



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.: 70

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 9464

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: 33

Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja



Høgskulen
på Vestlandet

Bacheloroppgave

Hvordan har samhandlingsreformen endret sykepleierrollen på sykehjem

How has the Health Care Reform transformed the nursing role in nursing homes

Kandidatnummer: 70

GRSD 15

HVL FHS IHO

Veileder: Elin Vestbøstad

Antall ord: 9464

Innleveringsdato: 10. 05. 2019

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.

Sammenheng

Hensikt:

Belyse samhandlingsreformens påvirkning på sykepleierrollen på sykehjem med fokus på korttidsavdelinger.

Bakgrunn:

Samhandlingsreformen ble innført i 2012. Reformen har skapt store utfordringer og gitt økt arbeidsmengde i den kommunale helse-og omsorgstjenesten. Dette medførte at sykehjemmene har fått mange nye oppgaver, og har fått ansvar for en større brukergruppe. Dette vises seg mest på korttidsavdelinger.

Metode:

Det er brukt litteraturgjennomgang som metode. Referanserammen for oppgaven er forsknings og fag artikler, relevant faglitteratur, offentlige dokumenter og egen erfaring fra praksis. Oppgavens referanseramme er grunnlag for relevant teori som er brukt videre i drøfting for å svare på problemstillingen.

Funn:

Samhandlingsreformen har medført til endring av sykepleierrolle på sykehjem. Dette innebærer behov for økt sykepleierkompetanse, gode IKT-kompetanse, endring i organisering av sykepleierarbeid. Påvirkning på sykepleierrollen har også sykepleiermangel, kommunens prioritering av organisering av helsetjenesten og hvordan organiseringssystem et sykehjem har.

Diskusjon:

Det er fortsatt store utfordringen når det gjelder kompetanseheving og IKT opplæring. Samhandlingsreformens påvirkning krever endring av organisering av sykepleierarbeid på sykehjem. Sykepleiermangel er en grunn at flere sykehjem søker alternativ organisasjonssystem. Dette er noe som betyr brudd i den tradisjonelle tenkning om helhetlig sykepleie. Ledelse på sykehjem bør ha organisasjonssystem som skal bedre definere sykepleierrollen.

Konklusjon:

Samhandlingsreformen har endret sykepleierens funksjon og ansvar på sykehjem. Sykepleiere bruker mer tid på koordinasjon med andre helsetjenester, administrasjon og dokumentasjon og da er det viktig at de kan lede og organisere både eget og andres arbeid.

Summary

Purpose:

Illuminate the influence of the interaction reform on the nursing role in nursing homes with a focus on short-term departments.

Background:

The co-operation reform was introduced in 2012. The reform has created major challenges and increased workload in the municipal health and care service. This meant that the nursing homes have received many new tasks and have been given responsibility for a larger user group. This appears mostly in short-term departments.

Method:

A literature review has been used as a method. The reference framework for the thesis is research and subject articles, relevant academic literature, public documents and own experience from practice. The paper's frame of reference is the basis for relevant theory that has been used further in discussion to answer the problem.

Findings:

The health care reform has led to a change of nursing role in nursing homes. This implies the need for increased nursing competence, good ICT competence, change in the organization of nursing work. Influence on the nursing role also has a nursing shortage, the municipality's prioritization of the organization of the health service and how the organizing system a nursing home has.

Discussion:

It is still a major challenge when it comes to raising competence and ICT training. The influence of the health care reform requires a change in the organization of nursing work in nursing homes. Nursing deficiency is one reason that several nursing homes seek alternative organizational systems. This is something that means breaking into the traditional thinking of holistic nursing. Nursing home management should have an organizational system that should better define the nursing role.

Conclusion:

The health care reform has changed the nurse's function and responsibility in nursing homes. Nurses spend more time on coordination with other health services, administration and documentation and then it is important that they can lead and organize theirs and others work.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	6
1.1 Bakgrunn	6
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	7
1.3 Avgrensing av oppgaven.....	7
1.4 Hensikt med oppgaven	8
2.0 Metode	8
2.1 Framgangsmåte for relevant litteratur.....	8
2.2 Søkehistorikk.....	9
2.3 Innklusjon og eksklusjonskriterier.....	9
2.4 Kildekritikk	10
2.5 Etske overveielser	10
3.0 Resultat	11
4.0 Teoretisk rammeverk	16
4.1 Sykepleieteoretisk forankring	16
4.2 Omsorg i sykepleien.....	16
4.3 Faglig skjønn.....	17
4.4 Kompetansebegrep.....	18
4.5 Organisatoriske kompetanse.....	19
4.6 Teknologi og IKT kompetanse.....	19
4.7 Faglig forsvarlighet.....	20
4.8 Sykepleierrolle på sykehjem.....	21
4.9 Arbeidsglede	22
5.0 Drøfting	23
5.1 Samhandlingsreformen endrer sykepleierkompetanse på sykehjem	23
5.2 Teknologisk påvirkning endrer sykepleierrollen.....	26
5.3 Organisering av sykepleiere på sykehjem.....	28
5.4 Hvordan kan ledelse på sykehjem hjelpe sykepleiere å definere sin rolle.....	30
6.0 Avslutning	32
7.0 Bibliografi	34

1.0 Innledning

Samhandlingsreformen er en stor og omfattende Reform av helse- og sosialtjenester i Norge. Den ble presentert gjennom stortingsmelding nr. 47(2008-2009) 19 juni 2009.

Samhandlingsreformen ble innført fra 1. januar 2012. (regjeringen.no, 2018). Reformen skal bidra til en utvikling som gir økt satsing på forebyggende arbeid, tidlig intervensjon og behandling og gode helhetlige pasientforløp. Under samhandlingsreformen skal den kommunale- og omsorgstjenesten styrkes og spesialtjenesten videreutvikles. Tjenestene skal gis nærmere der folk bor og spesialist- og primærhelsetjenesten skal være koordinerte og samkjørte. Reformen skal sikre at pasienten får rett behandling så tidlig som mulig og nærmest mulig. Utvikling av helhetlig pasientforløp har vært et av reformens viktigste mål (regjeringen.no, 2018).

Etter samhandlingsreformen har kommunene fått mye større ansvar. Med de nye lovendringene blir kommunens plikt regulert i helse- og omsorgstjenester loven, rettighetene i pasient- og brukerrettighetsloven og yrkesutøvelsen i helsepersonell loven. De tre lovene skal utfylle hverandre (regjeringen.no, 2011). Kommunene kan fritt velge hvordan de vil prioritere mellom ulike sektorer, og hvordan tilbud og tjenester skal organiseres etter lokale forhold og behov. Dette gir stor variasjon i hvordan kommunene organiserer sin helse og omsorgstjeneste tilbud. Dette gjelder både innholdet på tjenestested, og hvor tjenesten ytes (Bergland, 2013).

Dette har forårsaket store endringer i kommunalhelsetjenesten. Sykehjemmene er en viktig del av kommunale helse- og omsorgstjenestetilbud. Denne oppgaven fokuserer på konsekvenser som disse endringene innebærer for sykepleiere på sykehjem.

Samhandlingsreformens påvirkning på sykepleierrollen vises mest på korttidsavdelinger.

Sykepleierrollen er i stadig endring og utvikling og varierer ut fra rammebetingelser og situasjonen. Det er mange faktorer som har innvirkning på sykepleierrollen.

Samhandlingsreformen har påvirket flere av disse faktorene som har med det samme endret sykepleierrollen på sykehjem. Denne oppgaven vil belyse og drøfte disse faktorene og samtidig vil beskrive hvilke konsekvenser vil dette ha for utøvelse av sykepleie på sykehjem.

1.1 Bakgrunn

Temaet for denne oppgaven er samhandlingsreformens innflytelse på sykepleiernes oppgaver og funksjon på sykehjem. Samhandlingsreformen innebærer at oppgaver overføres

fra spesialhelsetjenester til primærhelsetjenester. Dette medførte at sykehjemmene har fått mange nye oppgaver, og har fått ansvar for en større brukergruppe (regjeringen.no, 2018). Jeg har selv erfaring fra 18 år på sykehjem, både som pleieassistent, helsefagarbeider og sykepleierstudent. Det vil si at jeg har selv deltatt i forandringsprosessene som ankom med samhandlingsreformen. Mine erfaringer viser at det er stor forskjell i sykepleieroppgaver før innføring av samhandlingsreformen og etter. Pasientgruppen og oppgavene har endret seg med tiden og dette har resultert til nye og mer avanserte prosedyrer. Sykepleiere har fått mindre tid til å være med pasienter på avdelinger og bruker istedenfor mer tid ved dataskjermen, tverrfaglige møter og på medisinrommet. Til tross at arbeidsmengde har økt, blir det ikke fulgt opp med tilsvarende bemanning. Sparetiltakene fra kommuneledelse har til og med redusert antall ansatte på sykehjem. Dette er ikke i samsvar med samhandlingsreformens krav om økt kompetanse. Disse forholdene er grunn at sykepleiere velger å slutte å jobbe. Det er like vanskelig å rekruttere nye sykepleiere på grunn av mye ansvar. Dette har konsekvenser på oppfølging til pasienter. Mangel på sykepleiekompetanse resulterer at forandringene i pasientens tilstand, som dårlig sirkulasjon eller brudd blir oppdaget tilfeldig på legevisitten. Gjennom sykepleiestudiet har jeg fått bedre innsikt i betydning av sykepleierrollen og forholdene som påvirker dem. Dette er en grunn hvorfor jeg vil belyse samhandlingsreformens påvirkning på sykepleierrollen. Samtidig har tidspress, økt arbeidsmengde, stress, manglende kunnskap og kompetanse, lav bemanning og sparetiltak fra kommuneledelse preget min arbeidsplass siden samhandlingsreformen ble satt i gang. Disse erfaringene er årsaken at jeg vil skrive om dette temaet.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Problemstilling for bacheloroppgaven er:

Hvordan har samhandlingsreformen endret sykepleierrollen på sykeheim?

1.3 Avgrensning av oppgaven

Samhandlingsreformen har påvirket helsepersonelsrolle i hele kommunalehelsetjenesten.

Fokus i denne oppgaven vil være på sykehjemet. Jeg har valgt å avgrense oppgaven til

sykepleierrollen på avdelingene med korttidsplasser. Hovedfokus vil være på sykepleiers oppgaver og funksjon tilknyttet til pasienter som er utskrevet fra spesialhelsetjenester. Dette på grunn av endringene som ankom med samhandlingsreformen vises mest på korttidsavdelingene. For at pasientene kan få rett behandling, kreves også at sykepleiere har tilsvarende kompetanse. Personalet, spesielt sykepleierene, må derfor ha kompetanse innenfor medisinsk behandling, observasjon og oppfølging, rehabilitering og lindrende behandling Meld. St. 13 (2011-2012). Dette er en resultat av samhandlingsreformen.

1.4 Hensikt med oppgaven

Hensikt med denne oppgaven er å finne ut svarene og belyse hvordan samhandlingsreformen har påvirket sykepleierens funksjon og samtidig har endret og utviklet sykepleierrollen på sykehjemmet.

