

MASTEROPPGAVE
Klinisk sykepleievitenskap
Mai 2016

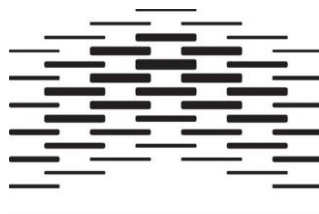
SAMHANDLINGSREFORMEN

- konsekvenser for kompetanse, samarbeid og pasientomsorg i sykehjem



Jelena Djindjic

Fakultet for helsefag
Institutt for sykepleie



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Veiledet: Gry Opsahl

SAMMENDRAG

TITTEL:

Samhandlingsreformen

- konsekvenser for kompetanse, samarbeid og pasientomsorg i sykehjem

Bakgrunn: Sykepleiere ved norske sykehjem har gjennom samhandlingsreformen fått utvidet ansvar og endrede oppgaver, samt endringer i sine roller etter innføring av samhandlingsreformen i 2012. Samhandlingsreformen tydeliggjør at sykepleiere i kommunehelsetjenesten må imøtekomme pasienters behov for omsorg og helsehjelp, gjennomføre behandling på en faglig forsvarlig måte, og sørge for videre oppfølging og rehabilitering. Forskning viser at sykepleierne ved norske sykehjem beskriver sitt daglige arbeid som stressende, og faktorene som forårsaket stress var de høye kompetansekravene og den økte arbeidsbelastning reformen medførte.

Formål: Studiens formål er å få innsikt i hvilke krav til kunnskap og kompetanse står sykepleiere i sykehjem ovenfor, sett i lys av innfasing av samhandlingsreformen i helsevesenet. Problemstillingen «*Hvordan erfarer sykepleiere i sykehjem sin kompetanse etter innføring av samhandlingsreformen*» er ute etter å få innsikt i sykepleiernes egne beskrivelser, utfordringer og konsekvenser i den praksisen de utøver sykepleie. Funnene fra denne studien kan benyttes i planlegging av å styrke sykepleierkompetansen for å imøtekomme framtidige utfordringer i arbeidet med sykehjemspasienter. Funnene videre fremhever betydningen av å utvikle formelle strukturer for kompetanseutvikling i omsorgstjenesten.

Metodologi: Studien har en kvalitativ eksplorativ tilnærming med fokusgrupper som datasamlingsmetode. Datamaterialet består av tre fokusgruppeintervjuer med totalt elleve sykepleiere som arbeider daglig med sykehjemspasienter. Datamaterialet er analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse.

Resultater: Den analytiske prosessen har resultert i tre hovedtema som representerer sykepleiernes erfaringer av kompetanse i lys av samhandlingsreformen: endrede kompetansekrav og flere kunnskapsmessige utfordringer for sykepleiere i sykehjem, kunnskap og kompetanseutvikling i sykehjem og sykepleiernes uforutsigbare hverdag.

Konklusjon: Samhandlingsreformen utfordrer sykepleiernes kompetanse i høy grad. Samhandlingsreformen har gjennom sine krav ført til endrede kompetansekrav og flere kunnskapsmessige utfordringer for sykepleiere i sykehjem. Uten kompetanseheving og

kompetanseutvikling vil pasientomsorg i sykehjem være faglig uforvarlig og ideen om likeverdig tilbud helsetilbud uoppnåelig.

Abstract

Title: **Coordination reform**
- consequences for competence, cooperation and patient care in nursing homes

Background: Registered nurses at Norwegian nursing homes have through the Coordination reform received greater responsibility and altered tasks, as well as changes in their roles after the introduction of the reform in 2012. The Coordination Reform clarifies how nurses in community health services should meet patients in need of care and medical assistance, complete treatment in a professional manner and ensure further follow-up and rehabilitation. Research shows that nurses describe their daily work as stressful, and the factors that caused stress was the high competence demand and greater workload the reform entailed.

Purpose: The study's purpose is to gain insight into the requirements of knowledge and competence for nurses in nursing homes above, in light of organizational reforms in health care. The topic of my thesis is "*How registered nurses in nursing homes experience their competence after introducing the coordination reform in healthcare* " by obtaining insight into nurses' descriptions, challenges and implications in the practice field of nursing. The findings from this study may be used in the planning of how nursing expertise should meet future challenges in working with nursing home patients. The findings further emphasize the importance of developing formal structures for skills development of care services.

Methodology: The study has a qualitative exploratory approach using focus groups as data collection method. The data consists of three focus group interviews with eleven nurses working daily with nursing home patients. A qualitative content analysis was used when analysing the data.

Results: The analytical process has resulted in three topics that represent nurses' experiences of competence in light of the Coordination reform: changed competences and yet more knowledge challenges for nurses in nursing homes, knowledge and knowledge development in nursing homes, and nurses' unpredictable working day.

Conclusion: The Coordination Reform challenges nurses' expertise to a considerable extent. The demands have led to a competency gap between available skills and competencies needed to take care of patients with the complex disorders the Coordination reform imposes them.

Without competence and knowledge development the patient care in nursing homes will become professionally irresponsible and the idea of equal health care unattainable.

Forord

Sykepleiekompetanse og kompetanseutvikling i sykehjem har alltid vært en stor interesse og sentral lidenskap i mitt arbeidsliv. Det var derfor en unik opplevelse å kunne gjennomføre et utfordrende, lærerikt og svært inspirerende mastergrads studie som har gitt meg ny innsikt og bedre forståelse på området.

Takk til mine engasjerte respondenter som var velvillige til å stille opp som respondenter i fokusgruppeintervjuene. Uten dere hadde studien ikke blitt realisert.

Takk til mine medstudenter som har gjennom diskusjon og tilbakemeldinger bidratt til økt refleksjonsnivå. En spesiell takk til Christina for meget godt samarbeid gjennom hele prosessen.

En spesiell takk til min veileder førstelektor Gry Opsahl, Høgskolen i Oslo og Akershus. Takk for alle dine tålmodige svar, gode innspill og nyttige tilbakemeldinger.

Sist men ikke minst, stor takk til min kjære Therje som var tålmodig og forståelsesfull med meg i en periode med mye frustrasjon og tvil om at jeg kommer til å lykkes.

Jelena Djindjic

INNHold

1	INNLEDNING	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema og problemstilling.....	1
1.2	Kontekst.....	2
1.3	Studiens formål, problemstilling og avgrensning.....	3
1.4	Oppbygging av oppgaven.....	3
2	TIDLIGERE FORSKNING	4
3	TEORETISK RAMMEVERK	8
3.1	Kunnskapsbegrep.....	8
3.2	Kompetansebegrep	10
3.2.1	Klinisk kompetanse.....	11
3.2.2	Organisatorisk kompetanse	12
3.2.3	Kompetansens relevans for kvalitet i en kommunal kontekst.....	13
3.3	Læring blant sykepleiere i sykehjem	14
3.4	Om sykehjem.....	15
3.5	Oppsummering av presenterte begreper	16
4	METODE	17
4.1	Kvalitativ metode	17
4.2	Fokusgrupper som datainnsamlingsmetode.....	17
4.3	Utvalg og rekruttering av respondenter	19
4.4	Refleksivitet.....	20
4.5	Gjennomføring av fokusgruppeintervjuer	21
4.6	Transkribering	25
4.7	Analyse	26
4.7.1	Fra helhetsinntrykk til kategorier.....	26
4.8	Studiens validitet og reliabilitet	30
4.9	Styrker og svakheter ved datainnsamlingsmetode.....	32
4.10	Etiske overveielser.....	33
5	PRESENTASJON AV FUNN	34
5.1	Endrede kompetansekrav og flere kunnskapsmessige utfordringer for sykepleiere i sykehjem etter innføring av samhandlingsreformen	35
5.1.1	Krav om bredere sykepleierkompetanse	35
5.1.2	Videre- og etterutdanning i sykehjem	42
5.2	Kunnskap og kompetanseutvikling blant sykepleiere i sykehjem	43
5.2.1	Behov for fagligoppdatering og kompetanseutvikling	43
5.2.2	Utvikler kompetanse gjennom kunnskapsutveksling	47

5.3	Sykepleiernes uforutsigbare hverdag.....	48
5.3.1	Organisatoriske hindringer.....	48
5.3.2	Brudd på samhandling og kommunikasjon.....	51
6	DISKUSJON.....	55
6.1	Samhandlingsreformen påvirker kompetanse og- bemanningsbehov blant sykepleiere i sykehjem ...	56
6.1.1	Forhold mellom behov og tilgjengelig bemanning i sykehjem.....	63
6.2	Læring blant sykepleiere påvirkes av arbeidsmiljø, sykepleiernes evne til selvpdatering og ledelsens strategi for tilrettelegging for læring i avdelingen.....	68
6.3	Organisatorisk skjevfordeling av makt fører til dårlig samarbeid og samhandling mellom sykehus og sykehjem.....	74
6.3.1	Vi må ta dem imot!.....	74
6.3.2	Oppsummering av diskusjon.....	80
7	KONKLUSJON.....	81
7.1	Implikasjoner for videre forskning.....	81
	LITTERATURLISTE.....	82
	Vedlegg 1- NSD sin godkjenning av prosjekt.....	88
	Vedlegg 2- Informasjonsskriv.....	90
	Vedlegg 3- Samtykkeerklæring.....	92

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Kompetanseheving og bedre organisering av helsetjenesten i Norge har alltid vært fokus for videreutvikling og forbedring av helsetjenester. Manglende samhandling mellom tjenestenivåene og stor forskjell mellom ressursbruk og tjenestekvalitet førte til omorganisering; samhandlingsreform (St.meld.nr. 47, (2008-2009)). Januar i 2012, trådte Samhandlingsreformen i kraft, i form av en gradvis innfasing, noe som krevde at kommunehelsetjenesten skulle gjøre seg klar til en ny oppgavefordeling mellom de to tjenestenivåene, i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Denne helsereformen er bygget på erkjennelse av mangelfull samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten som tidligere ble beskrevet i St.meld. nr.25 (2005-2006). Regjeringen forklarte at behovet for den store helsereformen var fragmenterte tjenester, for lite fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid og demografisk utvikling og dens utfordringer (St.meld.nr. 47, 2008-2009). For å kunne få mest ut av ressursene og unngå risiko for samfunnets bæreevne, var det nødvendig med strenge prioriteringer, siden etterspørsel etter helsetjenester vil øke i framtiden på grunn av demografisk utvikling og økt innvandring. Samhandlingsreformen ga kommunene ett større ansvar for innbyggernes helse og mer ressurser til behandling av pasienter i kommunehelsetjenesten. Samhandling, i dette tilfelle, er et uttrykk for helse og omsorgstjenestens evne til å ha et felles mål og kapasitet til å gjennomføre oppgavene på en samkjørt og rasjonell måte, slik at hver enkelt pasient får best mulig helsetilbud.

Samhandlingsreformens overordnede mål og intensjon er å utjevne sosiale forskjeller ved at alle skal få et likeverdig tilbud av helsetjenester, uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og livssituasjon, og å styrke det helsefremmende og forebyggende arbeidet, bedre legetjenesten og styrke organiseringen mellom tjenestenivåene. På den måten ble det tydeliggjort en ny arbeidsfordeling, ansvarfordeling og innføring av en endret økonomistyring.

Pasienter med kols, kreft, diabetes, demensdiagnose og pasienter med psykiske lidelser og rusproblemer har tidligere blitt behandlet i spesialisthelsetjenesten. Samhandlingsreformen foreslår at disse pasientgruppene blir behandlet i kommunehelsetjenesten der pasientene bor (St.meld.nr. 47, 2008-2009). Det har resultert i økende og endrede oppgaver for sykepleiere i sykehjem; fra å ha ansvar for eldre mennesker til å omfatte aktiv deltakelse i utvidet

medisinsk behandling til nevnte pasientgruppene. Samhandlingsreformen tydeliggjør at legekompentansen må styrkes: *«Bedre legetjenestene i kommunene ved å legge til rette for at en større andel av veksten i legetjenesten i hovedsak kommer i kommunene»* (St.meld. nr. 47, 2008-2009, s.27). Sykepleiere som faggruppe og deres profesjonskompetanse blir ikke nevnt selv om sykepleiere har ansvar for å observere, vurdere og behandle de mest pleieintensive pasientene når legen ikke er tilstede. Samhandlingsreformen fremhever imidlertid at kompetanse er essensiell i en reformert helsetjeneste: *«Mange helse- og omsorgsoppgaver vil til enhver tid ligge i grenselandet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og må løses ut fra lokale forhold hvor nødvendig faglig kompetanse er en av hovednøkklene»* (St.meld. nr. 47, 2008-2009, s. 26). Samhandlingsreformen framstår fortsatt uklar vedrørende hvilken kompetanse en reformert helsetjeneste trenger (Opsahl, Solvoll og Granum, 2012).

1.2 Kontekst

Sykepleierne er en de største faggruppene med profesjonskompetanse blant helseprofesjonene. De har ansvar for å imøtekomme pasienters behov for helsehjelp, hjelp til å gjennomføre behandling, videre oppfølging og rehabilitering av pasientene. De mest pleieintensive pasienter avhengig av at sykepleiere har nødvendig kompetanse, da det er de som har ansvar for faglig og medisinsk oppfølging av pasienter før under og etter sykdomsforløpet.

Sykepleiere som jobber ved kommunale sykehjem i Norge, har gjennom samhandlingsreformen fått utvidet ansvar, flere oppgaver og endringer i sine funksjoner. Sykepleiere i sykehjem ble tildelt ansvar for utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten, gjerne med bare få timer før pasienten ankommer avdelingen. Utskrivelse av pasienter bestemmes kun av leger ved sykehus og medisinsk behandling fortsetter ofte på sykehjemmet. Disse pasientene kommer gjerne uten epikrise, pleieplan eller videre behandlingsplan. Sykepleierne befinner seg i en ny og kompleks situasjon der omsorg for disse pasienter krever høy klinisk kompetanse, i forhold til medisinsk behandling, oppfølging og rehabilitering.

Mange pasienten ble skrevet ut med kort varsel og har ankommet avdelingen sent på kveld eller i helgen. De ble også overført til sykehjem tidligere enn det sykepleierne var vant med. Disse pasienten skulle fortsette sin behandling på sykehjem som ofte innebar at sykepleierne

skulle beherske avanserte medisinske prosedyrer. Sykepleierne satt ofte med følelsen at overflytting av enkelte pasienter ikke var faglig forsvarlig.

1.3 Studiens formål, problemstilling og avgrensning

Studiens formål er å få innsikt i hvordan sykepleierne på et sykehjem arbeider med sykehjemspasienter med mange og sammensatte lidelser. Det er ønskelig å utforske hvordan samhandlingsreformen utfordrer profesjonskompetanse hos sykepleiere i sykehjem ved å undersøke hvilke krav til kunnskap og kompetanse sykepleiere står over for i lys av organisatoriske reformer i helsevesenet. Hensikten med forskningsprosjektet er å bidra til å tydeliggjøre sykepleiernes erfaringer med endrede kompetansekrav, og på et senere tidspunkt tilby denne innsikten for å utarbeide «skreddersydde» kompetansehevende tiltak som vil føre til at sykepleiere opplever trygghet og samhandling i jobbsituasjonen, og på den måten positivt forbedrer kvaliteten på pleie og omsorg av pasientene.

Hovedproblemstillingen ble formulert slik:

Hvordan erfarer sykepleiere i sykehjem sin kompetanse etter innføringen av samhandlingsreformen?

Forskningsspørsmål for denne studien er:

1. Hvordan påvirker samhandlingsreformen sykepleiernes kompetanse?
2. Hvilke erfaringer har sykepleiere av læringsmuligheter i sykehjem?
3. Hvordan erfarer sykepleiere at de er forberedt på å ta imot nye pasientgrupper som tidligere ble behandlet i spesialisthelsetjenesten?
4. Hvilke erfaringer har sykepleiere i sykehjem i forhold til samarbeid med andre instanser i helsevesenet?

1.4 Oppbygging av oppgaven

Opgaven består av syv kapitler. Første kapitlet er et innlednings kapittel der bakgrunn for valg av tema, problemstilling og forskningsspørsmål blir presentert. I kapittel to vil jeg vise til relevant forskning som omhandler sykepleierkompetanse og arbeidsforhold ved norske sykehjem. I kapittel tre er begreper som kunnskap, kompetanse og læring presisert. Presentasjon av metoden som er benyttet i studien er tema for kapittel fire. I dette

metodekapittelet beskriver jeg metodisk tilnærming og begrunnelser for hvilke metodiske valg og overveielser jeg har foretatt i forbindelse med innsamlingen av dataene. Videre presenterer jeg gjennomføring av fokusgruppeintervjuer og analysen kronologisk. Dette kapitlet vil også omhandle etiske overveielser og refleksivitet samt studiens styrker og svakheter. Studiens resultater er presentert i kapittel fem. I kapittel seks blir funnene drøftet i lys av teori og tidligere forskning. Til slutt, i kapittel syv, presenteres studiens konklusjon og implikasjon for videre forskning.

2 TIDLIGERE FORSKNING

Med utgangspunkt i problemstillingen og forskningsspørsmål, var det viktig å finne tidligere forskning så nær opp til studiens tema som mulig. I søk etter tidligere forskning har jeg benyttet databasene Oria (tidligere Bibsys), Medline, Chinal, Scholar, Sage og Pubmed. Søkeord som jeg har brukt har vært en kombinasjon av «nursing home(s)» og «nurses knowledge», «competence», «competence development» og «work conditions». Tilsvarende søkeord på norsk ble benyttet i Swemed+ og Scholar. I presentasjonen av forskning har jeg først tatt for meg studier som beskriver sykepleiernes kompetanse i arbeidet med sykehjem. Studier som beskriver sykepleiefaglige utfordringer og arbeidssituasjon ved sykehjem er også tatt med.

Kompetanseutvikling blant sykepleiere er et tema som ble belyst i flere studier og presenteres videre i teksten. En studie som ble gjennomført ved to norske sykehjem, hadde som fokus ansattes perspektiv på kompetanseutvikling (Brenden, Storheil, Grov & Ytrehus, 2011). Utvalget bestod av 14 informanter der åtte hadde høgskoleutdanning. Informantene fremhevet behov for bred kompetanse i arbeidet med sykehjems pasienter. Mange kompetanseutfordrende oppgaver og tidligere utskrivelse av pasienter fra sykehuset skapte behov for både generell og spesiell kompetanse. De beskrev læring i sykehjem som situasjonsbetenget fordi mange hadde som tradisjon å tilegne seg kunnskap når det var behov for det. Formelle strukturer for læring var ifølge respondentene, mangelfulle og kurstilbud var ofte tilfeldig.

Thidemann (2005) har i sin studie undersøkt ulike faktorer som hadde betydning for sykepleiernes utvikling av kompetanse. Hun fulgte 52 sykepleiere første 5 årene etter endt utdanning og undersøkte hvilke faktorer som påvirket utvikling av kompetanse samt hvilke faktorer bidro til læring de første årene etter endt utdanning. Funn viser at gode muligheter til

kompetanseutvikling i form av opplæring og kursing, arbeidsmiljø og kollegaer bidro til at sykepleierne trivdes mer på jobb. Sykepleierne konstaterte at kompetansen tilegnes over tid og tverrfaglig arbeid hadde stor betydning for utvikling av kompetansen. De trakk også frem at læringsmuligheter/tilbud påvirkes av et økende press i negativ retning i form av krav om økt effektivitet samt organisatorisk og økonomisk kapasitet i helseforetak.

Josefsson, Sonde & Wahlin (2007, 2008) har gitt ut to artikler som hadde hensikt å beskrive sykepleiernes utdanning og syn på kompetanseutvikling i kommunale institusjoner i Sverige i forhold til organisatoriske endringer i helsevesenet de siste årene. De har sammenliknet svar fra sykepleiere som arbeidet med pasienter med demenssykdom og med sykepleiere som arbeidet ved somatisk avdeling med pasienter med ulike diagnoser. De har benyttet spørreundersøkelse som omfattet svar fra 213 sykepleiere som jobbet i 60 kommunale institusjoner. Sykepleierne som deltok i denne spørreundersøkelsen hadde en gjennomsnittlig alder på 51 år og gjennomsnittlig 18 års erfaring som sykepleiere og 8 års erfaring innen eldreomsorgen. Funnene viste at sykepleierne i begge gruppene mente at de ikke manglet kompetanse innenfor de områdene det ble spurt om. Muligheten for videre kompetanseutvikling ble beskrevet som lav selv om de fleste svarte at videre utdanning og kurs vil være nødvendig for deres arbeidssituasjon. Halvparten av sykepleierne svarte at de ikke hadde fått tilbud fra arbeidsgiver om kompetanse økning. De rapporterte manglende strukturer for kompetanseutvikling i eldreomsorgen generelt.

Flere studier viser at kommunene, og spesielt sykehjemmene, har fått et større ansvar for palliativ omsorg (Seymour, Kumar & Froggatt, 2010; Steindal & Sørbye, 2010). Steindal & Sørbye (2010) har sett på faktorer som bidrar til sykehusinnleggelse av sykehjempasienter og ser nærmere på hvordan pårørende til terminale pasienter opplever sine nærstående siste levedager. Funnene viser at pårørende ser behov for flere faglært personell i sykehjem. Videre viser funnene at personalet ikke har den nødvendige kompetansen for å kunne gi god nok omsorg ved livets slutt og behov for økt kompetanse innen palliativ omsorg. Dette forsterkes med en eksplorativ studie gjort i England. Studien antyder at sykepleiernes kompetanse innen palliativ omsorg trenger forbedring. De hevder at palliativ omsorg og omsorg ved livets slutt bør anses en utvidelse av daglig behandling av pasienter med sammensatte lidelser (Seymour et al. 2010).

En annen studie undersøkte sykepleierens kunnskaper om legemidler i sykehjem. Det var konkludert med at sykepleiere i sykehjem behøver mer kunnskap om narkotika og medikamenter generelt, i like stor grad som behov for etterutdanning og kurs om legemidler

og legemiddelhåndtering (Wannebo & Sagmo, 2013). Wille & Nyrønning (2012) er begge fagutviklingssykepleier som skriver om sykepleierens rolle ved omsorg og behandling ved livets slutt i sykehjem. De har kommet frem til at kompetanse blant sykepleiere er en forutsetning for god kvalitet innen lindrende omsorg i sykehjem. De påpeker videre at *«helsepersonells muligheter for ivaretagelse av enkeltpersoners verdighet i en avsluttende fase i livet kan bli truet. Dette skjer når kravet om økende effektivitet i tjenesten og hensynet til enkeltmenneskes behov kommer i konflikt med hverandre»* (Willi & Nyrønning, 2012, s 16).

Helsedirektoratet skriver i sin rapport fra 2012 om behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten. Det ble sett på hvordan kompetansebehovet har endret seg over tid og hvordan det fortsetter å utvikle seg i trå med samhandlingsreformen. Rapporten presenterer faktorer som forårsaker endring i kompetansen og behov for forsterket arbeidskraft blant helsepersonell. Disse faktorene er blant annet medisinsk og sykdomsutvikling, demografi, større krav og forventninger fra pasienter og pårørende, og ikke minst omorganisering etter 2012. De pekte på at økende andel eldre også betyr sterk økning av aldersrelaterte sykdommer i tillegg til flere pasienter med sammensatte sykdommer. Rapporten konkluderer med at primærhelsetjenesten trenger økt kompetanse innen helsefremmende og forebyggende arbeid, kompetanse rettet mot behandling og oppfølging av kronisk syke eldre, akutt medisin og økt IKT kompetanse for å kunne oppnå intensjonene i samhandlingsreformen (Helsedirektoratet, 2012).

Sykepleiernes arbeidssituasjon ved sykehjem er studert av flere (Hallin & Danielson (2006); (Josefsson, et al., (2008) og Carryer, Hansen & Blakey (2010). Hallin & Danielson (2006) gjennomførte randomisert undersøkelse både i sykehjem og spesialisthelsetjeneste. Sykepleiere hadde gjennomsnittlig seks års erfaring. De beskrev sitt dagligarbeid som stressende, og faktorene som forårsaket stress var store krav fra pasienter og kollegaer, liten kontakt med pasienter på grunn av en travel hverdag og følelsen av utilstrekkelighet ofte på grunn av lite ressurser. Derimot følte sykepleierne et stimulerende arbeid hvis de opplevde god samhandling med pasientene, kontroll i en kaotisk hverdag samtidig å ha nødvendige ferdigheter til å håndtere ulike situasjoner (Hallin & Danielson, 2006).

En empirisk studie fra 2010 har studert hvordan sykepleiere og leger prioriterer pasienter i sykehjem. De brukte semi strukturerte intervjuer med 13 leger og seks sykepleiere. Legene rapporterte lite tildelt tid for optimal behandling av hver enkelt pasient. Sykepleiere ga uttrykk for lite tid til avanserte oppgaver og at det ofte var grunn til flere sykehusinnleggelses. De

beskrev flere problemstillinger og dilemmaer knyttet til å sikre tilstrekkelig og helhetlig omsorg og prioritering dilemmaer og problemer med å sikre lik tilgang til omsorg for alle pasienter (Slettebø et al., 2010).

Danielsen & Fjær (2010) hevder at de ulike organisatoriske helseforetak representerer ulike måter å møte syke eldre mennesker med sammensatte behov på. Deltakerne i denne studien var sykepleiere som har jobbet i hjemmesykepleien, sykehus sengepost og forvaltningsenheten i kommunen. Funnene viser utfordringer i forhold til forståelsen av de ulike omsorgsnivåene ved sykehus og i sykehjem. De påpekte viktigheten av kunnskapsoverføring om pasientens tilstand og omsorgsbehov ved overflytting mellom nivåene. Manglende og dårlige kommunikasjonsrutiner kan medføre stor risiko for at viktige pasientopplysninger ikke blir videreformidlet.

I en SINTEF rapport (2004) er det sett spesielt på forhold mellom bemanning og kvalitet i sykehjem. Det ble hentet inn data fra 29 somatiske sykehjemsavdelinger for langtidsopphold. Det kom til uttrykk at sykepleiere i sykehjem har mange funksjoner. Studiens resultater viser en klar sammenheng mellom kvalitet og de ansattes egen opplevelse av bemanningssituasjonen. Avdelinger der ansatte mente bemanningen var for dårlig, skåret også lavt på kvalitet. Til tross for dette, ble det konkludert med at en økning i personell ikke nødvendigvis medførte en tilsvarende økning i kvaliteten. De har tatt utgangspunkt i at sammenhengen mellom bemanning og kvalitet har en bestemt retning: at variasjoner i bemanning fører til variasjoner i kvalitet. Kompetanseutvikling ble her beskrevet som like viktig som økt bemanning (Paulsen, Harsvik, Halvorsen & Nygård, 2004).

I en oversiktsartikkel fra 2015 undersøkte forskere forbindelse mellom sykepleiere og omsorgskvalitet i sykehjem (Dellefield, Castle, McGilton & Spilsbury, 2015). De inkluderte 67 artikler skrevet i seks forskjellige land fra 2010 til 2014; USA, Canada, UK, Tyskland, Norge og Sverige. De så blant annet at sykehjemmene med flere antall sykepleiere på jobb betydde også mindre bruk av tvang, mindre tilfeller av feil behandling, mer bruk av tid på hver enkelt pasient og bedre trivsel på jobb. Funnen i de fleste artikler som har inngått i denne studien viser at høyere sykepleierbemanning er relatert til bedre kvalitet i sykehjem.

En studie gjort av Bing-Jonsson, Foss & Bjørk (2015) viser ubalanse mellom forventet og den kompetanse helsepersonell i sykehjem besitter. Bakgrunn for deres studie er det de anså endringer i struktur etter 2012 som dramatiske. De fant ut at det var stort avvik mellom den kompetanse myndighetene forventer at et helseforetak skal ha og det som faktisk er tilgjengelig. De fremhevet at omsorgskvalitet i sykehjem forutsetter at sykepleierne besitter

den kompetansen som behøves for å møte komplekse krav satt av myndighetene gjennom samhandlingsreformen.

3 TEORETISK RAMMEVERK

3.1 Kunnskapsbegrep

Kunnskapsbegrepet er et sammensatt og omfattende begrep. Lai (2004) anser kunnskap som en sentral komponent i kompetanse. Den vil derfor bli presentert den i denne oppgaven.

I følge Lai (2004) kan kunnskap forstås som en individuell informasjonsbase og alene er utilstrekkelig for å utføre en oppgave. Grimen (2008) hevder at all kunnskap kan bli artikulert, verbalt eller non verbalt. Kunnskap kan bli lært, enten via bevisst læring eller som biprodukt av handlinger og virksomheter. Han påpeker videre at all kunnskap kan overføres mellom mennesker og sier at all kunnskap kan derimot ikke overføres gjennom beskrivelser alene men gjennom eksempler og styrt instruksjon. Det mest vanlige er skille mellom den teoretiske og den praktiske kunnskapen (Grimen, 2008). Den teoretiske kunnskapen handler om å vite hva noe er, kunnskap om det generelle og allmenne, kalles også påstandskunnskap eller faktakunnskap. Den praktiske kunnskapen derimot, handler om å kunne gjøre noe.

