



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

**Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid,
Pilestredet,
Fakultet for helsefag**

Kandidatnummer: 210 og 157

Eksamensnavn: SYBA3900

Dato: 16.03.2017

Klasse: 3E OG 3A

Kull: 2014

Antall ord: 10212

SAMMENDRAG BACHELOROPPGAVE

Tittel på oppgaven:

Samhandlingsreformens påvirkning i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Sammendrag (abstract):

Bakgrunn:

Samhandlingsreformen ble innført i 2012 og er utviklet av Helse- og omsorgsdepartementet. Dens funksjon er å vise vei fremover, få ulike ledd i helsetjenesten til å jobbe bedre sammen, gi flere oppgaver til kommunene og økte midler for å utføre dem. Dette er store idealer og vi ønsket med dette litteraturstudiet og se på hvilke utfordringer sykepleier i hjemmesykepleien møter som følge av samhandlingsreformen. Vår problemstilling er: "Hvilke utfordringer møter sykepleier i hjemmesykepleien etter at samhandlingsreformen ble innført i 2012?".

Fremgangsmåte:

Oppgaven er et litteraturstudium. Referanserammen for oppgaven og forskning er hentet fra forskningsartikler, faglitteratur og egne erfaringer. Oppgaven er bygd opp av fire hovedkapitler; innledning, referanserammen for oppgaven, metode og et drøftingskapittel. Referanserammen for oppgaven tar for seg relevant teori som brukes videre i drøftingen for å svare på vår problemstilling.

Diskusjon, funn og konklusjon:

Kravet til økt kompetanse, kommunens rolle og bedre samhandling på tvers av tjenestenivåene er diskutert i oppgaven. Det er fortsatt store utfordringer i hjemmesykepleien fem år etter at samhandlingsreformen trådte i kraft som følge av en større og mer kompleks brukergruppe. Kreftomsorg innenfor alle ledd i helsetjenesten fungerer godt, og hva kan kommune- og spesialisthelsetjenesten lære av dette?

Nøkkelord:

Sykepleie, hjemmesykepleie, kompetanse og samhandlingsreformen.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	1
1.1 BEGRUNNELSE FOR VALGT TEMA.....	1
1.2 PROBLEMSTILLING	2
1.3 OPPGAVENS OPPBYGGING	2
1.4 AVGRENSNINGER	2
2.0 REFERANSERAMMEN FOR OPPGAVEN	3
2.1 SYKEPLEIERS OPPGAVER OG ANSVAR I KOMMUNEN	3
2.2 HJEMMESYKEPLEIE FØR- OG ETTER SAMHANDLINGSREFORMEN	4
2.3 SAMHANDLINGSREFORMEN	7
2.3.1 Samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.....	7
2.3.2 Samhandlingsreformens krav til kommunene	8
2.3.3 Krav til økt kompetanse blant sykepleiere.....	10
2.3.4 Oppsummering	11
3.0 METODE	12
3.1 LITTERATURSTUDIE	12
3.2 SØKESTRATEGI	12
3.3 PRESENTASJON AV FUNN.....	13
3.3.1 Utfordringer med samhandlingsreformen i et sykepleieperspektiv.....	13
3.3.2 Behov for økt kompetanse blant sykepleiere.....	14
3.3.3 Utfordringer i samhandlingen mellom ulike tjenestenivåer	14
3.4 EGNE ERFARINGER	15
3.5 KILDEKRITIKK	16
4.0 DRØFTING	17
4.1 SAMHANDLING MELLOM KOMMUNE OG SPESIALISTHELSETJENESTE.....	17
4.2 SAMHANDLINGSREFORMENS KRAV TIL KOMMUNENE	20
4.2.1 Mangler på ressurser og tid i kommunene.....	21
4.2.2 Pasientens behov i kommunen.....	23
4.3 KRAV TIL ØKT KOMPETANSE BLANT SYKEPLEIERE	24
4.4 OPPSUMMERING.....	26
5.0 KONKLUSJON	28
LITTERATURLISTE	30

1.0 INNLEDNING

“Vi opplever i hvertfall at vi ikke har all verdens med makt. Vi får som regel beskjed om at han eller hun kommer hjem- og det her må dere gjøre. Punktum. Enten fra sykehuset eller fra vedtak fra tildelingskontoret som kanskje ikke er helt tilpasset, for å si det sånn...”. Sitatet er hentet fra Siri Tønnessen, Bente L. L. Kassah og Wivi-Ann Tingvoll, 2016, sin artikkel ”Hjemmesykepleien i samhandling med spesialisthelsetjenesten”. Utsagnet representerer mye av hva vi ønsker å ta for oss i denne oppgaven. Sitatet er gjenspeilende for hvordan en sykepleier i hjemmesykepleien kan oppleve samhandling på tvers av tjenestenivåene. I denne oppgaven ønsker vi å se på hvordan samhandlingsreformen har påvirket og fortsatt påvirker sykepleiere i hjemmesykepleien. Vi anser dette som et svært aktuelt tema i forbindelse med den kommende ”eldrebølgen”. Temaet er i tillegg interessant da samhandlingsreformens hensikt er å få de eldre til å bo hjemme lenger, til tross for komplekse sykdomsbilder.

1.1 Begrunnelse for valgt tema

Vi har gjennom sykepleiestudiet tilegnet oss kunnskap og informasjon om at det vil bli flere eldre hjemmeboende, samt et økt fokus på behandling i hjemmet fremover. Vi har selv erfart dette som studenter i praksis og ved deltidsarbeid i hjemmesykepleien og på sykehus. I utgangen av 2014 var det 140 949 personer som mottok hjemmesykepleie i Norge (Mørk, 2015, gjengitt i Fjørtoft, 2016, .s 47-48). Ved å ha kunnskap fra begge sider av tjenesten har vi erfart at brukere blir sendt hjem fra sykehus uten å alltid ha forutsetning for å klare seg selv, og vi har sett hvilke utfordringer samhandling mellom behandlingsnivåer kan forårsake. Videre har vi erfart manglende kompetanse hos sykepleier i hjemmesykepleien som følge av sykere hjemmeboende brukere.

Samhandlingsreformen er utviklet av Helse og omsorgsdepartementet og dens funksjon er å vise vei fremover, få ulike ledd i helsetjenesten til å jobbe bedre sammen, gi flere oppgaver til kommunene og økte midler for å utføre dem. Vi synes ideen bak reformen er god og ønsker å se på hvorvidt dens hensikt og funksjon faktisk fungerer i praksis. Videre syns vi dette temaet er interessant og svært dagsaktuelt for oss som snart er nyutdannede sykepleiere.

1.2 Problemstilling

Vår problemstilling er;

“Hvilke utfordringer møter sykepleier i hjemmesykepleien etter at samhandlingsreformen ble innført i 2012?”

1.3 Oppgavens oppbygging

Utenom en innledning tar oppgaven for seg en teoridel, referanserammen for oppgaven, hvor vi ser på sykepleiers oppgaver og ansvar i kommunen, historisk tilbakeblikk på hjemmesykepleien og en redegjørelse av samhandlingsreformen med fokus på samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten, samhandlingsreformens krav til kommunen og økt krav til kompetanse blant sykepleiere. Videre har oppgaven et metodekapittel hvor vi presenterer søkestrategi, forskning vi mener er relevant for vår problemstilling, egne erfaringer og kildekritikk. Til slutt drøfter vi problemstillingen opp mot presentert teori og forskning, samt oppsummerer funnene i en konklusjon.

1.4 Avgrensninger

Samhandlingsreformen er omfattende og inneholder flere sentrale komponenter. Vi har derfor valgt å avgrense vår oppgave til kun å handle om hva samhandlingsreformen sier om kompetanse, kommunens rolle og samhandling mellom tjenestenivåene. Vi ønsker heller ikke å se på en konkret sykdomsgruppe eller aldersgruppe, men heller fokusere på hvordan sykepleier i kommunen må forholde seg til samhandlingsreformen i sin arbeidshverdag, og hvordan reformen former sykepleieren. Videre har vi ikke valgt en konkret kommune eller bydel, men ser på hjemmesykepleie og samhandlingsreformen generelt.

2.0 REFERANSERAMMEN FOR OPPGAVEN

I dette kapitlet tar vi for oss sykepleiers oppgaver og ansvar i kommunen, hjemmesykepleien før og etter samhandlingsreformen, samhandlingsreformens innhold og økt krav til kompetanse blant sykepleiere.

2.1 Sykepleiers oppgaver og ansvar i kommunen

Hjemmebaserte tjenester omfatter alt fra praktisk hjelp til rene helsetjenester som sykepleie eller fysioterapi. I denne oppgaven vil vi anvende hjemmesykepleie som begrep for de sykepleiefaglige oppgavene, herunder medisinerer, ivaretagelse av grunnleggende behov, kartlegging, observasjon, rehabilitering og forebygging som blir utført i hjemmet (Stamsø, 2011, s. 217). Hjemmesykepleie i dag omfatter mange ulike arbeidsoppgaver og man har som sykepleier en variert hverdag. I helger og på kvelder er det ofte kun en sykepleier på vakt som har et stort ansvar for både brukere, alarmtelefon og koordinering av arbeidskollegaer i forhold til hvilke arbeidsoppgaver som kan fordeles. Hver enkelt ansatt får utdelt en liste over brukere som skal ha besøk, og det kan virke svært stressende til tider å stå alene om ansvaret hvis det skjer mye på en vakt. Vi tenker at tiden, kompetansen og ressursene en sykepleier har er svært sårbar hvis det skulle skje noe uforutsett på en vakt.