Gjennom skriveprosessen ønsker jeg å fordype meg i dette temaet og utvide ny kunnskap som jeg kan bruke som ferdigutdanet sykepleier.

2.0 Metode

I dette kapitlet blir fremgangsmåten som ble brukt for å samle inn kunnskap og informasjon om utvalgte problemstillinger beskrevet. Det er valgt litteraturgjennomgang og egen erfaring fra praksis som metode for å belyse og drøfte problemstillingen i oppgaven.

2.1 Framgangsmåte for relevant litteratur

I denne oppgaven har jeg brukt pensumbøker og selvvalgt faglitteratur, stortingsmeldinger, lovverk og andre offentlige dokumenter. Det er også benyttet relevante forskningsartikler og fagutviklingsartikler. For å finne relevant litteratur har jeg brukt anerkjente database.

Det er mye skrevet om samhandlingsreformen i pensumbøker. Jeg har mest benyttet Grunnleggende sykepleie-bind 1. av Kristoffersen, Nortvedt og Skaug og Kirkevolds og Brodtkorbs bok Geriatrisk sykepleie. Av selvvalgt faglitteratur har jeg brukt Kassahs og Tingvolls bok Samhandlingsreformen under lupen og Elisabeth Arntzens bok Ledelse og

kvalitet i helsetjenester. Disse har vært viktige kilder for å belyse og drøfte utvalgt problemstilling. Det er benyttet offentlige dokumenter som teoretisk grunnlag i denne oppgaven. Mest viktig er St. Mld. 47 (2008-2009) som er det grunnleggende dokumentet for samhandlingsreformen. Av den grunn er det også det mest relevante dokumentet for å belyse temaet.

2.2 Søkehistorikk

Jeg har gjennomført søk i flere databaser for å finne aktuell forsknings litteratur. Det er benyttet relevante databaser som Mesh, Cinalh, SveMed+, Pubmed og Google Scholar. Disse søkeordene på norsk og engelsk er blitt brukt: samhandlingsreformen, kompetanse, faglig forsvarlighet, sykehjem, korttidsavdeling, sykepleierrolle, Health Care Reform, Competence, Nurse og Nurse Homes. Det er utført søk både med et ord og kombinerte ord. Siden samhandlingsreformen er en autentisk norsk reform ble det ingen relevante treff på Mesh, Cinalh og Pubmed. Derfor er SveMed+ og Google Scholar blitt prioritert som søkebaser. Søk i disse basene gav mange treff. For å avgrense søket, kombinerte jeg ordene samhandlingsreformen og sykehjem som resulterte med flere relevante treff både på SveMed+ og Scholar. Etter søket ble gjennomført valgte jeg ut syv forskningsartikler, seks var skrevet på Norsk og en på Engelsk. Alle forskningene er tilknyttet til samhandlingsreformen og er utført i Norge. To av artiklene beskriver sykepleierens erfaringer med samhandlingsreformen på sykehjem. En artikkel sammenlikner situasjonen med eldre pasienter før og etter samhandlingsreformen. En studie undersøker en ny praksismodell som vil styrke organisatorisk kompetanse hos nyutdannede sykepleiere. En annen artikkel undersøker kvaliteten på sykehjem etter samhandlingsreformen. En undersøker hvordan sykehjemmene har møtt utfordringene med innføring av IKT som følge av samhandlingsreformens krav om bedre samarbeid med spesialhelsetjenester. Den siste artikkelen undersøker sykepleierenes kompetanser i kommunehelsetjenester. Alle artiklene er veldig aktuelle i tilknytning til den utvalgte problemstillingen.

2.3 Innklusjon og eksklusjonskriterier

Oppgaven baserer seg på forskninger som ble publisert etter 2012. Det vil si at den inkluderer studier som kom etter samhandlingsreformen ble innført. Siden konsekvensene

av samhandlingsreformen endret seg gjennom tiden, har det vært viktig å velge ny og oppdatert forskningslitteratur. Artiklene som er brukt i oppgaven er utgitt mellom 2016-2018. Dette er noe som styrker og aktualiserer oppgaven.

2.4 Kildekritikk

Denne oppgaven baserer seg på forskningsartikler av både kvalitativ og kvantitativ metode. For å belyse problemstillingen i oppgaven, er det nødvendig å bruke helsepersonells erfaringer med samhandlingsreformen. Thidemann (2017, s. 78) skriver at hensikten med kvalitativ metoden er å få kunnskap om menneskelige egenskaper, som meninger, opplevelser, erfaringer, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Samtidig viste det seg at det er også behov for statistiske målinger og faktakunnskap om samhandlingsreformen. Kvantitative data er målbare enheter, tall, såkalte harde og objektive data, det vil si eksakt faktakunnskap hevder Thidemann (2017, s. 77). Kvalitativ metode går i dybden, mens kvantitativ metoden går i bredde. Problemstillingen i oppgaven har behov for tilstrekkelig behandling både i sin bredde og dybde. Derfor er det nødvendig å ta med litteratur av begge forskningsmetoder.

Det var viktig å ha et kritisk blikk til forskningene under søkeprosessen. Kravet var at forskningene var sykepleiefaglige og at de kom fra en anerkjent kilde. Alle forskningene som er brukt i oppgaven er bygget på IMRaD-prinsippet. IMRaD-strukturen er en anerkjent disponering av tekst i vitenskapelige artikler og forteller hvor du finner forskjellige informasjon (Thidemann, 2017, s. 30). Det var også krav at forfatteren har en helsefaglig bakgrunn og erfaring fra fagfeltet. Videre ble det stilt krav om at forfatteren hadde brukt anerkjente og pålitelige kilder i forskningen.

I oppgaven er det benyttet faglitteratur som handler om samhandlingsreformen og inkluderer også omsorg på sykehjem. I tillegg er den utvalgte litteraturen aktuell og i samsvar med lovverket knyttet til samhandlingsreformen.

Etter disse kriteriene anser jeg at oppgaven baserer seg på anerkjente og troverdige kilder.

2.5 Etiske overveielser

Etiske retningslinjer for oppgaveskriving er fulgt opp ved å benytte HVL sine felles retningslinjer (Høgskolen på Vestlandet, 2019). I oppgaven er det benyttet

forskningsslitteratur som er godkjent av etiske komiteer. På bakgrunn av dette er disse studiene publiserte i Høyskolens godkjente databaser. Alle kildene er nøyaktig sitert og referert for å vise innsyn i hvordan kilder og kunnskap er hentet fram.

3.0 Resultat

I dette kapittelet blir det presentert syv forsknings artikler med funn som er relevant til min problemstilling.

Artikkel 1: (Killie & Debesay, 2016) Sykepleieres erfaringer med samhandlingsreformen ved korttidsavdelinger på sykeheim

Formål: Utførskle måten samhandlingsreformen har påvirket sykepleiernes arbeidshverdag på korttidsavdelingene på sykehjem. Forskning vil belyse sykepleiernes erfaringer med innføring av reformen og betydning av dette for deres utøvelse av sykepleie for pasienter som er utskrevet fra sykehuset.

Metode: Studien er basert på en kvalitativ undersøkelse. Det er gjennomført intervjuer med sykepleiere ved fire korttidsavdelingene på ulike sykehjem. Det var seks sykepleiere som deltok og alle var kvinner. To av dem hadde lang erfaring fra arbeid på sykehjem (20 og 36 år), mens de andre hadde erfaring mellom tre og fem år. Alle sykepleierene som deltok var involverte i endringsprosessene etter samhandlingsreformen.

Resultat: Det kom tidlig fram avdelingens manglende forberedthet på reformens påvirkninger. Pasientene som ble utskrevet fra sykehuset ble dårligere enn før. Tidspresset på korttidsavdelinger var større enn på de andre avdelingene. Funn viste også stort behov for økt kompetanse som konsekvensen av samhandlingsreformen.

Konklusjon: Funnene tyder på at det ikke er blitt satt i gang helhetlige prosesser for å imøtekomme det store behovet for strukturelle tiltak. Sykepleierne sitter med mye ansvar for pasientene og arbeidshverdagene med en økt mengde rutiner og tidspress som påvirker deres mulighet for å utøve faglig skjønn. Denne tilstanden kan true korttidsavdelingens kvalitet og sentrale funksjon i ivaretagelsen av pasientene.

Artikkel 2: (Kyrkjebø, Søvde, & Råholm, 2017) Sjukepleiarkompetanse i kommunehelsetenesta: Er det rom for fagleg oppdatering?

Formål: Samhandlingsreformen har ført med seg endring i arbeidsoppgaver og kompetansekrav for kommunalt ansette sykepleiere. Studien vil beskrive hvordan sykepleiere i kommunalhelsetjeneste arbeider med kompetanseutvikling og hvilke utfordringer møter de i sitt arbeid. Denne studien er en del av en større kvantitativ studie (NursComp) av samme forfattere.

Metode: Kvalitativt forskningsmetode ble benyttet i undersøkelsen. Det ble gjennomført to fokusgruppeintervju i to kommuner. Det deltok 14 sykepleiere-en mann og 13 kvinner. Seks sykepleiere i fokusgruppe 1 og åtte i fokusgruppe 2. Ni av sykepleiere jobbet i hjemmesykepleie og fem på sykehjem.

Resultat: Sykepleierne beskriv mange faktorer som påvirker dem til å holde seg faglig oppdaterte- mellom annet fellesskap med kollegaer, refleksjonstid, tidspress, økonomiske faktorer og mangel på tilrettelegging fra ledelse.

Konklusjon: Sykepleiere har plikt til å være faglig oppdaterte. De må sammen med sin leder planlegge arbeidsdagen slik at faglig oppdatering blir en naturlig del av arbeidstiden. Lederne har en viktig rolle i å legge til rette for kompetanseutvikling.

Artikkel 3: (Bruvik, Drageset, & Foss Abrahamsen, 2017) Fra sykehus til sykehjem-hva samhandlingsreformen har ført til

Formål: Studien sammeliknet situasjon for skrøpelige gamle som blir overført fra sykehus til sykehjem før og etter at reformen var innført. Det ble sett på 1) forekomst av dødsfall og 2) alder, kjønn, liggedøgn og utskrivningdestinasjon. Hensikt var å undersøke mulige forskjell i populasjonen ved overføring fra sykehus til sykehjem, før og etter innføring av samhandlingsreformen.

Metode: Det ble gjennomført en kvantitativ retrospektiv studie. Dataene ble samlet fra en korttidsavdeling ved et sykehjem med 35 senger fra tidsrommene mai 2009 til desember 2011 og mars 2012 til mai 2014. Drift og bemanning hadde vært uendret. Opplysninger om pasientenes alder, kjønn, liggedøgn, utskrivningdestinasjon ble retrospektivt innhentet fra 186 pasienter. 70 fra perioden før innføring av reformen, og fra 177 pasienter etter innføringen.

Resultat: Studien viser en dobling av antal pasienter som døde på sykehjem etter sykehusopphold etter at samhandlingsreformen var innført. Etter sammenlikning med dataene før reformen, viste det seg at pasientene som ble innlagt etter reformen var eldre, gjennomsnittlig 88 år, mens før reformen ble gjennomsnitt 85 år. Det ble også færre

overført til annet sykehjem (21 prosent mot 45 prosent), og flere ble utskrevet til eget hjem(47 prosent mot 36 prosent).