Den teoretiske kunnskap er kunnskapen om det generelle, den er den samme uavhengig av hvem som har den, hva den brukes til og hvem som besitter den (Grimen, 2008). Kunnskapen er kontekstavhengig og forandres ut fra utvikling av nye teorier. Den teoretiske kunnskapen kan også omtales som påstandskunnskap. Påstandskunnskapen lar seg uttrykke og artikuleres gjennom språk, og formuleres gjennom påstander (Alvsvåg, 1997). Sykepleiernes påstandskunnskap vil blant annet være den naturvitenskapelige kunnskapen. Denne kunnskapsformen kan læres uavhengig fra den praktiske virkelighet og kan formidles teoretisk. Påstandskunnskapen er generell for flere objekter og den er abstrakt, og har stor betydning for utøvelsen av sykepleie, men alene er utilstrekkelig som grunnlag for utøvelsen. Kristoffersen fremhever viktigheten av påstandskunnskap, og sier at den er nødvendig for å kunne begrunne og velge sine handlinger (Kristoffersen, 2011). For å kunne gjennomføre en praktisk prosedyre må sykepleieren inneha påstandskunnskap på flere områder. Hun mener at sykepleiere bruker både teoretisk kunnskap utviklet gjennom sykepleiefaget og teoretisk kunnskap utviklet gjennom andre fag ved utøvelse av sykepleie. Det kan beskrives ved for eksempel stell av sentralt venekateter i sykepleiepraksis. Der vil sykepleierens

påstandskunnskap være blant annet kunnskap om anatomi, fysiologi og hygiene. Grimen (2008) hevder at praktisk kunnskap finnes både som ferdigheter og fortrolighet med omverden. Det vil derfor være hensiktsmessig å skille mellom to aspekter ved praktisk kunnskap; ferdighetskunnskap og fortrolighetskunnskap.

Ferdighetskunnskap handler om å beherske ulike praktiske prosedyrer og utvikling av praktiske ferdigheter. Det er en type av ferdighetskunnskap den instrumentelle kunnskap eller teknisk ferdighet innbefatter regler, teknikker og prosedyrer. Regler finnes som støtte for all virksomhet og ligger til grunn for videre begrunnelse av handling. Som grunnlag for regler finnes påstandskunnskapen. Rutiner, sikkerhet og kunnskap hører sammen og utvikles gjennom handlinger (Molander, 1996). Ferdighetskunnskap kan knyttes til utførelsen av ulike sykepleieprosedyrer. Innleggelse og stell av veneport (VAP) som gjøres ut fra en gitt prosedyre er et eksempel på ferdighetskunnskap. Prosedyren sier noe om hvilket utstyr som skal benyttes for utførelsen prosedyren, og i hvilken rekkefølge de ulike delene av prosedyren skal gjennomføres.

Praktisk kunnskap har en taus dimensjon og bunner i at mennesker tenker og handler på grunnlag av hva de tror, vet og kan. Michael Polanyi er den første som har formulert begrepet taus kunnskap. Han skrev om taus kunnskap slik «We can know more than we can tell» (sitert i Grimen, 2008, s.79). Han hevder at normer og regler kan påvirke og begrense hva vi kan uttale oss om. Eksempel for slike regler som er nedfelt i lovverk; som for eksempel taushetsplikt og generelle normer for høflighet. Grimen (2008) hevder videre at mennesker tenker og handler ut fra hva de tror og kan. Han sier videre at diskusjonene om taus kunnskap handler om hvordan mennesker tenker og bedømmer på grunnlag av viten som enten ikke er eller kan artikuleres verbalt. Han mener at kunnskap som ikke kan videreformidles med ord kan artikuleres gjennom handling og gjennom handlingen kan kunnskapen overføres mellom mennesker (Grimen, 2008).

Praktisk kunnskap består av innøvde kroppslige ferdigheter, som beskrevet under ferdighetskunnskap, og fortrolighet med omgivelsene. Fortrolighetskunnskap utvikles gjennom erfaring og refleksjon; det vil si at den læres og utvikles i praksis. Den tilegnes gjennom vurderinger, handlingen, bedømmelser, vurderinger og skjønn. Den er også avhengig av påstandskunnskap for at riktige bedømmelser kan gjøres. Alvsvåg (1997) sier at fortrolighetskunnskap læres, utvikles og vises i praksis. Hun sier videre at den utvikles når erfaringer bearbeides og når sykepleieren reflekterer rundt dem. Slike bedømmelser vil gjøre en sykepleier en del av felleskapet.

3.2 Kompetansebegrep

Kompetansebegrepet 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; NSF, 2011).

Kompetanse er flerdimensjonalt begrep, er kontekstavhengig og har kun mening i forhold til en oppgave eller en bestemt arbeidssituasjon (Orvik, 2004; Lai, 2004). Innenfor sykepleieområde står kompetansebegrepet sentralt og bidrar til å tydeliggjøre og sikre tjenestetilbudet til pasientene, og til at sykepleiere erfarer mestring i arbeidssituasjon. Profesjonskompetanse er et begrep som benyttes for å vise hvilke krav som stilles til utøvelse av sykepleie. Kompetansebegrepet består av kunnskaper, ferdigheter og holdninger som kommer til uttrykk i handling (Lai, 2004). Motivasjon og vilje vil også påvirke individets evne til å utnytte sin kompetanse. Høyt kompetansenivå vil hjelpe sykepleiere å omstille seg ved endringer i arbeidssituasjon, i dette tilfelle samhandlingsreformen. Det vil påvirke kvaliteten, effektiviteten og produktiviteten av tjenestetilbudet i kommunehelsetjenesten (Kunnskapsdepartement, 2008).

Kompetansebegrepet omfatter både formell og uformell kompetanse. Formell kompetanse omhandler kompetansen en person får etter endt utdanning. Uformell kompetanse er kompetanse som er tilegnet utenfor utdanningssystem og gjennom arbeidserfaring, samarbeid med kollegaer og observasjon (Lai, 2004). Slik definisjon av uformell kompetanse sier noe om at en kan tilegne seg uformell kompetanse gjennom en formell utdanning. Et slikt eksempel er å delta på kurs, samlinger og gjennom gruppeoppgaver på skolen.

Det kan også skilles mellom en generell eller spesifikk kompetanse. Generell eller standardisert kompetanse gir grunnlagt for utførelse av enkelte oppgaver i virksomheten, mens andre oppgaver krevet spesifikk kompetanse for å kunne nå virksomhetens mål. Generell sykepleiekompetansen er for eksempel en kompetanse som kan brukes på hvilken som helst avdeling. Spesifikk kompetanse er derimot kompetansen som brukes i spesielle sammenhenger (Lai, 2004). Et eksempel for spesifikk sykepleiekompetansen er kompetanse innen cellegiftbehandling som er til nytte ved avdelingene som har kreftpasienter under behandling.

Kompetansebegrepet kan forstås som noe individuelt eller kollektiv og ifølge Orvik (2004) brukes det ofte i relasjon til enkelt personers kunnskaper og ferdigheter og kan være individuell eller felles. I tråd med Orvik mener Haukelien, Vike & Bakken (2009) at kompetanse er i hovedsak en individuell egenskap, men for at den skal kunne komme til nytte må den bli kollektiv. Hvis ikke den individuelle kompetansen ikke blir omgjort til kollektiv, vil den undergraves av ressursmangler og andre forhold i en virksomhet. Det er derfor slik at kompetanse er noe rasjonelt som binder fagpersoner, fagmiljø, avdelinger og organisasjoner sammen (Haukelien et al., 2009). Yrkeskunnskap og kompetanse utvikles gjennom, og må forstås som, individets møte med en organisasjon, en tradisjon eller en kultur og forutsetter samarbeid. Med utgangspunkt i dette kan det forstås som at en viktig del av felleskompetansen i en virksomhet vil være evnen til å utnytte enkeltpersonenes kompetanse på en best mulig måte.

Realkompetanse som kompetanseform er betegnelse for den samlede kompetansen en person har tilegnet seg gjennom arbeidserfaring, utdanning, privat og familieliv og derved omfatter både formell og uformell kompetanse (Lai, 2004).

3.2.1 Klinisk kompetanse

I følge Orvik (2004) er kliniske kompetanse en kjernekompetanse. Med dette mener han at klinisk kompetanse betyr å kunne yte direkte pasientomsorg. Klinisk kompetanse blir senere brukt til å skape de nødvendige ferdigheter og kunnskap for å kunne utøve rollen som sykepleier (Orvik, 2004). Det Kristoffersen betegner som klinisk kompetanse er den samlede kompetansen som sykepleieren innehar som grunnlag for å handle og løse sykepleieroppgaver på en måte avhengig av kompleksiteten i situasjonen.

Kunnskapsdepartement (2008) i rammeplan for sykepleierutdanning stadfester at en sykepleier skal etter endt utdanning ha kompetanse til å utøve sykepleie i alle nivåer i helsetjenesten, i institusjoner og utenfor. Med dette menes det evne til å utføre pleie, omsorg og behandling av syke mennesker, dokumentere og evaluere eget og andre sitt arbeid og reflektere over etiske problemstillinger. Rammeplanen for norsk sykepleierutdanning er myndighetens forpliktende styringsdokument for bachelorutdanning i sykepleie og er hjemlet i Lov om universitet og høyskole §3-2 av 1. april 2005 nr. 15 (Universitets- og høyskoleloven, 2005). I henhold til Lov om helsepersonell (Helsepersonelloven, 1999) vil gjennomført studium gi grunnlag for bachelor grad som etablerer studenter i profesjon, og gir grunnlag for

autorisasjon for sykepleieyrket. Det skal kvalifisere en sykepleier for et yrke som stadig er i endring og progresjon (Kunnskapsdepartementet, 2008). Den har som formål å autorisere sykepleiere med likt utdanningstilbud, sikre pasient kvalifiserte yrkesutøvere med stabil og kjent kompetanse. Nyutdannede sykepleiere skal kunne samarbeide tverrfaglig og på tvers av tjenestenivåene. De skal gjennom utdanning tilegne seg kunnskap i blant annet sykepleiernes oppgaver og funksjon i spesialist- og kommunehelsetjenesten, naturvitenskapelige og samfunnsvitenskapelige emner. De skal også ha kunnskap om helsefremmende og forebyggende arbeid, fagutvikling og forskning, ledelse og organisering av helsetjenesten. Med dette skal sykepleiere etter endt utdanning tilegne seg nødvendig kunnskap og helhetsforståelse for den enkelte pasient. Sykepleierutdanningen skal være i samsvar med nasjonale og internasjonale helse- og utdanningspolitiske føringer som norske lover, forskrifter og politiske beslutninger samt internasjonale deklarasjoner, standarder og politiske føringer om helsepolitikk og menneskerettigheter. (Kunnskapsdepartementet, 2008).

3.2.2 Organisatorisk kompetanse

Orvik (2004) deler sykepleiekompetansen i to deler; klinisk og organisatorisk. Han hevder at den organisatoriske kompetansen fremmer faglig forsvarlighet og styrker sykepleierens rolle som en del av organisasjonskonteksten. Den bidrar til at sykepleiere tilegner seg kritisk blikk i forhold til økonomi og makt, være en talsperson for pasienter og å sette grenser for seg selv, og ha reflektert holdning i forhold til knappe ressurser i helsevesenet. Han sier også at organisatorisk kompetanse er todelt. Den består av organisasjonskompetanse og organiseringskompetanse.

Organisasjonskompetanse hos sykepleiere handler om å forstå hvordan helsevesenet som organisasjon fungerer, forståelse for egen rolle i den, og kunne handle organisatorisk (Orvik, 2004). Organisasjonskompetanse kan, ifølge Orvik (2004), være en form for kritisk kompetanse i forhold til rollen som pasientens talsmann i møte med effektivitetskrav og tidspress.

Organiseringskompetanse handler om sykepleierens ekspertise til organisering og ledelse av eget og andres arbeid. Sykepleiere som er dyktige og innehar stor grad av organiseringskompetanse kan fordele arbeidsoppgaver, fungere som arbeidsleder, beholde overblikk og oversikt, og kan koordinere tiltak og tjenester. Organisatorisk kompetanse fremmer godt samarbeid mellom sykepleiere i organisasjonen og andre yrkesgrupper, og gir

sykepleiere nødvendig autoritet (Orvik, 2004). Han sier videre at kompetanse er noe kollektivt og er dermed forankret i arbeids felleskap og forutsetter samarbeid. Med utgangspunkt i krav og endringer implementering av samhandlingsreformen har medført, kan organisatorisk kompetanse hos sykepleiere anses som en vesentlig faktor for helhetlig pasientrettet omsorg.

3.2.3 Kompetansens relevans for kvalitet i en kommunal kontekst

Kompetansens betydning i kommunehelsetjenesten har ofte blitt diskutert av to hovedgrunner (Haukelien et al., 2009). Moderne organisasjoner (som for eksempel sykehjem og andre instanser i kommunehelsetjenesten) er tvunget til å øke kompetansen grunnet kunnskapsintensive produksjonsprosesser; det vil si at fagpersoner som yter helsetjenester må stadig øke og vedlikeholde sin kompetanse. Det andre spørsmålet handler om hvordan en organisasjon bruker og utnytter kompetanse.

Kompetanse kan ifølge Haukelien et al. (2009) forstås som generell verdi, som kan gi økt effektivitet, kvalitet eller motivasjon. Kompetansen kan derfor tolkes som en viktig nøkkel for å løse utfordringene og krav satt av samhandlingsreformen og kan gjennom effektivisering av ressurser føre til bedre utnyttelse av avdelingene ved sykehjem. Haukelien et al. (2009) gjør oppmerksom på at det å sikre privatisert kompetanse gjennom å øke kunnskap og ferdigheter er mindre utfordrende enn å spre kompetanse i en organisasjon, fordi kompetanse krever økonomiske ressurser, og fordi kvalitet på tjenesten anerkjennes bare mellom pasientene selv. Lai (2004) kaller dette for mobilisering av kompetanse og forklarer at det er et viktig tiltak for å sikre og forbedre anvendelsen av tilgjengelig kompetanse i organisasjonen. Hun hevder videre at det er viktig å anvende og utbytte den kompetansen organisasjonen har gjennom sine medarbeidere, hvis ikke så har individuell kompetanse liten verdi. Hun problematiserer dette videre ved at mange virksomheter utnytter ikke tilgjengelig kompetanse som fører til at mange medarbeidere ikke får anvendt sin kompetanse og derfor mistrives. Dette støttes også av Haukelien et al., (2009) som sier at det ikke er selvsagt at ansatte med høy kompetanse trives i organisasjonen dersom den ikke legger til rette for anvendelse av ansattes kompetanse. I forbindelse med EVUK¹-prosjektet ble det funnet ut at programmet har skapt en vesentlig økning av individuell kompetanse, men har i svært liten grad påvirket kommunenes organisatoriske evne til å dra nytte av denne. De konkluderte med at dette skyldes en sterk

¹ EVUK – dette prosjektet omhandler analyse av gjennomføringen og konsekvensene av et etter- og videreutdanningsprogramhelsetjenesten gjennomført i fire kommuner i Hordaland. Leder for prosjektet var Halvard Vike. Prosjektet har bidratt til kompetanseheving av helse- og omsorgspersonell og kvalitet av tjenesten de yter men har også konkludert at utfordringen var å ta den økte kompetansen i bruk (Haukelien, et al., 2009).

undervurdering av utfordringen med å oversette individuell kompetanse til kollektiv kompetanse (Haukelien, 2009).

3.3 Læring blant sykepleiere i sykehjem

Ulike læringsformer og modeller er presentert i litteratur; enkelte forfattere var opptatt av kognitiv konstruktivisme og teoretisk kunnskap som en del av individuell læring mens andre anså læring fra et sosialkonstruktivistisk perspektiv. Læringsbegrepet fra et sosiokulturelt perspektiv er ikke knyttet til individers utvikling, men knyttet til utvikling og endring som skjer i felleskap eller organisasjoner. Denne oppgaven støtter antakelse at læring blant sykepleiere skjer gjennom deltakelse i sosial praksis men avviser ikke betydning av individuell læring.

Sosiokulturell synsvinkel på læring tar utgangspunkt i en konstruktivistisk antakelse; læring og kunnskap må sees relatert til kultur, språk og det øvrige fellesskapet et individ hører til. Det vil si at kunnskap blir konstruert gjennom samhandling og er knyttet til kontekst. Gjennom denne samhandlingen og den konteksten dette skjer i, blir derfor interaksjon og samarbeid sett på som helt avgjørende for læring (Dysthe, 2001). Lave & Wengers (1991) teori om situert læring fokuserer på relasjon mellom læring og de sosiale relasjonene læringen foregår i. Han hevder at mennesker lærer gjennom sosial deltakelse og at læringen er forutsatt av at mennesker må være aktive deltakere og å ha evne til å identifisere seg med felleskapene læring foregår (Lave & Wenger, 1991; Wenger, 2004). Det blir videre omtalt som en dynamisk prosess som forutsetter et samspill med et praksisfelt. Kunnskap er knyttet til praksisfellesskaper og ikke primært til det enkelte individ, og deltakere i fellesskapet får kunnskap gjennom ved å delta i handlinger i det sosiale fellesskapet. Ut fra det situerte læringsperspektiv, læring på arbeidsplassen finner sted i møtet mellom arbeidsplassens læringsmiljøer og medarbeidernes læringsforløp. Det er imidlertid hevdet at læringsmiljøene utgjør kun rammen for læring. Det er i samspillet mellom den enkelte medarbeider og læringsmiljøet at læringen inntreffer (Illeris, 2004). Wengers (2004) sosiale læringsteori forneker ikke kognitiv kunnskap og heller ikke formell kompetanse. Den oppmuntrer kunnskapsrike mennesker til å dele egen kunnskap med andre for slik å skape ny kunnskap i et sosialt fellesskap. Salomon & Perkins (1996) definerer relasjon mellom sosial og individuell læring slik «*Individuelle og sosiale aspekt av læring kan interagere og danne gjensidig forsterkende spiralformet sambånd*» (sitert i Dysthe, 2001). Dette kan underbygges med Illeris (2004) sitt syn på læring. Han hevder imidlertid at læring hverken er kun en

individuell eller sosial prosess, men begge deler på en gang. ” Gjennom det sosiale samspillet mellom individet og dets omgivelser mottar individet påvirkninger eller impulser som det kan ta til seg gjennom indrepsykiske bearbeidelses- og tilegnelsesprosesser” (Illeris 2004,s.50).

Illeris (2004) hevder videre at læring for det første foregår i en samspillsituasjon fordi læringen er situert i en bestemt sammenheng, og for det andre så foregår læringen i det enkelte individ. Han anser læring som både individuell og sosial prosess. Læring i arbeidslivet finner sted i en aktiv relasjon mellom medarbeidernes *læringsforløp, sosialt læringsmiljø og virksomheten som teknisk- organisatorisk system* (Illeris, 2004). Generelle forutsetninger for læring sier noe om en arbeidsplass ikke har læring som sitt primære formål, men er samtidig en arena for viktige og omfattende læringsprosesser som både er allmenn og arbeidsrelatert. Læring på arbeidsplassen er ofte uformell og utilsiktet. Han snakker videre om at læring av høy kvalitet, både for den som lærer og anvendelsen av kunnskap utenfor og på arbeidsplassen, ofte henger sammen med at læringen må oppleves som veldig relevant og meningsfullt. Det kan tolkes slik at flere læringsmuligheter for sykepleiere bidrar til at de føler seg mer respektert og integrert i arbeidsmiljøet.

3.4 Om sykehjem

Helse og omsorgsdepartementet definerer i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2001) at kommunens helse- og omsorgstjeneste inkluderer offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune. Loven fastslår kommunens ansvar «*Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne*». Omsorgstjenester ytes til 271 743 brukere, der 41 310 mottar tjenesten i institusjoner. Antall eldre er stadig stigende og det anslås at det vil være nærmere 1,1 million eldre i 2045 (Statistisk sentral byrå, 2014). Kommunen skal gjennom kommunehelsetjenesteloven sikre at innbyggerne har tilgang til nødvendige helsetjenester, det vil si sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Det innebærer personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; St.meld. nr. 47, 2008-2009). Det finnes flere forskjellige boformer i sykehjem: langtids, korttids, rullerende og avlastningsopphold. Et langtidsopphold i sykehjem er et permanent opphold som er egnet for personer som trenger heldøgns omsorg

og pleie. Det er ulike typer korttidsopphold, som for eksempel avlastning, utredning eller rehabilitering. Hensikten med pasienters opphold på korttidsavdelingen er at det skal være en tidsbegrenset periode, og at pasientene skal tilbake til eget hjem hvis det var mulig. Kriteriet for å få innvilget et langtidsopphold på et sykehjem for personer med demens, har vært at de allerede har fått diagnostisert en demenssykdom. Sykehjemstjenesten har etter Forskrift for sykehjem (1988) krav om å sikre at det er tilstrekkelig helsepersonell og sykepleiere for at nødvendig omsorgshjelp kan utføres. I tilknytning til alle typer opphold på sykehjem skal det være organisert legetjeneste. Tilsynslege har ansvaret for den medisinske behandling fysioterapitjeneste og sykepleiertjeneste i samarbeid med andre deler av den kommunale helse- og sosialtjeneste. Dette forutsetter godt samarbeid og optimal samhandling. Sykepleiere skal ha ansvar for sykepleien til pasienter². Respondentene hadde sterke meninger om hva nødvendig antall personell er i praksis.

3.5 Oppsummering av presenterte begreper

Med utgangspunkt i studiens tema har jeg presentert begrepene kunnskap, kompetanse og læring som jeg anser som viktig for å belyse studiens problemstilling. Kompetanse inneholder ulike aspektene av kunnskap og til sammen representerer kvalifikasjoner som er nødvendige for å ivareta bestemte sykepleieroppgaver. Videre har jeg presentert mitt syn på læring som både individuell og sosial prosess. Jeg har også hentet fram forskning som omhandler kompetanserelaterte erfaringer og utfordringer i sykehjem både før og etter implementering av samhandlingsreformen. Disse begrepene vil bli benyttet i presentasjon av resultatene, og sammen med tidligere forskning og resultater bli satt opp mot hverandre i diskusjonsdelen. I neste kapitlet vil jeg presentere og begrunne valg for metodisk tilnærming i denne studien.

4 METODE

Metode stammer av det greske ordet «methodos» og betyr å følge en spesifikk vei til et mål. Fra et samfunnsvitenskapelig perspektiv handler metode om hvilken vei som er den mest hensiktsmessige å gå for å kunne nå studiens mål (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010; Kvale & Brinkmann, 2009).

4.1 Kvalitativ metode

Studien har en kvalitativ design med eksplorativ tilnærming. Kvalitative metoder kjennetegnes av at de er fleksible og er i stand til å tilpasse seg ny informasjon i løpet av datainnsamling. Den gir forskeren mulighet til å gå eksplorativt ut og skape rike data (Malterud, 2011; Thagaard, 2010). Kvalitativ forskning blir også ofte brukt innenfor tema som er lite undersøkt og der man ønsker å oppnå økt forståelse for meningsinnholdet som er knyttet til fenomener (Polit & Beck, 2012). Innenfor kvalitativ metode er forskningsdesignet fleksibelt og kan endres underveis. I kvalitative undersøkelser vil forskeren aktivt delta under hele forskningsprosessen (Kvale & Brinkmann, 2009; Polit & Beck, 2012).

Et av formålene med kvalitativ forskning er å få økt forståelse av og innsikt i levde verden slik den erfarer av individet selv. Det var tilstrebet å utforske meningsinnholdet i sosiale og kulturelle fenomener, slik det oppleves for respondenter i studien innenfor sin naturlige sammenheng. (Johannessen et al. 2010; Malterud, 2011; Polit & Beck, 2012). For å få frem sykepleiernes erfaringer fra dagens praksis i arbeidet med sykehjemspasienter etter innføring av samhandlingsreformen, var derfor anvendelse av kvalitativ metode en naturlig og hensiktsmessig tilnærming.

4.2 Fokusgrupper som datainnsamlingsmetode

Fokusgruppeintervju ble valgt som datainnsamlingsmetode i denne studien. Halkier (2010) bruker Morgan sin definisjon av fokusgrupper blir ofte brukt i dag og han definerer fokusgrupper som forskningsteknikk som samler inn data gjennom interaksjon mellom respondenter³ der tema er bestemt av forskeren (Morgan i Halkier, 2010, s 10). Fokusgrupper kjennetegnes av tre karakteristiske kjennetegn: fokusgrupper utvikler kvalitative data,

³Respondenter som ble referert til i denne oppgave er personer som har erfart det som undersøker og har direkte kjennskap til et tema (Jacobsen, 2010).

homogeniteten er bestemt ut fra hensikten med studien og at diskusjon er fokusert rundt et forutbestemt tema (Rasika, 2012).

Studiens tema og problemstilling omhandler sykepleiernes erfaringer med samhandlingsreformen og hvilke kunnskapsmessige utfordringer de står overfor i hverdagen. Fokusgruppe som metode for innsamling av data ble gjennomført for å få diskusjon og ulike synspunkt blant sykepleiere i samme avdelingen på spørsmål som fremstilles i intervjuguiden (vedlegg 4). Ved å samle sykepleiere til fokusgrupper var det ønskelig å få fram en diskusjon mellom dem omkring deres forståelse av kompetanse, og på den måten få frem verdifulle data enn hva som hadde vært tilfelle ved bruk av individuelle eller gruppeintervjuer. Intensjon er ikke å komme til entydige svar eller finne løsninger på spørsmål (Rasika, 2012; Kvale & Brinkmann, 2009), men forstå hvordan sykepleiere opplever sin kompetanse ved utøvelse av sykepleie i en reformtid. Halkier (2010) og Rasika (2012) hevder at fokusgrupper er noe annerledes enn andre gruppeintervjuer, som har som hensikt å fastslå konsensus mellom deltakere. Halkier (2010) trekker fram at gruppeintervjuer preges av spørsmål og svar mellom intervjuer og deltakere, mens fokusgrupper er preget av samspill mellom deltakere. I fokusgruppeintervjuer er intervjueren kalt moderator. Moderator har fellestrekk med intervjueren i andre former for intervjuer. Konkret vil det bety at uansett om vi snakker om intervjueren eller moderator må begge være innstilt på å lytte og at det alltid er deltakere som snakker mer enn den som intervjuer. Den som intervjuer skal bidra med å skape god kommunikasjon og rom til at intervjupersonene kan uttrykke sine egne erfaringer og synspunkter (Halkier, 2010).

Halkier (2010) fremhever to særegne hovedoppgaver en moderator har: sørge for en flytende samtale og håndtere dynamikken blant deltakere. Det er grunn til at moderator i fokusgrupper også kalles fasilitator eller den som skaper det sosiale samspillet uten å kontrollere det. Halkier (2010) løfter fram at deltakere må få lov å oppføre seg som de pleier og snakke med hverandre under intervjuet. Manglende dialog og unaturlig oppførsel mellom deltakere ville resultere i at man mister den viktigste delen i fokusgruppeintervjuer som er samspill mellom deltakerne.

Antallet i hver fokusgruppe kan variere og er diskutert av flere forfattere og er ulikt i litteraturen. Halkier (2010) anbefaler mindre grupper ved utforskning av arbeidsforhold og

arbeidsturtiter og når forskeren ønsker en dypere bearbeidelse av data. Malterud (2011) og Polit & Beck (2012) foreslår grupper hvor antallet kan variere fra 6-12 deltakere.

I denne studien ble minigruppe anvendt som metode for innsamling av data (Johannesen et al., 2010). De åpner mulighet for bruk av minigrupper ved gruppesamtaler med personlig oppmøte og trekker frem flere fordeler ved bruk av disse gruppene. Fordelen med minigrupper er at det er lettere for respondenter å åpne seg i mindre enn større grupper, lettere å diskutere sensitive temaer og at det er lettere å ta ordet i en liten gruppe. Min erfaring er at fokusgruppene var lettere å fylle og gjorde rekrutteringen mye enklere samtidig som det var lettere for respondentene å uttrykke seg i en mindre gruppe. Malterud (2011) løfter fram at kvaliteten av de empiriske data ikke nødvendigvis økes hvis det er flere deltakere.

4.3 Utvalg og rekruttering av respondenter

Det ble gjennomført tre fokusgruppeintervjuer. Totalt har elleve sykepleiere deltatt i studien. Det er ved denne tilnærming relevant å ha et strategisk utvalg, der forskeren prioriterer informasjonssterke deltakere for å belyse problemstillingen (Malterud, 2011). For å få en bredde i erfaringene var det ønskelig å ha med sykepleiere som var nyutdannet og sykepleierne som hadde lang erfaring i utvalget. Avdelingsledere ble ikke tatt med i undersøkelsen fordi jeg ønsket å unngå generering av makt. Mitt utgangspunkt for dette valget var at ledere kan ha en mer dominerende rolle og ha fokus på andre problemstillinger enn sykepleiere ved avdelingene som kanskje ikke kommer til uttrykk fordi lederen er til stede.

Halkier (2010) påpeker at antall fokusgrupper er direkte proporsjonal med antall sosiale kriterier i studien og at forskeren skal passe seg for å stoppe alt for tidlig, men også å ikke danne for mange fokusgrupper. For å kunne samle mest mulig ulik data, ble det bestemt å gjennomføre minst tre fokusgrupper. Avdelinger som ble inkludert var avdeling for langtidsopphold, korttidsopphold og avdeling for demens sykdom ved et sykehjem. Etter det siste intervju ble det vurdert slik at metningspunktet ble nådd selv om intervjuene preges av nyanser og forskjeller (Speziale & Carpenter, 2007, Kvale & Brinkmann, 2009).

