelige perspektivet som står sentralt i sykepleie og sykepleiers verdier blir utfordret når nettopp disse verdiene ikke kan måles (Kleiven, Kyte, & Kvigne, 2016, s. 321).

Det å ikke ha mulighet til å dekke pasientens grunnleggende behov, var i studien til Storaker, Nåden & Sæteren (2017) med på å skape en distanse mellom pasient og sykepleier, og muligheten for helhetlig tilnærming var vanskelig å oppnå (s. 565). Det oppstod dermed en moralsk konflikt fordi distansen mellom sykepleieren og pasienten utfordret mulighetene til å yte optimal omsorgsfull hjelp (s. 566). Vi erfarer at dersom man ikke tar seg tid til å se etter faglig, er det lett for at sykepleier handler ut i fra en oppgavefokusert holdning der individuelle behov ikke ivaretas. Dette kan bidra til at relasjonen mellom sykepleier og pasient blir rutinepreget. Vi opplever at sykepleiers tilstedeværelse og investering av seg selv er uunnværlig for at sykepleier skal kunne engasjere seg i den andre. Dersom vi er tilstede og investerer av oss selv opplever vi at appellen uttrykkes og man kommer nærmere pasienten. Dette fører ofte til at man som sykepleier får en bedre forståelse for pasientens situasjon, og pasienten blir da bedre ivaretatt.

I samtalen med Martinsen diskuterte vi hvordan sykepleier på ulike måter kan entre et sykeværelse og hvordan sykepleiers fremtreden påvirker pasienten, relasjonen og

sansningen. Vi diskuterte hvilke sanselige observasjoner man kunne gjøre dersom man tok stille i dørhåndtaket og ikke hastet seg inn i rommet. Martinsen uttalte at dersom man mestrer å skru ned hastigheten og bevege seg langsomt vil man fornemme det som kommer til en. Mye informasjon vil da kunne observeres. Videre forklarer hun at sansene blir variert og kreativ dersom man har en rolig fremtreden før man går inn i rommet. Sansespillet gjør at vi ser med hele kroppen, vi kjenner og ser samtidig. Vi ser, vi prater og kommuniserer med kroppens fremtreden, og er «bevegelig berørt tilstede». Martinsen beskriver engasjementet om å stanse opp og ha tid til å være nærværende ved å gi den andre tid, slik at verden blir rommelig (Martinsen, 2000, s. 52). Med dette kan sykepleier forsøke for å holde på tiden i rommet slik at tiden og oppgavene ikke løper fra oss (Martinsen, 2000, s. 31-32).

5.4 Hvordan kan sykepleiere arbeide faglig forsvarlig og omsorgsfullt?

Vi tenker at det ikke finnes en fasit på hvordan sykepleier kan handle faglig forsvarlig og omsorgsfullt, gitt forutsetningene man har i en korttidsavdeling. Ettersom vi kun har erfaring fra én korttidsavdeling, er det ikke gitt at praksisen her er lik andre steder, men etter å ha lest forskning og rapporter om tema, syntes mye å være gjennomgående. Gjennom sykepleierutdanningen og egne erfaringer har vi sett hvordan pasientgruppen er endret og hvilke krav det stilles i henhold til kompetanse. En kan undre seg over hvor omsorgen tar plass i dette kravet, fordi det overordnede fokuset ligger på faglig forsvarlig sykepleie, spesielt fra et lederperspektiv. Etter å ha lest samhandlingsreformen, mener vi det skrives lite om omsorg. Selv tenker vi det skal ligge omsorg og omtanke i det man gjør for pasienten, og pasientens integritet og verdighet skal være et sentrum. Vi tenker at faglig forsvarlig sykepleie ikke kan utøves uten omsorg.