Konklusjon: Det er grunn til å anta at disse resultatene har konsekvenser for kompetanse og bemanningbehov i sykehjem. Det tyder på at bemanning ved sykehjemmene bør vurderes ut ifra oppgaver og kompetansebehov.

Artikkel 4: (Tingvoll, Pedersen, & Nymo, 2018) Ny praksismodell gjorde studentene bedre i ledelse og organisering

Fårmål: Sykepleiere er den største gruppen i den kommunale helse-og omsorgtjenester. Det forventes at nyutdanet sykepleiere har kompetanse i sykepleiefaglig ledelse for å kunne organisere og lede pasientarbeid. Sykepleierutdanningen i samarbeid med praksisfeltet har ansvaret for å utvikle kunnskap slik at sykepleiere får handlingskompetanse i sykepleiefaglig ledelse. Studien belyser om hvordan studentene erfarer sin egen utvikling av handlingskompetanse etter ny praksismodell i sjette semester. Erfaringene gir viktig kunnskap for å videreutvikle praksismodellen i forhold til krav til nyutdannede sykepleiere.

Metode: Det var brukt kvalitativ tilnærming som metode. Fokusgruppeintervju ble benyttet som datainnsamlingsmetode. Intervjuene ble gjennomført etter avsluttet praksisperiode våren 2016. I analysen benyttet studien kvalitativ innholdsanalyse.

Resultat: Forskningen viser at en ny praksismodell kan hjelpe til å styrke studentens ferdigheter i ledelse og organisering. Samtidig kan dyppet mellom utdanningen og sykehjemmenes forventninger til nyutdannet sykepleiere bli mindre.

Konklusjon: Studentene ble utfordret i sykepleieleidelse, studentveiledning, involvering i kvalitetsarbeid og tverrprofesjonell samhandling. Det viser seg at balansen mellom utfordringer og refleksjon er sentral for læring og kritisk tenkning.

Artikkel 5: (Isaksen, Ågotnes, & Fagertunn, 2018) Spenningsfeltet mellom standardisering, variasjon og prioritering i norske sykehjem

Formål: Hensikten med denne studien er å undersøke hvordan sykehjem i Norge arbeider med kvalitet og om hvordan dette påvirker praksiser på tvers av kommuner, sykehjem og avdelinger. Studien undersøker konkrete aspekter med praksis som den aktive utøvelse av de ansettes arbeid, og konkrete aspekter med rutiner som de virkemidler og verktøy ansatte bruker og forholder seg til.

Metode: Studien baserer seg på en sekvensert tilnærming. Datasamling er gjennomført ved bruk av spørreskjema, individuelle intervju, fokusgruppeintervju og observasjoner i fem norske sykehjem. Kvalitative og kvantitative data blir innhentet vekselvis. Innhenting av data i en fase baserer seg også på erfaringer fra forrige fase. Fagsykepleier eller ansatt med ansvar for kvaliteten i enheten, besvarte i 2016 et spørreskjema om praksis og rutiner i egen avdeling. Videre ble ansatte i kategoriene leder, sykepleier, helsefagarbeider og assistent intervjuet om sitt arbeid og sin erfaring med kvalitet og kvalitetsarbeid i sykehjem.

Resultat: Studien viser at det er store variasjon i praksis og rutiner knyttet til kvalitetsarbeid til tross for gjentatte innsatser fra myndighetene i å standardisere praksis i tjenestene. Det vises variasjoner både på tvers av og innen sykehjem. Disse variasjoner tyder på det at det er et komplisert og varig spenningsforhold mellom standardisering, lokal autonomi og kultur og lokalt innovasjonsarbeid. Studien argumenterer for at standardisering av «beste praksis» er vanskelig forenelig med flere forhold, blant annet med: a) myndighetens ønske om stadig innovasjon i tjenester samtidig at tjeneste skal være individuelt tilpasset, og b) kommunens grunnleggende autonomi, lokal arbeidskultur ved sykehjemmene knyttet til denne autonomien og lokale prioriteringer.

Konklusjon: Standardisering kan bidra til mer forenlige arbeidspraksiser på tvers av sykehjem, med tanke på kvalitetsforbedringsarbeid. Men kombinasjon av standardisering på den ene siden og forventninger om innovasjon, brukermedvirkning og pasienttilpassede tjenester på den andre siden, gjør at dette kan fremstå som et vanskelig terreng for de kommunale helsetjenester å navigere i.

Artikkel 6: (Huemer & Eriksen, 2017) Teknologi i samhandlingsreformen

Formål: ifølge samhandlingsreformen skal informasjon og kommunikasjonsteknologi (IKT) initiere til bedre samarbeid mellom spesialhelsetjenester og kommunehelsetjenester. Mål i reformen er at IKT skal tilrettelegge for nødvendig informasjon der pasienter befinner seg for og ivareta problemfrie pasientforløp. Hensikten med studien er å undersøke hvordan kommunene i Finnmark, Norges største fylke, har møtt utfordringene med innføring med IKT. Det er relativt lite forskning på dette temaet.

Metode: Det er brukt kvantitativ metode for undersøkelse. Studien er gjennomført ved bruk av spørreskjema med både gitte svarsalternativer og mulighet til å svare med egne kommentarer. Sykepleiere i seksten av nitten kommuner har delta i undersøkelser.

Resultat: Studien viser en forskjell mellom idealer og realiteten i kommunalhelsetjenesten knyttet til teknologi i arbeidshverdagen, kompetansebehov og måloppnåelse. Teknologi har positiv innvirkning på samhandling dersom infrastrukturen er god. Det er mange som ikke har tilstrekkelig IKT kompetanse for å bruke systemet effektivt. Det savnes planer for opplæring og ansatte må lære seg å bruke systemene selv. Det er mange som nevner manglende økonomiske ressurser for opplæring, utstyr og gode tekniske løsninger.

Konklusjon: Funnene tyder på at utfordringer knyttet til implementering av IKT i kommunehelsetjenesten er noe som kan svekke både kvalitet og pasientsikkerhet. Studien kan bidra til å øke bevisligheten rundt behovet for systematisk arbeid, god planlegging og brukermedvirkning i implementeringsprosesser.

Artikkel 7: (Bing-Jonsson, Hoffos, Kirkevold, Bjørk, & Foss, 2016) Sufficient competence in community elderly care? Result from a competence measurement of nursing staff

Formål: Multi-morbiditet, polyfarmasi og kognitiv svikt gjør at flere eldre pasienter har dårlig almenntilstand med stor risiko for uønskede utfall om de ikke får riktig behandling.

Kunnskap om tilgjengelig kompetanse er nødvendig for å vurdere om helsepersonalet er i stand til å tilby en balansert og riktig helsetjeneste til eldre personer med akutte og/eller komplekse helsebehov. Hensikt med denne studien er å undersøke sykepleie kompetanse i norsk kommunalhelsetjenester til eldre.

Metode: Det er brukt en kvantitativ metode. Studien benyttet en tverrsnittsundersøkelse av 1016 sykepleiere på sykehjem og i hjemmesykepleien. Det ble brukt NOP-CET (Nursing Older People- Competance Evaluation Tool) spørreskjemaet som verktøy for å målet kompetansenivå. For statistisk analyse av samlet data ble det brukt ANOVA og multippel regresjon som metode.

Resultat: Studien viser at sykepleiere har kompetanse på alle målte område, men at kompetansenivå ikke var tilstrekkelig nok i sykepleietiltak, avanserte prosedyrer og dokumentasjon. Sykepleiere på sykehjem skorte høyere enn ansatte i hjemmesykepleien. Undersøkelse viser også at yngre sykepleiere skårer høyere enn eldre sykepleiere.

Konklusjon: En grunn til den relativ lave innflytelsen av utdanning og opplæring på kompetanseutvikling kan være en relativ diffus rolle som pleiepersonale har i eldre omsorg. Noe som kan bety at de har dårlige standarder til å vurdere sin egen kompetanse.

Sykepleiere bør ha både en klarere rollebeskrivelse av sin funksjon og generell kompetanseutvikling i geriatrisk sykepleie.

4.0 Teoretisk rammeverk

4.1 Sykepleieteoretisk forankring

I min bachelor oppgave har jeg valgt å støtte meg til Kari Martinsens omsorgsfilosofi. Kari Martinsen er en norsk sykepleieteoretiker som har fokus på omsorg som sykepleiens fundament. Hennes teori betraktes som fenomenologisk, og har stor betydning for utvikling av sykepleiefaget i Norge og Skandinavia (Kirkevold, 2001).

Kari Martinsens omsorgsteori er veldig aktuell i dagens moderne sykepleie. Hun mener at det som møter en i de fleste av helsevesenets institusjoner er spesialisert utstyr, effektivitet og komplisert sykehusspråk. Institusjoner er mer rettet inn mot resultatsikkerhet og vekstomsorg, mot å løse pasientens problemer. Martinsens fremhever resultatløs sykepleie og betingelsesløs omsorg som det idealet som er i samsvar med sykepleiens tradisjonsgrunnlag (Martinsen, 2003, s.78). Martinsen er opptatt av sykepleierens faglige skjønn. Hun setter slik kunnskap høyest og hun omtaler den faglig dyktige og klokke sykepleieren som sitt ideal (Martinsen, 2003b, s.91-92). Sykepleiens omsorgsfunksjon og faglig skjønn er veldig relevant i tilknytning til min problemstilling. Derfor vil jeg beskrive disse nærmere på.

4.2 Omsorg i sykepleien

Martinsen (2003, s. 68-71) mener at omsorg er mest naturlige og grunnleggende i menneskets eksistens og samhandling, og utgjør dermed også grunnlaget for sykepleie. Hun sier at omsorgen viser seg gjennom den måten vi omgås andre på og bruker redskaper på bestemte måter sammen med andre mennesker ut fra en felles forståelse av den helheten som handlingene inngår i. Den fundamentale kvaliteter ved omsorg deler Martinsen i tre punkter:

1. Omsorg er en sosial relasjon, der vil si at det har med felleskap og solidaritet med andre å gjøre.
2. Omsorg har med forståelse for andre å gjøre, en forståelse en tilegner seg gjennom å gjøre ting for og sammen med andre. En utvikler felles erfaringer, og det er de

situasjonene en har erfaringer fra, en kan forstå. På den måten kan en forstå den andre gjennom måten han forhandler seg på sin situasjon.

3. Skal omsorgen være ekte, må en forholde seg til den andre ut fra en holdning (stemning, «Befindlichkeit») som anerkjenner den andre ut fra hans situasjon. I dette ligger en gjensidighet, utviklet gjennom samhandling i en praktisk arbeidssituasjon.

Martinsen (2003, s. 77-79) deler sykepleierens omsorgsfunksjoner ut fra målsettingen med omsorgsarbeidet i to hovedgrupperinger, institusjoner preget av vekstomsorg og institusjoner preget av vedlikeholdsomsorg. Vekstomsorg vil si omsorgsarbeid knyttet til omsorg med mer selvhjulpne mottakerne, som på behandlingssykehusene.