Rekruttering av respondentene foregikk ved at ledere ved ulike sykehjemsavdelinger ble kontaktet per telefon og ble fortalt om prosjektet. Deretter ble det avtalt at ytterligere informasjon og samtykkeerklæring (vedlegg 2 og 3) oversendes skriftlig og distribueres til de aktuelle sykepleierne. Det er i midlertid vanskelig å si om absolutt alle sykepleierne fikk

informasjon og tilbud om å delta i prosjektet. Tid og dato ble det enighet om per e-post og møterom ble reservert av lederen. Stedet for intervjuet var respondentens arbeidsplass eller også omtalt som emnerelevantsted i litteraturen. Fordeler ved å bruke emnerelevantsted er at stedet fordrer respondentene til å snakke om emnet og at respondentene vil føle seg komfortable fordi de er i kjente omgivelser (Halkier, 2010). Min erfaring var at respondentene opplevde det som positivt at intervjuene skulle finne sted på arbeidsplassen og har derfor lettere takket ja til å være med i studien.

4.4 Refleksivitet

Uavhengig av hvilken metode en forsker velger å bruke, vil forskeren påvirke forskningsprosessen og resultatet. Det viktigste under forskning er at de empiriske dataene reflekterer deltakerens meninger og synspunkter og at forskerens person ikke er alt for tydelig til stede i materialet, for slik blir kunnskapens gyldighet og pålitelighet betydelig innsnevret (Malterud, 2011).

Min personlig bakgrunn som kvinne i 30-årene og som sykepleier med lang erfaring fra eldreomsorg har naturligvis påvirket forskningsprosessen. Jeg har selv erfart endringene etter at samhandlingsreformen ble innført i 2012. Store organisatoriske endringene har ført til hektisk hverdag, samhandlings vansker mellom sykehjem og sykehus, og frustrasjon hos både ansatte og pasienter. Samhandlingsreformen hadde stor virkning på forventninger fra pasienter og kravet til sykepleiekompetanse ble større. Min faglige bakgrunn som sykepleier som har jobbet i sykehjem var av stor betydning for de spørsmålene jeg stilte og de svarene jeg fikk.

Valget om å gjennomføre dette prosjektet i kommunen jeg jobbet i, har tatt utgangspunkt i et ønske om å dra nytte av den forforståelsen og kjennskap jeg hadde til kommunens organisering før og etter samhandlingsreformen. Dette gjorde at jeg enklere fikk rekruttert respondenter til studien, selv om jeg valgte å utføre undersøkelsen på andre arbeidsplasser i kommunen enn min egen. Situasjonen har på den måten vært mindre utfordrende med henblikk på nødvendigheten av å være mest mulig objektiv og nøytral i forskningen. Det krevde imidlertid stor grad av refleksivitet eller evner å se betydningen av sin egen rolle i interaksjon med respondentene og hvordan forforståelsen kunne ha påvirket de empiriske dataene.

Fare for mangel på akademisk distanse kan føre til etiske utfordringer, da forskeren er nær praksisfeltet og kultur. Dette kan føre til at personlige interesser påvirker intervjuene, spesielt hvis respondentene er kollegaer (Johannesen et al., 2010). Min erfaring er at det var god forståelse mellom respondentene og meg og at respondentene hadde tillitt til meg som forsker. Utfordringen var også å nullstille seg i forhold til min forforståelse og se alle aspekter og ny kunnskap i intervjuet. Til tross for disse vanskeligheter, valgte jeg å gjennomføre prosjektet, da jeg så flere fordeler som at min forforståelse gjør det lettere å stille riktige spørsmål, velge aktuell problemstilling og lettere fortolke datamaterialet.

4.5 Gjennomføring av fokusgruppeintervjuer

Med bakgrunn i grundig teorigjennomgang, forskning, min forforståelse, erfaring og tilegnet kunnskap ble det utformet intervjuguide (vedlegg 4) som ble brukt i denne studien. Det ble inkludert flere relevante spørsmål jeg har ønsket belyst i intervjuguiden. Da dette er en eksplorativ studie, falt valget på en modell som starter med åpne spørsmål men avslutter med mer konkrete. Intervjuguiden inneholder bakgrunns spørsmål som hadde som hensikt å finne mer ut av hvem respondentene var, deres erfaring, utdanning og kompetanse. Dette blir også omtalt som fakta spørsmål i litteratur og er spørsmål som er lett å besvare (Johannesen et al., 2010). Det fortsettes med overgangsspørsmål som en del av innledning og brukes som introduksjon til hovedspørsmål og tema. Intervjuguiden hadde tre hovedspørsmål som omhandler temaer rundt samhandlingsreformen og dens krav og ansvarsområder, sykepleiernes erfaringer av kompetanse og faglige utfordringer, samarbeid og samhandling.

Det anbefales ikke å gjennomføre fokusgruppeintervjuer alene, men at forskeren har med seg en medhjelper som skal være tilstede under intervjuene (Halkier, 2010). På grunn av anbefalinger fra litteratur men også fordi jeg var ny som forsker, valgte jeg å ha med meg en assistent. Min assistent var en medstudent som også skriver sin masteroppgave med fokus på kompetanse og var til stede ved de fleste av mine fremlegg på skolen. Hun var godt kjent med både problemstillingen og med innholdet i intervjuguiden. Dette synes jeg var en fordel og har bidratt til at assistenten var godt forberedt i forkant av intervjuene.

Det var ønskelig å holde en pilotundersøkelse på min egen arbeidsplass for å prøve ut intervjuguiden. Hensikten var å få tilbakemelding på spørsmålenes form og innhold, og hvor tydelige spørsmålene var. Pilotundersøkelsen har også gitt en indikasjon på hva slags

resultater hovedundersøkelsen kunne gi. Respondentene i pilotundersøkelsen var fire av mine kollegaer. Det kom frem at jeg som moderator snakket veldig fort, slik at det ble vanskelig for respondentene å skjønne hva jeg hadde spurt om. Raskheten var noe jeg var oppmerksom på i hoved intervjuene. Da jeg fikk tilbakemelding på at et av spørsmålene var for langt, ble det delt opp i etterkant av piloten. Jeg har kommet frem at det var utfordrende å avbryte en dominant respondent. Jeg har diskutert med min veileder hvordan jeg kan håndtere hvis en slik situasjon skulle skje igjen. Pilotintervjuet ga også mulighet å prøve ut lydbåndopptaker, og det ble satt på før selve intervjuet har startet. På den måten har jeg unngått for mye oppmerksomhet rundt det å bli tatt opp på lydbånd. Den har for øvrig fungert bra. Jeg har tatt hensyn til bakgrunnsstøy og har bedt pilot-respondentene å snakke tydelig og en om gangen. Pilot-respondentene snakket mye om at kompetansekravet har blitt mye høyere etter at samhandlingsreformen trådte i kraft. De poengterte at det forventes mer av sykepleiere i form av økende krav til kompetanse innen medisinsk behandling, mer kunnskap innen palliativ omsorg men at de også fikk flere arbeidsoppgaver. De fremhevet viktigheten av å holde seg oppdatert men at manglende muligheter for nødvendig kursing hindret dette. De har trukket frem at bedre legetilgang betyr trygghet i arbeidshverdagen og at de syns det er veldig positivt å ha lege på huset mange ganger i uka. De fremhever at også legen selv måtte oppdatere seg fortløpende. Den negative med dagens praksis er at det er ikke er nok folk på jobb og at det ikke leies inn ekstra personell ved sykdom.

Pilot fokusgruppe	Respondenter	Erfaring som sykepleier (år)	Videreutdanning
Pilot-fokusgruppe med kollegaer	Sykepleier 1	>10	Tar videreutdanning i ledelse
	Sykepleier 2	>10	Diabetes
	Sykepleier 3	<10	Nei
	Sykepleier 4	<10	Nei

Tabell 1. Oversikt over respondenter i pilot-fokusgruppen.

Det var planlagt å gjennomføre hoved intervjuene rett etter piloten var ferdig, men på grunn av rekrutteringsvansker i sykehjemstjenesten ble første fokusgruppeintervjuet avtalt nesten to måneder senere. Intervjuet fant sted ved en avdeling som omfattet tjuseks pasientplasser til

sammen, hvor syv er korttidsplasser og to pasientplasser med rullerende opphold og fjorten langtidsenger. I oppgaven er denne avdelingen omtalt som avdeling for langtidsopphold. Tidligere har avdelingen vært avdeling for langtidsopphold. På daværende tidspunkt var avdelingen en slags «samlingspost» som ble formet som konsekvens av samhandlingsreformen. Det er stort sett tre sykepleiere på jobb med forbehold om sykdom. De har sine faste legevisitt dager, en lege for langtidspasienter og en for korttidspasienter. Legene var ellers tilgjengelige per telefon i ukedagene. Det første fokusgruppeintervjuet ble gjennomført i begynnelsen av april 2014 og respondentene i fokusgruppen var mellom 20 og 50 år. To av tre respondenter hadde en lang erfaring, og har jobbet i store stillinger. En hadde videreutdanning i palliativ behandling, en sykepleier tar videreutdanning i lungesykepleie og en var nyutdannet.

Fokusgruppe	Respondent	Erfaring som sykepleier (år)	Videreutdanning
Fokusgruppe 1	Sykepleier1	>10	Ja, palliativ behandling
	Sykepleier 2	<10	Tar videre utdanning i lungesykepleie
	Sykepleier 3	>10	Nei

Tabell 2. Oversikt over respondenter i fokusgruppe nr. 1.

Grunnet travel hverdag i sykehjem, tok det en måned før jeg klarte å avtale det andre fokusgruppeintervjuet. Intervjuet tok sted ved en avdeling for rehabilitering, utredning og forebygging som omfatter korttidsavdeling med femten plasser og rehabiliteringsavdeling med ni plasser med målrettet og tidsavgrenset opphold. Det ble avtalt intervju med fire respondenter men en respondent var syk på selve intervjudagen. Alle sykepleiere hadde lang erfaring, men bare en hadde videreutdanning. To av tre sykepleiere hadde utvidet ansvar på avdelingen.

Fokusgruppe	Respondent	Erfaring som sykepleier (år)	Videreutdanning
Fokusgruppe 2	Sykepleier1	>10	Nei
	Sykepleier 2	>10	Ja, ortopedi
	Sykepleier 3	>10	Nei

Tabell 3. Oversikt over respondenter i fokusgruppe nr. 2.

Den siste fokusgruppe bestod av fem sykepleiere ved to avdelinger for langtidsopphold for personer med demens sykdom. Sykepleiere hadde ulik bakgrunn og ansiennitet. En sykepleier hadde utvidet ansvar i avdelingen som koordinerende sykepleier. Fire av fem respondenter hadde ansiennitet under ti år. Respondentene ble intervjuet i vaktskiftet som har bidratt til at fokusgruppen hadde så mange respondenter denne gangen. Hver avdeling har to bogrupper med ni pasienter som utgjør til sammen trettiseks pasienter.

Fokusgruppe	Respondent	Erfaring som sykepleier (år)	Videreutdanning
Fokusgruppe 3	Sykepleier1	<10	Nei
	Sykepleier 2	<10	Tar mastergrad i helse og sosialfaglig arbeid med eldre
	Sykepleier 3	>10	Nei
	Sykepleier 4	<10	Nei
	Sykepleier 5	<10	Nei

Tabell 4. Oversikt over respondenter i fokusgruppe nr 3.

Respondentene i alle tre gruppene hadde 70 års erfaring til sammen. Mange sykepleiere har enten jobbet som pleieassistenter eller hjelpepleiere før de fikk autorisasjon som sykepleiere. Respondentene ble informert om studiens problemstilling, deres rolle som deltakere og at deltakelse i studien var frivillig. Det ble fremhevet at de kunne trekke seg når som helst, også i etterkant av intervjuet. Jeg gikk på forhånd gjennom temaene som ble tatt opp under intervjuet. Det ble forklart at jeg skulle ha en tilbaketrukket rolle, og ville at de skal diskutere temaer seg imellom. Respondentene var aktive i diskusjoner, og det var tydelig at de hadde mye å si om det aktuelle tema. Når diskusjoner tok retninger ut over det som var tema eller om jeg var usikker om jeg forstod det riktig, ble oppfølgings spørsmål som for eksempel «forstod jeg det riktig at ...» brukt. Det var ønskelig å få svar på de fleste hovedspørsmålene i intervjuguiden men også finne rom for nye temaer under intervjuet. Det ble benyttet samme intervjuguide i alle tre fokusgruppene (vedlegg 4).

Selv om det var presisert i informasjonsbrevet at det var ønskelig med sykepleiere som er i daglig kontakt med pasienter og at der er grunnen at jeg ikke ville ha ledere med, ønsket lederne ved to avdelinger å delta. Hva som er grunnen til det fremstår uklart, men mitt inntrykk er at lederne leste infoskrivet overfladisk og kanskje hadde lyst til at jeg skulle få flere respondenter i fokusgruppene. Lederne ble avvist med hensyn til konfidensialitet. Det kan tenkes at lederens tilstedeværelse i fokusgruppeintervjuene ville det ha skjedd et brudd på tillitt til meg som forsker og at det ville i stor grad påvirke dynamikken i gruppene. Respondentene ville i stor grad være lojale mot sin arbeidsgiver og det ville ha store konsekvenser for svar og informasjon respondentene kom med under fokusgruppeintervjuene. På den måten hadde prosjektets reliabilitet blitt påvirket i negativ retning.

Assistent som hadde fått ansvar for at samtykkeskjema ble underskrevet samtidig som vedkommende også skulle observere og notere under intervjuet. Jeg hadde avtalt med min assistent å observere dynamikken innad gruppa og kroppsspråk. Hun fikk også en kopi av intervjuguiden og skulle komme med oppfølgingsspørsmål i tilfelle jeg hadde glemt noe. Min assistent presenterte seg selv og sin rolle som mer tilbaketrukket observatør, og hun forklarte hvorfor hun ville gjøre notater underveis. Etter hvert fokusgruppeintervju hadde min assistent og jeg umiddelbart en samtale hvor vi gikk gjennom og reflekterte over hvordan vi erfarte gjennomføringen av intervjuet.

4.6 Transkribering

Transkribering innebærer renskrivning av intervjuer der forsker gjør om muntlig tale til skriftlig tekst. Formål med transkriberingen er derfor å gjengi samtalen slik at det så nøyaktig som mulig gjengir det respondentene har sagt. Transkribering har som hensikt å klargjøre datamaterialet for analyse. Det er anbefalt i litteratur at forskeren transkriberer audio-materialet selv da dette vil styrke validiteten av analysematerialet (Malterud, 2011). «*Teksten er imidlertid bare en tekst, og ikke virkeligheten selv.*» Malterud (2011). I denne sammenheng betyr det at når formen skiftes som fra tale til tekst vil teksten representere noe annet enn virkeligheten intervjuene har foregått i. Dette vil skje selv om talen bli gjengitt ord for ord. Transkriberingen ble derfor utført etter Malterud (2011) og Kvale & Brinkmann (2009) sin anbefaling om å transkribere ordrett og inkluderte pauser, dialekt, latter og tonefall, for å beholde nærheten til det sykepleierne fortalte.

For at teksten skal være på best mulig måte lojal mot det opprinnelige materialet, slik respondentens erfaringer ble formidlet i fokusgruppeintervjuet valgte jeg å transkribere materialet selv. Å transkribere materialet selv har bidratt til å gjenoppleve erfaringer som ble gjort under intervjuet. I det første intervjuet skrev jeg inn alle «mmmm» og «ja» som kom spontant fra respondenter. Det valgte jeg å utelate i transkribering av to andre intervjuer, for å eliminere overflødig tekst som ikke har noe betydning for innholdet i teksten. Tegn som (.....) er brukt ved små pauser. Intervjuene ble gjennomlyttet som helhet flere ganger og ble transkribert fortløpende etter intervjuene.

4.7 Analyse

Det som skiller den vitenskapelige tilnærming fra overfladisk synsing er en veldokumentert og transparent analyse (Malterud, 2011). Hermeneutisk tilnærming var hensiktsmessig valg å bruke i tekstanalysen. Den har som formål å lage en forbindelse mellom rådata og resultater ved å skifte mellom å analysere deler og se deler i en større helhet (Jacobsen, 2010; Malterud 2011; Kvale & Brinkmann, 2009). Med utgangspunkt i en overfladisk forståelse av en intervjuetekst som helhet, tolkes delene og gir en ny forståelse av helheten. Analysestrategi i studien ble inspirert av Malterud (2011) sin analysemetode som hun kaller systematisk tekstkondensering. Den er spesielt godt egnet for å undersøke respondentens «*erfaringer og livsverden innenfor et bestemt felt*» (s. 97). Analysen av materialet var et omfattende og utfordrende arbeid og for at resultatene kunne deles var det viktig å ha klare retningslinjer å forholde meg til da dette er mitt første forskningsprosjekt, men også beholde muligheten å gi analyseprosessen et personlig preg. Nedenfor vil det bli gitt en oversikt over analysens forskjellige trinn og de refleksjoner og valg som ble foretatt underveis som har ført til resultater og konklusjoner.

4.7.1 Fra helhetsinntrykk til kategorier

Lydfilene har blitt gjennomlyttet og tekstmaterialet gjennomlest på nytt for å danne et helhetsbilde med forventning at den kunne gi svar på problemstillingen «*Hvordan erfarer sykepleiere i sykehjem sin kompetanse etter innføringen av samhandlingsreformen*». Jeg har jobbet aktivt med å legge min forforståelse og teoretisk referanseramme til side og å være åpen for den informasjonen respondentene meddelte. Under gjennomlesing av transkriberte fokusgruppeintervjuer, har fokuset vært mer på helheten enn detaljer. For å unngå at helhetsbildet ble oppstykket, har jeg lest transkripsjoner fra alle tre fokusgrupper.

Gjennomlesningen resulterte i noen foreløpige temaer som gikk igjen; sykepleiefaglige utfordringer, krav om relevant sykepleiekompetanse, fagutvikling og kompetanseheving, og samarbeid med andre institusjoner.

Neste trinn av innholdsanalysen er å identifisere meningsbærende enheter i tekstmaterialet (Malterud, 2011). Her ble tekstbiter i intervjumaterialet som inneholdt utsagn om foreløpige temaer fra trinn én, merket og gruppert etter foreløpige tema. I denne fasen ble teksten gjennomlest flere ganger og språket ble gjort mer leservennlig og etisk tilfredsstillende, med at navn eller andre ord som kan spores tilbake til respondentene ikke ble formidlet i oppgaveteksten.

Meningsbærende enheter ble sortert under foreløpige temaer fra første trinnet: sykepleiefaglige utfordringer, krav om relevant sykepleiekompetanse, fagutvikling og kompetanseheving, og samarbeid med andre institusjoner. Enkelte meningsbærende enheter var presise utsagn med veldig lite tekst, mens andre var lange historier. Mitt valg var å heller ta for mye tekst enn for lite for å ikke risikere tap av viktig innhold.

Koding ble gjennomført mer «fysisk og materielt». For å markere meningsbærende enheter startet jeg med å bruke seks forskjellige farger i Word, en farge for hvert tema og en farge for utsagn jeg ikke klarte å plassere under forhåndsbestemte temaer men som kunne relateres til studiens problemstilling. Alle de meningsbærende enhetene, deler av teksten som kunne si noe om problemstillingen eller knyttes til temaene, ble kopiert over i en tabell ved hjelp av «klipp og lim» i WORD for lettere oversikt. Konkret vil det bety å løfte ut deler av tekstmaterialet eller dekontekstualisere (Malterud, 2011) og se det sammen med andre elementer som samme meningsinnhold. Meningsbærende enheter ble lest om igjen og de som sa noe om det samme ble slått sammen mens noen ble delt opp da jeg så at meningsbærende enheten inneholdt mer enn det jeg først kunne se. Denne fasen var utfordrende og tidskrevende da jeg synes det var vanskelig å skille relevant tekstmateriale fra irrelevante deler i teksten. For å unngå at deler av teksten går tapt, ble prinsippet om rekontekstualisering brukt (Malterud, 2011).

Det er anbefalt at å gjennomgå hver meningsbærende enhet innenfor hver kodegruppe og omskrive det konkrete innholdet i meningsbærende enheten til abstrakt mening. Fordi datamaterialet var omfattende og slikt arbeid hadde vært tidskrevende, anbefaler Malterud (2011) å bruke kodegruppen som enhet. Mitt valg falt på å kondensere hver meningsbærende

enhet for seg selv slik at meningen i det respondentene fortalte ikke ble redusert. Under kondensering av meningsenhetene ble teksten sammenfattet eller gjort kortere, samtidig som det sentrale innholdet bevares. Meningsbærende enheter ble kodet med ord og begreper enten fra tekstmaterialet eller med ord som beskriver utsagnet. Kodene var et middel men ikke endelig produkt i innholdsanalysen.

Noen meningsbærende enheter fikk flere koder, mens andre meningsbærende enheter som hadde felles innhold ble slått sammen. I noen tilfeller fikk tekst ikke kode og falt bort, da teksten ikke ble vurdert som relevant for studiens problemstilling. Videre under kodingen fant jeg tekstdeler som sa noe om bemanning og organisatoriske hindringer. Da laget jeg et nytt foreløpig tema som jeg kalte «arbeidsforhold». I denne fasen har jeg laget en tabell som hadde som formål å sette beslektede koder sammen i en mer overordnet gruppe under foreløpige temaer.

Foreløpig tema: sykepleiefaglige utfordringer		
Meningsbærende enheter	Kondensering	Kode
Spesielt ved terminalpleie og omsorg ved livets slutt så syns jeg det har vært lite fokus på det. Og det burde vi har lært mye mer om. Det har vært så mange situasjoner hvor jeg følte at...man føler seg utrygg i jobben. Det er ikke en god følelse, nei. Jeg er også sikker på at pårørende også ser det og de trenger også å bli godt ivaretatt i en sånn situasjon. For vi har døende her også. Folk dør jo her hos oss også. Og de syns jeg bør være større fokus på. Der føler vi mangler litt.	Sykepleiere føler seg usikre grunnet mangel på grunnleggende kunnskap og kompetanse. De ønsker større fokus på palliativ behandling ved terminalpleie og omsorg ved livets slutt.	Mangler grunnleggende kompetanse ved livets slutt og terminal/lindrende behandling.

Tabell 5. Eksempel på meningsenheter, kondensering og kode

Neste steg i analysen var å samle kodegrupper i kategorier. Kategorier er flere koder som har et noe felles innhold. Det var tilstrebes at ingen koder faller mellom to kategorier eller passe inn i to eller flere kategorier. Det var i midlertid vanskelig å oppnå. Jeg valgte å lage noen subkategorier først, og så gå videre i det som jeg mente var kategorier.

Kode	Subkategori	Kategori
Mangler grunnleggende kompetanse ved livets slutt og terminal/lindrende behandling.	Krav om bredere sykepleierkompetanse i sykehjem	Endrede kompetansekrav og flere kunnskapsmessige utfordringer for sykepleiere i sykehjem

Tabell 6. Eksempel på kode, subkategori og kategori.

Kategori	Endrede kompetansekrav og flere kunnskapsmessige utfordringer for sykepleiere i sykehjem	Kunnskap og kompetanseutvikling blant sykepleiere i sykehjem	Sykepleiernes uforutsigbare hverdag
Subkategori	Krav om bredere sykepleierkompetanse i sykehjem	Behov for fagligoppdatering og kompetanseutvikling	Organisatoriske hindringer
	Formell og uformell kompetanse	Utvikler kompetanse gjennom kunnskapsutveksling	Brudd på samhandling og kommunikasjon

Tabell 7. Eksempel på endelige subkategorier og kategorier.

Analysens siste trinn var å rekontekstualisere materialet. I praksis betyr det å sammenfatte hver kategori og sammenhengen mellom dem til en analytisk tekst som fremstilles i presentasjon av funn som skal være lojal mot respondens utsagn. Det ble vurdert om resultatene fortsatt var forenelig med det opprinnelige tekstmaterialet ved å gå tilbake til meningsbærende enheter og se om beskrivelsene stemte med innholdet. Subkategorier, kategorier og tilhørende sammendrag ga grunnlaget for presentasjon av funn og passende sitater fra teksten som kunne tydeliggjøre innholdet i subkategoriene, ble brukt. Sitatene ble til slutt omgjort til analytisk tekst. Eksempel på analytisk tekst:

Terminalpleie og omsorg ved livets slutt var det spesielt lite fokus på. Og det burde vi ha lært mye mer om. Det har vært mange situasjoner der jeg følte meg usikker i jobben. Det har alltid vært fokus på demens, og det er bra for all del men vi trenger mer kunnskap om terminal pleie.

Under hele analyseprosessen ble det skrevet analyselogg. Den ble brukt som et redskap, ikke bare at forskningsprosessen kan bli gjennomiktig og etterprøvbar, men også for at man skal kunne se hvilken vei jeg har gått, grunner til valg jeg har tatt, hvordan temaer og koder ble utviklet og ha oversikt over endringer som ble gjort underveis. Analyselogg hjalp meg å strukturere arbeidet og en måte å få dokumentert mine avgjørelser. Fokusgruppeintervjuer ble foretatt på tre sykehjemsavdelinger med ulike spesialiteter. Det har virket inn på svarene jeg fikk av respondenter ut ifra hvilken avdeling de har jobbet på.

4.8 Studiens validitet og reliabilitet

Troverdighet i kvalitativ forskning omfatter hele studien og sier noe om i hvilken grad forskeren har frembrakt resultater som er pålitelige og gyldige (Kvale og Brinkmann, 2009). Å validere betyr å undersøke i hvilken grad en studie reflekterer spesifikk problemstilling som ønskes belyst med hensyn til utvelgelse, datainnsamlingsmetode, moderatorsrolle og bearbeidelse av dataene (Rasika, 2012; Halkier, 2010). Validiteten i en studie er ofte relatert til studiens relevans og innebærer blant annet at forskeren viser til grunnlaget for fortolkninger av data gjennom å redegjøre for hvordan analysen ble gjennomført og bidratt til resultater i studien (Thagaard, 2010; Malterud 2011).

Studiens formål var å undersøke og forstå hvilke krav til kunnskap og kompetanse sykepleiere står over for sett i lys av den store organisatoriske reformen i helsevesenet. Studien har kvalitativ tilnærming og målet er å få innsikt i sykepleiernes egne beskrivelser, utfordringer og eventuelt konsekvenser i den praksisen de utøver sykepleie i. Mitt utgangspunkt var at fokusgruppe som datainnsamlingsmetode var godt egnet for dette prosjektet på grunn av deres evne til å skape rike og konsentrerte data om et fenomen eller emne (Halkier, 2010).

Studiens validitet omhandler også hvorvidt studien kan forankres i eksisterende teorier og forskning (Thagaard, 2010). Det ble først redegjort for fenomener som ønskes belyst, som kompetanse og kunnskaps begrep og læring. Videre innebærer validitet en oversiktlig redegjørelse for hva som allerede finnes av kunnskap på feltet. Forskning jeg mente belyste problemstillingen ble presentert under tidligere forskning (s. 10). I arbeidet med gjennomgang av tidligere forskning har det vist seg at det finnes betydelig mengder artikler tilgjengelig som berører forhold ved sykehjem. Mitt valg av søkeord kan ha begrenset treff på relevante studier.

Fokusgruppeintervjuer var basert på en semistrukturert intervjuguide hvor teoretiske rammeverket, gjennomgang av forskningslitteratur og mine egne erfaringer lå til grunn for utforming av spørsmålene. Det var tilstrebet å presentere analysen på en transparent og strukturert måte. Jeg har redegjort for alle steg i analyseprosessen, og illustrert dette gjennom noen eksempler på hvordan koder og kategorier er fremkommet. Det ble gitt en oversikt over analysens forskjellige trinn og de refleksjoner og valg som ble foretatt underveis som har ført til resultater og konklusjoner. Jeg har diskutert med min veileder underveis av analyseprosessen for å få innspill i forhold til min tolkning av materiale.

Påliteligheten handler om en vurdering av hvordan data er fremkommet og utviklet i løpet av forskningsprosessen og hvor pålitelige resultatene er. Det innebærer blant annet refleksjon over konteksten for datainnsamlingen, og hvordan relasjonen til respondentene kan influere informasjonen som fremkommer (Thagaard, 2010). Den blir definert ut fra tillitt til sannheten i dataene og tolkningen av dem (Polit & Beck 2012).

Det ble foretatt et strategisk utvalg i denne studien. Det vil si å velge respondenter som var aktuelle for å gi svar på problemstillingen. Det var ønskelig å inkludere 3-4 fokusgrupper med 3-5 sykepleiere i hver gruppe. Etter det siste fokusgruppeintervjuet vurderte jeg at respondentene ga tilstrekkelig materialet for å kunne belyse problemstillingen.

I oppgaven ble moderator sin rolle beskrevet og det ble synliggjort for min forforståelse i metodekapittelet. Jeg hadde med en assistent under gjennomføringen av intervjuene. Det mener jeg har styrket studiens reliabilitet fordi assistenten bidro til innspill i forhold til videre oppklaring av respondentens uttalelser og gruppens dynamikk, og ble en viktig diskusjonspartner i etterkant av fokusgruppeintervjuene. Tidligere i oppgaven har jeg beskrevet mitt forhold til min egen arbeidserfaring og min egen forforståelse knyttet til problemstillingen. Siden jeg er sykepleier og skal intervjuer sykepleiere som jobber i kommunehelsetjenesten, kan det anses som forskning i eget felt (Malterud, 2011).