Tidspresset som regjerer i dagens helsesystem, utfordrer sykepleiers grunnverdier om å ivareta mennesket med respekt og dens iboende verdighet. Vi har både sett og erfart at arbeidshverdagen kan være belastende, og man går ofte med følelsen av en «dårlig samvittighet». Når man jobber med mennesker er det vanskelig å legge fra seg arbeidet når man går hjem for dagen, spesielt hvis man føler en ikke strekker til som sykepleier. Det økende effektiviseringskravet pålegger sykepleier flere oppgaver, og hvis man står alene kan vi gjenkjenne at sykepleien blir oppgavefokuset og man gjør det man kan for å «komme i

mål». Vi mener kravene helsepersonelloven stiller, ikke alltid er overkommelig med den organiseringen som finnes i dagens praksis, selv om lover ikke er fravikelig.

Så, hvordan kan vi bli bedre? Lokalt på institusjonene tenker vi at vi må samtale om erfaringer fra praksis. Samtale om det som er bra, hvordan vi kan organisere, praktisere og delegere bedre for at den kompetansen man har i en avdeling blir ivaretatt, samtidig som utvikling av kunnskap også tar plass. Vi tenker at moraliserende pekefinger ikke nytter, og mer tid får vi ikke, men hvordan vi bruker tiden er det vi kan gjøre noe med. Gjennom å arbeide som sykepleiere har vi plikt til å videreformidle kunnskapen vi innehar, slik at vi som «team» kan bli bedre. Det er sykepleier som har ansvaret i en korttidsavdeling og vi mener sykepleiere som skal ha ansvar må ha *mot* til å ta denne rollen. Slik vi ser det kreves erfaring og videreutvikling av sykepleiers identitet, der grunnleggende verdier om sykepleiefaget står sentralt. For at sykepleier skal kunne utføre helhetlig sykepleie der faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp forenes, tenker vi at den relasjonelle, moralske og praktiske dimensjonen av omsorgsbegrepet må være tilstede på samme tid. Ellers, *ser* ikke sykepleier hele pasienten.

6.0 Avslutning

Det kreves mye av sykepleier i en korttidsavdeling i sykehjem for å kunne yte faglig forsvarlig og omsorgsfull sykepleie. Etter implementeringen av samhandlingsreformen oppstod det en endret ansvarsfordeling, og primærhelsetjenesten tok over oppgaver som tidligere var tildelt spesialisthelsetjenesten. Dette innebar at pasientene ble utskrevet til kommunene tidligere i behandlingsforløpet, noe som medførte et behov for mer avansert og kompleks sykepleie.

I denne oppgaven har vi sett på sykepleieres erfaringer etter innførelsen av samhandlingsreformen og dens konsekvenser for sykepleiers verdier og muligheter for en helhetlig pasienttilnærming. Pasientene som ble skrevet ut til korttidsavdelingene har komplekse behov og befinner seg på et tidligere tidspunkt i behandlingsforløpet enn før reformen. Dette skaper et press på kommunehelsetjenesten til å ivareta flere og sykere pasienter, og medfører et økende fokus på effektivisering. Sykepleierne i studiene uttrykker at kompetanse og ressurser er en utfordring, og det forårsaker ofte at sykepleierne farer mellom oppgaver som bare kan utføres av deres profesjon. Dette legger press på de grunnleggende verdiene sykepleien skal omhandle, og det kan være med å skape en distanse i relasjonen mellom sykepleier og pasient. Selv om sykepleierne opplever tidspress og et økende fokus på sykepleiefaglige oppgaver, forteller de også at det er blitt mer spennende og variert i arbeidshverdagen. Vi tenker likevel at sykepleie handler om det mellommenneskelige mer enn avanserte prosedyrer og oppgaver. Vi kan ikke konkludere med at årsaken til effektivisering, nye arbeidsoppgaver og tidspress er en direkte konsekvens av samhandlingsreformen, men flere av artiklenes informanter belyser problemområder etter implementeringen og derfor har dette vært med på å forme innholdet i oppgaven.

Tilbake til Høgskulens visjon om å utdanne sykepleiere som etterspørres for sin kompetanse, hjertelag og mot, tenker vi at disse aspektene må kombineres og ikke overskygges av hverandre for å utøve faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp. Ved å studere sykepleie og videreføre kunnskap til praksis samt bruke erfaringer fra arbeid med eldre har vi sett viktigheten av omsorg som en moralsk, praktisk og relasjonell dimensjon. Vi tenker at den relasjonelle dimensjonen bygger på tillit og kan ikke forhastes. Når sykepleie handler om å engasjere seg i den andre og investere av seg selv, må dette ligge i oss som sykepleiere i alle

møter med både pasienter og pårørende. Vi må ha mot til å tale pasientens sak og engasjere oss i det som styrer oss, og tenker det er viktig at sykepleiere deltar i studier som belyser utfordringer og kan bidra til en endret praksis.