I henhold til rammeplan for sykepleierutdanningen går oppgavene ut på forebyggende helsearbeid, rehabilitering, lindrende omsorg og medisinske prosedyrer. Det forebyggende helsearbeidet går ut på å fremme helse og forebygge sykdom hos friske og utsatte grupper i samfunnet. Dette krever at sykepleieren har kunnskap om sammenhenger mellom helse og sykdom på individ- og samfunnsnivå, viktigheten av at sykepleier har et samfunnsmessig ansvar og kompetanse på hvordan menneskers sosioøkonomiske status påvirker helsen (Kunnskapsdepartementet, 2008). De rent medisinske arbeidsoppgavene ute i hjemmet kan omfatte prosedyrer som kun faglært sykepleier kan håndtere, dette kan være stell av sentralt venekateter (SVK), PICC-line stell, sondeernæring, administrere intravenøse væsker, lindrende sykepleie, sårstell, stell av stomi og dosering. Andre oppgaver som sykepleieren i tillegg må gjøre kan være alt fra besvare og rykke ut på trygghetsalarmer, matlaging, stell, ta på kompresjonsstrømper, forflytning og rehabilitering. I tillegg til det rent praktiske er det også administrative oppgaver som må håndteres, som for eksempel innleggelses, mottak av brukere fra sykehus, ivareta pårørende og samhandling med fastlege i forhold til å hele tiden ha oppdaterte medisinlister.

Sykepleierne skal ifølge rammeplanen også ha kompetanse i forhold til arbeid, undervisning og veiledning, forskning og fagutvikling, kvalitetssikring, organisering og ledelse. De skal ha kunnskap om helsepolitiske prioriteringer og juridiske rammer for yrkesutøvelsen (Kunnskapsdepartementet, 2008).

2.2 Hjemmesykepleie før- og etter samhandlingsreformen

I rammeplanen for sykepleieutdanningen står det at historie, tradisjon og yrkesetikk er sentrale emner for utdanningen (Kunnskapsdepartementet, 2008). Organisert hjemmesykepleie i Norge kan dateres helt tilbake til 1870-tallet da diakonistanstaltene opprettet de første hjelpetilbudene i hjemmene. Fattige, enslige kvinner, enker, barn og syke var de gruppene i samfunnet som var spesielt utsatt for lidelser. På denne tiden hadde det offentlige lite ressurser og hjelpen som fantes var organisert fra menighetene og bestod av arbeid i hjemmene, på fattighus, på barnehjem, på gamlehjem, arbeid blant fanger og prostituerte og på fiskerhjem. Smittsomme sykdommer som tuberkulose var en viktig del av arbeidet, samt arbeid med hygieniske tiltak rundt dette (Fjørtoft, 2016, s. 145-147).

På 1950-tallet hadde Oslo Krets i regi av Nasjonalforeningen startet med hjemmehjelp i noen bydeler. Det ble på den tiden ansatt en sosialkurator og en sykepleier, og disse fikk hjelp av andre innen samme utdanning i tillegg til en del frivillige. I hovedsak var det anmodninger om hjelp i kortere og lengre tid, samt hjelp til stell av hjemmet. Hjelpebehovet som blir beskrevet av Grindheim i "I menneskets og samfunnets tjeneste" gikk ut på hjelp til å komme til sykehus eller pleieavdelinger, hjelp til følge, samarbeid ved utskrivning av sykehus, anskaffelse av sykepleier, ferieopphold, søknader om alderstrygd og flere små oppgaver eldre behøvde hjelp til i hverdagen. Grindheim gjengir i sin bok fylkeshelsesøsters sitt syn på sykepleierens rolle i hjemmet; "Var det en husmor som var syk, skulle hun ha sitt stell, mann og barn skulle ha mat, ja oftest trengtes det hjelp i stall og fjøs også" (Grindheim, 2010, s. 141). Denne beskrivelsen viser hvor mer omfattende arbeidsoppgavene var for hjemmesykepleieren, i tillegg til å stelle med den syke måtte hus, barn og mann også være i orden.

På denne tiden var hjemmesykepleien preget av mangel på helsepersonell med sykepleiefaglig utdanning og erfaring. De som bistod eldre i hjemmet bestod oftest av samaritter, hjelpepleiersker med lite eller ingen utdanning og husmorvikarer. I følge Grindheim var det ofte slik fordi de sykepleierne som ble utdannet var skeptiske til å arbeide

på landsbygda og ønsket seg heller til større sykehus i byene, i tillegg til at det var et problem at ledelsen av de forskjellige yrkesgruppene ikke var koordinerte (Grindheim, 2010, s. 148).

Hjemmesykepleie og dens utvikling gjennom tidene hører sammen med fremveksten av den norske velferdsstaten. Dette innebærer at det er staten, altså det offentlige som finansierer, driver og styrer helse- og omsorgstjenester. I de fleste moderne land er det det offentlige som helt eller delvis finansierer velferdsgoder gjennom skatte- eller innskuddssystemer. Gjennom flere tiår har hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester vært en offentlig tjeneste i Norge, i motsetning til andre land der familieomsorg står sterkere. Det ble i 1837 innført kommunalt selvstyre som innebar at kommunene kunne ta initiativ og beslutte å løse sine egne velferdsproblemer på selvstendig grunnlag. Kommunene på denne tiden lå i forkant av den statlige utviklingen hva det gjaldt å sørge for velferd for innbyggerne. Velferdsutviklingen i Norge begynte allerede rundt 1870 da store deler av befolkningen var fattige og dødeligheten stor (Fjørtoft, 2016, s. 147-148).

Ikke før 1984 ble lov om helsetjenesten i kommunene etablert og innført (Lov om helsetjenesten i kommunene (1982)). Loven påla kommunene å tilby sine innbyggere hjemmesykepleie. Det har siden dette vært svært mange endringer innenfor de hjemmebaserte omsorgstjenestene. De største endringene har vært knyttet til brukere som mottar tjenestene og samfunnets krav, i tillegg til at det har vært stadige omorganiseringer. I årene før og etter at hjemmesykepleie ble lovfestet, rustet kommunene opp sin pleie- og omsorgstjeneste. Dette innebar flere utvidelser av tjenesten som for eksempel fysioterapi, ergoterapi, matlevering og trykksalarm. Idealet var allerede på denne tiden at de eldre og de syke skulle ha en bedre forutsetning for å kunne bo hjemme lenger. Begreper som desentralisering og avinstitusjonalisering var viktige og har ført til at tjenesten er det den er i dag (Fjørtoft, 2016, s. 149). I dag er hjemmesykepleien en heldøgntjeneste og et godt alternativ for mange i forhold til den tradisjonelle insitusjonsvirksomheten.

Gjennom 1990-tallet ble fokuset på tjenestens kvalitet, effektivisering, brukermidvirkning og tverrfaglig samarbeid sentrale begreper for å styrke tjenesten. Etter at lovfestelsen kom på begynnelsen av 1980-tallet har det vært flere helsepolitiske reformer og satsninger som legger mer vekt på hjemmesykepleien. Reformen som ble innført i 2012 innebar,- og har ført til økt antall brukere i hjemmet, samt økte- og nye arbeidsoppgaver for helsepersonellet (Fjørtoft, 2016, s. 149). Alle brukere som mottar hjemmesykepleie har et vedtak på dette. De fleste kommuner opererer med en bestiller- utfører modell som innebærer at det er egne

bestillerkontor eller servicekontorer i kommunen. Modellen har som formål at når en innbygger i kommunen søker hjemmesykepleie blir søknaden behandlet av bestillerkontoret. Det er dermed saksbehandleren som innhenter informasjon fra helsepersonell, vurderer behovet og utfører vurderingsbesøk hos brukeren før et vedtak blir utformet. Bruker og utfører, som er hjemmesykepleien, blir informert om informasjonen og begrunnelsen av vedtaket. Videre hvis vedtaket må revurderes eller endres er det utfører som må informere saksbehandler, som med grunnlag i brukerens journal gjør nødvendige endringer (Birkeland & Flovik, 2014).

I dag kan en se at den største andelen av brukere som mottar hjemmesykepleie er over 67 år. Ved utgangen av 2014 var det registrert 140 949 personer som mottok hjemmesykepleie, 85 400 av disse var over 67 år mens 55 549 var under 67 år. Det er en sammenheng mellom økende alder og behov for helsehjelp, men samtidig er det også en økende utvikling i antall yngre mottakere av tjenesten (Mørk, 2015, gjengitt i Fjørtoft, 2016, s 47-48). En kan se at antall unge og ressurskrevende brukere har økt. Med ressurskrevende mener vi for eksempel brukere som kan ha kompliserte multidiagnoser der det tar tid hos brukeren, brukere som ofte ringer og ønsker øyeblikkelig hjelp og personer med demens. I tillegg til dette er det nye brukergrupper som før i tiden fikk behandling på sykehus, som nå kan få behandling og hjelp i hjemmet. Eksempler på disse nye brukergruppene kan være personer med muskel- og skjelettlidelser, multifunksjonshemming, psykiske lidelser og rusproblematikk (Dale mfl, 2015, gjengitt i Fjørtoft, 2016, s. 48). Videre har sykdomsmønsteret i befolkningen endret seg slik at det i dag er flere mennesker i alle aldre med kroniske sykdommer. Det er også viktig å nevne boforholdene til alle de forskjellige brukerne som mottar hjemmesykepleie. Det viser seg at aleneboende ofte har et større behov for mer hjelp enn hvis brukeren bor sammen med noen. Videre kan boforhold ofte være avgjørende for tilrettelegging og selve hjelpebehovet. Eksempler på dette kan være å bo i femte etasje uten heis, høye dørkarmer og trange leiligheter som kan gjøre det vanskelig for eldre å komme seg ut og rundt i boligen.

Ettersom brukergrupper stadig endres og nye sykdomsbilder og diagnoser behandles i hjemmet, er det en stor oppgave som sykepleier å jobbe helsefremmende og forebyggende. Det stilles større krav til kompetansen sykepleieren må ha for å kunne utføre kompliserte prosedyrer og tiltak. I tillegg til dette er utfordringer som praktisk tilrettelegging, vise medmenneskelighet, opprette tillit og kontakt og ivareta brukerens grunnleggende behov også viktige oppgaver å ta med seg til hver enkelt bruker.