Sykepleiere som forsker i eget felt kan oppleve feltblindhet, det vil si at forskeren reflekterer mindre i prosessen, og tar en del ting for gitt i situasjoner der det burde vært analysert og reflektert mer om. Derimot, kan egen faglig bakgrunn anses som forutsetning for innsikt i

sykepleiernes beskrivelse av sin arbeidssituasjon. Jeg ser på dette som positiv blanding av det at respondenter har bidratt med sin praktiske kunnskap og erfaring og meg som forsker med teoretisk kunnskap og analyse av dataene som samles inn, sett i lys av min egen faglig bakgrunn.

4.9 Styrker og svakheter ved datainnsamlingsmetode

Det ble gjennomført tre fokusgruppeintervjuer, der første to fokusgrupper var med tre sykepleiere og den tredje var med fem sykepleiere. Imidlertid er personene strategisk utvalgt nettopp for at de ble vurdert godt egnet til å belyse problemstillingen. Selv om utvalget representerer en homogen gruppe, ble det tilstrebet å sikre variasjon i utvalget og på den måten styrke overførbarheten. Alle respondentene er sykepleiere som arbeider tett med sykehjempasienter men har forskjellig alder, med mange års erfaring og tilleggstudning. Det var observert at tredje fokusgruppeintervjuet har inneholdt bare gjenkjennbare beskrivelser og ble derfor vurdert at metningspunkt var nådd. Det kan alltid tenkes at en annen fokusgruppe i en annen kommune ville gitt forskjellige svar; enten på grunn av kommunens organisering eller selve organiseringen innad institusjon. Til tross for det ble vurdert at metningspunktet var nådd, kan det argumenteres med at utvalget var for lite og representerer studiens svakhet.

Bruk av pilot-intervjuer er anbefalt i litteratur (Malterud, 2011) og fra min egen erfaring veldig viktig for å kunne unngå nybegynner feil. Jeg har foretatt en pilot undersøkelse som resulterte i korrektur av både intervjuguiden og min rolle som moderator. Spørsmålene i hoved-intervjuene var derfor justert og lett å forstå. Pilot-intervjuer kan derfor anses som studiens styrke.

På grunn av flere fordeler, ble minigruppe anvendt som metode for innsamling av data. En kritikk mot dette valget er at få respondenter kan begrense hvor mye informasjon som kommer fram samtidig at det kan være vanskelig å få til en diskusjon (Johannsen et al., 2010). Mitt inntrykk er at diskusjon i alle tre fokusgruppeintervjuer forløp lett og at respondentene hadde tillit til meg. Bruk av minigrupper kan derfor anses som studiens styrke.

Kvalitativ metode har ikke som hensikt å generere fenomener men heller utforske meningsinnholdet i sosiale og kulturelle fenomener. Den aktuelle studien hevder heller ikke å

beskrive erfaringer til alle sykepleiere som arbeider i sykehjem og er ikke representativt for alle sykehjem i Norge. Det ble benyttet fokusgruppe som metode for innsamling av data. Flere av funnene knyttet til sykepleierens kompetanse i sykehjems samsvarer med empiri fra flere andre studier. Mange faglige utfordringer og manglende kompetanse innen flere faglige områder, er også beskrevet i forskningslitteraturen (Seymour et al., 2010; Steindal & Sørbye, 2010; Wannebo & Sagmo, 2013; Wille & Nyrønning, 2012). Det er derfor viktig å tolke funn med forsiktighet, da de er basert på sykepleiernes erfaringer fra et sykehjem ved tre ulike avdelinger.

4.10 Ethiske overveielser

Bruk av kvalitativ forskning forplikter forskeren til å ivareta konfidensialitet og klargjøre sin egen rolle i prosjektet. Det stilles også krav til forsvarlighet, som gjennom Helseforskningslovens § 1: *Lovens formål er å fremme god og etisk forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning.* The World Medical Association har utarbeidet Helsinkideklarasjonen (1964), som sammenfatter etiske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker.

Studien forutsatte behandling av personopplysninger og var dermed meldepliktig til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD). Personopplysninger er definert av NSD og innebærer opplysninger som direkte eller indirekte kan knyttes til en enkeltperson. En person vil være identifiserbart via navn, personnummer eller andre personlige kjennetegn. Personopplysninger i mitt prosjekt er elleve underskrevne samtykkeskjemaer, tre lydfiler og transkriberte intervjuer. Materialet ble oppbevart i henhold til krav fra NSD. Søknaden min til NSD ble sendt 17.oktober 2013. Personvernombudet har vurdert prosjektet og fant ut at behandlingen av personopplysninger var meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredstilte kravene i personopplysningsloven.

Deltagelse i forskningsprosjekter er basert på frivillighet og informert samtykke (Thagaard, 2010). Informert samtykke innebærer at respondenter har fått informasjon om frivillig deltakelse og forutsetter at de har forstått betydning av forskningen, hvordan den representeres og at de på ethvert tidspunkt kan trekke seg fra studiet og be om at data blir slettet. Innledningsvis ble dette tatt opp før hvert intervju for å sikre at respondentene hadde forstått hva de samtykket til.

Forskning bør gi kunnskaper som er fordelaktige for mennesker og minimalisere skadelige konsekvenser (Kvale & Brinkmann, 2009). Minimaliseringen av skadelige konsekvenser kan unngås ved at sensitive data behandles med varsomhet; prinsippet om å unngå å forårsake andre skade (Ruyter, Førde & Solbakk, 2007 og Forskningsetiske komiteer, 2009).

Intervjuene ble tatt opp med båndopptaker, og oppbevart i låsbart skap. Minnepenn som ble brukt til under hele prosessen var kode beskyttet. Ut i fra personvernet skal ikke uvedkommende ha tilgang til opplysningene. Konfidensialitet innen forskning innebærer også at forskeren må anonymisere data om respondentene når resultatet av undersøkelsen presenteres (Thagaard, 2010). Ved transkribering av intervjuene kodet jeg deltagerne med en kodenøkkel. Jeg valgte også å skrive om intervjuene til bokmål som en del av anonymiseringen i stedet for å skrive dialekt i publikasjoner. Det ble i transkribering av materialet ikke benyttet navn på kommunen eller sykehjemmene. Respondentene var også oppfordret til at navn på pasienter eller andre tredjepersoner ikke måtte komme frem i diskusjonene. Intervjuene vil ikke navngis eller ha andre identifiserbare kjennetegn. Intervjuene ble slettet og data anonymisert (Forskningsetiske komiteer, 2009).

5 PRESENTASJON AV FUNN

I dette kapittelet blir funnene fra intervjuene med de tre fokusgruppene presentert.

Overskriftene i denne delen av oppgaven beskriver funnene, som er organisert i tre kategorier som pekte seg ut under analyseprosessen: endrede kompetansekrav og flere kunnskapsmessige utfordringer for sykepleiere i sykehjem, kunnskap og kompetanseutvikling i sykehjem og sykepleiernes uforutsigbare hverdag.

Det ble gjennomført tre fokusgruppeintervjuer ved tre forskjellige avdelinger ved et kommunalt sykehjem. Avdelingene hadde forskjellige boform for heldøgns omsorg -og pleie. Første fokusgruppeintervju ble gjennomført ved avdeling for både langtidsopphold og korttidsopphold. Avdelingen hadde til sammen tjuseks pasientplasser; syv for korttidsopphold, to for rullerende opphold og atten for langtidsopphold. Den andre avdelingen hadde tjuefire plasser; femten for korttidsopphold og ni for rehabiliteringsopphold. Tredje fokusgruppeintervjuet ble gjennomført ved avdeling for langtidsopphold for personer med demenssykdom.

Under intervjuene var det tydelig at avdelingene var preget av samhandlingsreformens krav. Innledende i intervjuene ble respondentene spurt om å komme med egne beskrivelser av erfaringer etter samhandlingsreformens oppstart i 2012. Respondentene nevnte mange innkjøring problemer. Flere langtidsplasser ble gjort om til korttidsplasser slik at pasienter som ble vurdert som utskrivningsklare fra spesialisthelsetjenesten kan flyttes over til sykehjemmet. Sykepleiere erfarte mye høyere krav til deres kompetanse, større ansvar til flere pasientgrupper og stressfylt arbeidshverdag. De beskrev det slik:

Jeg merket et veldig på kroppen. Det er vel ingen som er i tvil om.

5.1 Endrede kompetansekrav og flere kunnskapsmessige utfordringer for sykepleiere i sykehjem etter innføring av samhandlingsreformen

Sykepleiere i alle de tre fokusgruppene var opptatt av å diskutere hvordan kompetansekravene har endret seg over tid; spesielt de siste årene etter innføringen av samhandlingsreformen. De snakket mye om at det var et økende antall utfordrende sykepleieroppgaver som har direkte påvirket kompetansebehov i avdelingen. De erfarte manglende kompetanse innen flere faglige områder. De ga uttrykk for manglende kompetanse blant sykepleiere i kommunene men også manglende kompetanse på et kommunalt nivå. Kategorien ble derfor delt i to sub-kategorier: krav om bredere sykepleierkompetanse og formell og uformell kompetanse i sykehjem.

5.1.1 Krav om bredere sykepleierkompetanse

Et av introduserende spørsmål i intervjuene var om erfaringer etter innføring av samhandlingsreformen. Respondentenes svar handlet mye om hvordan samhandlingsreformen har påvirket deres kompetanse samtidig hva de selv mener er nødvendig sykepleierkompetanse ved å utøve sykepleie til pasienter i dagens sykehjem. Alle var enige at hverdagen har blitt mer stressende og kompetansekrevede. Hverdagen ble beskrevet på følgende måte:

Vi merket det veldig på kroppen, det er vel ingen som er i tvil om. Kommuner har definitivt fått mer ansvar.

Flere kom med eksempler om innkjøringsproblemer. En annen sykepleier sa mer om problemene etter implementering av samhandlingsreformen i 2012:

Pasienter skrives ut tidligere fra sykehus og sendes til kommuner. Vi har hatt pasienter med kols, kreft, og pasienter med mer sjeldne diagnoser som ALS. I begynnelsen var det fullstendig bingo.

Sykepleierne konstaterte at innføringsproblemer hadde store konsekvenser for utøvelse av sykepleie:

Vi hadde mange ekstreme erfaringer i begynnelsen. Vi har opplevd at døende pasienter kommer til oss, men ingen eller dårlig epikrise. Det var tung å være på jobb de dagene.

Når respondentene har diskutert om kompetansekravene og endringer etter samhandlingsreformen over tid, var alle enige om at behov for høy kompetanse blant helsepersonell i arbeidet med sykehjemspasienter var nødvendig. De erfarte at pasientene var sykere når de ankommer avdelingen, og at det var flere prosedyrer sykepleiere må kunne nå enn før. Respondentene opplever ikke lenger at de jobber på sykehjem på grunn mange sammensatte oppgaver. En respondent ved avdeling med flest korttidspasienter sa det slik:

Det føler av og til som om vi jobber på intensiv avdeling eller noe sånt. Det er tydelig at avdelingen har fått mer sykehuspreg. Det er på en måte organisert kaos.

Når respondentene ble spurt om hvilke krav til kunnskap og kompetanse de står ovenfor påpekte en sykepleier at det var nødvendig med kunnskap om geriatri og at det er grunnleggende kompetanse ved utøvelse av sykepleiere til sykehjemspasienter. Sykepleieren sa det slik:

Man må kunne mye om geriatri. Det er tross alt mange eldre pasienter i avdelingen. Det er veldig bra at mange sykepleiere tar videreutdanning i andre områder, men mitt ønske er å kunne mer om geriatri.

Andre hadde en formening om at kunnskap innen andre fagområder var minst like viktig. Alle sykepleierne var enige at det har skjedd en stor endring i pasient gruppen. Før samhandlingsreformen hadde sykepleierne ansvar for eldre mennesker mens nå ble de pålagt til å utøve sykepleie til kronisk syke og yngre pasienter. Ti av elleve sykepleiere var enige i at de nå utøver sykepleie til pasienter med komplekse sykdomsbilder. Sykepleieren har ofte ansvar for yngre pasienter og pasienter med behov for avansert palliativ behandling. De kom

tilbake til tema om endring i pasientgruppen og påpekte at endringen har vært stor; fra å utøve sykepleie til eldre mennesker til å utøve sykepleie til flere ressurs –og kompetansekrevende pasienter. Sykepleiere som arbeider med korttids pasienter opplevde det slik:

Denne avdelingen har vært et lite avlastnings korttidsavdeling som hadde små søte gamle damer som kommer fra bondegårdene. Nå er pasientene mye mer ressurskrevende».

Sykepleierne nevnte at fokus i dag kan ikke være bare eldre pasienter. En av dem refererte til det på følgende måte:

Vi har pasienter med kols, kreft og andre mer sjeldne diagnoser som for eksempel ALS. Vi må heve blikket over de eldre for vi får jo faktisk andre typer pasienter!

Krav om kompetanse innen demensomsorg er blitt nødvendig ikke bare ved demens avdelingene, men også ved andre sykehjemsavdelinger. Avdeling for korttidsopphold har hatt flere tilfeller med at pasient med demenssykdom blir midlertidig plassert i avdelingen. Dette skjedde ikke så sjelden ved avdelinger som ikke var spesialisert innen demens. Grunnen til midlertidig plassering av pasientene var ifølge sykepleierne stor pågang i kommunen. Sykepleierne sa at utfordringene ved utøvelse av sykepleie til pasienter med demenssykdom ligger i kommunikasjon og riktige observasjoner. Sykepleierne ved somatiske avdelinger opplever at pasienter med fremtredende demens sykdom utfordrer deres kompetanse. De beskriver det slik: *Pasienter med demens skal ikke være oss hos. De er her midlertidig før de får fast plass. Det er alltid utfordrende med de som sier «jeg vil hjem». De prøver å komme seg ut hele tiden ... og klarer det og ikke kommer tilbake. De passer overhode ikke her men som overhode ikke passer på sykehus heller.*

Psykatri var et område mange sykepleiere følte ikke hadde tilstrekkelig kompetanse. De fortalte at de ikke hadde nok kompetanse til å ta seg av psykiatriske pasienter og det ofte er

psykiatriske pasienter som havner mellom «to stoler». De sier noe om at det ofte er vanskelig å vite hvem de skal henvende seg til, når kompetansen innad avdelingen ikke er tilstrekkelig eller er helt fraværende. De beskrev at det var utfordrende når pasienten hadde behov for psykiatrisk oppfølging i større grad enn somatisk. En av dem sa:

«Jeg synes det er utfordrende med blanding med psykiatri. Det er utfordrende når du har pasient på avdelingen som ikke passer noe sted, som alltid havner mellom alle stoler når vi ikke har kompetanse til å ta oss av psykisk syk pasient»

Respondentene opplevde frustrasjon når de ikke har en instans å henvende seg til.

Sykepleierne hevdet at kommunen ikke er forberedt til å ta imot psykiatrisk syke pasienter, slik den var pålagt. En av dem sa:

«Hvor skal vi henvende oss når sykehuset ikke stiller med hjelp, ikke DPS og ikke akutt psykiatri. Det tok lang tid, jeg tror et halvt år, før det kom en løsning».

Respondentene ved avdeling for demens sykdom sa noe om at terminalpleie⁴ og omsorg ved livets slutt har vært lite fokus på. Sykepleierne opplevde at de følte seg usikre på grunn av manglende kunnskap og utilstrekkelig kompetanse om palliativ behandling og avansert smertelindring. Sykepleierne ved alle de tre avdelingene sa at det handlet om å ha kunnskap om medikamenter og deres virkning.

Spesielt ved terminalpleie og omsorg ved livets slutt så synes jeg det har vært lite fokus på det. Og det burde vi har lært mye mer om. Det har vært mange situasjoner hvor jeg følte ... Man føler seg usikker i jobben. Det har alltid vært fokus på demens, og det er bra det for all del men vi trenger mer kunnskap om terminal pleie.

Videre under intervjuene har det kommet frem at det er flere sykepleiere enn bare nyutdannede sykepleiere som opplevde at hverdagen utfordrer deres kompetanse. Dette ble referert til som noe positivt. Over halvparten av respondentene opplevde at de har fått flere varierte og spennende oppgaver etter innføringen av samhandlingsreformen. Dette ble tydelig gitt uttrykk for allerede i pilot undersøkelsen. De ga et bilde at pasientene er mye sykere når de ankommer avdelingen og avdelingen har derfor fått «sykehus preg».

⁴ Terminalpleie innebærer å ta vare på og pleie pasienter i terminalfase; den terminale fasen er stadium før døden inntreffer. Samhandlingsreformen forutsetter at lindrende og palliativ behandling for pasienter i terminal fase skal fortrinnsvis skje i kommunene der pasienten bor (St.meld. nr. 47, 2008-2009).

«Det er ganske mye press og høyere krav i forhold til sykepleierkompetanse. Det er ganske stor forskjell nå enn før. Det er mange prosedyrer du må kunne ...og det er bra det... sykehjem er ikke bare et sykehjem nå. Du har mye tyngre medisinske pasienter som krever kunnskap om teknisk utstyr og prosedyrer».

Når respondentene ble spurt å om hvordan de selv erfarer egen kompetanse var det tydelig at situasjonen var spesielt utfordrende for nyutdannede sykepleiere. Den nyutdannede sykepleieren kom med flere eksempler om prosedyrer hun ikke har vært bort i. Mangel på kunnskap om nødvendige prosedyrer har bidratt til større usikkerhet for vedkommende. Hennes utsagn om dette er:

«Jeg synes det er utfordrende for meg som er helt fersk. Det er jo mye å sette seg i ...nye prosedyrer man må stå i hver eneste dag...unge pasienter med kreft...med vap...cvk....treveiskran og mye væske. Det var jo tøft».

Sykepleierne mente det var positivt med ferske og nyutdannede sykepleiere i avdelingen. De anså det som noe som bidro til at sykepleiere tenkte over ting de gjorde. De forklarte det slik:

Det er godt med de ferske også. For de har jo nye tanker. Vi kjører oss fort litt fast.

Sykepleierne har ofte kommet tilbake til det de refererte til som magefølelsen. De anså magefølelsen/intuisjon som noe grunnleggende for å kunne vurdere tilstanden til pasienten. De sier noe om at det ikke er en selvfølge at en sykepleier har dette men at det kommer gradvis:

Du må kunne stole på magefølelsen din, det kommer med erfaring. Du må kunne evaluere pasienten med å bare ta på han. Og det er ingen selvfølge at du kan. Spesielt ikke hvis du er nyutdannet.

En annen sykepleier sa følgende:

Du må kunne litt av hvert, må ha kunnskap om sykdommer, praktisk og teoretisk, erfaring og kunne bruke kunnskapen og det kommer gradvis. Du må stole på deg selv, spesielt når legen ikke er tilstede.

Respondentene ved avdelingen som var spesialisert for demensomsorg sier at det er essensielt å kunne mye om demens sykdom og miljøterapi for å kunne jobbe med denne gruppen pasienter. Respondentene ved demens avdelingen sier at mange forskjellige pasientgrupper

krever mye individuell tilpasning enn det hadde vært nødvendig med mer ensartet belegg. Sykepleierne ga også uttrykk for at helsefagarbeidere og assistenter behøver også kompetanseheving og faglig utvikling. De hevder at kompetanseheving blant alt helsepersonell som arbeider tett med sykehjemspasienter er nødvendig for bedre samarbeid i avdelingen. En av dem sa:

.... men hvis du observerer det andre personalet så tror jeg nok at de kjenner litt på at utfordringene har blitt større nå enn det de har vært tidligere. Det har kommet til uttrykk at de føler seg nok litt usikre..

Sykepleieren ble ofte ringt til fordi helsefagarbeidere føler seg usikre og presset er større. Helsefagarbeidere blir ofte alene på avdelingen og sykepleiere blir sendt der det er flere medisinske oppgaver. Sykepleierne nevnte følgende:

Jeg har forstått det sånn at kanskje hjelpepleiere føler at de ofte blir igjen på avdelingen det er mindre å gjøre, mens sykepleieren blir sendt der det er flere sykepleieroppgaver. Det kan sikkert være frustrerende for dem og det går utover hvordan avdelingen fungerer.

Selv om sykepleierne opplevde deres kompetanse som tilstrekkelig for å utføre sykepleie til sykehjemspasienter, har fire av seks sykepleiere som jobber med pasienter ved korttidsavdeling gitt uttrykk for at de gjør det samme som på sykehus, men med halvdelen av kompetanse og med lite utstyr.

Før tenkte man mye pleie, nå tenker man mer prosedyre. Så man blir på en måte tatt vekk fra den daglige pleien. Det er cvk og intravenøs behandling av alle slag. Vi gjør det meste som sykehuset gjør, men med kanskje halvparten av kompetanse. Og halvparten av utstyr.

Sykepleierne fremhevet at de bruker hverandres kompetanse i stor grad. En sykepleier beskrev det slik:

Det er viktig å bruke hverandre hvis man er usikker. Jeg syns vi er flinke til det, å bruke kompetansen den andre har. Her er det mange sykepleiereen har den ene kompetansen og en annen kan mye om noe annet, så får man utnyttet den andre kompetansen også.

Sykepleierne ga utrykk for at de ikke er redde å spørre hverandre hvis de er usikre. Dette er tydeligvis veldig viktig for dem og er en del av å sikre at ting blir gjort på riktig måte. De sa det slik:

Det blir en form for et godt felleskap. Istedenfor at man står alene og usikker og så blir en prosedyre gjort feil fordi man ikke tørr å spørre om hjelp. Man hjelper hverandre samtidig øke kompetansen og sørger for at prosedyren blir gjort riktig.

Sykepleiernes utsagn sa noe om at kollektiv kompetanse var muligens godt utnyttet ved avdelingene:

Jeg syns det er ofte basert på at vi lærer hverandre eller fra hverandre. Fordi vi kommer fra forskjellig bakgrunn og da blir det sånn at en er god på et område, så da kan jeg spørre henne om hjelp.

Sykepleiere ble bedt om å beskrive en kompetansekrevende situasjon. Situasjonen omhandlet en kreftpasient. Å utøve sykepleie til denne pasienten ble sykepleiernes kunnskap og kompetanse satt på prøve. En sykepleier beskrev situasjonen på denne måten:

Vi kan ta det eksempelet med kreftpasienten som hadde VAP, treveiskran, med mye væske intravenøst. Sånne ting som vi ikke har vært mye bort i. Det var jo tøft. Da måtte vi trå til alle sammen, få opplæring av ambulerende team i forhold til VAP og CVK....

Situasjonen med å få en medisinsk krevende pasient ved avdelingen opplevdes som tøft. Den nyutdannede sykepleieren hadde ansvaret for pasienten. Hun beskrev situasjonen slik:

Jeg ringte jo mye til sykehuset. Og jeg fikk hjelp derframen jeg følte det var jo litt..... tøft ja.

Sykepleierne var veldig opptatt av at deres kompetanse er utnyttet feil. De ble ofte opptatt med andre oppgaver de mente annen personell burde ha tatt seg av. De nevnte oppgaver som stell, kjøkken oppgaver og andre nevner andre oppgaver som for eksempel søknad i forhold til NAV.

Vi hadde en del utfordringer der sykepleiere sitter med sosionomens oppgaver fordi det ikke er en sosionom her.....Det er jo interessant men jeg er ikke god på NAV-ting. Da blir man sittende med det når du har annet å gjøre...!

5.1.2 Videre- og etterutdanning i sykehjem

Selv om samhandlingsreformen tydeliggjør at kommunen skal ta seg av flere pasientgrupper som demens, kols og andre kroniske lidelser, er det få som hadde videreutdanning innen disse fagområder. Respondentene ønsket seg en ressursperson med videre utdanning innen palliativ omsorg og fremhevet at det er behov for flere sykepleiere med spesialutdanning i sykehjem og at det hadde bidratt til sterkere felleskompetanse. Sykepleierne utøver sykepleie til pasienter med kols, kreft, pasienter med demens sykdom og pasienter med sjeldne diagnoser og de derfor la vekt på et stort behov for kompetanseutvikling gjennom utdanning. De påpekte følgende:

Hvis vi hadde hatt sykepleiere som spesialiserer seg innen en retning, hvis vi hadde hatt et par kanskje som var trygge i forhold til en situasjon så hadde vi spilt litt på hverandre, og hadde kommet til gode løsninger i fellesskap hvis vi hadde hatt noen.

Respondentene nevnte også mange tilfeller av kols pasienter men ingen hadde videreutdanning innen kols. En respondent tar imidlertid videreutdanning innen lungemedisin.

Få hadde fått tilbud om å delta på videre- og etterutdanning selv om de sa at ledelsen tilsynelatende oppfordret til det. De sa at kommunen var ikke villig til å støtte økonomisk de som hadde ønsket å ta videreutdanning. Kommunen kunne bidra med bindingstid, men at en vil allikevel måtte betale mye selv. En av respondentene sa:

Og de oppfordrer til videreutdanning men så er de jo på en måte ikke villig til å betale for det da. For eksempel, jeg får lønnet permisjon for å ta mastergrad. Men betale for skole, som da er privatskole, og bøker det gjør de ikke. Så betaler veldig mye av min egen lomme men er allikevel bundet i 2 år etterpå.

En sykepleier tok masterutdannelse på daværende tidspunkt. Kommunen betalte ikke for kompetansen hun kommer til å ha etter endt utdanning. Hun sa det slik:

Og så betaler de ikke for mastergrad når jeg er ferdig. De lønner ikke en mastergrad, de lønner bare for spesialsykepleier. Og da tenker jeg, hvis det er tankegangen der så bruker de jo mer penger for å få meg gjennom skolen men mister kanskje kompetansen min når bindingstiden er over. Altså de sier jo at de satser veldig mye på kompetanseheving men de er jo ikke villig til å betale for det og da mister de jo kompetansen etter hvert. Og da er vi jo like langt.

Sykepleierne hevdet at videreutdanning innen smertelindring og palliativ behandling er en nødvendighet i arbeidet med sykehjemspasienter. De trekker frem at det ikke er nødvendig at alle sykepleiere spesialiserer seg innen en retning. De forbandt videreutdanning med trygghet og sa:

Det er sikkert ikke helt nødvendig at alle sykepleiere spesialiserer seg innen den retning men hvis vi hadde hatt et par kanskje som var trygge i forhold til den situasjonen så hadde vi spilt litt på hverandre, og hadde kommet til gode løsninger i fellesskap hvis vi hadde hatt noen.

5.2 Kunnskap og kompetanseutvikling blant sykepleiere i sykehjem

Kompetanseutvikling i sykehjem var et av spørsmålene som ble stilt til sykepleierne og det de har vært opptatt av å prate om var: Behov for fagligoppdatering og kompetanseheving og kunnskapsutveksling og kollegalæring i avdelingen.

5.2.1 Behov for fagligoppdatering og kompetanseutvikling

Respondentene var samstemte i at fagutvikling og kompetanseheving var viktig for kompetanseutvikling i sykehjem. De fremhevet at det er noe de ønsker mer av. De sier at de får tilbud om flere kurs, men det alltid er begrenset antall av de som får mulighet å delta på grunn av dårlig tilrettelegging. Istedenfor kurs får sykepleierne ved avdelingene ofte noe de kalte for rask gjennomgang av tema.

To sykepleierne rapportere at de ikke fikk nok tilbud om kurs og at det ofte skyldes redusert bemanning og sa:

Og det er jo alltid en eller to som går på de kursene men vi ønsker mer...det er ikke sånn at alle sykepleiere går. Man må ha driften.

En sykepleier i samme gruppe der andre mente de får tilstrekkelig kurstilbud mente tilgang til kurs har vært begrenset. Hun sa følgende:

Vi får ikke mye tilbyd om kurs dessverre!

Sykepleierne ved korttidsavdeling nevnte at kurs arrangeres ofte av fagutviklingssykepleier, noe sykepleier ved somatiske avdelinger opplever som veldig viktig. De mente de fikk mange kurs og sa:

Vi får jo kurs vår fagutviklingssykepleier arrangerer. Det var ganske mange i forhold til smertelindring, sårbehandling. Vi fikk mange kurs i fjor.

Sykepleierne ved to andre avdelinger nevnte at kommunen mangler strukturer for kompetanseutvikling. Det var ofte uklart hvem sykepleierne skal henvende seg til, samtidig at kursorganisering var ofte tilfeldig.

Vi kunne jo ønsket odd litt mer strukturert faglig påfyll. At man hadde for eksempel bestemte kurs. Og så skal man hake av på en liste når du har vært på et av de kursene. At alle får lov å kurses. For det har noe med at man stagnerer hvis man ikke har et sånt påfyll.

Sykepleiere som arbeidet med pasienter med demens erfarte at kurstilbud ofte er knyttet til avdelingens spesialisering. De fikk tilbud om årlige fagdager og kursing innen demens. De anså dette som positivt for demensomsorg men også som negativt fordi behov for kurs innen andre fagområdet var ettertraktet spesielt etter samhandlingsreformen trådte i kraft.