Vedlikeholdsomsorg vil si at omsorgsarbeidet er knyttet til avhengige og ikke selvhjulpne mottakerne. Institusjoner for kronisk syke, langtidspasienter i psykiske helsevern, sykehjem og hjemmesykepleie til eldre vil være typiske virksomheter for denne type omsorg.

Sykepleierens omsorg i denne type institusjonen er ikke en relasjon som snart skal opphøres, men er knyttet til et arbeid over tid. Derfor har slik omsorg større betydning for mottakeren og disse institusjoner kan kalles omsorgsinstitusjoner.

4.3 Faglig skjønn

Martinsen (2003b, s.145) beskriver faglig skjønn i sykepleien som et tydningsarbeid hvor fagkunnskap og naturlig sansning arbeider sammen. Skjønnnet er avhengig av sykepleiers åpenhet i sansningen av den andres uttrykk, av forståelsen av situasjon og av moralsk teft, mener Martinsen. Hun sier at godt skjønn er det rette bedømmelsen hvor handlingsfornuft, oppfinnsomhet og godhet utlegger hverandre gjensidig. Dette er noe som læres gjennom prosesser og relasjoner der en samhandler med andre. Martinsen (2014, s.62.-63) mener at både oppmerksomhet, faglighet og etikk er betydningsfulle for utvikling av faglig skjønn. Vi kan ikke skjønne uten oppmerksomhet, og vi er oppmerksomme ut fra etikk og faglighet på en gang (en vennlig vekselvirkning). Oppmerksomheten krever vårt sinnelag med i handlingene for den andres skyld. Oppmerksomheten er rettet mot den andre og hva den andre vil meg. Da blir vi mottakende, og da må vi også gi. I skjønnnet er vi oppmerksomme og personlig til stedet ut fra etikk og faglighet på en gang, skriver Martinsen (2014, s.63).

Martinsen (2018, s. 46) mener at profesjonelles faglige skjønn blir forstyrret under tidspress og hastighet. Detaljerte styrings- og rapportssystemer bindes opp av rutiner der det skal handles hurtig, og personalet har liten styring over disse. Hastigheten kan hindre

konsentrasjon, en kan lett miste oversikten, og planleggingen av pleien lider og blir mangelfull. De profesjonelle ser ikke mulighetene de har til å gjøre det best mulig. Dette gjør at skjønnets tankerom skrumper inn, likeså det situasjonsbestemte sanselige nærvær. Martinsen (2018, s.89) mener at sykepleiere bør bruke teknologien og redskap som forlengede arm sammen med erfaring, kunnskap og innsikt i situasjoner som skal skjønnes. Da kan sykepleien handle riktig og godt for den lidende fordi sykepleieren har sansenær kunnskap og erfaring med sykdom og lidelse. Dette er en annen måte å arbeide på enn kun etter manualer og retningslinjer og haste av gårde uten å se hva som kan avhjelpe situasjonen, hevder Martinsen (2018, s. 93).

4.4 Kompetansebegrep

Kompetansebegrep er et sammensatt begrep og brukes i mange ulike betydninger. Selve ordet kompetanse stammer fra den latinske benevnelsen «competentia» som betyr skikkethet og dyktighet, og refererer til «å kunne gjøre noe» og «å være i stand til» (Skau, 2011). Kompetanse er ikke noe en har-det er noe som viser seg i konkrete og virkelige situasjoner. Altså en synliggjør sin kompetanse ved å nyttegjøre seg og omsette kunnskaper, ferdigheter og verdier i arbeidet (Fagermoen, 1998, s. 9).

Å ha kompetanse eller å være kompetent innebærer da å være kvalifisert til å ta beslutninger og handle innenfor et bestemt funksjon-eller myndighetsområde (Kristoffersen & Nortvedt, 2015, s. 162).

Lai beskriver kompetanse som de samlede kunnskaper, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle funksjoner og oppgaver i tråd med definerte krav og mål. Det å være kompetent er imidlertid ikke ensbetydende med å ha høy kompetanse. Det å være kompetent betyr at man har anvendbar og verdifull kompetanse(riktig kompetanse), sett ut fra de kravene dagens og fremtidens oppgaver innebærer (Lai, 2004).

Den samlede kompetanse som en sykepleier disponerer som grunnlag for å handle i sykepleiesituasjoner er det vi kan beskrives som klinisk sykepleiekompetanse. Den kliniske kompetansen utgjør kjernen i sykepleierens kompetanse, men denne typen kompetansen er utilstrekkelig alene. En sykepleier bør både forstå og håndtere de rammene som sykepleien utøves innenfor i tillegg til klinisk kompetanse (Kristoffersen & Nortvedt, 2015, s. 335).

Orvik (2004) mener at kompetansen er noe som er også kollektivt og forankret i et arbeidsfellesskap som binder fagpersoner og organisasjon sammen. Kompetansen utvikles for eksempel i møte med kollegaer og arbeidsoppgaver i en organisasjon.

4.5 Organisatoriske kompetanse

Orvik (2004) sier at en sykepleier må være klinisk dyktig. Det er også viktig at sykepleieren kan organisere eget og andres arbeid og i tillegg har innsikt i oppbygning og funksjon av virksomheter han jobber i. Den organisatoriske kompetansen er viktig for sykepleiere i dag. Denne kompetansen har to ulike former som Orvik formulerer som organisasjonskompetanse og organiseringskompetanse.

Organisasjonskompetanse innebærer å forstå sykepleiers rolle i virksomheten. Det betyr blant annet at sykepleierne må ha evne til å argumentere og reflektere rundt verdikonfliktene. Det kan også være en kritisk kompetanse i forhold til sykepleiers rolle som pasientens advokat i møte med tidspress og effektivisering.

Organiseringskompetanse karakteriserer evne til å organisere og lede eget og andres arbeid. Organiseringskompetanse inneholder blant annet samhandlingskompetanse, ledelseskompentanse og endringskompetanse.

4.6 Teknologi og IKT kompetanse

Samhandlingsreformen klarlegger informasjon- og kommunikasjonsteknologi (IKT) som et viktig virkemiddel for å innfri målene om bedre samhandling, helhetlig pasientforløp og informasjonsflyt mellom de ulike nivåene i helse- og omsorgstjenester (regjeringen.no, 2018).

I Norge brukes ulike dokumentasjonsløsninger i kommunikasjon mellom spesialhelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og innad i kommunene. Elektronisk pasientjournal er en av disse løsningene (Kassah & Tingvoll, 2014, s. 106). Pleie og omsorgsmeldinger (PLO) omfatter standardiserte meldingstyper utarbeidet for å sikre at tilstrekkelig og relevant informasjon følger pasient ved overføring mellom kommune, fastlege og helseforetak, og mellom aktører innad i kommunehelsetjenester (norskelsenett, 2019).

Ny teknologi endrer rollene i det tradisjonelle helsevesenet. Vi får digitale pasientjournaler som gjør at helsepersonell få effektiv tilgang til informasjon når de trenger det. Lege og sykepleierutdanningen er i dag ikke rettet mot et fremtidig digitalt helsesystem. For å gjennomføre god digitalisering må leger og sykepleiere engasjere seg og være med å definere endringsprosessene. Det norske helsevesenets IKT-kompetanse må derfor styrkes (Finansavisen, 2016)

Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug (2016, s.332) mener at sykepleiere må opparbeide seg kompetanse i hvordan de skal håndtere en digitalisert arbeidshverdag. Dette krever en større vektlegging av IKT som fag i sykepleierutdanningen. De understreker at teknologien skal aldri fungere som en erstatning for menneskelig omsorg og pleie av syke mennesker. Samtidig er det viktig at sykepleiere ikke stiler seg utenfor teknologiske utviklingen og ser på dem som en trussel. Sykepleiere bør videreført sykepleiefaglige verdier inn i de teknologiske systemene og i bruken av dem (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2016, s. 332).

4.7 Faglig forsvarlighet

Begrepet forsvarlighet er en faglig, etisk og rettslig norm for hvordan den enkelte bør utøve arbeidet. Hovedhensynet bak kravet om forsvarlighet er å beskytte pasienten mot handlinger som ikke er i tråd med en norm for faglig forsvarlighet. Like viktig er det å beskytte pasienten mot at helsepersonell unnlater å handle i tråd med samme forsvarlighetsnorm (Norsk sykepleierforbund, 2019). Helsepersonells individuelle ansvar om faglig forsvarlighet finnes i helsepersonellovens §4 (lovdata.no, 2018)» Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.»

Norsk sykepleierforbund (2018) presiserer at plikten til faglig forsvarlighet innebærer å benytte anerkjente metoder for helsehjelp. Klinisk praksis skal være basert på relevant kunnskap og faglige normer. Yrkesutøvelsen vil vurderes ut fra den enkelte sykepleiers formelle og reelle kvalifikasjoner, og den aktuelle situasjonen.

Nortvedt hevder at det kan synes som om krav til faglig forsvarlighet forringes og begrenses av hensyn som i økende grad er av økonomisk og prioriteringsmessig karakter. Han sier videre at helsepolitiske prioriteringer, organisatoriske strukturer, slik som økende

effektivisering og nedbemanning, truer dermed selve fundamentene for sykepleierens faglige, terapeutiske og dermed etiske forhold til pasienten (Notvedt, 2008, s. 123).

4.8 Sykepleierrolle på sykehjem

Sykepleieren forholder seg til pleie og kontinuerlig omsorg for den syke ut fra hvordan det erfarer å være syk, og ut fra kunnskap om de enkelte sykdommers årsak, diagnostikk og prognose hevder kunnskapsdepartementet i rammeplanen for sykepleieutdanning(2008). Sykepleien er et yrke og en yrkepraksis som er i stadig utvikling og endring. Derfor må læring ses i et livslangt perspektiv der både yrkesutøver og arbeidsgiver har ansvar, hevdes det videre i rammeplanen (2008).

Kristoffersen & Nortvedt (2015, s.17) tar utgangspunkt i rammeplanen for sykepleieutdanning fra 2008 og definerer sykepleiens funksjons -og ansvarsområder i sju punkter:

- 1 Helsefremming og forebygging
- 2 Behandling
- 3 Lindring
- 4 Rehabilitering og habilitering
- 5 Undervisning og veiledning
- 6 Organisering, administrasjon og ledelse
- 7 Fagutvikling, kvalitetssikring og forskning

På institusjonsnivå har sykepleieren en nøkelrolle i å sikre kvalitet på tjenestetilbudet skriver Kirkevold & Brodtkorb (2016, s. 269). De sier videre at som sykepleier i institusjon er en med på å sette standard for fagutøvelse både på individnivå i direkte møte med den enkelte pasient, og på avdelingsnivå i form av faglig ledelse og samarbeid med andre faggrupper. Å bidra med riktige og nødvendige helsetjenester til eldre på sykehjem er spesielt krevende fordi pasientene er multisyke, skrøpelige, sterkt hjelpetrengende, og mange har i tillegg kognitiv svikt. For å utøve sykepleiefaget på en kyndig måte må en ha solid kunnskap om sykepleie, helse, fysiske og psykiske sykdommer og aldring (Kirkevold & Brodtkorb, Geriatrik sykepleie. 2. Utgave, 2016, s. 271).