«Å handle omsorgsfullt er like viktig som å være teknisk dyktig, men omsorg uten tekniske ferdigheter er heller ikke forsvarlig. Det er ikke enten eller, det er både og» (Norsk Sykepleierforbund, 2018, s. 11).

7.0 Bibliografi

- Bentzen, G., Harsvik, A., & Brinchmann, B. S. (2013). "Values That Vanish into Thin Air": Nurses' Experience of Ethical Values in Their Daily Work. *Nursing Research and Practice*, s. 1-8. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/939153>
- Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (2016). Helsetjenester til eldre. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (s. 197-209). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bukve, O., & Kvåle, G. (2014). Eit lokalt helse- velferdssystem under press. I O. Bukve, & G. Kvåle (Red.), *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar* (s. 11-26). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Flovik, A. M., & Rokseth, T. (2015). Kvalitet og pasientsikkerhet. I E. K. Grov, & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (s. 271 - 296). Oslo: Cappelen Damm.
- Folkehelseinstituttet. (2014). *Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning*. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/tema/brukererfaring/sjekkliste-kvalitativ-2014.pdf>
- Foss, P.-K. (2016). *Riksrevisjonens underesøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen* (Dokument 3:5 (2015-2016)). Oslo: Riksrevisjonen.
- Glette, M. K., Røise, O., Kringeland, T., Churrua, K., Braithwaite, J., & Wiig, S. (2018). Nursing home leaders' and nurses experiences of reources staffing and competence levels and the relation to hospital readmissions – a case study. *BMC Health Services Research*, s. 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3769-3>
- Haukelien, H., Vike, H., & Vardheim, I. (2015). *Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Sykepleieres erfaringer.*(TF-rapport nr. 362). Bø i Telemark: Telemarkforskning.
- Høgskulen i Bergen. (2008). *Studieplan - sjukepleie*. Hentet fra <https://www.hvl.no/studier/studieprogram/2019h/grsd/studieplan/>

- Hellesø, R., & Melby, L. (2013). Forhandlinger og samspill i utskrivningsplanleggingen av pasienter på sykehus. I A. Tjora, & L. Melby (Red.), *Samhandling for helse* (s. 222-242). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *St. Meld. 47 Samhandlingsreformen*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre* (Meld. St. 15 (2017-2018)). Hentet (04.04.19) fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2012). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_3#§3-2a
- Helsebiblioteket. (2018). *Termbasen MeSH på norsk og engelsk*. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/sprakverktoy/sok-i-norske-mesh>
- Helsepersonelloven. (1991). Lov om helsepersonell (LOV-1991-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Holter, I. M. (2015). Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn. I E. K. Gro, & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (s. 107-118). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Holter, I., & Grov, E. (2015). Hvem er pasientene, og hvor befinner de seg? I I. Holter, & E. Grov (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (s. 27-36). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Kassah, B. L., Nordahl-Pedersen, H., & Tønnessen, S. (2014). Vilkår for samhandling og et helhetlig pasientperspektiv i helse- og omsorgstjenestene. I B. L. Kassah, W.-A. Tingvoll, & A. K. Kassah (Red.), *Samhandlingsreformen under lupen* (s. 189-202). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Killie, P. V., & Debesay, J. (2016). Sykepleieres erfaringer med samhandlingsreformen ved korttidsavdelinger på sykehjem. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, upaginert. <http://dx.doi.org/10.7557/14.4052>