Mitt inntrykk er at fordi vi er en spesialisert avdeling så er det begrenset hva vi får opplæring i. Vi er litt låst på spesial område. Jeg tenker at det kunnskap om lindring og terminal pleie trengs overalt. Så det burde jo være tilgjengelig å få her også.

Alle tre fokusgrupper kom med ulike framgangsmåter som anvendes i avdelingen som kompetansehevende tiltak. Det handlet om blant annet sykepleier rapport, faglunsj, internundervisning og undervisning fra sykehusteam.

Ved å se på utsagnene fra respondentene ved hver avdeling separat og sammenligner disse, sees organisatoriske forskjeller med fokus på kompetanseutvikling:

- Pilotavdeling: har stillerapport*, sporadiske sykepleiermøter, internt og eksternt kurstilbud
- Avdeling 1: muntlig rapport, få sykepleiermøter, flere interne kurs
- Avdeling 2: muntlig rapport, sykepleiermøter, hatt tilbud om hospitering

- Avdeling3: muntlig rapport, sykepleier rapport, fagdager/faglunsj med fokus på demens, internt kurs

Respondentene ved demensavdeling sa at de har sykepleier rapport både før og etter vakt, noe som fører til flere faglige diskusjoner og fremmer felles enighet. Før gikk sykepleiere rundt på bogruppene og har samlet rapport fra hver bogruppe på den måten mens nå møtes sykepleiere på kontoret for å få rapport. De sa noe om at det er vanskelig å delta på faglunsj på grunn av bemannings problemer i avdelingen. Det kan tolkes som at avdelingen ikke tilrettelegger for at sykepleierne kan delta på slike faglunsjer.

Og så har vi vel hatt noen av faglunsjer innimellom, har sett lapper om det. Ikke det at jeg fikk vært med på en men... Enten så har jeg ikke vært på jobb og har hatt fri ellers så jeg ikke fått mulighet å delta.

Sykepleierne var enige om er at de foretrakk faglig påfyll med aktuell kunnskap når behovet meldte seg. De hadde ofte kurs lenge i forveien eller i etterkant av pasientens ankomst til avdelingen, noe de ikke mente var bra. En sykepleier mente at det var viktig å så kurs når behovet meldte seg.

Man må få kurs når man får bruk for det. Hvis det er gjort et halvt år i forveien, så glemmer du litt.

Det ofte ble lovet at de skal få aktuelt kurs fra ambulerende team men så kom de ei uke etter at pasienten har kommet avdelingen og sykepleiere har måttet lære seg opp på egenhånd. Andre var veldig fornøyde med tilbud fra mobile team fra sykehuset.

Samarbeid med ambulerende- og palliativteam har fungert kjempefint. Veldig fint å kunne bare ringe de så stiller de jo opp med engang. Palliativteam har vært helt enestående i noen vanskelige saker.

Noen nevnte muligheten for å hospitere men ingen rapporterte at de faktisk har gjort det.

De sier at vi skal være veldig positive til det, men det er ingen som har spurt så veldig mye om det.

Respondentene viste positive holdninger til kompetanseutvikling og anså kompetansehevede tiltak som viktig på en arbeidsplass. Motivasjonen for deltakelse var i stor grad varierende blant respondentene. Respondentene ga uttrykk for at de har egen plikt til å oppdatere seg men at de ikke leste fagartikler. En respondent som tidligere hadde jobbet på sykehuset poengterte forskjell mellom sykehus og sykehjem med hensyn til faglig oppdatering og beskriver det slik:

Det er forskjell fra å jobbe på et sykehus der det er nesten en nødvendighet å holde seg oppdatert. Der må man rett og slett følge med. Der sier man «har du lest det og det i sykepleien»... annerledes holdning til det....Det er ikke mye av sånt her.

Resultatene tyder på svak tradisjon for kunnskapsinnhenting fra ulike forskningsartikler eller fagblad. De nevnte at blad Sykepleien er noe de ofte leser.

Jeg kan fortelle at jeg ikke leser faglige vitenskapelige artikler dessverre. Men man blar jo gjennom Sykepleien man får i posten da.

Det framstår imidlertid uklart for hvem tilpasser faglige kurs til sykepleiernes behov for kompetanseutvikling. Enkelte avdelinger hadde fagutviklings sykepleiere, men ved andre avdelinger er det avdelingsleder som hadde ansvar for organisering av enkelte kurs.

Tilgang til legekompentanse bidro til sykepleiernes kompetanseutvikling, ifølge respondentene. De påpekte at det er viktig å stole på legen og at legen er forberedt. Sykepleiere ved blandet avdeling hadde en lege som hadde ansvar for langtidspasienter og en som hadde ansvar for korttidspasienter. De beskrev samarbeid med leger slik:

Våre leger er veldig flinke. Man kan alltid ringe de. Han ene var veldig flink med å forberede seg for den nevrologiske pasienten. Vi vet jo hele tiden hvis det er noe vanskelig så kan vi jo alltid spørre han. Han forklarte hvordan vi skulle takle akkurat denne pasienten. Han var veldig flink til å øke vår kompetanse.

Sykepleierne har til slutt kommentert at fagutvikling kan ofte bli neglisjert. Travel hverdag og mange oppgaver til den som har ansvar for å organisere kurs var en av grunnene sykepleierne nevnte. Ved to avdelinger var det avdelingsledere som har ansvar i forhold til kurs.

Vår avdelingsleder har over lang periode vært overarbeidet. Hun har gjort en formidabel jobb men det har nok gått på bekostning av fagutvikling. Som alle andre steder der det er mye å gjøre, havner fag litt langt ned på lista.

5.2.2 Utvikler kompetanse gjennom kunnskapsutveksling

Respondentene refererte til at læring aller mest skjer i fellesskap, at sykepleierne delte kunnskap med hverandre. De poengterte at den aller viktigste måte å lære på var å lære av hverandre og at kompetanseheving var basert på kunnskapsutveksling mellom sykepleiere i avdelingen.

Jeg syns ofte at det er basert på at vi lærer hverandre eller fra hverandre. Vi er sykepleiere som har forskjellig bakgrunn og da blir det sånn et en er god på en ting og en annen på noe annet. Jeg tror vi er vårt eget faglige nettverk.

Det var ofte slik at få sykepleiere fikk gå på kurs men sykepleiere ved en avdeling har fått lov å ta med minnepenn de har fått kursmaterialet på. I etterkant har sykepleieren som har gått på kurs holdt en liten gjennomgang av det som ble fortalt på selve kurset.

De fremhevet diskusjoner i felleskap i form av sykepleierrapporter som et av kompetansehevende tiltak. Sykepleierrapportene, før og etter vakt, ga muligheten til å ta opp pasientrelaterte spørsmål, fremmet diskusjoner og førte til felles enighet, mente sykepleiere.

Jeg syns det er viktig med muntlig rapport. Da kan vi diskutere og være enig i hvordan vi skal gjøre ting.

De nevnte også at sykepleieren som tar imot pasienten var raskt med å innhente nødvendig kunnskap om pasientens behov og behandling, som videre overfører til sykepleiere som kommer senere på vakt.

Når jeg får en pasient som har en ukjent diagnose, eller bruk for en bestemt maskin eller utstyr, da er jeg ganske kjapp til å lære meg det. Så det er ofte sånn at den som tar imot pasienten sørger for å innhente informasjon. Vi er ganske kjappe til å tilegne oss den kunnskapen vi trenger. Så den som går av vekten gir rapport til aftenvakten.

Respondentene ga utrykk for at de rådfører seg med hverandre hvis de er usikre. De sier at det er viktig å stå samlet og å vite at man kan stole på hverandre. De hevdet at de var deres eget faglige nettverk og at det absolutt viktigste var å bruke hverandres kompetanse. De poengterte at den aller viktigste måte å lære på var å lære av hverandre.

Jeg syns jeg har mange gode kollegaer som jeg kan spørre, ja! Vi bruker hverandre hvis vi er usikre, bruke den kompetansen den andre har.

5.3 Sykepleiernes uforutsigbare hverdag

Når sykepleierne i de tre fokusgruppene skulle beskrive sin kompetanse og endringer etter samhandlingsreformen, har diskusjonene også dreid seg om utfordringene knyttet til stor arbeidsbelastning, organisatoriske hindringer og samhandlingsproblemer. Respondentene kom spontant med flere beskrivelser av sin hverdag som innebar to hovedområder som senere ble delt i to subkategorier: organisatoriske hindringer og brudd på samhandling og kommunikasjon.

5.3.1 Organisatoriske hindringer

Intervjuene avdekket flere organisatoriske hindringer som omhandlet blant annet bemanning, legetilgang, og tildeling av pasientopphold på noe respondentene anså som veit avdeling. Respondentene fortalte noe om det de mente var redusert bemanning. Noen mente at sykepleierdekning hadde blitt mye bedre de siste årene; at det er en direkte konsekvens av endring i pasient gruppen. De sier at sykepleierdekningen er i større grad bedre på dag –og kveldsvaktene mens nattevakter fortsatt har samme sykepleierbemanning.

Jeg syns at det har bedret seg de siste årene. For når jeg begynte så var det tre sykepleiere på kvelden, men nå er det stort sett fire. Så var det fem på dagen, nå er det seks. Vi har merket forskjellen. Eneste som ikke endrer seg er nattevakter.

Denne uttalelsen sa noe om at enkelte avdelinger har tilpasset sykepleierdekning til avdelingens behov. Det tyder på at nattevakter ikke ble prioritert selv om det kan tenkes at behov for tettere oppfølging av pasienter var større på nettene også.

Flertallet av sykepleierne mente at sykepleierbemanningen ikke var tilpasset nye utfordringer og arbeidstydngen. De fortalte at kommunen mente at flere medisinske oppgaver skal løses på et kommunalt nivå, men at det ikke leies inn ekstra ressurs når arbeidsmengden er for stor og

krevende. De sa at konsekvensen er at personalgruppen er utslitt. Sykepleierne ved demens avdelingen beskriver det slik:

... spesielt i forhold til samhandlingsreformen så tror jeg vi merker best er at i og med at de fleste oppgaver skal løses i kommunen så er det at vi får pasienter som er mer krevende enn tidligere. Noen blir passivisert og blir ikke sett på den måten som vi kunne ha gjort hvis vi hadde fått flere hender.

En annen sykepleier opplevde at bemanningen er lagt opp slik at ingenting uforutsigbart skjer og at pasienter ikke er krevende. De sier at det ofte ikke blir leid inn ved flere ressurskrevende pasienter; selv etter at sykepleierne ga beskjed om at bemanning ikke var optimal. Det kan tolkes som at utilstrekkelig bemanning går på bekostning av pasientomsorg.

Alle sykepleierne var enige (alle nikket) at bemanning i helgene var redusert i forhold til ukedagene til tross for at pasientene var like krevende som alle andre dager.

I helgene synes jeg det er tungt og vanskelig. Da skal man spare penger! Helg er sårbart og det synes jeg er håpløst. Da er det en mindre per vakt enn i hverdagen men vi gjør stort sett det samme. Pasientene er ikke akkurat mindre krevende fordi det er helg.

Antall sykepleiere på avdelingen er ofte avhengig av antall pasienter, men sier ingenting om hvor krevende pasientene er. En av mest diskuterte problemstillingen var følelsen av å stå alene med ansvaret. Respondentene nevnte at det ofte er en sykepleier på kveld og i helgene. Sykepleierne nevnte flere situasjoner som utfordrer sykepleierkompetanse og hvordan der oppleves å stå alene med ansvaret. De beskrev det slik:

Det er vanskelig når du står alene på kvelden....det ligger mye i at man står alene også i helgene uten andre sykepleiere å konferere med. Jeg husker mange tilfeller der jeg skulle hatt mine kollegaer til å råde meg med. Det var en dame med akutt respirasjonssvikt og jeg måtte ringe ambulansen. Og der stod jeg helt alene til ambulansen kom...det var vanskelig.

En sykepleier beskrev en ugrei episode som var relatert til dårlig sykepleier bemanning. To avdelinger var ikke bemannet med sykepleier og konsekvens av dette kan anses som uforsvarlig drift. Situasjonen ble beskrevet på følgende måte:

Det var ikke sykepleier i andre etasje. Så hadde vi to sykepleiere nede, og så skjedde det vel at vi hadde veldig mye å gjøre. Og så ringte de, fra andre etasje, og sa at de skulle stelle vedkommende som lå oppe og var terminal og de lurte på om han kunne få morfin først. På grunn av dårlig sykepleiedekning endte det med at mannen ikke hadde fått morfin. Hadde det vært en sykepleier i etasjen eller en i avdelingen så hadde man jo hatt større trygghet, for de observasjonene som er gjort. Så alt i alt hele den situasjon var jo ikke bra!

Respondentene fortalte at de ofte er beregnet i daglige gjøremålene selv med få sykepleiere på jobb. De er en del av grunnbemanningen og deltar aktivt i stell og måltider. De opplevde at de hadde ofte for lite tid til å være sykepleiere fordi de ofte ble brukt til arbeidsoppgaver det ikke nødvendigvis behøver å bruke sykepleiere til. De refererte til noe de anså som feil bruk av sykepleierkompetansen på følgende måte:

Vi er vel organisert her at sykepleiere er en del av de daglige gjøremålene på avdelingen i stor grad. Noen ganger hadde det kanskje vært fordel å kunne gå litt mer ut av den biten for å få gjort de tingene som faktisk ligger til en sykepleiefunksjon. Det blir litt for lite tid til å være sykepleier, primært.

Samtidig poengterte sykepleieren at stelle-funksjon var essensiell for å kunne gi pasienter tilstrekkelig behandling og sa:

Men samtidig vi er jo nødt til å ha den stelle funksjonen for å kunne gjøre observasjoner i forhold til det vi har ansvar for, nemlig pasientene, det er nødvendig å ha en stor del av det men samtidig.... Man rekker ikke over alt.

En annen sykepleier hadde et annet eksempel:

«Vi hadde også en utfordring..... hvor vi sitter med sosionomens oppgaver fordi det ikke er en sosionom her.... Er bare frustrerende at det ikke finnes en person du kan gi disse papirene til og si du , dette er din jobb...men du må bli sittende med det når du har annet å gjøre.

Når det gjelder tilgang til lege var alle sykepleierne fornøyde med daværende legetilgangen. Etter samhandlingsreformen har avdelingene fått tilsynslege nesten eller hver dag. Legene var ofte tilgjengelige per telefon, også i helgene ved spesielle tilfeller. De følte at

legekompetansen var lett tilgjengelig i avdelingen og at det har bidratt til tryggere hverdag. Sykepleierne rapporterte stor tillitt til tilsynslegen. Legene var imidlertid ikke tilgjengelige på kveldene og sykepleiere må ringe legevakten ved behov.

Sykepleierne beskrev organisatoriske forhold i kommunene innen kurstilbud som og sa «kommunen mangler formelle strukturer for kompetanseutvikling». Sykepleierne diskuterte mye om at kurstilbud var mer tilfeldig enn målrettet. De ønsket seg mer planlagt istedenfor tilfeldig kompetansepåbygg i kommunen.

Det er ingen systematikk i det. Man trenger mer enn hverdags innføringer. Det er litt tilfeldig når man får en invitasjon som kanskje kan være interessant eller ikke.

Kommunen har ingen plan, og da kan man ikke forvente samme resultater heller.

Dette går vel på organisering og planlegging i kommunen.

En sykepleier snakket om klinisk stige, et kompetanseutviklings program i klinikken. Hun mente at det var nødvendig med obligatoriske kurs og at det gjør at man ikke stagnerer, men heller videreutvikler sin kompetanse.

Som vi hadde pratet om, vi kunne jo ønske oss litt mer strukturert faglig påfyll At man fikk lov at alle skal få lov å kurses i sånn og sånn. Og så skal man huke av på en liste at man gjennomførte det, en slags stige. For det har noe med at en stagnerer fort hvis ikke

5.3.2 Brudd på samhandling og kommunikasjon

Samhandlingsreformen baserer seg på godt samarbeid og samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Før samhandlingsreformen trådte i kraft, var det tydelig at relasjonen mellom kommuner og sykehus har forbedringspotensialet. Til tross for det, ble det startet opp med en stor helsereform som pålegger kommuner og sykehus å samarbeide enda bedre. Når respondentene ble spurt om hvordan de erfarte samarbeidet både innad institusjon og med spesialisthelsetjenesten, beskrev de både positive og negative hendelser.

Ansvarsforhold mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten opplevdes som uavklart og samarbeidsvansker skyldes ofte ansvarsfraskrivelse mellom helseforetakene som

resulterer i at pasienter blir kasterbatter i helsevesenet. Når respondentene ble spurt om å forklare det de mente var ansvarsfraskrivelse kom de med følgende utsagn:

Altså vi har en pasient som alltid havner mellom to stoler. Han passer ingen sted egentlig og da kommer han til oss. Men hvor skal vi henvende oss når vi ikke har kompetanse til å ta oss av psykisk syk pasient. Dette er kanskje et godt eksempel på hvordan det kanskje ikke fungerer som det skal... når sykehuset har sagt....nå er det kommunen sin tur....Og så sier kommunen men vi har verken kapasitet eller kompetanse. Det har vært utenfor vårt kompetanseområde, det var vanskelig.

Sykepleierne beskrev flere aspekter av utfordringer ved samarbeid med sykehuset. Flertallet av sykepleierne opplevde samarbeidet med sykehuset utfordrende og følelsen av redsel for å ikke vite hva som feiler pasienten som ankommer avdelingen. Respondentene opplevde også at døende pasienter ble overført fra sykehuset, uten nødvendig dokumentasjon.

Etter definisjon er du utskrivningsklar når du er medisinsk avklart og da skal alle papirene være i orden. Men det skjer ofte at vi får epikrisen i etterkant. Det føles ikke godt å ta imot pasienten og se pasienten inni øynene og ikke ane noe. Vi erfarte også at vi får veldig dårlige pasienter fra sykehuset med dårlig eller ingen epikrise, uten medisinkort, poliklinisk notat og med dårlig eller ingen rehabiliteringsplan. Det var vanskelig å være på jobb de dagene.

De opplyste at de får varsel om ny pasient noen ganger samme dagen og noen ganger flere dager på forhånd; alt etter sykehus sitt vurdering om hvor komplisert den medisinske behandlingen og oppfølgingen av pasientene var. Kommunikasjonsvansker var varierende ut ifra hvilket sykehus pasienter overføres fra. Alle var enige om at de erfarte bedring i informasjonsflyt over tid. Sykehusene var bedre med å sende nødvendig dokumentasjon og være mye flinkere til å varsle sykehjemmet ved overflytting av pasienter.

Sykehuset har blitt mye flinkere å sende med epikrise og planer om viderebehandling. Heldigvis er det blitt bedre. Nå får vi beskjed noen dager før så kan man få sykehusteam hit og utarbeider prosedyrer.

Respondentene beskrev vansker og utfordringer knyttet til digital samhandling med sykehuset. I dag er det vanlig å bruke av PLO-meldinger, eller det respondentene refererer til som e-meldinger. Det kan tolkes om at det ikke fungerer optimalt ved alle avdelinger; eller er helt fraværende. En respondent hadde positive erfaringer med PLO-meldinger og beskrev det slik:

Også er det veldig bra det med e-meldinger. Du kan sende spørsmål og du får svar tilbake veldig fort. Man får fortere tilgang til journaler og epikriser.

Respondent ved en annen avdeling mente at PLO- meldinger ikke fungerer optimalt og som forventet og sa:

Jeg tenker at det kommer til å ta tid til e-meldinger er oppe og går. Det er ikke alltid det fungerer som det skal.

Tidlig utskrivelse av pasienter fra sykehuset var en av ofte diskuterte temaer under intervjuene. Over halvparten av respondentene opplevde dette som positivt; spesielt i avdelingen som har spesialisert seg innen demens omsorg. De har ofte fokus på å behandle pasientene på sykehjemmet og erfarte sånne oppgaver som positivt for både pasientene og for sykepleierne som fikk flere spennende oppgaver. En respondent beskrev det slik:

Jeg må si det er positivt med samhandlingsreformen og vår pasientgruppe på demensavdeling. Vi har jo vært flinke lenge å behandle de mest mulig her og ikke sende pasienter ofte til sykehuset, for de klarer ikke å ivareta de like godt som vi gjør her. Og de kommer fortere tilbake, vi er jo glad på deres vegne å få dem tilbake i det trygge miljøet. Vi har jo pasienter som ble behandlet her med væske intravenøst og antibiotika intravenøst og det er jo flott at vi kan gjøre det her. Det går helt fint med sånne oppgaver.

De sa noe om at det ofte var gunstig for pasientgruppen å bli behandlet på sykehjemmet men at flere pleietrengende pasienter krevet bedre bemanning. I forbindelse med at flere pasienter blir skrevet ut tidlig fra sykehuset økte også arbeidstyngden. Respondentene erfarte at flere somatiske pasienter på demensavdeling fører til negative konsekvenser for demensomsorg med at fokus er flyttet vekk fra miljøterapi.

Tverrfaglig samarbeid i sykehjem var viktig for å yte pasientene best mulig omsorg og pleie. Når respondentene pratet om samarbeid og samhandling i sykehjem, fortalte de først om det som opplevdes positivt. De sier at sykepleiere seg imellom samarbeider veldig godt og at det er av stor betydning:

Samarbeid har fungert veldig bra. Vi er jo en samkjørt sykepleiergruppe. Vi har jo sykepleierrapporter og vi diskuterer og det har fungert veldig bra.

En annen sykepleier fra demens avdelingen mente det samme for sin kollegagruppe:

Jeg føler at sykepleiergruppen er ganske samkjørt, vi har ofte like tolkninger av pasienter, syns jeg, og måten å velge miljőtiltak framfor medisiner. Men det kan ofte være konflikt i hjelpepleiegruppen.

Når de har snakket om medisiner og medisinkortoppdatering så sa de følgende:

Det er ofte at legene tar ting på forhånd, når de for eksempel lager palliativ plan for medisinsk krevende pasienter. Lage retningslinjer for det, at vi kan bare øke dosen og sette i gang det vi trenger. Så slipper vi å blande legevakten inn. Ellers så blir det bare kaos.

Sykepleierne manglet tillitt til legevaktslegen når det gjelder palliativ behandling. De opplever at de ofte har mer erfaring enn leger som arbeider på legevakten. I tillegg erfarte respondentene at kontakten med legevakten var veldig tidskrevende grunnet kommunikasjonssvikt som språkproblemer, lite engasjement eller fagproblemer.

... bruker man mye tid på å treffe fram riktig legede er redde for å gi større doser Morfin.. De avgjør om jeg får lov å gi store doser morfin t'il en vedkommende som smertelindring..... hadde ringt legevakten i forhold til en pasient i en terminalfase, og spurt om de hadde lov å gi Midnazolam. Og sa de ... tuller du skal du gi Midnazolam. De aner jo ikke hva vi prater om. Der ligger vår største utfordring, for mange sykepleiere har mer erfaring enn de som sitter på legevakten. Å ringe legevakten ... er jo vanskelig for oss også, tar jo mye tid å ringe dem. For det er ikke det samme om du tar en telefon på legevakten og spørre ensom egentlig ikke gidder å snakke med deg engang. Det er litt forskjell, absolutt.

Erfaringen deres viser også at samarbeidet med tildelingsenheten er utfordrende og at dette har vedvart over lang tid. Det hadde konsekvenser for både pasientomsorg og for pleietyngden i avdelingen. Respondentene ved demens avdeling beskrev det på følgende måten:

Jeg har dårlig erfaring med tildelingsenheten. Når man har søkt om overflytting virker det som at det er veldig lite tiltak og gjennomslagskraft hos dem. De stopper hele prosessessen opp uten å gi beskjed til verken oss i avdelingen eller til familien. Så hører man aldri noe mer og da skjønner man at det er vel ingen som blir overflyttet. Så jeg har veldig dårlig erfaring med samarbeid med tildelingsavdelingen og så det at vi ikke ble tatt med i prosessessen på hvilke beboere som skal komme til oss. Der har vi veldig mye å si og hvilke typer beboere som passer her. Tidligere har ikke vi blitt inkludert i det hele tatt. Og vi har jo sagt og det er vel bestemt at de skal jo ha en demensdiagnose når de kommer hit men det vil de liksom ikke høre på, de vil bare plassere dette mennesket som de har fått en søknad om. Og da bare sende de den til demens. Det handler om mangel på samarbeidet over lang tid. Jeg opplever at vi i liten grad søker om overflytting og bare når pleietyngden blir alt for tung her og krever mye og har ødelagt mye Og legen ønsker ikke at vi skal drive med dette her for det er så mye arbeid. Men han gjør jo ikke så mye med det, det er vi som gjør testing og forarbeidet og før vi flytter dem Møte med pårørende-informasjonsmøter og alt. Det har vært et system som ikke fungerer, dessverre.

Fokusgruppeintervjuene har gitt meg tydelige var på problemstillingen og de fire forskningsspørsmål. Jeg vil i neste kapitlet diskutere de viktigste funnene.

6 DISKUSJON

Med utgangspunkt i studiens problemstilling «Hvordan erfarer sykepleiere i sykehjem sin kompetanse etter innføring av samhandlingsreformen» og forskningsspørsmål vil funnene bli drøftet opp mot det teoretiske rammeverket som er presentert tidligere i kapittel 3.

Forskningsspørsmålene er:

- a) Hvordan påvirker samhandlingsreformen sykepleiernes kompetanse og kompetanseutvikling?
- b) Hvilke erfaringer har sykepleiere av læringsmuligheter i sykehjem?

- c) Hvordan erfarer sykepleiere at de er forberedt på å ta imot nye pasientgrupper som tidligere ble behandlet i spesialisthelsetjenesten?
- d) Hvilke erfaringer har sykepleiere i sykehjem i forhold til samarbeid med andre instanser i helsevesenet?

Videre vil diskusjonsdelen bli delt opp i 3 underkapitler:

1. Samhandlingsreformen påvirker kompetanse og- bemanningsbehov blant sykepleiere i sykehjem
2. Læring blant sykepleiere påvirkes av arbeidsmiljø, ledelsens strategi for tilrettelegging for læring i avdelingen og sykepleiernes evne til selvoppdatering.
3. Vi må ta dem imot! Samarbeid og samhandling mellom sykehjem og sykehus

Den første delen handler om sykepleiernes kompetansestatus, som blir diskutert opp mot kompetansebehovet etter samhandlingsreformens krav og erfaringer med dagens sykepleierbemanning i sykehjem. I den andre delen vil jeg se nærmere på kompetanseutvikling i sykehjem og drøfte hva som fremmer læring i et helseforetak i en reformtid. Til slutt vil jeg se nærmere på hvor godt sykepleiere er forberedt på å ta imot pasienter fra spesialisthelsetjenesten og hvilken sammenheng det har med tjenestekvalitet i avdelingen. Gjennom alle de tre delene i dette kapitlet, vil diskusjonen omhandle hvordan sykepleiernes kompetanse har blitt påvirket av samhandlingsreformen. Etter å ha diskutert studiens funn i forhold til tidligere forskning vil jeg oppsummere alle de tre hovedpunktene i diskusjonen siden de påvirker hverandre.

6.1 Samhandlingsreformen påvirker kompetanse og- bemanningsbehov blant sykepleiere i sykehjem

Et av de viktigste funnene i denne studien var et økende kompetansegap som også støttes av nylig forskning og kan knyttes til samhandlingsreformens krav og mangel på kvalifiserte sykepleiere til å imøtekomme disse kravene. Det tyder på at det er en ubalanse mellom forventet og reelle kompetanse i kommunehelsetjenesten (Bing-Jonsson et al., 2015).

Funnene i studien viste økende antall sykepleieroppgaver, i form av pleie, omsorg og medisinsk behandling, på sykehjem og i kommunehelsetjenesten, og manglende kompetanse til å utføre oppgavene på en faglig forsvarlig måte. Dette sammenfaller med resultater fra andre studier hvor det ble funnet at sykepleiernes kompetanse trenger forbedring på flere

faglige områder (Seymour et al., 2010; Steindal & Sørbye, 2010; Wannebo & Sagmo, 2013; Helsedirektoratet, 2012). Respondentene var enige i at endringen i pasientgruppen var stor og at de har fått ansvar for å utøve sykepleie til pasienter med mange og sammensatte lidelser. Ifølge respondentenes utsagn medførte endring i pasientgruppen også endring i kompetansebehov for å kunne imøtekomme kravene etter implementering av samhandlingsreformen. Flertall av respondentene følte seg lite kompetente til å ta seg av oppgaver samhandlingsreformen påla dem. Med dette mente respondentene at deres kompetanse ikke alltid strakk til og at de manglet kunnskap og kompetanse som omhandlet områder sykepleiere i sykehjem før ikke hadde ansvar for. Lai (2004) sier at det å ha høy kompetanse betyr ikke å være kompetent. Å være kompetent innebærer å inneha riktig og anvendbar kompetanse for dagens og framtidens krav. Det sammenfaller med funnene i studien hvor sykepleierne mente at de ikke nødvendigvis trenger kompetanseheving men kompetanseutvikling innen aktuelle fagområder.