Martinsen (2003, s. 75) hevder at omsorgsarbeid i sykepleien er vesentlig rettet mot ikke selvhjulpne personer som er syke eller pleietrengende. Hun skriver videre at å møte den

syke med omsorg gjennom omsorgsarbeidet innebærer en rekke forutsetninger som kunnskaper, ferdigheter og organisasjon. Martinsen (2003, s. 78) kaller omsorgsarbeidet for eldre, blant annet på sykehjemmet, en vedlikeholdsomsg. Målet med vedlikeholdsomsgen er ikke at måttakeren skal bli selvhjulpen eller uavhengi. Målet er å oppretholde et visst funksjonsnivå og/eller unngå forverring. De vedikeholdsinstitusjoner vil med bedre bemanning være de best egnede til å ivareta omsorgens grunnleggende kvaliteter, hevder Martinsen (2003, s. 79).

Meld. St. 26, Fremtidens primærhelsetjeneste-nærhet og helhet(regjeringen.no, 2015) presenterer en styrkning av tjenestene og konkrete tiltak for å forbedre tjenestene rettet mot kronisk syke og mennesker med store og sammensatte behov i kommunalhelsetjenester. Avhengig av situasjonen tilrettelegges pleie og omsorg i hjemmet, ved kortidsopphold i institusjon eller permanent opphold i sykehjem. Mottakere av kommunale sykepleietjenester har ofte svært sammensatte behov hevder Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug (2016, s. 211). Det kan være nødvendig å observere pasienten i noen tid for å avklare behovet for innleggelse på sykehus. Det er også aktuelt å tilby etterbehandling og rehabilitering etter sykehusopphold før utskrivning til eget hjem. Sykepleiere vil være en viktig gruppe i denne sammenhengen. Sykepleiere har derfor ofte ansvaret for å koordinere tjenester knyttet til rehabilitering, pleie, omsorg både i og utenfor institusjon, mener Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug (2016, s. 211).

4.9 Arbeidsglede

Arbeidsglede- Den enkleste definisjon på arbeidsglede er at det er en mestringsopplevelse, en følelse at jeg får det til (Børtnes, 2014). Arntzen (2016, s. 46) hevder at ambisiøse mål og det å lykkes med oppgaven-samen med og på vegene av pasienten- er energien som skaper arbeidsglede, entusiasme og vilje til å ville hverandre vel. Arntzen & Gilbert (2006) sier at et av sterkeste virkemidler i arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitet er helsepersonellens kunnskap og kompetanse, og gleden ved å lykkes med jobben. Balanse mellom jobbresurser og de krav jobben stiller til medarbeideren er grunn for opplevelse av mestring og meningsfylde i arbeidet. Jobbresurser har betydning for engasjment og arbeidsglede (Kommunesektorens organisasjon, 2017). Sørensen (2004) beskriver arbeidsglede som om å oppleve at man mestrer og får til noe. Det blir noe som videreutvikles, som gir en større

verdi. Det er en erfaring av å gjøre noe som gir et resultat. Det er noe annet enn å være fornøyd med lønn, ferieordninger og kantinetilbud, sier hun. Sørensen (2004) mener at arbeidsglede blir ofte ødelagt av at man ikke får gjort jobben slik at den blir bra, eller i tråd med hvordan vi vet tingene skal være og opplever at det skal være. Hun sier også at dette har nær sammenheng med integritet, at man kan bruke sitt eget skjønn, og merke at dette er et område man kan anvende sin erfaring og kunnskap, men også at man kanskje kan glede noen. Enovas Global Employee and Leadership i sin Index for 2017 definerer arbeidsglede som summen av motivasjon og tilfredshet, og er resultat av en rekke drivkrefter som er resultatet til medarbeidernes oppfattelse av jobben og arbeidsplassen (Kommunesektorens organisasjon, 2017).

5.0 Drøfting

«Hvordan har samhandlingsreformen endret sykepleierrollen på sykehjem»

I denne delen av oppgaven blir det drøftet problemstilling opp mot den presenterte forskningen og relevante teorien. Det vil bli også brukt egne erfaringer fra praksis. Problemstillingen blir drøftet i lyset av Kari Martinsens omsorgfilosofi.

5.1 Samhandlingsreformen endrer sykepleierkompetanse på sykehjem

Kompetansekrav på sykehjem er mye større i dag en for ti år siden. Martinsen (2003, s.78) nevner at institusjoner for vedlikeholdsomsorg som sykehjem er mindre spesialiserte, ubemannet og mangler faglærte pleiere. Etter innføring av samhandlingsreformen overføres flere og sykere pasienter fra sykehus til korttidsavdelinger på sykehjem. Dette stiller også krav om flere og høyere kompetanser. Forutsetninger for dette bekrefter St. Meld. Nr. 47 (2008-2009) som mellom annet påpeker at sykehjemmene har etter hvert blitt tilført mange nye oppgaver, og har fått ansvar for en større brukergruppe (regjeringen.no, 2018). Før samhandlingsreformen, hadde sykepleiere ansvar for eldre mennesker, mens nå har de ansvar til flere pasientgrupper som yngre menneske med kronisk diagnose, mennesker med sjeldne diagnoser og palliative pasienter. Korttidsplasser på sykehjemmet brukes til akutt sykdom, medisinsk behandling, utredning og observasjon. Dette medfører at helsepersonellet, spesielt sykepleiere må ha rett kompetanse for å kunne gjennomføre de

nye oppgavene. Dette bekrefter Kassah & Tingvoll (2014, s.88) som sier at endringene i sykehjemmenes oppgaver og ansvar etter samhandlingsreformen stiller krav om at personalet har omfattende kompetanse når de skal ivareta pasienter med ulike og komplekse behov. Endringer i sykepleieoppgaver har kommet brått og de fleste sykehjemmene med korttidsavdelinger har ikke vært forberedt til dette. Dette innebærer også kravet om høyere, flere og bredere kompetanse. Det vil si at det er behov både for økt og bredere sykepleiekompetanse og flere sykepleiere på avdelinger. Dette bekrefter også forskning (Killie & Debesay, 2016) som peker på korttidsavdelingens manglende forberedthet på reformens ringvirkninger og behovet for økt kompetanse. Dette sammenfaller med resultater fra en annen studie som viser økende kompetansegap og kan knyttes til samhandlingsreformens krav og mangel på kvalifiserte sykepleiere til å oppfylle disse kravene. Studien viser store hull i kompetansen til de ansatte som jobber på sykehjem og i hjemmetjenester (Bing-Jonsson, Hoffos, Kirkevold, Bjørk, & Foss, 2016). På den andre siden Bruvik, Drageset, & Foss Abrahamsen (2017) understreker nødvendighet om vurdering av kompetansebehov og bemanningsbehov i sykehjem. Denne studien tyder på at bemanning ved sykehjemmene bør vurderes ut ifra oppgaver og kompetansebehov. Korttidsavdelingen kan være en bra plass for å lære og utvikle sin kompetanse. Det kommer stadig nye pasienter med nye diagnoser som gir også mulighet for læring og gjennomføring av nye prosedyrer. Til tross for mange utfordringer, kan korttidsavdelinger være en interessant og lærerik plass å jobbe i. Kassah & Tingvoll (2014, s.95) mener at utfordringer og varierte arbeidsoppgaver kan virke motiverende for sykepleierne. Dette kan være positivt for utvikling av faglig skjønn med tanke på at sykepleiere møter og mestrer nye situasjoner som samtidig skaper nye erfaringer. Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2016, s. 169) påstår at faglig skjønn kan beskrives som en disponsibil handlingsberedskap som gjør det mulig å mestre nye og uventende situasjoner i den faglige hverdagen. På den andre siden, etter reformen har sykepleierenes hverdag på korttidsavdelingen blitt preget av høy effektiviteten og stor arbeidsmengde. Dette bringer med tidspress og hastighet som påvirker utøvelse av faglig skjønn. Skjønnen betraktes ofte som et kjennetegn på høy klinisk kompetanse (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2016, s. 169). Martinsen påpeker at rytmer og tid i de profesjonelles faglige skjønn og i sykdom settes under press i hastighetskulturen i helsevesenets rom (Martinsen, Bevegelig berørt, 2018, s. 46). Dette beviser også sykepleierens erfaringer fra Killies og Debesays studien (2016). Nye oppgaver og tidspress

fører til at sykepleiere føler at de ikke kan gjøre en faglig forsvarlig jobb. Noe som kan ha konsekvenser til kvalitet på pleie og omsorg til pasientene. Dette beviser Martinsen (2018, s. 43) også som påstår at tidpress truer pasientsikkerheten og nevner med den samme uttalen til formannen i Dansk Sygeplejeråd at hastigheten er i ferd med å bli ineffektivt. Disse påstandene bekrefter også sykepleierens erfaringer fra studien til Kassah og Tingvoll (2014). Samhandlingsreformen forårsaket tydeligvis økt behov for samhandling og tverrfaglig samarbeid. Sykepleiere har fått rolle som koordinatore og arbeidsledere. For å kunne utføre den rollen, trenger sykepleiere å utvikle organisatorisk kompetanse. Kompetanse i å organisere pasientarbeid, og evnen til å forstå helseorganisasjonen som system, ingår i begrepet organisatorisk kompetanse (Orvik, 2004). Den organisatoriske kompetansen innebærer sykepleierens evne for å fordele, koordinere og følge opp arbeid på avdelingen. «Sykepleiere har ansvar for å organisere og lede sykepleietjenesten på ulike nivåer innenfor egen virksomhet og på tvers av ulike helsetjenestetilbud.» (Kunnskapsdepartementet, 2008). Organisatoriske kompetanser utvikler seg gjennom praksis og erfaring. Dette krever også god kunnskap om virksomhetens mål, kultur, organisasjon og struktur. Det viser seg at nyutdannede sykepleiere mangler ofte organisatoriske kompetanse når de begynner å jobbe på sykehjem. Dette hender pga. manglende praksis, erfaring og kunnskap om virksomheten. Til tross for at rammeplan for sykepleieutdanning (2008) inkludere organisatoriske kompetanse som et av læringsmål, opplever nyutdannede sykepleiere møter med helsetjensester som problematisk. Dette bekrefter Orvik (2009) i sin studie som viser at nyutdannet sykepleiere mangler organisatoriske kompetanse, særlig på områdene koordinering og arbeidsledelse. På den andre siden sykehjemmene forventer at nyutdannet sykepleiere har handlings kompetanse i sykepleiefaglig ledelse. Dette gapet mellom mulighetene og realiteten bør avløse sykepleieutdanning i samarbeid med praksisfelte. Studien fra Tingvoll, Pedersen, & Nymo (2018) bekrefter at studentene kan styrker organisatoriske kompetanse i praksis med å bli utfordret i sykepleieledelse, studentveiledning, involvering i kvalitetsarbeid og tverrprofesjonell samarbeid. Både teori og forskning viser at sykehjemmene har store utfordringer med kompetansekravet som konsekvensen av samhandlingsreformen. Sykepleieutdanningen har også stor ansvar for å utvikle fremtidige sykepleiere med tilfredsstillende kompetanse. «Skal samhandlingsreformen lykkes må kompetansen som framtidig helsepersonell tilegner seg

under utdanningen, være i samsvar med behovet i praksisfeltet.» (Kassah & Tingvoll, 2014, s. 101)