- Kirkevold, M. (2015). Karakteristika ved sykepleiepraksis - sykepleiernes møte med ulike typer situasjoner. I E. K. Grov, & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (s. 193-208). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Kirkevold, M. (2016a). Gammel og syk. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (s. 22-28). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kirkevold, M. (2016b). Den gamles integritet. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (s. 94-105). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kirkevold, M. (2016c). Personsentrert og individualisert sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (s. 106-121). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kleiven, O. T., Kyte, L., & Kvigne, K. (2016). Sykepleieverdier under press? *Nordisk Sygeplejeforskning*, s. 311-326. DOI: [10.18261/issn.1892-2686-2016-04-03](https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2016-04-03)
- Løgstrup, K.E. (1976). *Metafysik: 1: Vidde og prægns: Sprogfilosofiske betragtninger*. Copenhagen: Gyldendal
- Martinsen, K. (1990). Omsorg i sykepleien - en moralsk utfordring. I K. Jensen, G. Engelsrud, T. Lauvdal, L. Løvlie, K. Martinsen, T. R. Eriksen, & R. Rønning (Red.), *Moderne omsorgsbilder* (s. 61-97). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Martinsen, K. (2003a). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2003b). *Fra Marx til Løgstrup*. Otta: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe AS.
- Martinsen, K. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe Forlag.
- Martinsen, K. (2017). Fra diakonisse til robot. *Klinisk sygepleje*, s. 20-32. DOI [10.18261/issn.1903-2285-2017-01-03](https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2017-01-03)
- Martinsen, K. (2018). *Bevegelig berørt*. Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.
- Norsk Senter for Forskningsdata (2019). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Hentet fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf?fbclid=IwAR3ubXAYK0nincpquYPwjyrTK2hDMhht0UExgiAJZc_4yG2gFR_ZQDmYQkrg

- Norsk Sykepleierforbund. (2018). *Forsvarlighet - Om faglig kompetent og omsorgsfull sykepleie*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/3851110/cache=20191202100138/NSF%20Forsvarlighe%20tshefte-april_2018..pdf
- Nortvedt, P. (2010). Inkluderer faglig forsvarlighet omsorgsfull sykepleie? *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/etikk/2010/01/inkluderer-faglig-forsvarlighet-omsorgsfull-sykepleie>
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02/63/#KAPITTEL_2
- Ranhoff, A. H. (2016a). Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (s. 79-91). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Ranhoff, A. H. (2016b). Den akutt syke gamle. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (s. 225-237). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Rosa, H. (2014). *Fremmedgjørelse og acceleration*. København: Hans Reitzels forlag.
- Storaker, A., Nåden, D., & Sæteren, B. (2017, Vol 24(5)). From painful busyness to emotional immunization: Nurses' experiences of ethical challenges. *Nursing Ethics*, s. 556-568. DOI [10.1177/0969733015620938](https://doi.org/10.1177/0969733015620938)
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Tingvoll, W.-A., Kassah, B. L., & Kassah, A. K. (2014). Helse- og omsorgstjenestene - et overblikk. I B. L. Kassah, W.-A. Tingvoll, & A. K. Kassah (Red.), *Samhandlingsreformen under lupen* (s. 17-29). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Tranøy, K. E., & Alnes, J. H. (2019, 01 31). *Filosofi*. Hentet fra <https://snl.no/filosofi>
- Øgar, P., & Hovland, T. (2004). *Mellom kaos og kontroll*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

8.0 Vedlegg

8.1 Vedlegg 1: PICO-skjema

PICO norsk/engelsk

Norsk		
Pasient/populasjon/problem	Intervensjon	Utfall
Sykepleiere	Kompetanse	Omsorg
Korttidsavdeling	Erfaring(er)	Faglig forsvarlighet
Sykehjem	Sykepleierverdier	Profesjonsetikk
Samhandlingsreformen	Effektivisering	Kunnskap

English		
Pasient/population/problem	Intervention	Outcome
Nurse	Clinical cometence	Nursing Ethics
Nursing	Effectiveness	Safety
Nursing home	Values	Security
The Coordination Reform	Nurses Experience	Nursing care
		Knowledge