Profesjonskompetanse kommer til uttrykk som kunnskaper, holdninger og ferdigheter, og gjør det mulig for sykepleierne å utføre tjenester til pasienter i tråd med de definerte krav og mål (Lai, 2004; Kunnskapsdepartementet, 2008). Høyt kompetansenivå hos sykepleiere bidrar til lettere omstilling i en reformert helsetjeneste. Mangel på riktig og tilstrekkelig kompetanse vil påvirke kvaliteten til omsorgstjenesten i negativ retning. Kompetansemangel på individuelt og kollektivt nivå kan ha mange alvorlige konsekvenser, mener Vike, Brinchmann, Haukelien, Kroken & Bakken (2002). Det kommer tydelig frem under intervjuene at manglende sykepleierkompetanse påvirker omsorgstjenestens kvalitet. Endringene etter implementering av samhandlingsreformen har ikke blitt tatt høyde for på forhånd. Myndighetene bistod ikke med konkrete tiltak for kompetanseheving i sykehjem og kommuner, men har pålagt de å motta flere sterkt pleie- og behandlingstrengende pasienter. Sett i lys av samhandlingsreformens krav burde ledelsen på hvert enkelt sykehjem hatt oversikt over hvilken kompetanse allerede finnes i avdelingen og hva trenger forbedring (GAP- analyse). Det hadde etter min mening bidratt til å utvikle en strategisk plan for å skaffe og utvikle kompetanse blant helsepersonell slik at samhandlingsreformens krav kan imøtekommes. Slik jeg ser det, er kompetansekartlegging første skritt til å anskaffe nødvendig kompetanse i avdelingen eller institusjon. Med hensyn til at kompetansekravet har endret seg betydelig de siste årene, kan man tolke at fravær av slike kompetansetiltak kan resultere i at pasientene ikke blir ivaretatt på en faglig forsvarlig måte.

Pasientsikkerhet forutsetter tjenester av høy faglig kvalitet og at sykepleierne er faglig oppdatert (Helsepersonelloven, 1999; NSF,2011). Selv om det hevdes at personalets kvalifikasjoner er avgjørende for om pasientene blir ivaretatt, var det ingen som hadde videreutdanning innen geriatri eller eldreomsorg på det tidspunktet studien ble gjennomført. Tidligere forskning sier at sykepleierne i sykehjem bør ha spesialisert seg innen eldre og aldring, spesielt innenfor kroniske og sammensatte lidelser, demens og psykiatri (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012; Thidemann, 2005). Fire av elleve respondenter hadde relevant videreutdanning i forhold til de nye pasientgruppene som sykehjemmene fikk ansvaret for etter at samhandlingsreformen ble innført, men ingen hadde spesialisert seg innen eldreomsorg. En respondent var under utdanning innen sosialfaglig arbeid med eldre. En GAP-analyse⁵ gjort på forhånd av innføring av en stor helsereform hadde gitt en antydning at kompetansen må styrkes også på et formelt nivå.

Samhandlingsreformen pålegger kommunene å behandle og rehabilitere psykiatrisk syke pasienter (St. meld. 47; 2008-2009). Det forutsetter at personalet innehar tilstrekkelig kompetanse innen psykiatri slik at pasienter med psykiske lidelser får riktig behandling. Under intervjuene kom det frem at ingen av respondentene hadde god nok erfaring med psykiatrisk syke pasienter. De uttrykte at de følte seg veldig alene og til dels hjelpeløse i forhold til det å gi denne gruppen god pleie, behandling og oppfølging. Å gi tilstrekkelig hjelp var en utfordrende oppgave både fordi psykiatrisk syke pasienter ofte var feil plassert i avdelingen. Sykepleierne ved alle tre avdelinger rapporterte lav kompetanse innen psykiatri. De erfarte store utfordringer ved behandling av akkurat denne pasientgruppen. I tillegg opplevde respondentene de at det er en gruppe pasienter som ikke passer inn med andre pasienter i avdelingen skaper uro i miljøet og tidsmangel blant sykepleierne. I følge St.meld. 50 (1996-1997) og NOU (1995), har sykepleiere (og annet helsepersonell) i somatiske sykehjem behov for mer kunnskap om psykiske lidelser. Det kan tenkes at årsaken til det er selve pleiekulturen i avdelingen og manglende kunnskaper innen psykiatri. Det andre aspektet kan tenkes å være lite bemanning som fører til at disse pasientene blir sett på som de som krever mer tid, noe sykepleiere ikke har. Myndighetene lover i samhandlingsdokumentet at alle pasienter skal få bedre tilbud der de bor og sikrer omsorg på rett sted og til rett tid. Ut fra respondentenes utsagn, var sykepleierne i sykehjem inkompetente til å ta seg av psykiatrisk syke. Dette kan anses som «kunnskaps-gap» som hindrer sykepleiere i å gi god

⁵ Johannesen et al., (2010) forklarer GAP-analyse som å evaluere nyanser mellom framtidens «drømmebildet» og dagens situasjon.

profesjonell hjelp. Kombinasjonen av få sykepleiere på vakt samt lite kompetanse blant sykepleiere, kan potensielt innebære unødvendig bruk av tvang overfor psykiatriske pasienter (Dellefield et al.,2015). Videre formidlet sykepleierne frustrasjon og bekymring over at det ikke fantes en ressurs person innen psykiatri i kommunen. Samhandlingsreformens dokument har i St.meld. nr. 47 (2008-2009) klargjort at kommunene vil etter 2012 overta ansvar for psykiatrisk syke pasienter. Til tross for dette har kommunen intervjuene ble gjennomført ikke skaffet en ressursperson i kommunen sykepleierne kan henvende seg til.

Sykehjemmene har fått økte medisinske oppgaver, flere utfordringer og større ansvar. En av utfordringene er flere pasienter med behov for palliativ omsorg og kunnskap innen avansert medisinsk behandling. Det innebar også økt bruk av medisinsk-teknisk utstyr. Med utgangspunkt i respondentens erfaringer, virket det som de manglet kunnskap og kompetanse innen palliativ omsorg som anses av respondentene som elementær kunnskap i arbeid med sykehjemspasienter. Sykepleierne ga uttrykk for manglende kompetanse innen lindrende behandling som spesielt var fremtredende blant sykepleiere som arbeidet ved avdeling for demenssykdom. Steindal & Sørbye (2010) fant også at sykepleiere i sykehjem savner kompetanse ved livets slutt og palliativ omsorg. Sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer viser blant annet til at sykepleieren har en plikt til å ivareta pasientens behov for smertelindring og sikre pasientens rett til helhetlig sykepleie (NSF, 2011). En slik praksis hvor sykepleiere mangler denne kunnskapen kan anses som faglig uforsvarlig og kan ha mange negative konsekvenser for pasientomsorg i sykehjem. Sykepleiekompetanse er en forutsetning for god kvalitet innen lindrende omsorg i sykehjem, viser også forskning (Willi & Nyrønning, 2012).

Regjeringens begrunnelse for reformen var blant annet det at helsevesenet i Norge hadde for lite fokus på helsefremmende- og forebyggende arbeid (St.meld. 47, 2008-2009).

Helsefremming og forebygging av sykdom inngår som en del av sykepleiers omsorgsfunksjon (NSF, 2011) og er fastsatt i rammeplan for sykepleiere om at sykepleiere skal etter endt utdanning ha kunnskap om helsefremmende- og forebyggende arbeid. På tidspunktet intervjuene ble gjennomført, så det ikke ut som at sykepleierne var opptatt av forebygging av sykdom. Det kan tenkes at arbeidsoppgaver som eksempelvis medisinske prosedyrer, kommer først i fokus. Dette samsvarer med funn fra helseforskning gjort av Gammersvik og Alvsvåg (2009) som sier «I sykehjem og i hjemmesykepleien vil det være større fokus på mestring av daglige utfordringer over tid» (s. 25). Sett i lys av dette, vil sykepleierne naturligvis ha først fokus på medisinsk behandling og sammen med andre personalet ha fokus på stell, ikke på

grunn av manglende engasjement men på grunn av tidsmangel. Samhandlingsreformen tydeliggjør ikke hvilke kompetanseområder som trenger forbedring (Opsahl et al., 2012). Utsagn fra respondenter gir grunnlag for tolkning om at helsefremmende- og forebyggende arbeid er et av kompetanseområdene som trenger forbedring og er ofte neglisjert i sykehjem og dermed er kompetansepåfyll nødvendig.

En respondent i studien var nyutdannet sykepleier. Hun uttrykte at dagens sykehjem er veldig krevende for nyutdannede sykepleiere med lite erfaring. Hun støttet seg en god del på sine kollegaer og virket «takknemlig» for et godt arbeidsmiljø. Kunnskapsdepartementet i rammeplan for norsk sykepleierutdanning stadfester at nyutdannede sykepleiere skal ha nødvendig kompetanse til å utøve sykepleie til pasienter i alle nivåer i helsetjenesten (Kunnskapsdepartementet, 2008). Rammeplanen som ble utarbeidet i 2008 skal sikre en enhetlig nasjonal minstestandard, men respondentens utsagn viste at rammeplanen ikke ivaretar nyutdannede, slit at de opplever å være tilstrekkelig forberedt for å arbeide med sykehjemspasienter. I dag forventes det at sykepleiere i sykehjem skal inneha kompetanse innen komplekse områder, og samtidig kunne arbeide uten at lege er tilstede i avdelingen. Det kan tolkes slik at rammeplanen som er framstilt i 2008 ikke har tatt i betraktning at kompetanseforventninger til sykepleiere i sykehjem er mye høyere og komplekse i dag enn da rammeplanen ble utarbeidet.

Orvik (2004) løfter frem at målet i alle helsetjenester bør være god praksis. Han trekker frem at god praksis er noe mye mer enn bare faglig forsvarlighet og minste standard, som fra en juridisk side er et minimumskrav. Fra respondentenes utsagn om utilstrekkelig kompetanse og lav og «inadekvat» bemanning, er dagens praksis i grenseland der fare for å ikke oppfylle det minste kravet er stort. Han har også sett på tid som konfliktpunkt i helseorganisasjoner. Han poengterer at tilstrekkelig tid og personale er kravene for å oppnå individualisering i eldreomsorgen. Mangel på kliniske ferdigheter i kombinasjon med stress og høy arbeidsbelastning førte til at sykepleierne i studien opplevde stressfylt hverdag. De sa noe om at en del innkjøringsproblemene var bundet til kompetansemangel samt mangel på adekvat utstyr. Fåfall av respondentene rapporterte tilstrekkelig kompetanse å ta seg av pasienter som kommer fra sykehus men at andre forhold som samarbeid med sykehuset bidrar til at sykepleie til pasienter som kommer fra sykehuset ikke var optimal. Dette sammenfaller ikke med forskningen som sier at hver syvende eldre blir lagt inn igjen i sykehus, som oftest pasienter med kroniske lungesykdommer og pasienter med hjertesvikt fra sykehjem hvor

unødvendige reinnleggelser skyldes for svak behandlingskvalitet i sykehjem (Kunnskapssenter, 2015). Det kan derved konkluderes at reinnleggelser kunne vært unngått hvis sykehjemmene kunne utføre faglig forsvarlig pasientbehandling i sykehjem. En annen konsekvens av lav bemanning og utilstrekkelig kompetanse blant sykepleierne er respondentenes opplevelse av utilstrekkelighet og mangel på kontroll og tid, slik flere studier viser (Hallin & Danielson, 2006; Carryer et al., 2010).

Kompetanse innen demensomsorg er ofte krav ved avdeling som er spesialisert seg for demens. Men kan en avdeling kalles for «bare» somatisk når det er kjent at 80 % av sykehjemspasienter lider en form av demenssykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Slik jeg ser det er det ganske alvorlig å jobbe i kommunehelsetjenesten uten å ha kompetanse i demensomsorg. Det kan derfor settes spørsmål om hvorfor ledere ikke tilrettelegger mer for opplæring i kognitiv svikt; enten i form av kurs eller videreutdanning.

Videre viser funnene at sykepleiernes kompetanse ikke kan erstattes med annet ufaglært helsepersonell. Det kan forstås som at høyt antall ansatte per vakt er ikke proporsjonelt med høy faglig kvalitet. Dette støttes av Paulsen et al. (2004) sin studie som hevder at en økning i antall ansatte vil ikke nødvendigvis medføre en tilsvarende økning i kvalitet. Derimot viser en studie at høyere sykepleierbemanning relateres til bedre pasientomsorg i sykehjem (Dellefield, et al. 2015). Avdelingen for korttidsopphold har erstattet flere hjelpepleierstillinger til sykepleierstillinger. På den måten har de bidratt til bedre sykepleierbemanning og høyere kompetanse i avdelingen. Andre sykepleierne beskrev en hverdag der de ofte er alene i avdelingen, uten andre sykepleiere å konferere med. Slik de fortalte, så hadde ikke problemet vært løst ved å leie inn en pleier til, men å erstatte de med en sykepleier. Derimot mente sykepleierne ved demensavdelingen at ved å leie inn annet faglært personell som kunne avlaste sykepleierne, kunne de ta seg av sykepleieroppgaver istedenfor å bli opptatt med oppgaver andre enn sykepleier kunne ha tatt seg av. Bemanningen ved alle de tre avdelingene kan derfor anses som marginal og at sykepleiekompetanse ikke kan kompenseres med flere «hender».

Haukelien et al. (2009) poengterer i sin prosjektrapport at organisasjoner tvinges til å øke kompetansen. Det vil si at ansatte må øke sin kompetanse til enhver tid og brukes til å fremme organisasjonens mål, og har liten verdi hvis organisasjon ikke utnytter deres kompetanse. Det tyder på at sykepleie som profesjonskompetanse blir ikke brukt der det trenges mest. Dette

kan skyldes en organisatorisk svakhet og lite tilgang til kompetent arbeidskraft. En respondent påpekte at det er viktig at sykepleiere beholder noe hun kalte for «stillefunksjon» for å kunne gjøre de riktige vurderinger og at det er viktig å ha flere sykepleiere på avdelingen slik at man har tid til å utføre grunnleggende sykepleieoppgaver som stell og pleie og ha tid til mer særegne sykepleieroppgaver. God omsorg er ikke bare fagkunnskaper, mener Alvsvåg (1997). Hun hevder at pasienter opplever trygghet i større grad når de som utøver hjelp har både fagkunnskap og varme; når de tilbyr seg å gjøre noe helt uforventet og som er mer enn et minimumskrav. Slik jeg tolker utsagn fra respondentene, er det umulig å vite hva en pasient behøver hjelp til hvis man ikke bruker tid under stell men bare ha fokus på medisinsk-tekniske oppgaver. Med bakgrunn i dette er derfor like viktig at sykepleieren er med på alle oppgaver, men det forutsetter bedre sykepleierbemanning ved norske sykehjem.

En viktig del av felleskompetanse i en organisasjon er evnen til å utnytte enkeltpersonens kompetanse på en best mulig måte (Orvik, 2004). Sykepleierne som hadde videreutdanning eller lang erfaring knyttet til et fagområde mente at deres kompetanse ikke ble utnyttet fordi det ikke var rom og tid til i avdelingen. På bakgrunn av dette kan det tolkes at deres kompetanse ikke blir utnyttet fullt ut grunnet travel hverdag og for mange pasienter sykepleierne hadde ansvar for.

Respondentene ved avdelingene som ble intervjuet uttrykte et behov for flere spesialsykepleiere, særlig i de fagområdene som er nevnt i samhandlingsdokumentet, og da særlig de nye pasientgrupper kommunen er ansvarlig for. Sykepleiere ved korttidsavdeling fortalte om «sykehuspreg» på avdelingen, med mye av de samme avanserte oppgavene som på et sykehus, men erfarte samtidig mangel på nødvendig utstyr for å kunne utføre de. Det er tydelig at sykepleiernes hverdag er mer krevende nå enn før og er spesielt utfordrende. Dette bekrefter et utsagn fra en nyutdannet sykepleier. Hun la spesiell vekt på kompetansebehov innen avansert behandling. Med dette mente hun kunnskap om mange forskjellige prosedyrer som bruk av VAP, CVK og annen intensiv behandling.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere vektlegger sykepleiernes evne til å erkjenne grensene for egenkompetanse og praktisere innenfor disse (NSF, 2011). Kultur for dette i avdelingene som ble intervjuet var å gi beskjed til ledelsen når sykepleierne mente de ikke hadde riktig og tilstrekkelig kompetanse til å ta seg av pasientene. Funnene i studien viser at sykepleierne særlig opplevde utrygghet når tilgang til kompetansesilder er både manglende i

avdelingen og i kommunen. Kommunen burde uten tvil ansette ressurspersoner innen aktuelle satsingsområder noe som ikke var tilfelle på tidspunktet studien var gjennomført.

6.1.1 Forhold mellom behov og tilgjengelig bemanning i sykehjem

Sykepleierne ved alle tre avdelinger rapporterte at pasientens bistand- og omsorgsbehov i dag omhandler medisinsk faglig hjelp i en større grad enn før. Dette har bidratt til travle arbeidsdager og sykepleiernes følelse av utilstrekkelighet. Vike et al., (2002) refererer til dette som «ansvarsoversvømmelse» og sier at sykepleie som profesjonskompetanse i langt større grad merker organisasjonsendringer og håndterer mange uforutsette konsekvenser av at sykehjem har fått ansvar for behandling av flere pleieintensive pasienter. Sykepleierne løste slike uheldige konsekvenser med at de jobber på en mer effektiv måte og dermed intensiverer sitt arbeid.

I tråd med funnene i studien førte travlere hverdag og flere kompliserte arbeidsoppgaver til at risikoen for å gjøre feil, og ta feil vurderinger øker. Det er tydelig at sykepleierne får mindre tid til hver enkelt pasient, og at de føler at de ikke strekker til. En kan si at selv om samhandlingsreformen handler blant annet om effektiviseringstiltak, helsetjenestens omorganisering og bedre økonomiske rammer for kommunehelsetjenesten, tyder det på at utilstrekkelighetsopplevelsen blant sykepleiere bare har økt. Dette sammenfaller med undersøkelsen Vike et al., (2002) gjorde om utilstrekkelighetsfølelse blant sykepleiere. Respondentens utsagn sammenfaller med funnene fra tidligere forskning som viser blant annet at økt krav om effektivitet bidro til mistriivsel og dårlig arbeidsmiljø (Hallin & Danielson, 2006).

Sykepleierne i studien forteller at deres ansvar og arbeidsoppgaver sjeldent kan overlates til andre faggrupper. I tillegg er det ikke sjeldent at arbeidsoppgaver til andre faggrupper som leger og fysioterapeuter overtas av sykepleiere. Vike et al (2002) støtter dette og sier at sykepleiere ofte satt med andre oppgaver i tillegg til sine. Han forstår dette som at sykepleiernes arbeidskraft kan konverteres til mye og er fleksibel. Dette sammenfaller med funnene i studien hvor sykepleierne ofte satt med sosionomenes og ergoterapeutenes oppgaver på overtid.

Kompetanse- og bemanningsbehov har alltid vært et problem i sykehjem. Det ser ut som at myndighetene ikke har hatt en klar plan for hvordan sykehjemmene og kommunene skulle møte dette behovet i et reformert helsevesen, selv om disse problemstillinger har vært til stede før samhandlingsreformen trådte i kraft (Paulsen et al., 2004). Det var tydelig at korttidsavdelingen hadde bedre forutsetninger enn andre sykehjemsavdelinger fordi de allerede hadde ansatt flere sykepleiere mens andre avdelinger fortsatt slet med sykepleierbemanningen. Det er derfor viktig å nevne at kompetanseheving er like viktig hos de andre profesjoner som hos sykepleiere. Noe som for øvrig sammenfaller med tolkningen til respondentene. Sykepleierne ved avdelingene mente at stresset og utfordringer bunner i bemanningsproblemer; at de står ofte alene på kveld og helg. Sykepleierne ved demensavdeling uttrykte bekymring og mente at konsekvenser av lav sykepleierbemanning er fare for medisinerings av pasientens atferd istedenfor bruk av miljøterapi. Det kan tenkes at ledelsen ved avdelingene ikke har sørget for å ansette flere sykepleiere, men bruker helsefagarbeidere og assistenter istedenfor. Avvik mellom planlagt og faktisk bemanning i kommunehelsetjenesten var kartlagt flere ganger de siste årene, både før og etter samhandlingsreformen. På grunn av at kommunehelsetjenesten ble pålagt flere oppgaver og økonomi ble ytterligere presset, kan det tolkes at bemanningsproblemer blir større og derved avviket forsterkes (Gautun, 2012). Myndighetene setter fokus på demografisk utvikling og hvordan ville det påvirke behovet for faglig personell. Det er ikke tvil at demografisk utvikling vil føre til flere utfordringer med rekruttering av helsepersonell, men arbeidsforhold og satsing på kompetanse påvirker rekruttering av helsepersonell i sykehjem i minst like stor grad.

Bare en avdeling i min studie har gjort om hjelpleierstillinger til sykepleierstillinger. Respondentene sier også at rekrutteringen av sykepleiere til sykehjem har vært problematisk og at det ofte er få søkere. Det er forøvrig lav status å jobbe på sykehjem (Gautun, 2012) og det kan bety at rekrutteringsvanskene skyldes dette. I samhandlingsreformen poengteres det at behovet for helsepersonell vil øke kraftig frem mot 2030 som kan tyde på at regjeringen har målbevisst valgt å ikke ta disse utfordringene på alvor. Man kan konkludere med at kommunene, særlig sykehjemmene har i liten grad økt bemanning og styrket kompetanse før og etter implementering av samhandlingsreformen. Haukelien et al. (2009) beskriver dette problemet i sin rapport og sier at dagens helseorganisasjoner trenger flere fagutøvere (helsefagarbeidere og sykepleiere).

Samhandlingsreformen skulle etter 2012 sikre en bærekraftig helsetjeneste med god kvalitet (St.meld.nr.47, 2008-2009). Det kan derfor stilles spørsmål om hvorfor myndighetene ikke har sørget for bedre allerede svak sykepleierbemanning i sykehjem. Riksrevisjonen (2015-2016) fastslår at kapasiteten i kommunehelsetjenesten i liten grad har blitt styrket til tross for at kommunene bruker mer penger på pleie og omsorg i 2014 sammenlignet med i 2010. Mangel på sykepleiekompetanse er ikke en ny problemstilling i det norske helsevesen og man kan derfor undres hvorfor myndighetene ikke har sørget for bedre sykepleierbemanning i sykehjem før 2012. Samhandlingsreformens formål med å flytte ansvaret fra sykehus til kommuner påvirket sykehjem i stor grad. Med dette ansvaret kom et økt behov for flere sykepleiere i sykehjem. Per 2016 har Norge 428 kommuner (Fylkes- og kommuneoversikt, 2016). Selv om samhandlingsreformen ble implementert i 2012, har 275 kommuner etablert kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud per august 2014 (Riksrevisjon, 2015-2016). Man kan derfor tenke at i kommuner som ikke har Ø-hjelp som kommunen studien ble gjennomført i, vil pågang og belastning i stor grad være flyttet over til sykehjem.

Respondentene mente at dårlig sykepleierdekning har hatt konsekvenser for omsorgskvalitet, behandling og pleie av pasienter. Respondentene kom stadig tilbake til bemanning og det at de ofte er alene på vakt; av og til på flere avdelinger selv om behovet sier at det skulle vært flere. En slik bemanning hvor sykepleierne ofte var alene på vakt betydde at sykepleieren hadde medisinsk ansvar for alle pasienter. Det forutsetter at sykepleieren har høy nok kompetanse til å ta seg av alle oppgaver. Mange respondenter opplevde utrygghet knyttet til å være alene, uten andre å konferere med. De sa *«det er vanskelig å framstå rolig når man selv er utrygg»*. Man kan tenke at pasienten kanskje ser at sykepleieren er utrygg i sin jobb. Det sies at pasienten påvirkes i stor grad uten ord, som oftest ting vi ikke er klare over hva vi formidler (Alvsvåg, 1997). Som regel er det slik at sannheten ikke kan unngås fordi kroppsspråket er vanskelig å skjule, mener Vike et al. (2002). Pasientene kan miste tillitt til sykepleiere som kan ha konsekvenser for samarbeid mellom den som trenger hjelp og den som yter hjelp. Dette kan føre til at til at profesjonene kan tape tillit fra folket som vil tvinge staten å gripe inn overfor profesjonene (Alvsvåg, 1997).

Enkelte avdelinger ved sykehjem leier ikke inn personell ved sykdom. På den måten pålegges sykepleier som er igjen på vakt å jobbe hardere og fortere, som tidligere nevnt. Det er også dokumentert av Ingstad (2010) som mener at slike arbeidsforhold tvinger sykepleierne å utvikle en mestringsstrategi for å kunne håndtere motsetningene mellom sykepleiers idealer

og manglende ressurser. Det viste seg at ettermiddagene og helgene er mest utfordrende med tanken på sykepleierbemanning og på grunn en slik utilstrekkelig dekning er sykepleierne ofte tvunget til å ha bakvakter i andre avdelinger (Vike et al., 2002). Dette samsvarer med funn i studien hvor sykepleierne ofte hadde ansvar for pasienter i terminalfase på en annen avdeling. Bemanning ved sykehjem har vært et kjent problem i kommunale helsetjenester over lengre tid. Problematikken støttes av Helsetilsynet (2011) sin samlede utredningsrapport som omhandler også spørsmål ved hvordan man hatt sett for seg at man skal øke bemanningen og tiltrekke seg bemanningen man behøver, hvis det i utgangspunktet er et problem å få tilstrekkelig fagpersonale. Denne problematikken ble ikke løst på en god måte på daværende tidspunkt, men heller med brannsløkkingstiltak ved at sykepleiere ble pålagt å ha både ansvar for egne pasienter og i andre avdelinger. Stort ansvar førte til sykepleierne ofte følte de ikke strakk til noe som gjorde at de gikk hjem med mye dårlig samvittighet men også til at optimal pasientomsorg ble betydelig redusert. Statens helsetilsyn har i sin tilstandsrapport i 2005 belyste at eldre ikke får innfridd lovfestede rettigheter til pleie og omsorg av god kvalitet (Tingvoll og Sæterstrand, 2007). På det tidspunktet intervjuene ble gjennomført, hadde mange sykepleiere sittet med en opplevd lav mestringsfølelse og udugelighet ovenfor pasienter som trengte hjelp. Med utgangspunkt i dette, kan det tolkes som det er lite eller ingen tilrettelegging for at sykepleiekompetansen skal være optimal i avdelingen. Dette vedrører også pleien til terminale pasienter og dette kan tyde på mangel på organisatorisk kompetanse og besparingstradisjon i avdelingen.

Sykepleiere har ofte ansvar for veldig mange pasienter. Vike et al. (2002) sier at forhold mellom antall beboere og antall pleiere generelt tyder på at arbeidsmengden kan være stor, spesielt på kveld og helg. Antallet pasienter er ofte større enn det som virker praktisk mulig å utøve sykepleie på en faglig forsvarlig måte og det sykepleiere opplever som etisk riktig. Det kan tolkes slik at sykepleiernes kompetanse er det som avgjør hvilke oppgaver som blir prioritert og støttes av Haukelien et al. (2009). For å rekke over alle oppgaver, velger sykepleiere å prioritere og å kutte ut oppgaver som oppleves som mindre viktige. De kompenserer med å løpe fortere og bruke mindre tid hos hver enkelt pasient. Dette innebærer som tidligere nevnt intensivering av sykepleiernes arbeidsinnsats som igjen fører til en opplevelse av utilstrekkelighet (Vike et al., 2002). Han forstår følelse av utilstrekkelighet blant sykepleiere som en personlig belastning i møte mellom myndighetens krav om å yte mer og pasientens konkrete bistandsbehov og han kaller dette for internalisering av et organisatorisk problem. Dette kan føre til flere problemstillinger knyttet til identitets- og

lojalitetsproblem hos en sykepleier som opplever belastningen av organisatoriske grenser. Det forventes at sykepleierne er lojale mot arbeidsplassen men også mot pasienten. De kjemper mot dårlig samvittighet og prøver samtidig å rekke alle sine oppgaver på kortere tid. De stilles ofte i en ubekvem situasjon der de må velge hvem de skal være lojale mot (Vike et al., 2002). En slik situasjon vil ikke være lett å løse da de er like vanskelig å knytte sin lojalitet mot ledelsen og institusjon eller velge å støtte pasienten fullt ut og representere pasienten overfor ledelsen og myndighetene. Sykepleierne i studien stod ofte ovenfor et slikt dilemma og opplevde maktløshet.

Sykepleierne fortalte at de ønsket å rekke overalt, men at de ikke hadde tid til det. De følte helhetlig ansvar for pasienten, men hadde kun mulighet til å ta seg av det viktigste. De sto medisinsk ansvarlige for pasienten og stell. Dette støttes av Vike et al. (2002) som sier at ideelt sett vil sykepleiernes ansvar omfatte å ta seg av pasientens fysikalske, psykiske, åndelige og sosiale behov. Min tolkning av respondentens utsagn er at de hadde ofte fokus på det fysikalske og medisinsk behandling men har lite tid til alt annet. Dårlig sykepleierdekning kan skyldes dårlige organisatoriske strukturer for kompetanseheving i kommunene. Det andre aspektet kan kanskje være besparingskultur og rekrutteringsvansker i norske sykehjem. Forbedring av omsorgstilbud er mulig bare hvis kompetanse anses som er viktig faktor; når sykepleiere for mulighet til videreutvikling.