2.3 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen ble presentert i Stortingsmelding nr. 47 i 2009 og trådte i kraft i 2012. Dens hovedutfordringer er knyttet til et pasientperspektiv og et samfunnsøkonomisk perspektiv og bygger på at bedre samhandling bør være et av helse- og omsorgssektorens viktigste utviklingsområder. Reformen peker på tre utfordringer; pasientens behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok, tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom, og demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne. Gjennom samhandlingsreformen vil regjeringen etterstrebe å sikre en framtidig helse- og omsorgstjeneste som svarer til pasientens behov for koordinerte tjenester, samt svarer på de samfunnsøkonomiske utfordringene (St.Meld. nr. 47, (2008-2009), 2009, s. 13-14).

2.3.1 Samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste

Kommunene forvalter primærhelsetjenesten og omsorgstjenestene, mens stat/helseforetak forvalter spesialisthelsetjenesten. Dessuten er det flere organisatoriske oppsplittinger både innad i kommunene og i helseforetakene som gjør at tjenestene ofte oppleves som fragmenterte og uoversiktlige (St.Meld. nr. 47, (2008-2009), 2009, s. 15-21). Røstad et al., 2013, gjengitt i Orvik, 2015, viser i sin studie at utformingen av integrerte pasientforløp på tvers av tjenestenivåene har store kulturelle forskjeller. Kulturforskjellene kan eksempelvis innebære at beslutninger på sykehus ofte tas i team der mange er involverte, mens helsepersonell i kommunen ofte er alene og må ta beslutninger der og da uten et team å støtte seg på. Vekslingen mellom disse fragmenterte tjenestene kan oppleves besværlig for brukeren, og ofte må brukeren eller deres pårørende selv ivareta den praktiske koordineringen mellom de ulike deltjenestene. Dette medfører at brukeren påføres unødvendig belastninger, økte ventetider og unødvendige komplikasjoner, i tillegg til at det er dårlig offentlig ressursforvaltning (St.Meld. nr. 47, (2008-2009), 2009, s. 22). Samhandlingsreformen skal gjennom et tydeligere pasientforløp og bedre samhandling mellom helseforetakene unngå dette. For å oppnå dette må tiltakene være av strukturell karakter, noe som innebærer at det må skje endringer i den strukturelle oppbyggingen av tjenesten som skal møte framtidens behov. Videre må det som følge av dette etableres rammebetingelser som gir de enkelte virksomhetene motivasjon til å samarbeide og levere tjenester som er i samsvar med målene i helse- og omsorgspolitikken. Orvik belyser viktigheten av å ha tillit til hverandres

kompetanse på tvers av tjenestene for å oppnå et godt integrert pasientforløp (Orvik, 2015). Meldingens viktigste formål er å legge fram forslag om hvordan samhandling bør påvirke retningen for videre utvikling av helse- og omsorgssektoren, og det legges til grunn at en samlet helsetjeneste må finne sin løsning i kommunene (St.Meld. nr. 47, (2008-2009), 2009, s. 15-21). Samhandlingsreformen fokuserer i stor grad på at løsningene til de forskjellige problemene finnes i kommunen, men vi undres over hvorvidt kommunene faktisk får de midlene og ressursene de trenger for å oppnå utfordringene, i tillegg til at det er uklart om helsetjenestene skal ytes i institusjoner eller i hjemmesykepleien.

Samhandlingsreformen påpeker at det mangler strukturer og systemer som er rettet inn mot helheten i pasientens behov og at ansvaret for spesialiserte helsetjenester er lagt til regionale helseforetak, mens kommunene har ansvaret for allmennhelsetjenesten og omsorgstjenesten. Videre er også lovgivningen utformet ulikt for de enkelte tjenesteområdene, noe som kan være med på å gjøre samarbeidet mellom tjenestenivåene vanskeligere å gjennomføre. En viktig del i arbeidet med samhandlingsreformen har vært å finne fram til systemtiltak som har fokus på helheten i pasientens behov, også når behovet går på tvers av forvaltningsnivåer eller organisatoriske grenser (St.Meld. nr. 47, (2008-2009), 2009, s. 47). Verdien av behandlingen som gis i spesialisthelsetjenesten vil ofte være avhengig av at kommunen følger opp med tjenester og tilbud, og det er sentralt i et samhandlingsperspektiv at en finner fram til en god oppgavefordeling der man klarer å gjøre nytte av de to ulike forvaltningsnivåenes fortrinn (St.Meld. nr. 47, (2008-2009), 2009, s. 22).

2.3.2 Samhandlingsreformens krav til kommunene

Det kommer fram av reformen at kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging, samt at kommunene skal løse oppgaver der de har sine faglige og organisatoriske fortrinn. På denne måten kan helhetlige pasientforløp i størst mulig grad ivaretas (St.Meld. nr. 47, (2008-2009), 2009, s. 15-21). Reformen har store idealer, men det kommer ikke godt nok frem hvilke tjenester i kommunen som skal stå for de forskjellige oppgavene.

Det kommer fram i reformen at mange pasienter blir behandlet på feil nivå, det vil si i sykehus, når tilbudet istedenfor kunne ha blitt gitt på en bedre og mer kostnadseffektiv måte i kommunen. Dette kan tyde på en strukturell mangel i behandlingsskjeden mellom

kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, i tillegg til strukturelle mangler innad i de kommunale helse-og omsorgstjenestene som gjør at pasienter unødige havner på sykehuset. Dette resulterer blant annet i at en del utskrivningsklare pasienter blir liggende på sykehus i påvente av et kommunalt tilbud. En av hensiktene med samhandlingsreformen er å gi mer ansvar til kommunene gjennom en ny framtidig kommunerolle (St.Meld. nr. 47, (2008-2009), 2009, s. 23-26). Den framtidige kommunerollen vil kreve en klarere politikkutforming med fokus på innhold, fagutvikling/kvalitet, kompetanse, utdanning og forskning. I 2016 ble kommunene pliktig å tilby døgnopphold for øyeblikkelig hjelp pasienter. Dette krever avansert klinisk kompetanse og i forslag til statsbudsjett for 2015 ble det satt av midler til klinisk utdanning på masternivå for sykepleiere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014a gjengitt i Orvik, 2015 s. 234). Videre vil kommunen ha oppgaver som omhandler oppbygging av eksisterende oppgaver, utvikling av nye tjenestetilbud og flytting av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Kommunen skal dog ikke pålegges nye oppgaver uten at de blir gitt de nødvendige ressursene som trengs for dette, og økt kapasitet skal imøtekomme økt behov og bidra til bedre pasientforløp og styrking av offentlige oppgaver (St.Meld. nr. 47, (2008-2009), 2009, s. 26).

Stortingsmeldingen beskriver aktuelle oppgaver som kommunene kan gis ansvar for, og det legges vekt på i hvilken grad disse oppgavene kan løses mest effektivt. Videre vil de aktuelle oppgavene måtte løses ut fra lokale forhold der nødvendig kompetanse er blant en av utfordringene. For å løse denne oppgavefordelingen legger reformen opp til et forpliktende avtalesystem mellom kommuner, samarbeidende kommuner og andre helseforetak. I tillegg skal de økonomiske insentivene understøtte oppgavefordelingen, gi gode pasienttilbud, samt kostnadseffektive løsninger. Her påpeker samhandlingsreformen at kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunalt ansvar for utskrivningsklare pasienter er de viktigste virkemidlene, og begrunnes med at kommunen gjennom de økonomiske ordningene kan stimuleres til å oppnå bedre helseeffekter ved bruk av sykehusene. Det er i samhandlingsreformen et mål å styrke spesialisthelsetjenestens forutsetninger for å levere spesialiserte helsetjenester til befolkningen, og skal blant annet oppnås ved å sørge for en riktigere oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten (St.Meld. nr. 47, (2008-2009), 2009, s. 15). Reformen belyser viktigheten av en riktigere oppgavefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten uten å konkretisere dette videre. I tillegg nevner reformen at kommunen ikke skal pålegges oppgaver uten at de blir gitt de nødvendige ressursene som trengs for dette.

Samhandlingsreformen har flere begrunnelser for en framtidig endret kommunerolle. Det legges blant annet opp til sterkere fokus på forebygging, pasientens egenmestring og lavterskeltilbud, da disse ligger under det kommunale ansvaret. Et annet argument er at kommunale helsetjenester er billigere enn spesialisthelsetjenestens tjenester, og dersom kommunen oppgraderer sine tilbud om helsetjenester, vil de kommunale tjenestene i en viss grad kunne erstatte noen av de dyrere spesialisthelsetjenestene. Da får vi et tilbud som er bedre for både pasient, samt sikrer en bærekraftig samfunnsutvikling. Hovedårsaken til at det tidligere ikke har blitt utviklet en sterkere kommunal rolle på helse- og omsorgsområdet er at kommunene ikke har hatt forutsetninger for å utvikle tilstrekkelige robuste faglige og organisatoriske miljøer, samt at finansieringssystemene ikke har bidratt i tilstrekkelig grad til å fremme en riktig oppgavedeling. Et sentralt mål med samhandlingsreformen er å endre denne situasjonen (St.Meld. nr. 47, (2008-2009), 2009, s. 27). Reformen sier at kommunen skal tilby flere tjenester, men avdekker at det tidligere ikke har vært finansieringssystemer for dette, samtidig som de sier at samhandlingsreformen sitt fokus skal være å styrke spesialisthelsetjenesten. Dette fremstår som motstridende i forhold til reformens hensikt.