5.2 Teknologisk påvirkning endrer sykepleierrollen

Teknologien har endret hverdagen til helsepersonellet. Bruk av teknologien i helsetjenester har ikke begynt med samhandlingsreformen. Men samhandlingsreformens krav om bedre samhandling mellom spesialhelsetjenester og kommunalhelsetjenester og helhetlig pasientforløp, har økt behov for IKT kompetanse hos helsepersonellet. Meld. St 9 (2012-2013) setter tydelige mål for IKT-utvikling i helse-Norge, blant annet om at nødvendige helseopplysninger skal følge pasienter gjennom hele pasientforløpet (Helse- og omsorgsdepartement, 2012). Dette påvirker også sykehjemmet og stiller krav om tilstrekkelig IKT kunnskap til sykepleiere. Kommunikasjons teknologi som ankom med samhandlingsreformen har endret sykepleierens arbeidsdag på sykehjem. Elektronisk pasientjournal (EPJ) har blitt hverdagslig dokumentasjon verktøy. Pleie og omsorgsmeldinger (PLO) har blitt vanlig kommunikasjonsmidler mellom spesialhelsetjenester og kommunalhelsetjenester. Sykepleiere på sykehjemmet har hoved ansvar for pasientdokumentasjon og kommunikasjon med spesialhelsetjenesten og fastlege. Gjennomstrømming av pasienter er spesielt stor på korttidsavdelinger. Dette fører til at sykepleiere bruker mye tid på administrasjon og i kommunikasjon med andre helsetjenester. Noe som betyr at de tilbereder mindre tid med pasienter. Da stiller det seg spørsmål om dette går utøver omsorgen til pasienter? Dette er nok avhengig av at sykepleieren har god IKT kompetanse for å utføre sitt arbeid og samtidig evne til å organisere andre sitt arbeid. Det vil si at i tillegg til IKT kompetansen trenges det også god organisatorisk kompetanse. Det er også avgjørende at sykepleier bruker faglig skjønn i sin utøvelse og prioritere pasientens behov først. Med andre ord bruk av teknologien skal være med å hjelpe pasienten og ikke omvendt. Martinsen (2018, ss. 88-89) mener at en vil gjøre seg kjent med teknologien, slik at det blir mulig å kunne sanse med hjelp av den. Teknologien bør brukes med faglig innsikt og sanselig nærvær, mener Martinsen.

Utvikling i helse-Norge fører til at sykepleiere bare må ha god datakunnskap. Dessuten stilles det som kvalifikasjonskrav i stillingsannonser av mange sykehjem i landet (Sykepleienjobb, 2019). Sykepleiere har fått mange utfordringer med innføring av IKT teknologien. Studien til

Huemer og Eriksen (2017) viser en forskjell mellom kunnskapskravene og realiteten i kommunalhelsetjenesten knyttet til teknologi. Det kommer fram i studien at helsepersonalet ikke har tilstrekkelige IKT kompetanse og det savnes planer for opplæring. Studien viser videre at teknologi kan ha positiv innvirkning på samhandlingen dersom institusjonen har god opplæring og tilfredsstillende teknisk utstyr. Dette bekrefter også Kassah og Tingvoll (2014, s. 110) som peker på at manglende opplæring og ledelse som ikke utfører sitt ansvar for opplæring, har betydning for manglende IKT kompetanse hos helsepersonellet.

God opplæring er spesielt viktig for eldre sykepleiere som ikke hadde data gjennom oppveksten og skolegangen. Ved opplæringen bør også tas hensyn mot individuelle behov, med tanken på at noen trenger mer tid for læring. Teknologi er et godt hjelpemiddel i helsetjenesten om helsepersonellet har god kjennskap og forståelse til den. Derfor er det avgjørende at sykepleiere får nok opplæring. Dessuten er det Martinsen (2018, s. 49) som sier at en bør samarbeide med teknologien, forsøke å bli kjent med den og bli «venner» med den. Hun nevner videre at det tar tid å bli venner med og kjent med ting/teknologi og hvordan de virker.

Pleie og omsorgsmeldinger (PLO) er et godt eksempel på hvordan teknologien kan bidra til bedre samarbeid mellom helsetjenester. PLO-meldingene er et produkt av samhandlingsreformens krav om bedre samhandling mellom spesialhelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Disse er et verktøy utviklet av ELIN-k prosjektet (ssk/mly/aas, 2011). Per 1. januar 2015 hadde 99 prosent av alle kommuner tatt i bruk PLO-meldinger i samhandling med sykehuset (Brattheim, Hellesø, & Melby, 2016). PLO-meldinger har hjulpet til at sykehjemmet får opplysninger om pasienter på forhånd, slik at det kan planlegges videre opphold og behandling. Dette har betydelig redusert tidligere problemer med at sykehjemmene fikk utskrivningsklare pasienter fra sykehuset uten tilfredsstillende dokumentasjon. Sykepleierens erfaringer med PLO-meldinger er generelt positive. Dette bekrefter også studien til Brattheim, Hellesø, og Melby (2016) som viser at sykepleiere var fornøyde med å kommunisere ved hjelp av PLO-meldinger, både generelt og spesielt i tilknytning til planlegging av utskrivingsprosessen.

Teknologien endrer i stor grad sykepleierrollen. Dagens sykepleiere på sykehjem tilbringer mye tid ved dataskjermen. Dette er realiteten og derfor krever det en omstilling av arbeidsfordelingen. Hvordan kommer det til å utvikles videre? Om det blir helsefagarbeidere som overtar en del av sykepleierens oppgaver? Eller blir det økt antall sykepleiere på

sykehjem? Flere sykepleiere ville resultert til økt kompetanse og bedre fordeling av ansvar og sykepleieoppgaver. Det ville også økt mulighet til mer varierende arbeid. Det vil si at sykepleiere kunne veksle mellom omsorg til pasienter og administrasjon. Slik kunne sykepleiere hatt et tidsrom med fokus på omsorg til pasienter og et tidsrom med fokus på administrasjon. Etter mine erfaringer fra praksis, har sykepleiere på sykehus en slik fordeling. Grunnet betydelig flere sykepleiere på avdelinger.

Teknologien gir mange muligheter og sykepleiere er nødt til å følge med den teknologiske utviklingen. Utviklingen stiller stort krav om teknologisk kompetanse i helsetjenesten. Hva betyr det til sykepleierrollen i fremtiden? Gode mellommenneskelige relasjoner har tradisjonelt vært kjernen i sykepleiens omsorg for pasienter. Kommer teknologien til å forandre dette, eller bare ta en del av dette? Meningene er forskjellige. En sykepleier i fremtiden vil være en blanding av sykepleier og ingeniør, mener en rektor ved høyskolen i Oslo og Akershus (Bjørnstad, 2017). Mens Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2016, s. 332) mener at det er behov for tverrfaglig samarbeid mellom disse to gruppene fagfolk som skal forenes til det beste til pasienter. På den annen siden Martinsen (2018, s. 88) mener at i sykepleien er det ikke bare nok å bruke teknologien, men også forholde seg til den ut fra opparbeidet erfaring, kunnskap og innsikt i situasjonen som skal skjønnes. Poenget er hvordan teknologien brukes, skriver Martinsen.

5.3 Organisering av sykepleiere på sykehjem

Samhandlingsreformens påvirkning på sykepleierrollen på sykehjem kjennes mest på korttidsavdelinger. Det er mange sykepleiere som mener at korttidsavdelinger har begynt å bli mer lik på sykehusavdelinger. Dette understreker også forskningen til Killie og Debesay (2016). Samtidig flere arbeidsoppgaver og tidspress har ikke blitt fulgt opp med økt bemanning. Dette bekrefter Telemarksforskings rapport (Haukelien, Vike, & Vardheim, 2015) som viser at arbeidsbelastningen på institusjoner har økt, mens antall bemanning ikke har vokst i samsvar med den. Sykehjemmene sliter med mangel på fagarbeidere.

Sykepleiermangel er spesielt stor. Kassahs og Tingvolls (2014, s. 96) studie viser at på grunn av liten bemanning på korttidsavdelinger ble sykepleierne satt «på topp». Det vil si at sykepleier har en lederrolle i avdelingen knyttet til bestemte oppgaver som krever faglige kompetanse. Endringene som ankom med reformen og sykepleiermangel medførte at

sykehjemmene måtte begynne å tenke på nytt. Den tradisjonelle sykepleierrollen på sykehjem har blitt betydelig endret. Det vil si at sykepleiere deltar ikke så mye i stell og rutineoppgaver på avdelingene. De er mer opptatt med sykepleierprosedyrer, medisinerer, tverrfagligmøte med andre yrkesgruppe, administrasjon og dokumentasjon. Det fins ikke noen felles mønster på hvordan sykepleierarbeid er organisert på Norske sykehjem. Grunnet til dette er at kommunene kan selv velge innen gitte rammer hvordan de vil prioritere mellom ulike sektorer, og hvordan tilbud og tjenester skal organiseres (Bergland, 2013, s. 43). Det vil si at kommunene har mulighet til å utvikle tjenestetilbud som er tilpasset lokale forhold og behov. Studien til Isaksen, Ågotnes og Fagertunn (2018) viser at det er store variasjoner mellom norske sykehjem i praksis og rutiner knyttet til kvalitet. Det kan delvis forklares med betydelige kommunale autonomien knyttet til utforming av helse og omsorgstjenester, hevdes videre i studien. Dette bekrefter også et FoU-prosjekt (2014) som viser at sykehjemmene varierer med hensyn til hvordan de er organiserte og hvordan arbeidsoppgaver er fordelt. Dette påvirker selvsagt sykepleierrollen på sykehjem. Derfor varierer organisering av sykepleiere i sykehjem fra kommune til kommune. Enkelte sykehjem forsøker med sykepleiergrupper organiserte i stab. «Sykepleiergruppen min er organisert i stab. Vi går ambulerende og har primæransvar for en til to avdelinger hver, basert på stillingsprosent.» forteller Eidsvik (2019) i et innspill. Hun hevder videre at fremtidens sykehjem må ha en attraktiv organisering av sykepleiere i sykehjem for at vi skal kunne møte krav og forventningene og samtidig sikre god pasientsikkerhet, opprettholde faglig forsvarlighet og sikre trygge rammer rund våre eldre (Eidsvik, 2019). Det er flere sykehjem som går fra det tradisjonalistiske organisasjonssystemet og søker såkalte alternative organisasjonsmodeller i sykehjem. Dette beviser også Fafos (2014) undersøkelse som bemerker at felles for disse sykehjemmene har vært problemer med å rekruttere og holde på sykepleiere. Det er uklart hvorfor sykepleiermangel oppstår på sykehjemmene? Er det medvirkning av samhandlingsreformen, eller om det er lokale prioriteringer av helsetjenester? Fins det gode eksempler og? Det er lite forskning om selve grunnen for sykepleiermangel.