Formell kompetanse var noe respondentene var opptatt av men følte kommunen ikke tilrettela for. Selv om det ikke var store forskjeller mellom antall sykepleiere med videreutdanning, var det klart at ved demensavdelingen hadde sykepleierne utviklet en god erfarings basert kunnskap om demenssykdom. Derimot virket det som at sykepleierne ved korttidsavdelingen hadde bedre forutsetninger når det gjelder sykepleie til pleieintensive pasienter. Det virket som at de har taklet samhandlingsreformens endringer bedre enn andre avdelinger fordi de har hatt faglig krevende pasienter spesielt med fokus på palliativ pleie og kunnskap om flere medisinske prosedyrer.

Min tolking av situasjonen er at sykehjemmene har stort potensiale for å forbedre kompetansen til sykepleierne. Uten tilstrekkelig kompetanse blant sykepleiere og andre ansatte i sykehjem kan tjenesten erfares som en tjeneste av lav verdi, kvalitet og effektivitet. I neste del vil jeg se nærmere på læringsmuligheter i sykehjem og hvordan samhandlingsreformen utfordrer læring blant sykepleiere.

6.2 Læring blant sykepleiere påvirkes av arbeidsmiljø, sykepleiernes evne til selvoppdatering og ledelsens strategi for tilrettelegging for læring i avdelingen.

Funnene viser at sykepleierne lærte mest i felleskap, noe de kalte for «læring av hverandre» når det oppsto situasjoner de trengte mer kunnskap om. Dette anså respondentene som det viktigste måten å lære på. Fokus for læring blant sykepleiere i sykehjem var ferdigheter som kunnskap om prosedyrer, medisinsk utstyr og medisinsk behandling. Respondentene beskrev det som å spille på hverandres ressurser og at det var den måten de komme til løsninger. Dette støttes også av Orvik (2004) som hevder at kompetansen er først og fremst felles og kollektiv og er av stor betydning for praksisfelleskap og Filstad (2010) som sier at læring i organisasjoner er en del av og skjer gjennom «hverdagsaktivitetene». Brenden et al. (2011) har kommet frem til at læring mellom kollegaer er den mest brukte form for læring i sykehjem. Sykepleiernes arbeidsmiljø tolkes som trygt, og at det var høyde for ulikheter og behov for kunnskapsformidling. Funnene beskriver et arbeidsmiljø der de ansatte hadde en positiv holdning til det å bruke hverandre for læring, og dette støttes av funn i forskning (Brenden et al. 2011).

Respondentene i studien hadde fokus også på individuell utvikling og utvikling av sykepleiere i avdelingen som gruppe. Det kan tolkes slik at sykepleierne anser læring som en blanding mellom individuell læring og som noe sosialt og felles. Dette støttes av Illeris (2004) som sier at læring innebærer både individuelle og sosiale prosesser. Han påpeker også at den påvirkes av organisatoriske strukturer i stor grad. Det kan videre beskrives som en relasjon mellom situert læring i en bestemt sammenheng og læring i den enkelte individ (Dysthe, 2001; Illeris, 2004). Kunnskap og læring er relatert til kultur og det felleskapet en sykepleier hører til. Fra et sosiokulturelt perspektiv er læring kontekststøttet (Dysthe, 2001). Kontekst der sykepleiere utøver gitt fag er blitt drastisk forandret etter 2012, derved også læringsbehov. Mitt utgangspunkt er endringer i sykehjemmets kontekst ikke ble fulgt opp med hensyn til dagens behov for læring grunnet formelle og organisatoriske strukturer/hindringer.

Utsagnet til den nyutdannede sykepleieren sier at den største kilde til kunnskap fra hennes perspektiv er kollegalæring, vil dette bety at læringen primært skjer gjennom sosial deltakelse, nemlig mellom kollegaer i avdelingen. Wenger (2004) kaller dette for situert læring. Han sier videre at nyutdannede sykepleiere ikke er legitime medlemmer i praksis felleskapet med engang, men at de vil mestre stadig flere sykepleieoppgaver ved hjelp av sine kollegaer. Dette

sammenfaller med erfaringen til den nyutdannede sykepleieren som påpekte at det er viktig å ha gode kollegaer å rådføre seg med. Sett i lys av dette kan situasjonen tolkes som kritisk siden erfarne sykepleierne rapporterer manglende kompetanse i arbeid med sykehjemspasienter etter samhandlingsreformen og hovedkilden til kunnskap for den nyutdannede sykepleieren er kunnskapsutveksling med sine kollegaer. Det kan konkluderes med at sykehjem ikke er riktig arbeidssted for nyutdannede sykepleiere da oppgavene kan tolkes som avanserte for allerede erfarne sykepleiere.

Respondentenes syn på læring i sykehjem er at det forventes at organisasjon tar ansvar for tilrelegging av kompetanseutvikling. Mulighetene for læring i sykehjem er lave og skjer i hovedsak gjennom kurs, ifølge respondentene. Det var få kurstilbud og de var ikke rettet mot aktuelle satsingsområder. Få sykepleiere får lov å dra på kurs og kursene ofte er irrelevante og samsvarer ikke med det sykepleierne har behov for å lære. Dette tilsvarer med forskningsfunn som sier at kurstilbudet til sykepleiere som jobber på sykehjem er mangelfullt og av tilfeldig natur (Brenden et al., 2011). Tilfeldige kurstilbud og ikke eksisterende kartlegging av kompetansebehovet kan skyldes dårlig organisering og manglende strukturer for kompetanseutvikling (Brenden et al., 2011; Orvik, 2004; Josefsson et al., 2007,2008). I tillegg til dårlig organisering påpekes det at kunnskap ikke kan overføres med beskrivelser alene, slik det ofte skjer på kurs. Det er nødvendig å implementere eksempler og instruksjon for at kunnskap skal overføres. Det kan derfor argumenteres at kurs og foredrag som formidles teoretisk styrker bare påstandskunnskap og er nødvendig forutsetning for å kunne utføre praktiske prosedyrer. Påstandskunnskap alene er ikke nok for at prosedyren blir utført på en tilfredsstillende måte (Kristoffersen, 2011). Det kan derfor tolkes som at sykehjems ledelse satser på å øke påstandskunnskap blant ansatte fordi det er økonomisk gunstig, mens å øke kunnskap gjennom praktisk deltakelse i tillegg til kurs vil innebære bruk av mer tid og flere økonomiske midler.

Personalgruppens sammensetning vil være av stor betydning for muligheten for kompetanseutvikling og bidrar til at sykepleierne har tilgang til faglig støtte og mulighet for å lære i praksisfellesskapet (Wenger, 2004). Avdelingene hadde betydelige forskjeller i fagkompetanse mellom sykepleierne som arbeidet ved avdelingene. Hvilken type utfordringer sykepleierne vil erfare er også avhengig av sykepleiernes formelle og uformelle kompetanse. Sykehjemstjenesten er avhengig av å ha en personsammensetning med faglig kompetanse for å kunne utføre tjenester av høy faglig kvalitet (Thidemann, 2005). Tabellene presentert i kap.4

viser at få sykepleiere hadde relevant videreutdanning. Mangel på relevant utdanning og erfaring tyder på at et kompetanseløft er nødvendig i eldreomsorgen.

Mobile team fra sykehuset, for eksempel palliativt team og ambulerende team, er blitt referert til som gode kunnskapskilder for sykepleierne. Ambulante team er sykehussteam som arbeider utenfor sykehusene (de Vibe, 2009). De fleste var veldig fornøyde med tilbudet og mente at de ved besøk av disse mobile tjenestene lærte mye. Sykepleierne fikk hjelp med aktuelle problemstillinger raskt; mottak av sykehuspasienter, palliative pasienter med behov for avansert smertelindring og andre mer sjeldne diagnoser. Ved en slik opplæring kan sykepleiere se selv hvordan de skal gjøre ting og ofte prøver de å utføre en prosedyre selv; da utvikler de ferdighetskunnskap som utvikles gjennom erfaring og refleksjon (Kristoffersen, 2011). Tiltaket med opplæring fra mobile team fra sykehus bidro til at respondentene mestret prosedyrer de før ikke hadde ved avdelingene. Selv om sykepleierne erfarte godt samarbeid med palliativt team eller ambulerende team fra sykehuset, nevnte ikke respondentene mobile team knyttet til for eksempel psykiatri. Det er undrende hvorfor var ikke et slikt tiltak iverksatt før reformen var implementert, særlig fordi sykehuset hadde mobile team som bisto sykehjem i kommuner før 2012.

Kompetanseutvikling ved de tre avdelinger er først og fremst erfarings basert. Man vil få høyere kompetanse over tid. Det støttes også av Thidemann (2005) sin studie som konkluderer med at sykepleierkompetansen tilegnes over tid. Sykepleierne har også trukket frem positive ting med samhandlingsreformen. En av de sa at flere utfordrende medisinske oppgaver ikke bare er negativt for kunnskapsutvikling. Flere utfordringer, betydde også at sykepleierne hadde flere muligheter å lære noe nytt. Det støttes av Filstad (2010) som fant at et godt arbeidsliv for sykepleierne betydde også utfordrende oppgaver og kunnskapsutvikling på arbeidsplassen. Dette støttes av Lai (2004) som sier at organisasjonens egenskaper som omgivelser, økonomi, teknologi, arbeidsmiljø og organisasjonens strukturer påvirker læringsmuligheter. Uttalelsen kan tolkes som at sykepleierne var motiverte for å lære, men at tilrettelegging for læring i sykehjem var mangelfull.

Ansvarsfordeling og endret økonomistyring har, ifølge respondentene, hatt en negativ virkning på læringsmuligheter. Organisatoriske hindringer som var der før samhandlingsreformen trådte i kraft er mer fremtredende nå enn før. Respondentene rapporterte fortsatt manglende læringsmuligheter, og flere utfordrende oppgaver. Reformen ga

sykepleierne et større ansvar for pasienter med kols, diabetes, kreft, rusmisbrukere og pasienter med psykiske lidelser (St.meld. 47, 2005-2006). Under fokusgruppeintervjuene kom det til uttrykk at kurstilbudene ikke ble rettet mot disse pasientgruppene. For å kunne sikre virksomheten og enkelte medarbeider nødvendig og riktig kompetanse, er kompetanseutvikling et sentralt virkemiddel (Lai, 2004). Hun fremhever forskjell mellom kompetanseheving som betyr å heve kompetansen som allerede finner i avdelingen og kompetanseutvikling som betyr å skaffe ny kompetanse. Hun påpeker videre at det blir feil hvis helseforetakene bare satser på kompetanseheving fordi kompetansen sykepleierne har kanskje ikke er forenelig med kompetansekravene. Kurstilbud ved avdelingene bidro ikke til økning av respondentens kompetanse på nevnte sykdomsgrupper og betydde at helseforetak ikke har møtt endrede kompetansekrav med planmessig satsing på kompetanse (Lai, 2004). Hun definerte kompetansestyring som planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak for å sikre organisasjonen og den enkelte medarbeider nødvendig kompetanse for å nå forhåndsdefinerte mål (Lai, 2004). Studien viser at kommunen de jobbet i ikke hadde kartlagt sykepleierens kompetanse og behov for ny kompetanse i avdelingen. Hensikten av kartleggingen hadde være å avklare kritisk kompetansebehov for virksomheten (Lai, 2004). Ledelsen ved avdelingene hadde tydeligvis fokus på kompetanseheving og ikke på kompetanseutvikling som kan ha negative konsekvenser for sykepleierkompetanse og pasientomsorg.

Sykepleierne var opptatt av kompetanseheving ikke bare er viktig blant sykepleiere, men også hjelpepleiere/helsefagarbeidere og assistenter. De sa at kompetansemangel blant helsefagarbeidere påvirker samarbeid i avdeling og oppfølging av pasienter, spesielt når det er få sykepleiere på jobb. Kompetanseutvikling blant annet helsepersonell i sykehjem er like viktig av flere grunner. Både sykepleiere og helsefagarbeidere/assistenter er i direkte kontakt med pasientene. Det er ofte flere «pleiere» enn sykepleiere ved avdelingen og mange oppgaver utføres uten sykepleierne tilstede. Helsepersonelloven (1999) om forvarlighet omhandler alt helsepersonell og ikke bare sykepleiere og pålegger helsepersonell å *«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»*. Loven pålegger dermed at faglært og ufaglært helsepersonell som arbeider med sykehjemspasienter gir forsvarlig hjelp. Med dette pålegges helseforetakene å tilrettelegge for kompetanseutvikling for personell som yter omsorgshjelp i sykehjem. Sykehjemmet, etter min mening, bryter uten tvil loven om forsvarlig hjelp og pleie med hensyn til at sykepleiere

utgjør 24 prosent av den totale bemanningen på hverdager, og bare 15 prosent i helgen i sykehjem (NSF, 2009).

I henhold til Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere har hver enkelt sykepleier et selvstendig ansvar for å holde seg faglig oppdatert (NSF, 2011). Gjeldende lovverk, offentlige utredninger og etiske retningslinjer for sykepleiere sier det skal legges til rette for at alle pasienter, uansett diagnose, skal få den hjelpen de har behov for (St.meld.25, 2005-2006; St.meld. 47, 2009-2010; NSF, 2011). Retningslinjer for kvalitet i pleie og omsorgstjenesten viser at det skal legges til rette for kompetanseheving og utvikling. Kompetanseutvikling og muligheter for læring vil bidra til at sykehjems personell kan yte adekvat omsorg til sykehjemspasienter (Forskrift om pleie- og omsorgstjenester, 2003; Helsetilsynet, 2003; St.meld.25, 2005-2006; Thidemann, 2005). Sykepleierne på sykehjem har med dette også et personlig ansvar for å yte faglig forsvarlig hjelp til alle pasientgrupper. Ansvaret inkluderer en kontinuerlig oppdatering av kunnskap i tråd med pasientenes behov i dagens sykehjem. Mitt utgangspunkt er at lovverket skyver ansvaret for kompetanseutvikling mellom arbeidsgiver og utøver; mellom sykepleier og ledelsen i institusjon. Sykepleierne kan anses som det siste leddet i kjeden, men er likevel kritisert for å ikke anskaffe nødvendig kompetanse på egenhånd. Manglende kompetanseutvikling gjenspeiler etter min mening helseforetakets manglende evne til å tilrettelegge for faglig utvikling. Sykepleiernes egen innsats for faglig oppdatering kan i tillegg til allerede utviklet kompetanseplan bidra til en målrettet og helhetlig kompetanseutvikling.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 8-1 plikter enhver kommune å stimulere til undervisning, praktisk opplæring og faglig utvikling av helsepersonell (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Systematisk fokus på kompetanse og kompetanseutvikling og gode rutiner i sykehjemmene skal sikre at standarden er faglig forsvarlig i forhold til kvalitetsforskriften (Helse- og sosialdepartementet,2003). Strukturelle og faglige endringer som endringer etter oppstart av samhandlingsreformen og som økt krav til spesialisering, stilte profesjonsutøverne overfor nye kvalifikasjonskrav (Jacobsen, 2005). For å sikre pasientene, tjenester av høy faglig kvalitet, har virksomhetene behov for ansatte som er oppdatert og kan faget sitt (Helsepersonelloven, 1999; NSF,2011). Funnene i studien viser tilfeldig kompetanseheving og avslørte manglende strukturert og målrettet kompetanseheving.

Sykepleiernes kompetanse har liten verdi hvis den ikke er utnyttet og anvendt i forhold til avdelingens oppgaver og mål (Lai, 2004). Sykepleierne rapporterer travle dager, men beskrev

at deres kompetanse ikke er utnyttet fullt ut. Ifølge Lai (2004) skyldes dette manglende kompetanseformalisering; at tilgjengelige ressurser ikke ble anvendt til nytte for verken sykehjem eller den enkelte sykepleieren.

Respondentene var enige at sykepleiernes rapporter er meget viktige for praktisk arbeid i avdelingen, kunnskapsutveksling og at det bidro til at sykepleiere var enige hvordan ting skal gjøres, som igjen har bidratt til at avdelingen fungerer bedre. Det viser seg likevel at avdelingene ofte har få og sporadiske møter reservert bare for sykepleiere. Læringsmiljøene, ifølge Illeris (2004) presenterer bare rammer for læring i organisasjoner eller helseforetak. Han sier at læring inntreffer i samspill mellom enkelte medarbeidere og læringsmiljøer. Det kan tenkes at hvis en av de essensielle faktorene ikke er tilstede så vil læringen mislykkes. Sett i sammenheng med funn i studien vil ledenes manglende tilrettelegging for sykepleiermøter hindre kunnskapsutveksling hos sykepleierne. Det kan konkluderes med at når ledelsen ikke tilrettelegger for sykepleiermøter sykepleiere ber om, bidrar det til at læring blant sykepleierne mislykkes.

Sykepleierne beskrev også at lederen har kommet med tilbud om hospitering ved nærmeste sykehus. I daværende stund er det ingen av sykepleierne som har benyttet seg av den muligheten. Årsaken til å ikke benytte et slikt tilbud kan være fordi sykepleierne ikke var nok motiverte til det, eller at tilbudet er tilsynelatende enkelt å benytte seg av, men at mange ikke får fri fra jobb når de ber om det. Det kan stilles spørsmål om hvorfor er hospitering har blitt et tilbud etter at samhandlingsreformen allerede var implementert og ikke som forberedende tiltak da vedtaket om reformen var fattet.

Legen oppgis også som en kilde til kunnskapsutveksling. Legen ble omtalt som viktig ressurs, spesielt at de hadde mulighet å ringe legen da behovet meldte seg. Kunnskapsutveksling med legene på sykehjemmet oppgis som betydningsfull og essensiell læring. Da legedekningen var veldig lav, vanskeliggjorde dette muligheten til å konferere med legen og samtidig gjøre pasientobservasjoner. Legedekning burde, som nevnt i forrige kapittel, vært mye bedre, både med hensyn til pasientomsorg og som en viktig kunnskapskilde for sykepleierne. Samarbeid med legen som er medisinsk faglig ansvarlig for pasientene burde vært et fundament for faglig forsvarlig pasientomsorg. Det kan også bidra til bedre læringsmuligheter blant personalet gjennom faglige diskusjoner og kan bidra til pasientomsorg av høyere kvalitet.

Manglende strukturer for kartlegging av kompetanse og opplæringsbehov viser at læringstilbud i sykehjem er tilfeldige og lite målrettet. Sykepleierne behøver kunnskap og kompetanse knyttet til de nye pasientgruppene som skal etter 2012 behandles i kommunale sykehjem. I neste og siste diskusjonsdel vil jeg se på samarbeid og samhandling mellom sykehjem og sykehus ved overflytting av eldre og kronisk syke pasienter.

6.3 Organisatorisk skjevfordeling av makt fører til dårlig samarbeid og samhandling mellom sykehus og sykehjem.

I 2012 ble det innført en helsereform med bakgrunn i at samhandling mellom tjenestenivåene må styrkes og baseres på allerede manglende samhandling i norsk helsevesen (St.meld. nr. 47, 2008-2009). Grunnet oppgavens begrensede omfang, blir det satt fokus på samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten; herunder samhandling ved utskrivelse av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til sykehjem. Andre erfaringer om samarbeid og samhandling med andre instanser vil derfor bli omtalt i mindre grad i denne oppgaven.

6.3.1 Vi må ta dem imot!

Funnene viser tydelig uklart ansvarsforhold mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Som resultat av en udefinert ansvarsfordeling har samarbeidsvansker ført til at pasientens behov for helhetlig omsorg ikke ble dekket.

Hovedproblemet og fokuset for diskusjonen blant sykepleiere i studien var utskrivelse av pasientene fra sykehuset til sykehjem og problemene knyttet til dette. Grunnen til at pasienter ofte skrives tidlig ut, bunner i samhandlingsreformens direktiv som ga sykehusene mulighet til å skrive ut pasienter mye raskere til kommunene enn før reformen ble innført (St.meld. nr. 47, 2008-2009). Kommunal- og regionaldepartementet (2009) mener at samhandlingsreformen er en god reform for sykehjem. Departementets formening er at når kommunene får flere oppgaver skal de også få flere ressurser til å løse disse oppgavene og Med flere ressurser menes det at kommunene får økt økonomisk hjelp, som blant annet brukes til å skaffe nødvendig kompetanse eller styrke den allerede eksisterende, slik at sykehjem kan møte utfordringer av stadig endrede kompetansekrav. Funnene viser at sykepleierne erfarer for lite ressurser i sykehjem både i form av sykepleierbemanning og for lite ressurser for at deres kompetanse heves og utvikles og på daværende tidspunkt var pasientomsorg i grenseland med faglig forsvarlighet. Det kan tolkes som at ressursene kommunene ble tildelt,

ikke samsvarer med den økonomiske belastningen kommunene fikk etter samhandlingsreformen. Den økonomiske belastningen burde vært undersøkt fortløpende, da dette fører til store konsekvenser for pasientomsorgen. Økonomiske belastninger og organisatoriske hindringer kan ha konsekvenser for pasientens opplevelse av verdighet. Det støttes også av forskning som sier at organisatoriske rammer påvirker pasientens opplevelse av autonomi og verdighet. Organisatoriske strukturer ved sykehjem som ressurser og tid kan øke eller redusere beboernes autonomi og deres muligheter til å leve det livet de ønsker å leve (Heggstad et al.,2014).

Det er fastslått at kommunene skal styrkes ved å blant annet overføre økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter til kommunene (St. meld nr. 47, 2088-2009). Pasientene som overføres til sykehjem er ikke medisinsk ferdigbehandlet; behandlingen fortsetter på sykehjemmene. Fra pasienten ble meldt utskrivningsklar til kommunen var pålagt å finne plass til pasienten gikk det fra 72 til 24 timer. Kommunen får dagsbøter, som for tiden er kr 4505,-, hvis ikke den utskrivningsklar pasient fra sykehuset kan mottas i kommunehelsetjenesten (Kommunal- og Regionaldepartementet, 2011, Helsedirektoratet, 2016). Det tas ikke hensyn til verken kompetansetilgjengelighet i avdelingen pasienten overføres til eller bemanningsproblematikken i kommunene. Det tas ikke hensyn til verken kompetansetilgjengelighet i avdelingen pasienten overføres til eller bemanningsproblematikk i kommuner. Selv om det er nevnt at behovet for arbeidskraft i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene er anslått å øke med 54 000 årsverk fram mot 2030 og 130 000 årsverk fram mot 2050, flytter regjeringen ansvaret for langt flere pasienter til kommunene gjennom samhandlingsreformen (Helsedirektoratet, 2016). Ved at kommunene pålegges et medfinansiert ansvar, ble de også pålagt til å ta ansvar for flere sykere pasienter som har behov for større helsefaglig bistand. Forskning viser at liggetiden på sykehuset har falt kraftig de siste årene fordi helseforetakene følger kravene satt av samhandlingsreformen (Hermansen & Grødem, 2015). Dette støttes av respondentens utsagn i min studie ved de tre avdelingene. Kommunens rolle har blitt endret med at sykehjemmene har fått behandlingsansvar for utskrivningsklare pasienter og ikke bare pleieansvar.

Kortere liggetid på sykehus kan ha negative konsekvenser for pasientomsorg og kan føre til økt dødelighet blant de svakeste pasienter. Studien som er gjort i Sverige viser at personer med brudd som ikke får lang nok behandling fra spesialisthelsetjenesten og blir skrevet ut tidligere enn før, kan assosieres med økt risiko for død og komplikasjoner etter utskrivelse fra sykehus (Nordström, Gustavson, Michaëlsson og Nordström, 2015). Sykehusene har store krav om aktivitetsøkning, det vil si at pasientene skrives ut så fort de mener er mulig. For å kunne avlaste sykehusene ble det satt et krav om at pasienter skrives ut tidligere til kommunene. Dette støttes av helsedirektoratets samhandlingsstatistikk (2013-2014) som forteller at det har vært en økning i antall utskrivningsklare pasienter etter samhandlingsreformen. Redusert liggetid er spesielt forkortet for den eldre populasjonen i Norge, noe som forutsetter at pasienten kan få videre behandling i kommunene. Det sier noe om at det er akseptabelt å overføre eldre pasienter og kronisk syke til sykehjem uten å være sikre på om sykehjemmene har nok kompetanse til å ta seg av pasientene. Det kan derfor tolkes at samhandlingsreformens formål var å dempe etterspørsel etter sykehustjenester og ikke å sikre likeverdig helsetilbud for alle. Reformen har mistet pasientfokus og kan derfor kalles for en diskriminerende reform som har fokus på oppgavefordeling.

Eldre mennesker bruker pleie- og omsorgstjenester i stor grad og er en gruppe mennesker som trolig vil være meget påvirket av samhandlingsreformen. Man kan se at det har vært en nedgang i gjennomsnittlig antall liggedøgn i sykehus per pasient på 80 år og eldre som en direkte konsekvens av samhandlingsreformen. Hermansen og Grødem (2013) mener de økonomiske insentivstrukturene innebygd i samhandlingsreformen i mange tilfeller vil bidra til for raske utskrivelser fra somatiske sykehus for å redusere antall liggedøgn. I tilfeller når kommunene mangler ressurser til å ta imot disse pasientene der det trolig skyldes manglende kompetanse i avdelingen pasienten skrives ut til, fører dette til en økning i antallet reinnleggelsener og at pasientene blir sendt frem og tilbake mellom sykehus og de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Det hevdes videre at en tilpasning av kompetansestruktur og tjenestetilbudet på lengre sikt vil være viktig for å redusere antallet reinnleggelsener, og dermed redusere liggetiden til eldre og kronisk syke pasienter. Ut i fra min erfaringsbaserte kunnskap er tilpasning og organisering av tjenestetilbudet i sykehjem problemstillinger som var kjent lenge før samhandlingsreformen ble innført. Samhandlingsreformen har bare bidratt til at disse problemstillinger er mer synlige nå enn før.

I lys av et økonomisk samfunnsperspektiv er eldreomsorgen satt under den «resultatløse» sykepleien. Eldre pasienter og kronisk syke gjennomgår en behandling og pleie uten at

hensikt er å bli skrevet ut eller bli selvhjulpen (Alvsvåg, 1997). Disse pasientene vil aldri kunne gi noe tilbake til samfunnet; i form av arbeidskraft. Selv om samhandlingsreformens intensjon er god, er det tydelig at den er rettet mot kronisk syke og eldre som i dagens samfunn ikke blir prioritert. Alvsvåg (1997) forklarer dette som at omsorg til disse pasientene er *både betingelsesløs og betydningsløs fra et helse- økonomisk perspektiv* og vil bli nedprioritert. Sykepleiere som har valgt å jobbe på sykehjem og sykepleierne som ble intervjuet ønsket å gjøre det beste for pasienten; at sykehjem ikke bare er en oppbevaringsinstitusjon. Idealet er at alle mennesker som bor i Norge skal få likeverdig helseomsorg, og per i dag er det ikke tilfellet. Eldre og kronisk syke som i dag bor på sykehjem er neglisjert og urettferdig behandlet i et av de rikeste landene i verden. Myndighetens løfte gjennom forskrift om en verdig eldreomsorg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010) om at sykehjemspasienter skal følges opp på en faglig forsvarlig måte oppfyller ikke dagens minstekrav. Myndighetene setter fokus på yngre pasienter fordi disse pasientene oppfattes at de har høyere standard for både personlig hygiene og sosiale behov, fordi det er hensikten er å få yngre mennesker tilbake i jobb. Det sier en gang til at myndighetenes ressurser er rettet mot yngre befolkningen som en form for investering (Gautun og Grødem, 2014). Denne situasjonen er på mange måter kritisk; for sykehjemspasienter som risikerer feil behandling, for sykepleie som profesjon som kan miste tillitt fra pasientene og fordi rekrutteringsproblematikken blir enda større i framtiden. Det kan kanskje illustreres med en ond makt-sirkel; myndighetene bruker lovlig politisk makt mot kommunene ved å gi mye makt til sykehusene, der konsekvensen for mennesker som trenger medisinsk hjelp i Norge at de ikke behandles likt. Samhandlingsreformen er preget av New Public Managements⁶ prinsipper (Kassah, Tingvoll og Kassah, 2014). Mange forfattere mener det er uheldig at et helsevesen med bakgrunn i disse prinsippene fordi de er i direkte konflikt med menneskeverd (Vetlesen, 2010).