2.3.3 Krav til økt kompetanse blant sykepleiere

Samhandlingsreformen beskriver framtidige kommunale oppgaver og kan inndeles i to hovedkategorier; kompetansekrevede funksjoner og administrasjons-og systemoppgaver. De kompetansekrevede funksjonene er som regel av tverrfaglig art og krever i en viss grad spesialisert kompetanse for å sikre at tjenestene blir gode og effektive. Eksempler på dette kan være tverrfaglige team, behandling av pasienter før, og ikke etter sykehusinnleggelse og etterbehandling og rehabilitering etter sykehusopphold før utskrivning til eget hjem (St.Meld. nr. 47, (2008-2009), 2009, s. 15-21). For å ivareta de kompetansekrevede oppgavene kommunene har, er det også nødvendig å se på kommunens oppgaver knyttet til administrasjons- og systemarbeid. Dette kan være helseovervåking, folkehelsearbeid, arbeid med kommunale planer og arbeid med samarbeidsavtaler. Det fremkommer av stortingsmeldingen at regjeringen legger til grunn at kommunene selv må finne fram til egnede samarbeidsformer for å sikre at både ressurser og kompetanse utnyttes på best måte (St.Meld. nr. 47, (2008-2009), 2009, s. 27-28). For å øke kompetansen er kommunen avhengig av et godt nok finansieringssystem. Videre må det også spesifiseres hvor den spesialiserte kompetansen skal økes, samt hva den innebærer. Det er også viktig å presisere at reformen ikke en gang nevner fagprofesjonen sykepleie, noe som vi anser som urovekkende i

forhold til at sykepleier har en viktig rolle i blant annet forebyggende helsearbeid i kommunen.

2.3.4 Oppsummering

I dette kapittelet har vi tatt for oss det vi mener er sentralt for å besvare vår problemstilling videre i oppgaven. Vi har dannet et bilde av hvordan sykepleier i hjemmesykepleien arbeider i dag, og hvilke varierte arbeidsoppgaver sykepleieren blir stilt ovenfor. Vi har gjennom teorien fått et innblikk i hvordan hjemmesykepleie har utviklet seg gjennom tidene, og hvordan velferdsstaten har vært med på å forme den tjenesten vi har i dag.

Det er spesielt interessant at det allerede på 1800-tallet var et kommunalt selvstyre som sørget for å løse de velferdsproblemene som oppstod uten noen statlig innvirkning. Av dette kan en se at kommunene gjennom tiden alltid har hatt en form for innflytelse, selv uten en klar rolle- og arbeidsfordeling med tanke på helsefaglig bakgrunn og kompetanse. Vi har nevnt at det var vanlig at frivillige, menighetssøstre, husmorvikarer og hjelpepleiere som stod for å yte helsehjelp på denne tiden.

Samhandlingseformen bygger blant annet på at kommunen skal ta på seg mer ansvar, men det fremkommer ikke tydelig nok på hvilken måte eller på hvilket nivå dette ansvaret skal fordeles. Idealet og tanken bak reformen er god, men selve gjennomføringen kan oppleves som noe utydelig. Videre har reformen fokus på å bedre samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, i tillegg til at kommunene blir pliktig til å tilby sine innbyggere døgnopphold for de som har behov for øyeblikkelige helse- og omsorgstjenester, så fremt kommunen har kapasitet og mulighet til å utrede og behandle brukeren. En annen hensikt med samhandlingsreformen er å ha minst mulig liggedøgn per pasient på sykehus, slik at utskrivningsklare pasienter skal kunne få nødvendig og forsvarlig omsorg, behandling og medisinsk hjelp i kommunen.

Kompetansekrav, samhandling mellom tjenestenivåene, sykepleierens- og kommunens rolle er temaer vi skal ta med oss videre inn i drøftingen.

3.0 METODE

Vilhelm Aubert skrev i 1985 (sitert av Dalland, 2011, s. 83) at;

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder”.

3.1 Litteraturstudie

Rammene for bacheloroppgaven krever at metoden er et litteraturstudie. Et litteraturstudie karakteriseres ved at valgte problemstilling drøftes og ses i sammenheng med allerede eksisterende litteratur. Det er derfor viktig å benytte seg av,- og kunne se valgte litteratur som relevant i forhold til problemstillingen (Dalland, 2010, s. 228). I denne oppgaven har vi benyttet oss av faglitteratur, stortingsmeldinger, lovverk, fagutviklingsartikler og forskningartikler. Forskningartikler som er anvendt er gjort ved databasesøk. Vi anser litteraturen vi skal redegjøre for som gode kilder til vår oppgave og at det kan drøftes opp mot valgte problemstilling.

3.2 Søkestrategi

For å finne relevant forskningslitteratur har vi benyttet oss av flere databaser. Den første databasen som ble brukt var SveMed+ som er en database med norsk, svensk og dansk helsefaglig litteratur (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2016, s. 42). Grunnen til at denne ble foretrukket fremfor andre databaser, som for eksempel Cinahl, er fordi vi var interessert i å finne skandinavisk forskning da vi anser det som mest relevant til vår oppgave. I tillegg anser vi den norske velferdsstat med sin helsepolitikk og reformer mer jamførbar med skandinaviske velferdsstater enn for eksempel amerikansk velferdspolitik. Vi fant databasen SveMed+ via Høgskolen i Oslo og Akershus læringscenter og bibliotek. Søkeordene vi brukte var ”samhandlingsreformen” og ”hjemmesykepleie”. Vi søkte både med ett ord av gangen og med begge samtidig. Ved å bruke begge søkeordene samtidig fikk vi kun opp to forskningartikler, og begge omhandlet hvordan samhandlingsreformen hadde påvirket hjemmesykepleien, noe som vi mente var relevant for vår problemstilling.

Forskningsartiklene vi fant heter ”Hjemmesykepleiepraksis” av Torill M. Sæterstrand, Solrun G. Holm og Berit S. Brinchmann og ”Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien- på rett sted til rett tid?” av Kjersti H. Norheim og Lisbeth Thoresen.

Den andre databasen vi brukte var www.sykepleien.no/forskning. Databasen ble valgt da den kun inneholder norsk sykepleiefaglig forskning, og vi anså den som sentral da oppgaven vår har fokus på samhandlingsreformen i norsk hjemmetjeneste. Søkeordene vi brukte var også her ”samhandlingsreformen” og ”hjemmesykepleie”. Ved å søke på kun ”samhandlingsreformen” fikk vi 46 treff, mens det ved å søke på ”samhandlingsreformen og hjemmesykepleie” kom opp 10 treff. Artikkelen vi valgte var ”Hjemmesykepleien i samhandling med spesialisthelsetjenesten” av Siri Tønnessen, Bente L. L. Kassah og Wivi-Ann Tingvoll og ”Forførende samhandlingsreform” av Gry Opsahl, Betty-Ann Solvoll og Vigdis Granum. Grunnen til at vi valgte to av 10 artikler var fordi de resterende åtte ikke hadde betydning for vår oppgave da de var konkretisert med tanke på spesielle sykdomsgrupper. Den siste artikkelen fant vi henvist som kilde i en sluttrapport utarbeidet av norsk forskningsråd som omhandler løpende evaluering av samhandlingsreformen. Artikkelen heter ”Care pathways as boundary objects between primary and secondary care: Experiences from Norwegian home care services” og er skrevet av Erna Håland, Tonje C. Osmundsen & Tove Røsstad.

3.3 Presentasjon av funn

I denne oppgaven har vi valgt å fokusere på fem kvalitative forskningartikler som er sentrale for å belyse og svare på vår problemstilling. Gjennomgående i alle artiklene er økt behov for kompetanse, ressurser, tid og samhandling mellom spesialist -og kommunehelsetjenesten.

3.3.1 utfordringer med samhandlingsreformen i et sykepleieperspektiv

Opsal, Solvoll & Granum, (2012), konkluderer i artikkelen ”Forførende samhandlingsreform” med at det er flere utydigheter og mangler i reformen, og at det er for høye forventninger til dempet vekst i spesialisthelsetjenesten som følge av større satsning på helsefremmende og forbyggende tiltak i kommunehelsetjenesten. Artikkelen bemerker at det er behov for økt kompetanse, men de stiller spørsmål ved hvor denne kompetansen skal komme fra, da sykepleie som profesjonskompetanse ikke blir omtalt i Stortingsmelding nr. 47 som omhandler samhandlingsreformen. Forfatterne bemerker seg også at sykepleierens rolle i fremtidens helsetjeneste er fraværende i reformteksten, noe som er bekymringsfullt da sykepleieren skal samhandle om oppgavefordelingen. Det kan dermed oppstå stridigheter mellom første og andrelinjetjenestene når sykehusene presser på for utskriving for

ferdigbehandlende pasienter som er i behov av hjemmesykepleie. De mener at sykepleie som profesjonskompetanse er det mest nærliggende å bygge på for å møte den foreslåtte oppgavefordelingen dette innebærer.

3.3.2 Behov for økt kompetanse blant sykepleiere

Sæterstrand, Holm & Brinchmann, (2015), belyser i sin artikkel ”Hjemmesykepleiepraksis” hvilke utfordringer sykepleiere møter i sitt daglige arbeid i hjemmesykepleien som følge av reformen. Sykepleierens hovedutfordring er å ha ansvar for å foreta vanskelige beslutninger i klinisk praksis i hjemmesykepleien. Videre viser den at samhandlingsreformen har bidratt til å øke presset på hjemmesykepleien i form av tidspress og større ansvarsområde, samt at behovet for økt kompetanse er til stede. Økt behov for kompetanse belyses også i Norheim & Thoresen, (2015), sin artikkel ”Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien- på rett sted til rett tid?”. Bakgrunnen for artikkelen er en bekymring for kompetansenivået i kommunehelsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. Hensikten med artikkelen var å bidra med kunnskap om tidlige erfaringer med kompetansebehovet i hjemmesykepleien etter innføring av samhandlingsreformen. Resultatet viser at utskrivningsklare pasienter oppleves som sykere og mer tidkrevende enn tidligere, og at sykepleiekompetansen ble opplevd som tilfredsstillende men ikke tilstrekkelig, samt at de økonomiske rammene må økes. Begge artiklene utdyper at det vil bli et større kompetansebehov, men det fremkommer hos Nordheim & Thoresen, (2015), at sykepleierne ikke registrerte at det var økning av kompetansekrevede oppgaver på dette tidspunktet, men at kompetansen i hjemmesykepleien må styrkes i alle ledd fordi vi som følge av samhandlingsreformen kan forvente en utvikling med flere kompetansekrevede oppgaver. I tillegg presiserer de at implementering av samhandlingsreformen og dens idegrunnlag forutsetter en felles forståelse av målsettinger og utfordringer.