Sykepleierrollen på sykehjem etter innføring av samhandlingsreformen er i endring og har ikke blitt helt definert. Bergland (2013, s. 94) skriver at sykepleiere opplever sykepleierrollen som utydelig og mange opplever store utfordringer med å mestre ansvaret og oppgavene som rollen innebærer. Dette viser også studien til Bing-Jonsson, Hoffos, Kirkevold, Bjørk og

Foss (2016) som peker på at sykepleiere bør ha en klarere rollebeskrivelse av sin funksjon på sykehjem. I den samme retningen går også fagartikkel til Hellesø, Sverresdatter- Larsen, Obstfelder og Olsvold (2016) som konstaterer at sykepleierens organiseringsarbeid i den kommunale helsetjenesten er i utvikling og endring. De hevder videre at sykepleiere har en sentral rolle med å balansere mellom pasientens behov, samhandlingskrav og nye tjenesteformer. Artikkelen understreker også at pga. lite forskning om sykepleierens organiseringsarbeid, vet vi lite om hva dette innebærer.

Den endringen og utviklingen av sykepleierrollen påvirker samtidig annet pleiepersonell og setter nytt lys på pleie og omsorg på sykehjem. Organisasjonsmodeller som trekker ut sykepleiere fra avdelinger motstrider med sykepleietenkning om helhetlig og kontinuerlig sykepleie. Det stilles spørsmål om hvordan det påvirker sykepleierfunksjon og ansvar. Dette med tanke på at å jobbe med pasientrelaterte oppgaver er svært viktig for utvikling av faglig skjønn og kompetanse. Blir sykepleierens faglige fokus og grunnleggende verdier svekket på den måten? Det er pasientens tilstand som strukturerer sykepleierens arbeid og for å kunne ivareta og gi god omsorg til den enkelte pasienten må hun bruke sitt skjønn, intuitive bedømmelser og situasjonsforståelse, mener Martinsen (1990, s. 95.). Studien til Fafo (2014) bekrefter at avgrensning av sykepleierens arbeidsoppgaver og funksjoner innebærer et brudd i den tradisjonelle tenkning om helhetlig sykepleie, og er dermed en annen måte å se på sykepleien som fag. Dette utfordrer også Martinsens sykepleietenkning som bygger på relasjoner mellom mennesker, der det menneskelige felleskapet har sentral plass (Kristoffersen & Nortvedt, 2015, s. 248). Martinsen (2018, s.169) mener at sykepleieren trenger nærvær med pasienter og pårørende for å skape plass og tid, og i en sansevær oppmerksomhet åpner rom for pasientens behov/problem.

Samhandlingsreformen har gjort innflytelse og endring på sykepleierrollen på sykehjem. Dette beviser både forskning og teori. Sykepleierrollen er også påvirket av andre faktorer som sykepleiermangel, organisering av den lokale kommunalhelsetjenesten og av systemorganisering i virksomheten en jobber i.

5.4 Hvordan kan ledelse på sykehjem hjelpe sykepleiere å definere sin rolle

Den som har ansvaret til organisering av sykepleiere på sykehjem er ledelsen. Det vil si øverste leder eller virksomhetsleder. Dette er klart definert i forskriften om ledelse og

kvalitetsforbedring: «Den som har det overordnede ansvar for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette.» (lovdata.no, 2017). Med andre ord er det ledelsen på sykehjemmet som har ansvar for å etablere systemet og god arbeidsfordeling. Måten en virksomhet er organisert på, påvirker også sykepleierens ansvar og funksjon. Fafo (2014) studien sier at sykehjemmene har systemkarakter, dvs. at måten de fungerer på er resultat av mange faktorer. Blant disse faktorene er både økonomiske ressurser og personalressurser, ulike sider ved organisasjonsstrukturen, etablerte rutiner og forhold ved pasientgruppen. Dette betyr at disse faktorene og de ulike forholdene mellom disse faktorene vil bestemme hvilken organisasjonsstruktur sykehjem vil ha. Det er viktig å si at de juridiske rammebetingelsene har stor betydning også. Studien (Fafo, 2014) viser at det fins gode lokale løsninger for organisering av sykehjem, men det finnes ikke en oppskrift som vil fungere like godt alle steder. En sykepleier vil oppfylle sin rolle og utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte. Derfor er det viktig at en vet hva deres ansvar og funksjon er i virksomheten. Tydelige roller og oppgaver skaper trygghet. En sykepleier vil føle seg trygg i sin rolle. Arntzen (2016, s.46) påpeker at arbeideglede er nær knyttet til forutsigbarhet og trygghet i egen rolle og arbeidssituasjon. Dårlig organisasjons struktur kan gjøre deres rolle planløs. Dette viser også studien til Bing-Jonsson, Hoffos, Kirkevold, Bjørk og Foss (2016) som påpeker at sykepleiere har en relativ diffus rolle på sykehjem. En organisasjonsstruktur med klare ansvar – og myndighetsforhold for oppgaver eller funksjonene i virksomheten må være på plass for at alle ansatte skal kunne bruke kvalitetssystemet (Arntzen, 2016, s. 106). Kvaliteten på tjenesten er også avhengig av organisering og ledelse. For å sikre god kvalitet på tjenesten, er det viktig at helsepersonellet har god kunnskap og kompetanse. Det står i helsepersonelloven (lovdata.no, 2018) at virksomhet skal organiseres slik at helsepersonelle blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Dette innebærer at sykepleiere må ha mulighet for å utvikle sin kompetanse. Det er ledelsen som har ansvar for å sørge for det. Studien til Kyrkjebø, Søvde og Råholm (2017) viser at det er mangel på tilrettelegging fra ledelsen som er en av faktorene som påvirker deres mulighet for å holde seg faglig oppdatert. Dette bekrefter også Kassah og Tingvoll (2014) som konstaterer at muligheten for kompetanseutvikling var begrenset og så ut til å være preget av læring i praksisfeltet. Manglende økonomiske ressurser for opplæring viser også studien til Huemer og Eriksen

(2017). For sykepleiere er faglig utvikling viktig for at de skulle trives og bli værende i arbeidet viser studien til Breivik og Obstfelder (2012). Dette bekrefter Arntzen og Gilbert (2006) som sier at om dyktige fagfolk skal lykkes og blomstre i jobben, må systemene tilrettelegge for kvalitet på alle nivåer. De ansatte må ha oppdatert kompetanse, og de må ha rett til å lære av svikt på en trygg måte, hevder de videre. En god ledelse skal hjelpe sykepleiere for å utvikle sin kompetanse og gjennomføre tjenester med god kvalitet. Gode ledere skaper gode sykehjem sier Høye (2017). Felleskap og godt arbeidsmiljø er viktig for at ansatte skal trives på jobb. Den følelsen at en gjør en god jobb er viktig for å skape arbeidsglede hos ansatte. Martinsen (2019) nevner i et intervju at sykepleiere blir glade, når de får høre at de har gjort en god jobb. Hun nevner også skyldfølelsen når de ikke får tid for å gjøre en god og forsvarlig jobb. «Skyldfølelsen må rettes utover mot et helsevesen som er styrt av økonomi og produksjon, og med et tids- og dokumentasjonpress som kan gjøre pleien vanskelig.» (Martinsen, 2019) Mulighet for å gjøre en faglig forsvarlig jobb og utøvelse av faglig skjønn kan være gode grunner for at en sykepleier trives på jobben. Høye (2017) peker på at ledelse er helt avgjørende for å skape en kultur med respekt og omsorg, der pasienten blir sett og ivertatt. Han sier videre at gode ledere er kulturbyggere, kompetansbyggere, felleskapbyggere. Ledelse er også avgjørende for å rekruttere og utvikle medarbeidere som har kunnskap og empati, hevder Høye.

6.0 Avslutning

Samhandlingsreformen har medført til store endringer i kommunehelsetjenesten. Denne oppgaven har fokusert på konsekvenser som disse endringene har gjort på sykepleierrollen på sykehjem. Forandringene har gjort innflytelse på sykepleierfunksjon og ansvarsområdet generelt på sykehjem, men det vises seg mest på korttidsavdelinger. Dette på grunn av korttidsavdelingene har overtatt mange nye oppgaver fra spesialhelsetjenesten, og dermed har fått ansvar for flere og større pasientgruppe. Følgen av dette er behov for økt og bredere sykepleikompetanse for å kunne gjennomføre disse nye oppgavene. Økt arbeidsmengde og flere oppgaver har ikke blitt fulgt opp med tilstrekkelig bemanning. Noe som stiller spørsmål om faglig forsvarlighet og muligheten for utøvelse av faglig skjønn. Dette kan ha konsekvenser på kvaliteten i sykepleieutøvelsen. Samhandlingsreformen har økt behov for samhandling og

tverrfaglig samarbeid. Som følge av dette vil sykepleiere utvikle god organisatorisk kompetanse for å kunne utfylle sin rolle som koordinatore og arbeidsledere.

Samhandlingsreformens krav om bedre kommunikasjon mellom spesialhelsetjenester og kommunehelsetjenesten har økt behov for IKT kompetanse hos sykepleiere. Dette krever at ledelse på sykehjem utfører sitt ansvar for god opplæring for at sykepleiere får tilstrekkelig datakunnskap. Digitalisering av tjenesten fører til at sykepleiere bruker mye tid ved dataskjermen som resulterer til omstillingen av arbeidsoppgaver på sykehjem. Det viser seg at teknologisk utvikling har stor betydning for utvikling og endring av sykepleierrollen.

Endring av sykepleiers oppgaver, behov for høyere kompetanse og sykepleiermangel stiller krav for ny organisering av sykepleiere på sykehjem. Det fins ikke noe felles modell hvordan sykepleiere er organiserte, på grunn av kommuner utvikler tjenestetilbud som er tilpasset det lokale forholdet og behovet. Som et resultat av dette er at organisering av sykepleiere på sykehjem varierer fra kommune til kommune. Disse faktorene er årsaken til at mange sykehjem går fra det tradisjonelle organisasjonssystemet og prøver nye alternative organisasjonsmodeller. Samhandlingsreformen krever endringer i sykepleierorganisering, men noen av disse alternative modellene er bare brannslukning for sykepleiermangel. Dette påvirker omsorg til pasienter og den tradisjonelle sykepleiertenking om helhetlig sykepleie. Det stilles spørsmål om dette er bra for pasienter, sykepleierens identitet og kvaliteten i tjenesten.

Ledelse på sykehjem har ansvar til å etablere organiseringssystem og fordele arbeid. Måten en virksomhet er organisert på, påvirker også sykepleierrollen. Det er viktig at sykepleien har tydelige rolle og vet hva hennes ansvar og funksjonsområde innebærer. Dårlig organisasjonsstruktur kan gjøre deres rolle planløs og udefinert.

Godt arbeidsmiljø og arbeidsglede har betydning for en god utøvelse av sykepleie. Den følelsen at en gjør en god jobb skaper arbeidsglede. Mulighet for å gjøre en faglig forsvarlig jobb, faglig utvikling og utøvelse av faglig skjønn kan være de gode grunnene at en sykepleier trives på jobb. Dette kan samtidig sikre god kvalitet på sykepleietjenesten.