8.2 Vedlegg 2: Søkeshistorikk

Database: MEDLINE

Dato	PICO	Antall treff	Søketype	Resultat	Leste abstrakt	Relevante artikler	Inkluderte artikler
26.03.2019	Values (AND) effectiveness (AND) nurses experiences	33	Boolean/Phrase	33	3	3	(Bentzen, Harsvik, & Brinchmann, 2013) «Values That Vanish into Thin Air»»: Nurses Experience of Ethical Values in Their Daily Work

Database: ORIA

Dato	PICO	Antall treff	Søketype	Resultat	Leste abstrakt	Relevante artikler	Inkluderte artikler
18.03.2019	Sykepleieverdier	7	Enkelt søk	7	7	7	(Kleiven, Kyte, & Kvigne, 2016) «Sykepleieverdier under press?»
03.03.2019	Sykepleie (OG) samhandlingsreformen (OG) korttidsavdeling	4	Avansert søk	4	4	4	(Killie & Debesay, Sykepleieres erfaringer med

							<p>samhandlingsreformen ved korttidsavdelinger på sykehjem, 2016)</p> <p>«Sykepleieres erfaringer med samhandlingsreformen ved korttidsavdelinger på sykehjem»</p>
11.03.2019	Sykepleieres erfaringer (OG) samhandlingsreformen	10	Avansert søk	10	2	2	<p>(Haukelien, Vike, & Vardheim, 2015)</p> <p>«Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene»</p>

Database: CINAHL

Dato	PICO	Antall treff	Søketype	Resultat	Leste abstrakt	Relevante artikler	Inkluderte artikler
25.03.19	Nurse* (AND) care* (AND) nursing home* (AND) clinical competence Siste 10 år	129	Boolean/Phrase	129	5	1	(Glette, et al., 2018) «Nursinghome leaders´and nurses´experiences of resources, staffing and competence levels and the relation to hospital readmissions – a case study»
10.04.2019	Nurses experience (AND) values (OR) ethics, Professional	52	Boolean/Phrase	52	3	2	(Storaker, Nåden, & Sæteren, 2017) «Frome painful busyness to emotional immunization: Nurses´experiences of ethical challenges»

8.3 Vedlegg 3: Søkematriser

Søkematrise

Nr.	Forfatter(e) Publiseringsår Tidsskrift Land	Tittel	Hensikt med studien	Metode	Utvalg/populasjon	Hovedfunn/resultater	Kvalitetsvurdering
1	Glette, Knudsen Malin Røise, Olav Kringeland, Tone Churruca, Kate Braithwait Jeffrey Wiig, Siri 2018 BMC Health Services Research United Kingdom	«Nursinghome leaders´and nurses´experiences of resources, staffing and competence levels and the relation to hospital readmissions – a case study»	Å undersøke sykepleieres og lederes opplevelse av ressurser på avdelingene, bemanning og kompetanse, og hvordan disse faktorene sammen påvirket reinnleggelser i sykehus.	Studien er kvalitativ, der sykepleiere og ledere fra fire sykehjem er intervjuet i fokusgruppe og intervjuer.	Sykepleiere og ledere ved korttid- og langtidsavdeling i sykehjem i Norge.	Faktorer som påvirker mulige reinnleggelser fra sykehjem til sykehus er; - Ressurser - Bemanning - Kompetanse Sykehjemspasienter er etter Samhandlingsreformen komplekse og med høyere mortalitet. Slike pasienter har særlig behov for kompetente sykepleiere. Andre faktorer var tilgang til sykehjemslege og adekvat kommunikasjon og dokumentasjon.	Nivå 2
2	Heidi Haukelien, Halvard Vike og Ingvild Vardheim 2015 Telemarksforskning, NSF Norge	Samhandlings- reformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Sykepleieres erfaringer	Å undersøke sykepleieres erfaringer knyttet til konsekvenser av samhandlingsreformen. Hensikten med undersøkelsene/intervjuene var å få mer kunnskap om hvordan sykepleiere opplever ulike sider ved sin arbeidshverdag i 2015. Både knyttet til temaer som	Undersøkelsen tar for seg en triangulær tilnærming. Det er i tillegg til en landsomfattende spørreundersøkelse besvart av 2705 sykepleiere, gjennomført fokusgruppeintervjuer	Sykepleiere rettet mot Norsk Sykepleierforbunds medlemmer, samt sykepleiere i fem kommuner i Norge. Spørreundersøkelsen er besvart av sykepleiere i 370 kommuner i Norge.	Hovedfunnene i rapporten viser at samhandlingsreformen har ført til bedre samarbeid og samhandling mellom helseforetakene og også trolig bedre utnyttelse av ressursene. Undersøkelsen viser også at overnevnte innebærer en massiv ansvarsoverføring fra	