3.3.3 Utfordringer i samhandlingen mellom ulike tjenestenivåer

Tønnessen, Kassah & Tingvoll, (2016), tydeliggjør i sin artikkel ”Hjemmesykepleien i samhandling med spesialisthelsetjenesten” at samhandlingen er preget av ulike perspektiver på hva som skal tillegges vekt. Hensikten med artikkelen er å utvikle kunnskap om hvilke utfordringer som oppstår i samhandlingen mellom spesialist-og kommunehelsetjenesten, og hvordan utfordringene håndteres to og et halvt år etter innføringen av samhandlingsreformen.

Forskerne viser at samhandlingen om pasienter med kreft fungerer bra, men at samhandlingen om andre pasientgrupper oppleves som utfordrende. Videre fremkommer det at sykepleierne i hjemmesykepleien opplever å ha begrenset makt og innflytelse, samt at informasjonsflyten er begrenset. Artikkelen konkluderer med at samhandlingen mellom helsepersonell på sykehus og hjemmesykepleie om pasienter som skrives ut fra sykehus ikke fungerer etter hensikten, og at bedring krever organisatoriske endringer slik at maktrelasjonen mellom aktørene balanseres.

Den siste artikkelen vi har valgt å bruke er en del av et evalueringsprosjekt som ble gjennomført i to perioder først i 2010 og deretter 2011-2013 i regi av Norsk Forskningsråd. Artikkelen er på engelsk og heter "Care pathways as boundary objects between primary and secondary care: Experiences from Norwegian home care services" Håland E., Røstad T., & Osmundsen T- C., 2015, der hensikten var å se på hvordan innføring og bruk av samhandling mellom spesialist og kommunehelsetjenesten fungerer, med fokus på eldre hjemmeboende som har behov for hjemmesykepleie etter endt sykehusopphold. Denne artikkelen går dypere inn på hva sykepleierne og ledere i både spesialist -og kommunehelsetjenesten mener fungerer bra og hva som bør forbedres. Det som fungerer bra er at reformen har ført til et økt erkjenningbehov hos hjemmesykepleien slik at de har måttet systematisere deres kunnskap og kompetanse. Videre kom det frem at det oppstod problemer i forhold til sykehusets forpliktelser til kommunene. Med dette menes det at avgjørelser ofte ble tatt på et høyere nivå og ikke blant dem som jobber direkte med reformen og pasientene.

3.4 Egne erfaringer

Vi ønsker å belyse problemstillingen ved og komme med konkrete eksempler fra både spesialist- og kommunehelsetjenesten. Vi har begge erfaring gjennom praksisperioder, men i tillegg har en av oss fem års erfaring fra hjemmesykepleie i kommunen og den andre tre års erfaring fra arbeid på sykehus og helsehus fra en bydel i Oslo. Erfaringen vi har tilegnet oss gjennom disse årene kan bidra til å styrke den sykepleiefaglige kompetansen i oppgaven. Ved å ha denne erfaringen tenker vi at vi lettere kan se sammenhengen i de forskjellige artiklene samt å være kritiske og reflektere over innholdet.

3.5 Kildekritikk

”Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Det vil si å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes” (Dalland, 2010 s. 66). Vi anser det som viktig å ha et kritisk blikk til forskningen vi søkte etter. Underveis i søkeprosessen hadde vi forskjellige krav til kildene vi ønsket å bruke, herunder pålitelighet, emne, litteraturens publikasjonsstid, land og opphavssted. Det var viktig for oss at opphavsstedet var sykepleiefaglig og at det kom fra en anerkjennende kilde, som for eksempel norsk forskningsråd. Videre var det viktig for oss å finne ny forskning for å kunne ha et sammenligningsgrunnlag i forhold til reformens hensikt. Grunnen til at vi har holdt oss til norsk forskning er fordi vi ønsker å se på hvilke måter samhandlingsreformen påvirker norsk hjemmetjeneste. Vi tror at internasjonal forskning ikke hadde gitt oss dette grunnlaget da andre land har ulike helsetjenester og politiske rammer. Alle forskningsartiklene vi har funnet er bygget på IMRaD-prinsippet og gir oss en god oversikt over forskningens innhold, metode, resultat og diskusjon (Nortvedt et al., 2013, s. 69). Dette var kriterier for oss for å enkelt kunne danne oss et bilde av artikkelens innhold.

I oppgaven har vi brukt faglitteratur som omhandler hjemmesykepleie spesifikt. Vi anser litteraturen som troverdig da forfatterne selv har en helsefaglig bakgrunn og har jobbet innenfor fagfeltet i mange år. I tillegg er litteraturen aktuell, utgitt hos et anerkjent forlag og gir en helhetlig fremstilling av emnet. Til slutt er litteraturen også revidert slik at den er i tråd med nytt lovverk knyttet til samhandlingsreformen. Videre har vi brukt annen faglitteratur som har vært pensum i løpet av utdanningen, derfor anser vi det som troverdige og anerkjennende kilder.

4.0DRØFTING

“Hvilke utfordringer møter sykepleier i hjemmesykepleien etter at samhandlingsreformen ble innført i 2012?”

I denne delen av oppgaven vil vi besvare og drøfte vår problemstilling opp mot den presenterte forskningen og teorien. Vi vil til slutt i kapittelet oppsummere innholdet og deretter presentere vår konklusjon i det avsluttende kapittelet.

4.1 Samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste

Slik det fremkommer i samhandlingsreformen kan tjenestene som tilbys i dag oppleves som fragmenterte og uoversiktlige for brukerne. I tillegg avdekkes det at overgangen fra sykehus til hjemmesykepleie er vanskelig. Tønnesen et al., (2016), ønsket i sin studie å utvikle kunnskap om hvilke konkrete utfordringer som oppstår i samhandlingen mellom spesialist - og kommunehelsetjenesten, og hvordan disse håndteres. Et av hovedfunnene i studien var at samhandling mellom kommune og helseforetak fungerte godt når det gjaldt kreftpasienter. Dette fordi sykehusene opererer med faglige sterke team som følger brukergruppen tett. Helsepersonellet var oppdatert på hvordan hjemmesykepleien fungerte og begge tjenestene hadde et godt samarbeid. Informantene herunder sykepleiere, belyste i studien at god informasjonsflyt er svært viktig for å kunne yte gode tjenester. På en annen side belyser studien at samhandling mellom tjenestene kunne oppleves som problematisk for alle andre pasienter som ikke hadde kreft. De viste til at de forskjellige aktørene ofte hadde ulike perspektiver på behovet og situasjonen til pasienten. En kan da stille spørsmål ved hvorfor samhandling på tvers av tjenestene fungerer godt kun for en brukergruppe og ikke resten?

Satt på spissen kan det virke som om ansatte ved kreftavdelinger har en større interesse for pasientens oppfølging i hjemmet, og ønsker å tilrettelegge best mulig før hjemreise. På en annen side kan god samhandling komme av at det finnes egne kreftkoordinatorer i hjemmesykepleien og på sykehus. De jobber som oftest kun med denne brukergruppen, og har som mål å tilrettelegge, samt sørge for et helhetlig pasientforløp. Videre har sykehusene også sykepleiere med videreutdanning innenfor kreftsykepleie, noe som medfører større kompetanse og at de dermed ser hvilket behov kreftsyke har. En kan stille seg spørsmål ved om tilbudet hadde vært bedre i kommunene, hvis flere sykepleiere hadde hatt spesialkompetanse innenfor flere områder?

Bestiller- utfører modellens hensikt er at en ønsker å bidra til et mer helhetlig pasientforløp, der en uavhengig tredjepart skal vurdere hvorvidt en pasient skal få hjemmesykepleie og hvor stort behovet er basert på journaler fra spesialisthelsetjenesten. Vi har erfart det motsatte, at det ofte er utfører som bestiller da vedtakene pasienten har fått, ofte ikke samsvarer med informasjonen bestillerkontoret har fått. Det oppfattes dermed som at hjemmesykepleien ikke har “tid” til å vente på at et vedtak skal fattes, slik at pasienten må vente med å få utført sykepleien det er behov for. Sett det fra denne siden er det logisk at utfører går ut ifra et vedtak og deretter kartlegger behovet for så å gjøre eventuelle tjenesteendringer slik at pasienten får den hjelpen det er behov for innenfor en rimelig tidsramme.

Tønnessen et al., (2016), viser i sin studie at samarbeidet mellom de forskjellige tjenestene var usystematiske og vurderingen av pasientens hjelpebehov og funksjonsnivå var mangelfulle, i tillegg til at dokumentasjonen som fulgte pasienten fra sykehuset ofte ikke var tilfredsstillende. Erfaringsmessig kan vi si at denne forskningen samsvarer med hva vi selv opplever i hjemmesykepleien. For eksempel ble en pasient sendt inn på sykehus med et væskende liggesår, som sykepleier i kommunen mente behøvde kirurgisk behandling. Pasienten ble sendt hjem uten at sykehuset ga noen form for beskjed eller dokumentasjon om hva som var blitt gjort eller hvilke vurderinger som ble tatt. Det var pasienten selv som ringte og sa han var hjemme igjen, uten at sykehuset hadde meldt pasienten hjem via det elektroniske dokumentasjonssystemet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Denne form for samhandling gjør det svært utfordrende og frustrerende for sykepleieren, samtidig som det går utover pasientens behandling da hjemmesykepleien ikke engang var klar over at pasienten var blitt sendt hjem. Denne typen hendelser har vi inntrykk av skjer ofte, og vi stiller spørsmål ved hvem som har ansvaret for at kommunikasjon og samhandling feiler totalt. Sett fra et sykepleierfaglig ståsted kan en slik situasjon oppleves ressurskrevende da sykepleier, som i utgangspunktet har begrenset med tid, må rydde opp i uklarheter i tillegg. Akkurat denne hendelsen førte til at pasienten ikke fikk det sårstellet som var nødvendig fordi sykehuset ikke hadde noen form for epikrise eller prosedyre for hvordan såret skulle stelles. Slike eksempler viser til svikt i et system som etter fem år burde ha klart å implementere rutiner for utskrivning av pasienter og hva det innebærer. Reformen legger opp til et forpliktende avtalesystem så en kan undre seg over om det er sykehusene som ikke holder sin del av avtalen, eller om det er svikt i selve samhandlingsreformen som fører til at situasjoner som dette oppstår.