7.0 Bibliografi

- Arntzen, E. (2016). *Ledelse og kvalitet i helsetjenester*. Oslo: Gyldendal-Akademisk.
- Arntzen, E., & Gilbert, M. (2006, September 20). Arbeidsglede styrker pasientsikkerheten. *Dagbladet*.
- Børtnes, T. (2014, July 15). *Arbeidsglede en slags "natur-kraft"*. Hentet fra arbeidsmiljo.no: <https://www.arbeidsmiljo.no/arbeidsglede-en-slags-natur-kraft/>
- Bergland, Å. (2013). *Kvalitetsarbeid i helsetjenesten til eldre*. (I. Moser, Red.) Oslo: Cappelen Damm-Akademisk.
- Bing-Jonsson, P. C., Hoffos, D., Kirkevold, M., Bjørk, T. I., & Foss, C. (2016, Januar 6). *Sufficient competence in community elderly care? Result from a competence measurement of nursing staff*. Hentet fra biomedcentral.com: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12912-016-0124-z>
- Bjørnstad, S. (2017, Janar 4). *Fremtidens sykepleier skal være en kryssning av ingeniør og helsearbeider*. Hentet fra aftenposten.no: <https://www.aftenposten.no/okonomi/i/PJKAp/-Fremtidens-sykepleier-skal-vare-en-kryssning-av-ingenior-og-helsearbeider>
- Brattheim, B. J., Hellesø, R., & Melby, L. (2016, Mrs 9). *Elektronisk meldingsutveksling ved utskrivning av pasienter fra sykehus til kommune*. Hentet fra sykepleien.no: <https://sykepleien.no/forskning/2016/02/elektronisk-meldingsutveksling-ved-utskrivning-av-pasienter-fra-sykehus>
- Brevik, E., & Obstfelder, A. (2012). *Yrkesmotivasjon og arbeidsglede i helsereformens tid*. Hentet fra munin.uit.no: <https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/4952/article.pdf?sequence=1>
- Bruvik, F., Drageset, J., & Foss Abrahamsen, J. (2017, Mai 30). *Fra sykehus til sykehjem-hva samhandlingsreformen har ført til*. Hentet fra sykepleien.no: <https://sykepleien.no/forskning/2017/02/fra-sykehus-til-sykehjem>
- Eidsvik, M. (2019, Mars 28). *Innfør sykepleier i stab på sykehjem*. Hentet fra sykepleien.no: <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2019/03/innfor-sykepleier-i-stab-pa-sykehjem>
- Fafo. (2014). *Omfanget av arbeidstakere med redusert arbeidstid i forhold Arbeidsmiljølovens paragraf 10-2(4)*. Hentet fra ks.no: <https://www.ks.no/fou-sok/2014/001005/>
- Fagermoen, M. S. (1998). *Sykepleierens grunnkompetanse å være, å tenke og handle*. (G. Melsæter, B. Christiansen, A. Solheim, & A. Stabel, Red.) Oslo: Høgskolen i Oslo.
- Finansavisen. (2016, Oktober 31). Helsepersonell må ha digital kompetanse. *Kronikk*.
- Foss, B. (2009, Mars 10). *Faglige verdier som grunnlag for ledelse*. Hentet fra Sykepleien.no: <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/faglige-verdier-som-grunnlag-ledelse>
- Haukelien, H., Vike, H., & Vardheim, I. (2015). *samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse-og omsorgstjenestene*. Bø: Telemarksforskning.
- Høgskolen på Vestlandet. (2019, April 22). *Retningslinje for bacheloroppgåva*. Hentet fra hvl.no: <https://www.hvl.no/globalassets/hvl-internett/dokument/forskrifter-reglar-retningslinjer/retningslinjer-for-bacheloroppg-nynorsk.pdf>
- Høyve, B. (2017, Februar 23). *Gode ledere skaper gode sykehjem*. Hentet fra Aftenposten: <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/xrPmV/Gode-ledere-skaper-gode-sykehjem--Bent-Hoie>

- Hellesø, R., Sverresdatter-Larsen, L., Obstfelder, A., & Olsvold, N. (2016, September 22). Hva er sykepleie? *Sykepleien nr. 08*, ss. 58-60.
- helsedirektoratet.no. (2019, Februar 24). *Styribgssystem-ansvar og definisjon*. Hentet fra helsedirektoratet.no: [https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/ledelse-og-kvalitetsforbedring/seksjon?Tittel=styringssystem-ansvar-og-11123#ansvaret-for-styringssystem-\(§-3\)](https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/ledelse-og-kvalitetsforbedring/seksjon?Tittel=styringssystem-ansvar-og-11123#ansvaret-for-styringssystem-(§-3))
- Helse-og omsorgsdepartement. (2012, November 30). *Meld. St. 9 (2012-2013)*. Hentet fra regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-9-20122013/id708609/sec5>
- Huemer, J., & Eriksen, L. (2017, Mars 6). *Teknologi i samhandlingsreformen*. Hentet fra idunn.no: https://www-idunn-no.galanga.hvl.no/nsf/2017/01/teknologi_i_samhandlingsreformen
- Isaksen, J., Ågotnes, G., & Fagertunn, A. (2018, februar 10). *Spenningsfeltet mellom standardisering, variasjon og prioritering i norske sykehjem*. Hentet fra idunn.no: https://www.idunn.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2018/02/spenningsfeltet_mellom_standardisering_variasjon_og_priori
- Kassah, B. L., & Tingvoll, W.-A. (2014). *Samhandlingsreformen under lupen*. (A. K. Kassh, Red.) Bergen: Fagbokforlaget.
- Killie, P. A., & Debesay, J. (2016). Sykepleieres erfaringer med samhandlingsreformen ved korttidsavdelinger på sykehjem. *Nordisk tidsskrift for Helseforskning*.
- Kirkevold, M. (2001). *Sykepleieteorier-analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal-Akademisk.
- Kirkevold, M., & Brodtkorb, K. (2016). *Geriatrisk sykepleie. 2. Utgave*. (A. H. Ranhoff, Red.) Oslo: Gyldendal-Akademisk.
- Kommunesektorens organisasjon. (2017, mars 1). *Helsefremmende arbeidsmiljø*. Hentet fra ks.no: <http://www.ks.no/fagomrader/Arbeidsgiver/partsamarbeid-omnia/psykososialt-arbeidsmiljo/helsefremmende-arbeidsmiljo/>
- Kommunesektorens organisasjon. (2017, Semptember). *Kommunesektorens arbeidsgivermonitor 2017*. Hentet fra ks.no: <https://www.ks.no/globalassets/arbeidsgivermonitoren/ks-arbeidsgivermonitor-2017.pdf>
- Kristoffersen, N. J., & Nortvedt, F. (2015). *Grunnleggende sykepleie, bind 1. utgave 2*. (E.-A. Skaug, Red.) Oslo: Gyldendal-Akademisk.
- Kristoffersen, N., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2016). *Grunnleggende sykepleie-bind 1. 3. utgave*. (G. Hjemeland-Grimsbø, Red.) Oslo: Gyldendal-Akademisk.
- Kunnskapsdepartementet. (2008, Januar 25). *Rammeplan for sykepleieutdanning*. Hentet fra regjeringen.no: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf
- Kyrkjebø, D., Søvde, B. E., & Råholm, M.-b. (2017, November 15). *Sjukepleiarkompetanse i kommunehelseteneste: Er det rom for faglig oppdatering?* Hentet fra sykepleien.no: <https://static.sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-64027.pdf?c=1511776736>
- Lai, I. (2004). *Strategisk kompetansestyring. Utgave 2*. Bergen: Fagbokforlaget.
- lovdata.no. (2017, Januar 1). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse-og omsorgstjeneste*. Hentet fra lovdata.no: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>

- lovdata.no. (2018, Jul 2). *Lov om helsepersonell*. Hentet fra lovdata.npo:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Martinsen, K. (1990). *Omsorg i sykepleien - en moralisk utfordring*. (K. Jensen, Red.) Oslo: Gyldendal-akademisk.
- Martinsen, K. (2003 b). *Fra Marx til Løgstrup*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin. 2. Utgave*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2014). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, K. (2018). *Bevegelig berørt*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, K. (2019). Pleien tar den tiden den tar. (M. Fonn, Intervjuer)
- Norsk sykepleierforbund. (2018, April). Fosvarlighet. *Hefte*. Oslo.
- Norsk sykepleierforbund. (2019, Januar 16). *hva er faglig forsvarlighet?* Hentet fra nsf.no:
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/283673/Hva-er-faglig-forsvarlighet>
- norskelsenett. (2019, April 5). *Veileder for elektronisk meldingsutveksling*. Hentet fra nhn.no: <https://www.nhn.no/veileder-for-elektronisk-meldingsutveksling/del-1-elektronisk-meldingsutveksling/elektronisk-meldingsutveksling/#kap-plo-meldinger>
- Notvedt, P. (2008). *Sykepleienes grunnlag. Utgave 2*. Oslo: Unirvesitetforlaget.
- Orvik, A. (2004). *Organisatorisk kompetanse i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen Akademisk-Forlag.
- Orvik, A. (2009, mars 12). *Organisatorisk kompetanse motvirker realitetssjokket*. Hentet fra sykepleien.no: <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/organisatorisk-kompetanse-motvirker-realitetssjokket>
- regjeringen.no. (2011, Desember 21). *Samhandlingsreformen-informasjon om ikraftsetting av lov om kommunale helse- og omsorgsdepartement*:
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/samhandlingsreformen---informasjon-om-ik/id667798/>
- regjeringen.no. (2015, Mai 7). *Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjenester-nærhet og helhet*. Hentet fra regjeringen.ni:
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- regjeringen.no. (2018, desember 30). *St. meld. nr.47 (2008-2009) Samhandlingsreformen*. Hentet fra Regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/sec2?q=St.%20meld.nr%2047>
- regjeringen.no. (2019, februar 17). *Mld.st.13 (2011-2012)*. Hentet fra Bedre helse og velfred-et spørsmål om kompetanse: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-13-20112012/id672836/sec1>
- Sørensen, B. A. (2004, Juni 30). Hva er egentlig arbeidsglede? (Dagens/perspektiv, Intervjuer)
- Skau, G. M. (2011). *Gode fagfolk vokser: personlig kompetanse i arbeid med menesker. (utgave 4)*. Oslo: Cappelen Damm-Akademisk.
- ssk/mly/aas. (2011, Mars 31). *ELIN-k prosjektet*. Hentet fra nasjonalikt.no:
<https://nasjonalikt.no/Documents/Prosjekter/Avsluttede%20prosjekter/Tiltak%205.9%20ELIN-K%20SLUTTRAPPORT.pdf>
- Sykepleienjobb. (2019, Mars 14). *Ledig stilling for sykepleiar på Aukra Omsorgssenter*. Hentet fra sykepleienjobb.no: <https://www.sykepleienjobb.no/jobb/9905/ledig-stilling-for-sykepleiar-pa-aukra-omsorgssenter/>
- Thidemann, I.-J. (2017). *Bachelor-oppgaven for sykepleier-studenter*. Oslo: Unirvesitetsforlaget.
- Tingvoll, W.-A., Pedersen, K. R., & Nymo, R. I. (2018, November 2). *Ny praksismodell gjorde studentene bedre i ledelse og organisering*. Hentet fra sykepleien.no:

<https://static.sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-73575.pdf?c=1541166547>