			kompetanse og ressurser i tjenesten, til kvaliteten på tilbudene, samarbeid med sykehuset, samt muligheter for kompetanseutvikling.	i fem kommuner i Norge. Sykepleierne som er intervjuet arbeider i sykehjem eller i hjemmesykepleien.		helseforetakene til kommunene.	
3	Kleiven, T. Ole Kyte, Lars Kvinge, Kari 2016 Nordisk Sygeplejeforskning Danmark	«Sykepleieverdier under press?»	Å undersøke om økonomiske styringssystemer, basert på mål- og resultatstyring påvirker sykepleiers prioriteringer i praksis og om det har konsekvenser for sykepleieidentiteten.	Studien har en kvalitativ tilnærming. Data er innhentet fra fokusgruppeintervjuer	Sykepleiere i praksis	Studien viser at ytre faktorer påvirker sykepleiers verdier og prioriteringer i arbeidshverdagen. Sykepleier prioriteringer viser at pasientens psykososiale behov og aktivitet nedprioriteres.	Nivå 1
4	Killie, A., Paul Debesay, Jonas 2016 Nordisk Tidsskrift for Helseforskning Norge	«Sykepleieres erfaringer med samhandlingsreformen ved korttidsavdelinger i sykehjem»	Å undersøke sykepleiers erfaringer i etterkant av samhandlingsreformen og hvordan det har påvirket arbeidet i korttidsavdeling	Kvalitativt studie. Data er hentet fra semistrukturerte intervjuguide med åpne spørsmål.	Sykepleiere ved fire korttidsavdelinger i Oslo, som har erfaring med endringsprosessen knyttet til samhandlingsreformen	Resultatene viser at der var en brå endring og en var lite forberedt på reformens ringvirkninger. Et hovedpunkt som blir trukket fram er en ny definisjon på en «utskrivningsklar pasient». Sykepleierne trekker også fram at der er for lite informasjon fra sykehuset, samt mangel på nødvendig medisinsk utstyr og kvalifisert personale til å ta i mot dårligere pasienter. Det opplevdes et større ansvar og tidspress/arbeidsbelastning.	Nivå 1

5	Bentzen, Gro Harsvik, Anita Brinchmann, Støre, Berit 2013 Nursing Research and Practice USA	«Values That Vanish into Thin Air»: Nurses' Experience of Ethical Values in Their Daily Work	Å undersøke sykepleieres opplevelse hvordan etiske verdier blir ivaretatt i arbeidet i det norske helsevesenet.	Kvalitativ tilnærming med fokusgruppeintervju.	20 sykepleiere fra somatisk og psykiatrisk avdelinger i sykehus i Norge.	Alle sykepleierne beskrev viktigheten av etiske sykepleierverdier for å ivareta pasientens integritet og respekt. Med tidspress og økt arbeidsbelastning forteller sykepleierne at verdiene blir undertrykt. Organisatoriske og økonomiske faktorer bidrar til at sykepleierne har en følelse av utilstrekkelighet, og at de må senke profesjonell standard.	Nivå 1
6	Storaker, Anne Nåden, Dagfinn Sæteren, Berit 2017 Nursing Ethics Storbritannia	«From painful business to emotional immunization: Nurses' experiences of ethical challenges»	Hensikten med studiet er å få en større forståelse for etiske utfordringer tilknyttet sykepleieres yrkesutførelse.	Kvalitativt studie med intervju.	9 sykepleiere med minimum 2 års arbeidserfaringer.	Studien viser at tidspresset er et fenomen som kan lede til konflikt med sykepleiers etiske verdier. Konsekvensene kan påvirke sykepleiers profesjonelle holdninger til pasientene.	Nivå 2