Et av reformtiltakene som ble innført i 2012 hadde derfor som mål at samhandlingen mellom tjenestene skulle bedres gjennom blant annet bestiller- utfører modellen. Hvorvidt dette målet er tilfredsstillende i dag belyses i Tønnessen et al., (2016), sin studie der de hevder at selve organiseringen av modellen ser ut til å begrense mulighetene for ivaretagelse av eldre pasienters pleie- og omsorgsbehov. I tillegg stiller de spørsmål ved om samhandlingen mellom kommune og sykehus, hva det gjelder den enkelte pasient, er blitt bedre etter innføringen av reformtiltaket. Slik vi ser det er tanken og ideen bak modellen god, men at dette tidvis kan medføre ekstra arbeid for sykepleieren da behovet for helsehjelp ikke alltid er godt nok kartlagt etter endt sykehusopphold. Modellens hensikt kan oppnås og fungere optimalt dersom alle ledd i pasientforløpet ser behovet pasienten har for hjemmesykepleie.

Det er ofte beskrevet at sykepleier på sykehus og sykepleier i hjemmesykepleien har svært forskjellige oppgaver og ser forskjellig på ting, samt at det er kulturelle forskjeller i hvordan disse arbeidsoppgavene utføres. Spesialisthelsetjenesten har hovedfokus på en sykdom om gangen, mens kommunehelsetjenesten har oppmerksomheten rettet mot flere komplekse sykdommer hos pasienter samtidig (Orvik, 2015). Tønnessen et al., (2016), viser til at sykepleiere i hjemmesykepleien selv beskriver samhandlingen mellom de ulike tjenestene som noe problematisk for pasientgrupper som ikke har kreft, og at sykepleierne innenfor begge tjenestene ofte har ulike perspektiver på hva som skal tillegges vekt hva det gjelder pasientens behov og situasjon. Videre presiserer informantene i studien at sykepleiere ser ulikt på samhandling ut fra arbeidssted, og at sykepleiere på sykehus har et mer medisinsk perspektiv enn en hjemmesykepleier som mener de fokuserer mer på brukerens hjemmesituasjon og funksjonsnivå. Disse ulike perspektivene kan gjøre det vanskelig å samhandle fordi helsepersonellet ser og vektlegger ulike sider ved pasientens behov og situasjon. Informantene avslutter med å fortelle at innholdet i samhandlingsreformen påvirkes av at de ulike sidene av helsetjenesten har en presset hverdag, og at ansvar ofte skyves videre eller over på andre hvis det er mulighet. Dette kan jo i lengden føre til at pasienten ikke får den oppfølgingen og i verste fall den behandlingen han forventer og har krav på.

I Håland et al., (2015), sin studie presiserer de også at samarbeid og koordinering på tvers av tjenestene kan oppleves som utfordrende, nettopp fordi kommune- og spesialisthelsetjenestene representerer forskjellige systemer med forskjellige finansieringsmodeller, oppgaver og kultur. Informantene i studien var fra begge tjenestene og en leder på en sykehusavdeling bekrefter det forskningen sier om at sykepleiere har et

fullstendig forskjellig perspektiv. Hun legger spesielt vekt på kompetansen sykepleiere har innenfor de forskjellige tjenestene, og sier at hun ble overrasket over at sykepleierne i hjemmesykepleien ikke kunne, eller hadde erfaring med kompliserte prosedyrer som en tar for gitt at en sykepleier på sykehus kan. På en annen side forteller en informant fra hjemmesykepleien hvordan samhandlingsreformen kan forbedre kommunikasjonen og samarbeidet med sykehuset ved at de får en større innsikt i hvordan alle jobber, og dermed kan samarbeide bedre. For eksempel nevner informanten at de vet at jobben for sykepleier på sykehuset vil bli lettere hvis hjemmesykepleien sender informasjon om hvilke tiltak og vedtak pasienten har, slik at det vil gi sykehuset en bedre start når de mottar pasienter fra hjemmesykepleien.

Det fremgår videre av studien til Tønnessen et al., (2016), at det foregår en begrenset samhandling mellom de forskjellige aktørene og at hjemmesykepleien ikke har faste, formelle arenaer for samhandling med sykehuset, noe de hadde før innføringen av reformen. En av informantene forteller at de er mye mindre på samarbeidsmøter på sykehuset enn tidligere. Dette er i strid med samhandlingsreformen som legger opp til et forpliktende avtalesystem mellom kommuner og helseforetak. På en annen side fungerer samhandlingen godt mellom kommune og sykehus når det kommer til kreftsykepleie og en må merke seg at det ikke er dårlig samhandling overalt.

4.2 Samhandlingsreformens krav til kommunene

Det kommer frem av reformen at kommunene skal ha fokus på forebygging, behandling og oppfølging for å sørge for at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad ivaretas. Ved å satse på forebygging skal en unngå reparasjon og sørge for at folk i mindre grad trenger spesialisthelsetjenester (St.Meld. nr. 47, (2008-2009), 2009, s. 15-21). Det kommer ikke godt nok frem hvilke tjenester i kommunen som skal stå for dette. Opsahl et al., (2012), har funnet ut at begrepet sykepleie som profesjonskompetanse ikke blir omtalt i meldingen, noe vi synes er urovekkende da sykepleier har en sentral rolle i kommunen, herunder hjemmesykepleien. En kan undres over hvem i kommunen det er som skal jobbe forebyggende, samt ta seg av den kommende "eldrebølgen". Før i tiden var hjemmesykepleien preget av mangel på helsepersonell med sykepleiefaglig utdanning og erfaring, og de som bistod eldre i hjemmet var samaritter, hjelpepleiersker og husmorvikarer. Bygger samhandlingsreformen på at det er de samme gruppene som skal utøve helsehjelp i dag?

Studien til Sæterstrand et al., (2015), viser at antall sykepleierstillinger i kommunen ikke har økt de senere år til tross av at utskrivningsklare pasienter kommer hjem tidligere enn før. På en annen side oppgir Norheim & Thoresen, (2015), at det er påvist en tydelig vekst i antall ansatte i kommunale hjemmetjenester, og at utfordringene heller er om kommunene har tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å håndtere de nye utfordringene som har kommet som følge av en større og mer kompleks pasientgruppe. Det kan virke som om kommunene har forstått at de trenger flere ansatte og at behovet for spesialkompetanse er større som følge av de mer sammensatte sykdomsgruppene. Som nevnt var det i statsbudsjettet i 2015 satt av midler til klinisk utdanning på masternivå for sykepleiere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og selv om kommunene har innsett behovet for spesialkompetanse, har vi selv erfart at kommunene ikke tilbyr videreutdanning som følge av manglende ressurser. En kan spørre seg hvorvidt midlene skulle ha vært øremerket. På en annen side erfarer vi at hjemmesykepleien utlyser stillinger for sykepleiere med videreutdanning for å møte kravet til økt kompetanse i stedet for å videreutdanne de sykepleierne som allerede jobber i hjemmesykepleien. Vi vet at bruken av hjemmesykepleie har økt, at utskrivningsklare pasienter øker i antall og er sykere, og at det dermed er et betydelig større helse- og sykepleiefaglig kompetansebehov i kommunene, spesielt i hjemmesykepleien.

Opsahl et al., (2012), tydeliggjør også dette argumentet i sin studie, da et poeng med samhandlingsreformen er at bestemte pasientgrupper som eldre, kronisk syke, psykisk syke og rusavhengige skal ut av spesialisthelsetjenesten og få den behandling som er nødvendig i kommunene. De mener at forventningspresset til oppfølging av pasientene vil stige, samtidig som sykepleieårsverkene fortsatt er sterkest representert i spesialisthelsetjenesten. Som skrevet tidligere i oppgaven kan det se ut til at trenden med å ville jobbe på sykehus fremfor i kommunehelsetjenesten fortsatt er tilstede. I dag skal en større del av helsetjenestene ytes i kommunen, derfor må en også tenke på at kompetansen og antall ansatte må økes. Krav til kompetanse drøftes videre i kap 4.3 Krav til økt kompetanse blant sykepleiere.

4.2.1 Mangler på ressurser og tid i kommunene

Norheim & Thoresen, (2015), påpeker at det er strukturelle begrensninger i samhandlingsreformen og viser i sin forskning at sykepleiere ofte så på sin hovedoppgave å drive med ”brannslukningsarbeid” fremfor å iverksette forebyggende tiltak som følge av tidspress, manglende ressurser og uhensiktsmessig arbeidsfordeling.

Selv om Norheim & Thoresen, (2015), stiller seg kritiske til samhandlingsreformen påpeker de at reformen fortsatt er ung og at det foreløpig er gjort få empiriske studier og vurderinger av den. På en annen side belyses mangel på tid og ressurser også i Sæterstrand et al., (2015), sin studie hvor det blant annet blir påpekt at det på kvelder og i helger er problematisk da de ikke har nok sykepleiere og at tjenesten er sårbar når hjemmesykepleien mottar utskrivningsklare pasienter som trenger avansert behandling. Informantene i studien forteller at sykepleierne ikke alltid hadde mulighet til å besøke alle pasientene hver dag og at de dermed var avhengig av at tiltak ble fulgt opp av annet helsepersonell, samt at endringer i pasientenes helsetilstand ble oppdaget og rapportert videre. Forskingen samsvarer med våre egne erfaringer da vi har opplevd, og sett hvor sårbart det kan være på vakt på kvelder og i helger. Noen ganger er det kun en sykepleier på vakt som har ansvar for alle pasientene, og hvis det skulle være flere pasienter med behov for en sykepleier samtidig, vil dette medføre venting for pasientene og forsinkelser for sykepleieren. Videre har vi erfart at prosedyrer som kun skal gjøres av sykepleier, for eksempel sette insulin, blir delegert videre til helsefagarbeidere eller assistenter som ikke nødvendigvis har kompetansen til å gjøre dette. Mangler på tid og ressurser medfører ikke bare forsinkelser, men kan også gå ut over pasientsikkerheten.

Sykepleiere i studien til Sæterstrand et al., (2015), følte noen ganger at de ikke gjorde ting rett fordi de ble presset på tiden de hadde til rådighet hos hver enkelt pasient. Sykepleiers arbeidsplan konkretiserer hva slags arbeidsoppgaver som skal utføres og knyttes til tid, hvor tiden helsepersonell bruker koster penger. utfordringene i hjemmesykepleien er at det er eldre, pleietrengende og syke pasienter med komplekse prosedyrer som blant annet smertelindring, sår og intravenøse væsker. Samtidig viser studien at eldre ofte blir lavt prioritert med mangelfull omsorg og oppfølging som følge av at sykepleiere sliter med å holde tiden. Reformen presiserer at kommunen ikke skal pålegges nye oppgaver uten at det blir gitt de nødvendige ressursene som trengs for dette (St.Meld. nr. 47, (2008-2009), 2009, s. 15-21), men det kan se ut til at reformens hensikt svikter på dette punktet.

Tønnessen et al., (2016), viser at lav bemanning og stor arbeidsmengde gjør at sykepleiere må prioritere mellom pasienter og oppgaver, noe som medfører at kvaliteten på pleie- og omsorgstilbudet blir dårligere. Dette samsvarer med Norheim & Thoresens, (2015), studie som viser at sykepleiere prioriterer oppgaver som omhandler de daglige grunnleggende behovene, mens de helsefremmende og forebyggende oppgavene blir nedprioritert.

Dette er motstridende i forhold til samhandlingsreformen som har som hensikt å prioritere helsefremmende og forebyggende helsearbeid. Kommunene kan altså ikke satse på forebygging da det foreligger stramme økonomiske rammer. På grunn av manglende ressurser i kommunene blir sykepleiers oppgaver og ansvar nedprioritert når en viktig del av sykepleiers funksjon er å drive helsefremmende og forebyggende arbeid. Videre belyser studien at det eksisterer et spenningsforhold mellom de ambisjonene ledelsen har på vegne av nasjonale politiske målsettinger og sykepleiernes pressede arbeidssituasjon i hjemmesykepleien.

4.2.2 Pasientens behov i kommunen

Samhandlingsreformen belyser en allerede eksisterende strukturell mangel i behandlingsskjeden mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten som har resultert i at utskrivningsklare pasienter blir liggende i sykehus i påvente av et kommunalt tilbud, fordi det ikke finnes et tilbud i kommunen som er tilpasset behovet de har. Etter at samhandlingsreformen ble innført kan det se ut til at problemet med strukturell mangel fortsatt eksisterer, men har flyttet seg fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Det er nå færre liggedager på sykehus og flere som mottar helsehjelp i form av hjemmesykepleie. Vår erfaring, noe også forskning belyser, er at det ikke er gitt nok ressurser til kommunene for å imøtekomme det økte behovet for hjemmesykepleie. Den nye kommunerollen vi har fått som følge av samhandlingsreformen er ment å ha fokus på fagutvikling/kvalitet, kompetanse, utdanning og forskning. Videre skal kommunen ha fokus på utvikling av nye tjenestetilbud og flytting av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Reformen legger opp til et forpliktende avtalesystem mellom kommuner og andre helseforetak for å løse denne oppgavefordelingen (St.Meld. nr. 47, (2008-2009), 2009, s. 15-21).

I Tønnessen et al., (2016), sin studie kommer det fram at institusjonene har ulike perspektiver på hva som er pasientens behov. Videre fremkommer det av studien at sykepleierne i hjemmesykepleien opplever å ha begrenset makt og innflytelse i samhandlingen da det ofte er sykehuslegene som bestemmer når en pasient skal overføres til kommunen, uten at hjelpetilbudet er tilpasset pasientens behov. Informantene i studien forteller om en samhandlingsavtale de har med sykehuset som går ut på at pasienter ikke skal komme hjem mellom kl 14.00 på fredager og 08.00 på mandager og at denne avtalen fungerte godt i

begynnelsen. Nå bryter sykehuset ofte avtalen og pasienter overføres ofte til kommunen sent fredag kveld og i helgene. Dette er spesielt utfordrende når pasienten kommer hjem i helgen med kun en resept i hånden, uten noe medisiner eller annet nødvendig utstyr til prosedyrer. Det er ikke alle kommuner i Norge som har søndagsåpne apotek og som oftest har hjemmesykepleien begrenset med utstyr og medisiner på eget lager. Videre forteller informantene at det sjeldent blir tatt hensyn til at hjemmesykepleien har behov for tid til planlegging for å kunne ta i mot pasienter. Det fremkommer også av artikkelen til Tønnessen et al., (2016), at sykepleierne og legene i spesialisthelsetjenesten ofte lover pasienter tjenester fra hjemmesykepleien uten å etterspørre om hjemmesykepleien kan innfri dem. Dette samsvarer med egne erfaringer vi har fra arbeid på sykehus; det er lett å fortelle pasienten at “dette ordner hjemmesykepleien” uten å egentlig ha snakket med dem om det. Dette skaper forventninger hos pasientene som hjemmesykepleien ikke alltid kan imøtekomme.

4.3 Krav til økt kompetanse blant sykepleiere

Som følge av samhandlingsreformen har kommunene blitt pålagt et større ansvar for helse- og omsorgstjenester til befolkningen. Som problemstillingen vår belyser, ønsker vi å se på hvorvidt kompetansekravet til sykepleieren har økt. Norheim & Thoresen, (2015), har med sin studie undersøkt dette da det foreligger få empiriske studier av samhandlingsreformen og hvordan kompetanseutfordringene er håndtert. Artikkelen bygger på flere studier som slår fast at en sykepleier i hjemmesykepleien må ha bred kompetanse for å møte den sammensatte pasientgruppen kommunene innehar, men at det fortsatt er uavklart om denne kompetansen er tilfredsstillende. I hjemmesykepleien jobber sykepleier ofte alene og må ha god medisinsk kunnskap, må kunne observere, identifisere og evaluere ulike situasjoner, samt iverksette tiltak for å møte pasientens behov. Studiene har avdekket strukturelle utfordringer i kommunehelsetjenesten, herunder mangel på ansatte med fagkompetanse, manglende personkontinuitet i pasientarbeidet, tidspress og stramme økonomiske rammer (Norheim & Thoresen, 2015).

Informantene i studien til Norheim & Thorensen, (2015), hadde ulike erfaringer med hensyn til endringer i sykepleiers oppgaver etter samhandlingsreformen. Enhetslederen og et fåtall av sykepleierne i studien opplevde ingen endringer, mens flesteparten av sykepleierne hevdet at utskrivningsklare pasienter var: “sykere”, “mer tidkrevende enn tidligere” eller “at pasienten var dårligere enn de meldte fra spesialisthelsetjenesten”. Sykepleierne opplevde en forventning til at hjemmesykepleien hadde kompetanse og kapasitet til å ivareta pasienter med

utfordrende medisinske tilstander. Informantene i studien var relativt samstemte i at de hadde nok kompetanse til å ivareta pasientene og deres behov, men at sykepleierne ønsket seg mer kompetanse på flere områder. Avanserte prosedyrer som for eksempel stell og håndtering av venous Access Port (VAP) og sentralt venekateter (SVK) ble framhevet som utfordrende sykepleieoppgaver hvor kompetansen ikke alltid var tilstrekkelig. Vi har selv erfart å få hjem en pasient med PICC-line kateter som skulle stelles, hvor sykepleieren selv opplevde å ikke ha nok kompetanse til å gjennomføre prosedyren, men gjorde det likevel fordi hun var den eneste sykepleieren på vakt. Dette kunne ha vært unngått dersom det hadde vært et bedre samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Da kunne sykepleiere i hjemmesykepleien ha fått opplæring av sykehuset i forkant av utskrivelse av en slik pasient.

Informantene i studien til Norheim & Thoresen, (2015), forteller videre at de gjerne skulle hatt mer tid til kurs og internundervisning, men at stramme økonomiske rammer gjorde at man fokuserte mer på drift; "altså, vi skal jo spare så mye at det knipes jo inn over alt og det også fører til at mye av fagligheten blir borte. Det er ikke fokus på fag og utvikling, det er fokus på bare rein drift. Og det er det vi blir målt på". Som tidligere nevnt i oppgaven skal den nye kommunerollen ha fokus på fagutvikling/kvalitet, kompetanse, utdanning og forskning, noe som ikke alltid er gjennomførbart da samhandlingsreformen ikke har sørget for at kommunene får de nødvendige ressursene som skal til for å oppnå dette. Vi har inntrykk av at det tidvis kan virke som om fokuset ligger mer på kvantitet fremfor kvalitet. Dette finner vi igjen i studien til Tønnessen et al., (2016), som viser at lav bemanning i forhold til arbeidsmengde gjør at kvaliteten på omsorgstilbudet blir dårligere. Det er viktig å merke seg at resultatene fra studien baseres på erfaringer fra ansatte i kun en mellomstor kommune og at utvalget dermed ikke er representativt for alle hjemmesykepleietjenester i norske kommuner. På en annen side representerer informantene variasjon innenfor alder, arbeidserfaring og kompetanse.

Et resultat av samhandlingsreformen er at pasienter blir tatt imot raskere i kommunen og at de er sykere enn tidligere. Dette grunnlaget har skapt bekymring for om sykepleiekompetansen ute i kommunehelsetjenesten er tilstrekkelig. Studien til Norheim & Thoresen, (2015), konkluderer med at sykepleierne har tilstrekkelig kompetanse, men at god individuell sykepleiefaglig kompetanse ikke er nok når kvaliteten på tjenesten baserer seg på gjensidig avhengighet og samarbeid. Videre fremkommer det at erfaringer og konsekvenser av samhandlingsreformen begynner å gjøre seg gjeldende, og hvis man ser på utviklingen i andre

nordiske land er det sannsynlig at hjemmesykepleien i fremtiden vil møte krav om å håndtere flere nye kliniske avanserte oppgaver. Et annet vesentlig funn er at sykepleierne mente at kompetansen ikke brukes på rett sted til rett tid.

Krav til kompetanse belyses også i studien til Sæterstrand et al., (2015), som sier at kompetansebehovet er økende, og at sykepleierne brukte tilgjengelige ressurser blant dem som hadde spesialutdanning på sitt felt. Akkurat dette utsagnet gjenspeiler egen erfaring i hjemmesykepleien. For å få flere meninger om dette emnet spurte vi koordinator i kommunen en av oss jobber i, om hvorvidt hun opplever et økt kompetansebehov blant sykepleiere. Hun bekreftet at det er et økt behov for kompetanse, og påpekte at denne problemstillingen skulle blitt tatt hensyn til for flere år siden. Videre fortalte hun at kommunen nå har fokus på å ansette sykepleiere med spesialkompetanse i hjemmesykepleien, det være seg kreftsykepleier, palliativ sykepleier, geriatrisk sykepleier og sykepleiere med kompetanse innenfor sårbehandling for å nevne noen. Dette kan være en av grunnene til at det fungerer så bra med kreftpasienter, da de fleste kommuner har en kreftkoordinator. En skulle tro at det ut ifra de økte midlene fra statsbudsjettet 2015 førte til et større fokus på å videreutdanne sykepleiere i kommunen, men ved dette eksempelet ser vi at kommunen heller ansetter nye sykepleiere med spesialkompetanse.

4.4 Oppsummering

I dette kapittelet har vi drøftet hvordan samhandlingsreformen påvirker sykepleier i hjemmesykepleien. Vi har fokusert på samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten, kommunens rolle og krav til kompetanse. Disse faktorene anser vi som viktige aspekter ved hvordan en sykepleiers hverdag i hjemmesykepleien blir påvirket. Vi har drøftet reformen og dens hensikt sett opp mot faglitteratur og forskning samt egne erfaringer.

Vårt litteraturstudie viser at den nye kommunerollen fremdeles har utfordringer knyttet til samhandling med spesialisthelsetjenesten. Dette kommer frem i flere studier vi har benyttet oss av. Vi har sett at kravet til kompetanse til sykepleiere er tilfredsstillende, men at det som følge av en mer sammensatt pasientgruppe vil kreve bredere og mer spesialisert kompetanse, samtidig vil det som følge av dette være behov for mer ressurser enn det kommunene har i dag.

Samhandlingsreformens ideal og hensikt er god, men ikke tilstrekkelig gjennomført på den måten en skulle ønske. Erfaringer kommune- og spesialisthelsetjenesten har opparbeidet seg på den tiden reformen har vært gjeldende vil nå, og i tiden fremover kunne bidra til økt kvalitet, forbedring og samhandling. Erfaringer vi selv har gjort oss viser at det nærmest har gått opp et lys for kommunene ved at det er på tide å øke kravene til kompetanse og utvide tjenesten som følge av nye og mer komplekse brukergrupper.

5.0 Konklusjon

I dette litteraturstudiet har vi sett på hvordan samhandlingsreformen påvirker sykepleieres hverdag i hjemmesykepleien. Vi har fokusert på sykepleiers ansvar og rolle, samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten og hvorvidt det er et økt krav til kompetanse hos sykepleiere som følge av samhandlingsreformen. Vi har sett at sykepleiere i hjemmesykepleien, som følge av at brukere skal bo hjemme lenger uavhengig av sykdom, har flere oppgaver enn tidligere. Samhandlingsreformen har altså bidratt til å øke presset på hjemmesykepleien i form av tidspress og større ansvarsområde. Som sykepleier skal en forebygge, observere, kartlegge og komme med tiltak som passer den enkelte brukeren. Forskning og våre egne erfaringer viser at det er flere medisinske prosedyrer i hjemmesykepleien som følge av samhandlingsreformen. Vi møter oftere brukere med for eksempel PICC-line kateter, brukere med behov for intravenøse væsker, sondeernæring, kompliserte sårstell, stomier og palliasjon. Dette krever prosedyrer som tidligere har vært lite brukt i hjemmesykepleien, og dersom man som sykepleier aldri har jobbet i sykehus, kan disse prosedyrene være helt ukjent.

Resultatene vi har funnet viser at det er tilfredsstillende kompetanse blant sykepleiere i hjemmesykepleien, men at kravet til kompetanse er økende som følge av en større og sykere brukergruppe. Dette ser vi igjen på vår arbeidsplass hvor koordinator forteller at det er et økt behov for kompetanse, og at dette burde ha blitt tatt hensyn til og prioritert allerede når samhandlingsreformen trådte i kraft, ikke fem år etter. Som nevnt er det bemerkelsesverdig at kommuner i 2015 fikk økte midler for å videreutdanne sykepleiere for å løfte kompetansenivået. Det er fortsatt mangel på sykepleiere med videreutdanning, og en kan undre seg over hvorvidt disse økte midlene var øremerkede eller gikk til noe annet. Videre viser resultatene at det er for dårlig samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. De ulike tjenestenivåene kommuniserer dårlig og konsekvensen av dette blir et mer fragmentert pasientforløp. Pasientene overflyttes til hjemmet når de er veldig syke, ofte uten resept eller muligheter til å hente medisiner som følge av at de kommer hjem i helgen, til tross for at det foreligger et avtalesystem som skal hindre dette. Et unntak gjelder kreftpasienter. Der viser forskning at det fungerer veldig bra, kreftpasienter blir godt fulgt opp av sykehuset og samhandling mellom tjenestenivåene er god. Vi undres over om dette er fordi det finnes egne kreftkoordinatorer og kreftsykepleiere, eller om det fungerer godt fordi kreft som sykdom rangeres høyt på prestisjelisten over sykdommer.

Etter å ha studert og analysert deler av samhandlingsreformen mener vi dens idegrunnlag og hensikt er svært god, men at det som følge av mangel på tid, ressurser og kompetanse i kommunehelsetjenesten ikke har blitt implementert godt nok som følge av en mer sammensatt og sykere brukergruppe.

For å oppsummere mener vi at sykepleier i hjemmesykepleien har større utfordringer etter at samhandlingsreformen ble innført i 2012. Disse utfordringene innebærer større og mer komplekse brukergrupper, mangel på tid og ressurser, dårlig samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, samt et økende behov for sykepleiefaglig kompetanse. På en annen side fungerer samhandling utmerket når det kommer til kreftpasienter og deres behov for sykepleie i hjemmet. Derfor mener vi at en burde ta utgangspunkt i hvordan og hvorfor kreftomsorgen fungerer så godt mellom de ulike tjenestenivåene, og lære av dette. På denne måten kan erfaringene, rutineene og kompetansen videreføres slik at samhandling bedres for alle brukergrupper, uavhengig av sykdom.

Litteraturliste

- Alvsvåg, H. (2001). "Hjemmesykepleie", i: Gjengedal, E. & R. Jakobsen (red), *Sykepleie, praksis og utvikling, bind 3*, Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Birkeland, A. & Flovik, A- M. (2014). *Sykepleie i hjemmet*. (2. utg). Cappelen Damm AS
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Fjørtoft, A-K. (2016). *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter*. (3. Utg). Fagbokforlaget
- Grindheim, J- E. (2010). *I menneskets og samfunnets tjeneste*. Oslo: Universitetsforlaget
- Håland, E., Røsstad, T. & Osmundsen, C.T. (2015). *Care pathways as boundary objects between primary and secondary care: Experiences from Norwegian home care services*. Sage Journals Vol 19, Issue 6, 2015
- Kunnskapsdepartementet, 2008. *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf
- Norheim, H.K. & Thoresen, L. (2015). *Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien- på rett sted til rett tid?* Sykepleien Forskning 2015;10(1)16-23
- Nortvedt, W. M., Jamtvedt, G., Nordheim, L.V. & Reinart, L.M. (2016). *Jobb kunnskapsbasert!* (2.utg). Cappelen Damm AS.
- Opsahl, G., Solvoll, B-A. & Granum, V. (2012). *Forførende samhandlingsreform*. Sykepleien 2012 100(3)(60-63) DOI: 10.4220/sykepleiens.2012.0021
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse: Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Samhandlingsreformen - informasjon om ikraftsetting av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/samhandlingsreformen---informasjon-om-ik/id667798/>).

Stamsø, M- A. (2011). *Velferdsstaten i endring*. (2. Utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

St.meld. nr. 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen, Rett behandling- på rett sted- til rett tid*. Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Sæterstrand, M.Torill., Holm, G.Solrun. & Brinchmann, S.B. (2015).

Hjemmesykepleiepraksis. *Klinisk Sygepleje* 2015;29(1)4-16

Tønnessen, S., Kassah, L.L.B. & Tingvoll, W-A. (2016). *Hjemmesykepleien i samhandling med spesialisthelsetjenesten*. *Sykepleien Forskning* 2016 11(1)(14-22) DOI:

10.4220/Sykepleienf.2016.56496