Funnene viser også at sykepleierne følte at de måtte ta imot utskrivningsklare pasienter selv om de opplevde at det ikke var faglig forsvarlig. De sier at sykehjem generelt ikke har noe å si når det gjelder overflytting av pasienter til kommunen, derfor overskriften «**Vi må ta dem imot**». Sykepleiere skal sikre pasientens rett til helhetlig sykepleie (NSF, 2011). Funnene viser at respondentene ikke har handlet i tråd med yrkesetiske retningslinjer fordi de ikke følte at de hadde noe valg. De viste derimot stort engasjement for å finne løsninger på hvordan de

⁶ New Public Management innebærer reformer etter 1980-tallet innenfor offentlig sektor. Den innebærer nye måter å styre offentlig administrasjonen på og målet er å redusere utgifter, forbedre kvaliteten og øke effektiviteten på offentlige tjenester (Stamsø, 2009)

skal fremme og ivareta pasientens krav og behov for hjelp. De nevnte flere tilfeller der de får kort varsel om ny pasient fra sykehuset og at de ofte ikke har tid til å reagere. Et asymmetrisk maktforhold mellom sykehus og sykehjem fører til at sykehjemmene aldri kan si at pasienten ikke er ferdigbehandlet, men at de må ta disse pasientene imot uansett hvilken kompetanse som er tilgjengelig og uavhengig av om det er lav bemanning på sykehjemmet. I forbindelse med utskrivning av pasienter fra sykehuset oppstår det ofte kommunikasjonssvikt mellom sykehjem og sykehus. Pasienter skrives ofte ut med dårlig eller ingen epikrise. Respondentene nevnte flere eksempler der alvorlig syke pasienter med behov for stor medisinsk oppfølging har kommet uten epikrise, medisinkort eller palliativ plan. Dette gjenspeiles i en studie som finner at samhandling mellom hjemmesykepleien og spesialisthelsetjenesten er basert på bestiller-utfører modellen som fører til mangelfull og usystematisk kartlegging av pasientens bistandsbehov (Tønnessen, Kassah og Tingvoll, 2016). På lik linje med respondentene erfarte sykepleierne i deres studie lite innflytelse og begrenset makt i samhandlingen. Skjev formell maktfordeling i helsetjenesten hvor sykehuslegene entydig bestemmer når pasienten overflyttes til sykehjem uten å inkludere sykepleiere på sykehjem i avgjørelsen, fører til reinnleggelser av pasienter og følelse av avmakt hos sykepleierne. Myndighetene forplikter kommuner og spesialisthelsetjenesten til å inngå avtaler om samhandling. Denne avtalen skal sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester. Myndighetene åpner også for muligheten til at helseforetakene kan inngå særegne avtaler hvis det fører til bedre løsninger for pasienten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Med allerede illustrert skjev maktfordeling kan det tolkes at disse avtalene ikke er til fordel for kommunehelsetjenesten.

Tidlig utskrivelse av pasienter til sykehjem hadde ikke bare negative konsekvenser, ifølge respondentene. Spesielt ved demensavdeling, ble det løftet frem at pasientgruppen burde i størst mulig grad behandles på sykehjem og at sykepleierne selv ønsker å ha disse pasienter «hjem» så fort som mulig. En slik tankegang bunner i at sykepleierne kjenner pasientens sykehistorie grundig og vet hvilke miljøtiltak som fungerer best for vedkommende. Mange av disse pasienter kan ha atferdsvansker og sykepleiere vet at pasienter blir ofte redd og utrygge i ukjente omgivelser og at behandling ofte vil være mindre smertefull hvis den utføres på sykehjem blant kjent personal. Dette støttes av Powers (2001) sin studie som vektlegger at sykehjem for pasienter med demens og deres pårørende ofte anses som et hjem. Dagligdagse etiske problemstillinger knyttet til omsorg til pasienter med kognitiv svikt inkluderer blant annet å lære grensene for intervensjon, bevare integriteten til pasienten og å definere

fellesskapets normer og verdier (Powers, 2001). Lignende finner også Thorvik, Helleberg & Hauge (2014) i sin studie. De konkluderte med at god omsorg for personer med demens er kjennetegnet av at de ansatte alltid er beredt, er fleksible i sin arbeidsform og tilnærming, og har god kunnskap og kjennskap til pasienten. Sett i lys av dette, bør det i størst mulig grad tilrettelegges for at demente behandles på sykehjem i kjente omgivelser. Dette forutsetter imidlertid at sykepleierne har kunnskap og kompetanse om behandlingen som skal utføres. Respondentene erfarte god dialog med sykehuset når demente var innlagt. Tidligere forskning viser at også samhandling om kreftomsorg mellom sykehus og sykehjem fungerer fint. Positive erfaringer bunner i at ikke bare pasienten overflyttes men også kompetanse; ting blir ofte tatt på forhånd - fra nødvendig utstyr til palliativ plan (Tønnesen et al., 2016). Sykepleierne ga tydelig uttrykk for at de har fått mer varierte og spennende oppgaver, noe som har positiv innvirkning på deres arbeidshverdag. Flere spennende oppgaver var dessverre ikke fulgt opp med nok ressurser til å løse oppgavene. Dette støttes av en NOVA rapport skrevet av Gautun og Sysse (2013) som har funnet ut at et flertall av sykepleiere opplevde varierte oppgaver men også stor belastning, tidspress og for lite ressurser til å dekke oppgavene.

Kommunal- og regionalt departementet (2011) hevder at lege- og fysioterapidekningen på sykehjemmene har blitt bedre, og flere av beboerne har fått enerom. Kvaliteten i tilbudet til sykehjemspasienter kan ifølge kommunal- og regional departementet tolkes som forbedret. Det sier ikke om alle sykehjem i Norge har fått bedre legedekning eller i hvilken grad er tilbudet forbedret. Flere sykehjem i Norge har fortsatt tomannsrom, og sykehjemmets tilsynsleger er på sykehjemmet bare noen få timer i uken.

Samhandlingsreformen har endret sykepleiernes arbeidssituasjon og dette er kjent gjennom andre studier (Pedersen & Tingvoll, 2014). Respondentene kom med flere bekymringer om at pasienter ble kasteballer i systemet. Denne situasjonen ble beskrevet med at flere pasienter fikk opphold på noe som anses som å være feil avdeling, der pasientene ikke får den hjelpen og behandlingen de trenger. Det kan tenkes at dette er forårsaket av effektiviseringstiltakene laget av Helse- og omsorgsdepartementet, med bakgrunn i at de endret tidsfristen for dagbøter og på den måten forårsaket en tilfeldig plassering av pasienter, det vil si der det er ledig plass i kommunen.

Videre viser funnene i studien et utfordrende samarbeid med tildelingskontoret (før søknadskontor eller vurderingsteam). Tildelingskontoret vurderer og innvilger korttidsplasser, langtidsplasser og hjemmesykepleie i kommunen. Det kan virke slik at tildelingskontoret er

preget av krav om å øke effektiviteten i kommunen. Krav om effektivitet har hindret optimal samhandling mellom tildelingskontoret og personal ved avdelingene. Det er gitt uttrykk for flere uheldige følger av denne styringen. Negative konsekvenser for pasientene i form av økt belastning ved flere overflytninger grunnet feil tildelt opphold eller for tidlig utskrivelse fra sykehuset fører til hyppigere reinnleggelses og at pasienter møter opp på sykehjemmet uten forvarsel på kveld og helg. Respondentene beskrev at de følte fortvilelse på vegne av pasienter som er feilplassert. De oppfattet det som at tildelingskontoret har ofte fokus på økonomi og at de ikke handler i tråd med faglig forsvarlig praksis. Respondentene var av den oppfatning at tildelingskontoret tok beslutninger på bakgrunn av økonomi som rammet pasientene på en negativ måte, i form av at de ikke fikk ivaretatt sine behov på avdelingen de fikk opphold på. En kultur på demensavdeling er at pasienter skal ha demenssykdom som er dominerende framfor andre somatiske plager; det er avtalt at når pasienten hadde større bistandsbehov i forhold til stell og pleie at de flyttes over til en annen avdeling. Sykepleierne mente at de ikke blir inkludert i avgjørelser om overflytting til en annen avdeling som er bedre egnet, til tross for at de har gitt beskjed om at det påvirker både deres hverdag og pasientomsorgen i avdelingen. Tildelingskontoret har makt og er et beslutningsorgan i kommunen. Sykepleierne har intet annet valg enn å respektere deres begrunnelser og beslutninger ved innleggelse av pasienter på avdelingen til tross for at de ofte er uenige. Funnene i studien viser det er et potensial for forbedring i kommunikasjon mellom tildelingskontoret og sykepleierne ved avdelingene.

6.3.2 Oppsummering av diskusjon

Tilstrekkelig kompetanse og samhandling mellom alle tjenestenivåene er en forutsetning for god og helhetlig pasientbehandling. Derfor er det viktig at alle kjeder i helsetjenester er likestilt (Tjora og Melby, 2013). Problemstillinger nevnt i studien bunner, slik jeg tolker det, i at kommunehelsetjenesten ikke er likestilt med spesialisthelsetjenesten. Konsekvensen er at spesialisthelsetjenesten har for mye makt og at kommunene ikke får nok økonomisk hjelp til oppgavene den er blitt pålagt og tildelt.

Samfunnets demografi endrer seg med et økt antall eldre som er avhengig av samhandling i alle tjenestenivåene. Utredningen gjort av NOU (2005) sier at samhandlingen kan svikte for alle pasientgrupper, men slik jeg tolker dagens situasjon er eldre og kronisk syke de som lider mest. Samhandlingsreformen vil med dette fremheve og ikke utjevne sosiale forskjeller.

7 KONKLUSJON

Studiens formål har vært å belyse sykepleiernes erfaring av egen kompetanse i arbeide med sykehjemspasienter i lys av samhandlingsreformens krav. Samhandlingsreformen ga ingen konkrete anbefalinger om hvilken sykepleiekompetanse som er nødvendig for å realisere samhandlingsreformens intensjoner. Det er tydelig at ikke alle kommuner har rutiner for å kartlegge tilgjengelig kompetanse i kommunen. Funnene i studien viser at kompetansen respondentene hadde på daværende tidspunkt ikke var tilstrekkelig for å imøtekomme reformens krav. Sykepleierne manglet kompetanse innen flere områder: palliativ behandling, demens, psykiatri, helsefremmende og forebyggende arbeid. Et særlig viktig funn er kompetansemangel innen avansert medisinsk behandling.

Samhandlingsreformen utfordrer utdanning med å sette krav for kompetanse. Funnene viser at rammeplan for sykepleierutdanning ikke gir godt nok grunnlag for sykepleiere som ønsker å jobbe i kommunehelsetjenesten på grunn av store kunnskapsmessige utfordringer. Studien viser også at likeverdig helsetilbud som er grunntanken i samhandlingsreformen ikke er nådd. Økonomiske midler er ikke forenelig med økonomiske kostnader kommunene har etter å ha får ansvar for betydelig flere og sykere pasienter.

De kan konkluderes med at myndighetene har ikke gjort forberedelser før implementering av samhandlingsreformen. Mange av problemstillingene kommunene står overfor kunne vært unngått hvis tiltak for å sikre nødvendig kompetanse i kommunene var gjort i forkant av oppstart av reformen.

Helsetjenester i Norge er ikke, etter min mening, likestilt. Samhandlingsreformen førte til et klassesdelt helsevesen hvor eldre mennesker og kronisk syke har mindre betydning for vårt samfunn enn yngre mennesker.

7.1 Implikasjoner for videre forskning

I denne studien har jeg empiri fra sykepleierne. Et forslag til videre studier vil være å undersøke synspunkter om kompetansebehov fra andre faggrupper ved sykehjem. Det kunne gitt en mer helhetlig forståelse av problemstillingen.

Studien ga også en antydning om at nyutdannede sykepleiere ikke er kvalifiserte for å jobbe på sykehjem. Slik jeg ser det bør sykepleierutdanningen revidere rammeplanen slik at sykepleierne etter utdanning kan møte nåværende og fremtidige utfordringer i helsesektoren/kommunehelsetjenesten på en bedre måte.

LITTERATURLISTE

- Alvsvåg, H. (1997). *Sykepleie - mellom vitenskap og pasient*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bing-Jonsson, P.C., Foss, I.C. & Bjørk, T. (2015). The competence gap in community care: Imbalance between expected and actual nursing staff competence. *Nordic Journal of Nursing Research*, 0(0), 1–11.
- Brenden, T. K., Storheil, A. J., Grov, E. K., & Ytrehus, S. (2011). Kompetanseutvikling i sykehjem - ansattes perspektiv. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 1, 61-75.
- Carryer, J., Hansen, C. O., & Blakey, J. A. (2010). Experiences of nursing in older care facilities in New Zealand. *Australian Health Review*, 34, 11-17.
- Danielsen, B. V., & Fjær, S. (2010). Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleien forskning*, 5, 28-34.
- Dellefield, M.E., Castle, N.G., McGilton K. S. og Spilsbury, K. (2015). The Relationship Between Registered Nurses and Nursing Home Quality: An Integrative Review (2008-2014). *Nursing Economics* Vol. 33/No. 2
- De Vibe (2009). Ambulante team. Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/samhandling/metoder-og-verkt%C3%B8y/ambulante-team>
- Demensplan, 2015. «Den gode dagen». Delplan til omsorgsplan 2015. Helse- og departementet. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/HOD/Vedlegg/Omsorgsplan_2015/Demensplan2015.pdf
- Dysthe, O. (2001). *Sosiokulturelle teoriperspektiver på kunnskap og læring*. I Dysthe, O. (red.). Dialog, samspill og læring. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Econ-rapport (2009). Bemanning i kommunal pleie og omsorg. *Utarbeidet for Norsk Sykepleierforbund*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/630604/NSF-188503-v1-Bemanning_i_kommunal_pleie_og_omsorg_2009_1_pdf.pdf
- Forskningsetiske komiteer (2009). *Personvern*. Hentet fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Personvern-og-ansvar-for-den-enkelte/Personvern/>
- Forskrift for sykehjem m.v. (1988). Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1988-11-14-932>
- Fylkes- og kommuneoversikt (2016). Hentet fra <http://www.kartverket.no/Kunnskap/Fakta-om-Norge/Fylker-og-kommuner/Tabell/>
- Gammersvik, A. og Alvsvåg, H. (2009). Forståelse av helsefremming i sykepleie. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, nr. 2 – 2009, 5 årgang

- Gautun, H. (2012). Planlagt og faktisk bemanning i sykehjem og hjemmesykepleien. *Fafo-rapport 2012:05*. Allkopi AS.
- Gautun, H. og Grødem, A.S. (2014). Prioritising care services: Do the oldest users lose out? *International Journal of Social Welfare* ISSN 1369-6866
- Gautun, H. og Sysse, A. (2013). Samhandlingsreformen: Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene imot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene? *Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring NOVA Rapport 8/2013*
Hentet fra http://www.nova.no/asset/6986/1/6986_1.pdf
- Grimen, H. (2008). Profesjon og kunnskap. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 71-84). Oslo: Universitetsforlaget.
- Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper* (2 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hallin, K., & Danielson, E. (2007). Registered nurses' experiences of daily work, a balance between strain and stimulation: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 1221-1230.
- Haukelien, H., Vike, H. & Bakken, R. (2009). *Kompetanse og faglig infrastruktur i helse- og omsorgstjenestene. Evaluering av prosjektet Etter- og videreutdanning i kommunehelsetjenesten (EVUK)*. Telemarkforskning: Sosial- og Helsedirektoratet.
Hentet fra <http://www.tmforsk.no/publikasjoner/filer/1643.pdf>
- Heggestad, A. K. T. Høy, B., Sæteren, B., Slettebø, Å., Lillestø, B., Rehnsfeldt, A., Lindwall, L., Lohne, V., Råholm, M-A., Aasgaard, T., Caspari, S. & Nåden, D. (2015). Dignity, Dependence, and Relational Autonomy for Older People Living in Nursing Homes. *International journal for human caring*. Vol. 19.
- Helsedirektoratet (2012). *Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten. En status-, trend- og behovsanalyse fram mot 2030*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/190/Behovet-for-spesialisert-kompetanse-i-helsetjenesten-en-status-trend-og-behovsanalyse-fram-mot-2030-IS-1966.pdf>
- Helsepersonelloven. (1999). Helsepersonelloven : lov om helsepersonell m.v., vedtatt 2. juli 1999 nr. 64: lov om pasientrettigheter, vedtatt 2. juli 1999 nr 63. I T. FalckPedersen (Red.), *Helse-personell-loven*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helseforskningsloven (2008). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning. Hentet fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44?q=helseforskningsloven>
- Helsetilsynet. (2011). *Krevende oppgaver med svak styring: samlingsrapport fra tilsyn i 2010 med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre* (Bind 5/2011). Oslo: Statens helsetilsyn.
- Helsetilsynet. (2003). *Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud*. Rapport fra Helsetilsynet 10/2003. Oslo: Statens helsetilsyn.
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet (2015). *Samhandlingsstatistikk 2013–14*. Oslo: Andvord Grafisk AS Hentet fra

- <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/798/Samhandlingsstatistik-k-2013-2014-IS-2245.pdf>
- Helsedirektoratet (2016). *Utskrivningsklare pasienter. Kommunenes betaling for utskrivningsklare pasienter som blir liggende på sykehus i påvente av et kommunalt tilbud*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/utskrivningsklare-pasienter>
- Hermansen, Å. & Grødem, A. (2013). Organisert for samhandling? *Sykepleien Forskning*, 8(4), 354-361. doi:10.4220/sykepleienf.2013.0141
- Illeris, K. og samarbeidspartnere (2004). *Læring i arbeidslivet*. Roskilde Universitetsforlag
- Ingstad, K. (2010). Arbeidsforhold ved norske sykehjem - idealer og realiteter. *Vård i Norden*, 30, 14 - 17.
- Jacobsen, D.I. (2005). Organisasjonsendringer og endringsledelse. Bergen: Fagbokforlaget.
- Jacobsen, D.I. (2010). Forståelse, beskrivelse og forklaring. *Innføring i samfunnsvitenskapelig metode for helse- og sosialfagene*. (2.utg). Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Johannessen, A., Tuft, P. A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt.
- Josefsson, K., Sonde, L., & Wahlin, T.-B. R. (2007). Registered nurses' education and their views on competence development in municipal elderly care in Sweden: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 245-258.
- Josefsson, K., Sonde, L., & Wahlin, T.-B. R. (2008). Competence development of registered nurses in municipal elderly care in Sweden: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 428-441.
- Karlsson, I., Ekman, S.-L., & Fagerberg, I. (2009). A difficult mission to work as a nurse in a residential care home - some registered nurses' experiences of their work situation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 265-273.
- Kommunal- og Regionaldepartementet. (2009-2010). Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-1-s-20092010/id580467/?ch=1&q=>
- Kommunal- og Regionaldepartementet. (2011-2012). Kommuneproposisjonen 2013. I. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/b00d0f730e624c1c907bdec626f469cb/no/pdfs/prp201120120110000dddpdfs.pdf>
- Kristoffersen, N.J., Nordtvedt, F. & Skaug, E.A. (Red.) (2011). *Grunnleggende sykepleie, bind 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag
- Kunnskapsdepartementet. (2008). Rammepplan for sykepleierutdanning. Oslo: Kunnskapsdepartementet. Hentet 16.05.2016 fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf
- Kunnskapssenter 2015. Hver syvende eldre blir lagt inn igjen i sykehus. Hentet fra <http://www.kunnskapssenteret.no/nyheter/hver-syvende-eldre-blir-lagt-inn-igjen-i-sykehus>

- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lai, L. (2004). *Strategisk kompetansestyring* (2 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Lave, J. & Wenger, E. (1991). *Situated learning. Legitimate peripheral participation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Melby, L. & Tjora, A. H. (2013). Samhandlingens mange ansikter II. Melby, & A. H. Tjora (Red.), *Samhandling for helse* (s. 13-30). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Molander, B. (1996). *Kunnskap i handling* (2 utg.). Göteborg: Daidalos.
- Nordström, P., Gustavson, Y., Michaëlsson, K. & Norsström, A. (2015). Length of hospital stay after hip fracture and short term risk of death after discharge: *a total cohort study in Sweden*. *BMJ* 2015;350:h696 doi: 10.1136/bmj.h696
- Norsk Sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. -ICN etiske regler Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- NOU. (1995:14). Fylkeskommunale langtisinstitusjoner. Somatiske spesialsykehjem, psykiatriske sykehjem og psykiatrisk privatpleie. Utredning fra en styringsgruppe nedsatt av Sosialdepartementet. 14. februar 1995: avgitt til Sosial- og helsedepartementet 5. april 1995.
- NOU. (2005). Fra stykkevis til helt: en sammenhengende helsetjeneste : innstilling fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon av 17. oktober 2003 : avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 1. februar 2005. I N. F. Wisløff (Red.), (Bind NOU 2005: 3)
- Opsahl, G., Solvoll, B.-A. & Granum, V. (2012). Forførende samhandlingsreform. *Sykepleien*, 100(03), 60-63. doi:10.4220/sykepleiens.2012.0021
- Orvik, A. (2004). *Organisatorisk kompetanse: i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Paulsen, B., Harsvik, T., Halvorsen, T., & Nygård, L. (2004). Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem. STF78A045006: *SINTEF* helse.
- Pedersen, K. R. & Tingvoll, W.-A. (2014). *Samhandlingsreformen under lupen: kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene*. Bergen: Fagbokforl.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (9. utg.) Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Powers, B.A. (2001). Ethnographic Analysis of Everyday Ethics in the Care of Nursing Home Residents With Dementia: *A Taxonomy*. *Nursing Research*: Vol. 50, Issue 6 - pp 332-339
- Rasika, S.J. (2012). Focus groups in nursing research: Methodological perspectives. *Nurs outlook*, 60, 411-416
- Riksrevisjonen (2015-2016). Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. Dokument 3:5 (2015–2016)

- Seymour, J. E., Kumar, A., & Froggatt, K. (2010). Do nursing homes for older people have the support they need to provide end-of life care? A mixed methods enquiry in England. *Palliative Medicine*, 25(2), 125-138.
- Skau, G. M. (2011). *Gode fagfolk vokser: personlig kompetanse i arbeid med mennesker* (4 utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Slettebø, Å., Kirkevold, M., Andersen, B., Pedersen, R., Halvorsen, K., Nordhaug, M., & Nortvedt, P. (2010). Clinical prioritizations and contextual constraints in nursing homes-a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 533-540.
- Speziale, H. J. S & Carpenter, D. R. (2007). *Qualitative Research in Nursing. Advancing the Humanistic Imperative*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- SSB (2014). Omsorgstenester for 100 milliardar. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie/aar-forelopige/2015-06-24>
- Steindal, S. A., & Sørbye, L. W. (2010). Er sykehjemmet et verdig sted å dø? *Sykepleien Forskning*, 5, 138-145
- St. meld. Nr. 25 (2005-2006). (2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet
- St.meld.nr.47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted- til rett tid*. (nr. 47 (2008-2009)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- St. meld nr. 50 1996-97. (1997). *Handlingsplan for eldreomsorg. Trygghet – respekt – kvalitet*. Tilråding fra Sosial- og helsedepartement av 13. Mai 1997, godkjent i statsråd samme dag. Oslo: Sosial og helsedepartementet
- Steindal, S. A., & Sørbye, L. W. (2010). Er sykehjemmet et verdig sted å dø? *Sykepleien Forskning*, 5, 138-145.
- Thagaard, T. (2010). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (4 utg.). København: Akademisk Forlag.
- Thidemann, I.-J. (2005). Den sårbare læringsarenaen - om praksisfellesskapets implikasjoner for sykepleieres læring og kompetanseutvikling. *Vård i Norden*, 25, 10-15.
- Thorvik, K. E., Helleberg, H. og Hauge, S. (2014). God omsorg for urolige personer med demens. *Sykepleien forskning* nr 3, 2014; 9: 236-242.
- Tønnessen, S., Kassah, B.L.L. & Tingvoll W-A. (2016). Hjemmesykepleien i samhandling med spesialisthelsetjenesten. *Sykepleien forskning* nr 1, 2016; 11: 14-23 doi: 10.4220/Sykepleienf.2016.56496
- Filstad, C. (2010). *Organisasjonslæring: fra kunnskap til kompetanse*. Bergen: Fagbokforl.
- Tingvoll, W-A. & Sæterstrand T.M. (2007). Sykehjemmets rolle i fremtidens helsevesen. *Tidsskrift for Den norske legeförening*. 2007; 127:2274 – 5
- Universitets- og høyskoleloven (2005). Universitets- og høyskoleloven: lov om universiteter og høyskoler m.v. vedtatt 4. januar 2005 nr. 15. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-04-01-15>

- Verdighetsgarantiforskriften (2010). Forskrift om en verdig eldreomsorg. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426>
- Vetlesen, A. J. (2010). Empati under press. . I: *Sykepleien*, årg. 60, nr. 3, s. 60-63. Hentet fra <https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/documents/forsknings/331660.pdf>
- Vike, H., Brinchmann, A., Brinchmann, A., Haukelien, H., Kroken, R. & Bakken, R. (2002). *Maktens samvittighet: om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Wannebo W, Sagmo L. Stort behov for mer kunnskap om legemidler blant sykepleiere i sykehjem. *Sykepleien Forskning*. 2013; 1: 26-34.
- WHO (1964). WORLD MEDICAL ASSOCIATION DECLARATION OF HELSINKI Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Hentet fra <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>
- Wenger, E (2004): *Praksisfællesskaber. Læring, mening og identitet*. København: Reitzels Forlag
- Willie, I-L. og Nyrønning, S. (2012). Omsorg og behandling ved livets slutt i sykehjem. *Geriatrisk sykepleie* 3-2012, 10-17.

Vedlegg 1- NSD sin godkjennelse av prosjekt

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES

Gry Opsahl

Institutt for sykepleie Høgskolen i Oslo og Akershus

Postboks 4 St. Olavs plass

0130 OSLO

Vår dato: 08.01.2014

Vår ref: 36441 / 2 / MSS

Deres dato:

Deres ref:



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

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLINGAVPERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 27.11.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

36441	<i>Reformer i helsetjenesten- konsekvenser for kompetanse hos sykepleiere i sykehjemstjenesten</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Gry Opsahl</i>
<i>Student</i>	<i>Jelena Djindjic</i>

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.07.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Marie Strand Schildmann

Kontaktperson: Marie Strand Schildmann tlf: 55 58 31 52

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

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no



Personvernombud for forskning

Vedlegg: Prosjektvurdering

Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 36441

Formålet med prosjektet er å undersøke hvilke krav til kunnskap og kompetanse sykepleiere står over for i lys av organisatoriske reformer i helsevesenet.

Utvalget består av sykepleiere som jobber i sykehjem i 3 forskjellige helseforetak. Sykepleiere må ha minimum tre års erfaring.

Datamaterialet innhentes gjennom fokusgruppeintervju.

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Prosjektet skal avsluttes 31.07.2015 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. arbeidsplass, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

Vedlegg 2- Informasjonsskriv

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

” Hvordan erfarer sykepleiere i sykehjem sin kompetanse etter innføring av samhandlingsreformen ”

Innledning og bakgrunn

Dette er et mastergradsprosjekt i klinisk sykepleievitenskap ved Høyskolen i Oslo og Akershus. Samhandlingsreformen (SHR) er en stor reform innenfor helsevesenet som trådte i kraft i januar 2012. SHR startet med en gradvis innfasing, noe som krevde at kommunehelsetjenesten skulle gjøre seg klar til en ny oppgavefordeling mellom tjenestenivåene i helsetjenesten. Selve reformen har som intensjon å styrke helsefremmende og forebyggende arbeid, bedre legetjenesten og styrke organiseringen mellom tjenestenivåene. På den måten vil det tydeliggjøres en ny arbeidsfordeling, ansvarfordeling og innføring av en endret økonomistyring. SHR er bygget på erkjennelse av mangelfull samhandling mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste som tidligere ble beskrevet i st.mld.25. St.mld.47 om samhandlingsreformen framstår fortsatt utydelig i hvilken sykepleierkompetanse en sykehjemstjeneste i endring trenger.

Formål

I en kommunehelsetjeneste med stadig endringer i organisering og ansvarsfordeling, stilles sykepleiere ovenfor nye oppgaver og endringer i funksjoner. Studiens formål er å få innsikt i hvilke krav til kunnskap og kompetanse sykepleiere står over for sett i lys av organisatoriske reformer i helsevesenet. Hensikten er å få fram deres utfordringer og beskrivelser av deres arbeidssituasjon. Det er ønskelig at du har jobbet i kommunehelsetjenesten i minst 3 år. På bakgrunn av problemstillingen og utvalgets kriterium er du en av de som ble forespurt å delta i studien.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Dersom du samtykker til å delta i fokusgruppeintervju vil dette foregå som gruppeintervju sammen med tre til fire andre sykepleiere. Gruppeintervjuet blir ledet av masterstudenten, intervjuet blir tatt opp på digital lydopptaker og notatene blir tatt underveis av medstudent. Det er beregnet at intervjuets varighet er 1-1.5 time. Stedet for intervjuet er deres arbeidsplass og tidspunkt og rom vil bli avtalt senere.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt ved at alt som fremkommer anonymiseres og lydopptakene slettes når oppgaven er ferdig våren/høst 2015. Tilgang til personopplysninger har kun master student, medstudent og veileder. Det forutsettes også at det som fremkommer av synspunkter under intervjuet holdes innen gruppa. Prosjektet er godkjent hos Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD), og deres regler om oppbevaring og makulering av data vil bli overholdt. Dataene vil bli anonymisert, slik at du ikke vil kunne gjenkjennes i publikasjoner.

Frivillig deltakelse

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

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med meg eller min veileder førstelektor Gry Opsahl.

Master student

Jelena Djindjic

djindjic@gmail.com

Tlf 41 76 92 22

Med vennlig hilsen

Veileder

Gry Opsahl

gry.opsahl@hioa.no

Tlf 67 23 61 66

Vedlegg 3- Samtykkeerklæring

Samtykke til deltagelse i forskningsprosjektet

” Hvordan erfarer sykepleiere i sykehjem kompetanse etter innføringen av samhandlingsreformen?”

I en kommunehelsetjeneste med stadig endringer i organisering og ansvarsfordeling, stilles sykepleiere ovenfor nye oppgaver og endringer i funksjoner. Studiens formål er å få innsikt i hvilke krav til kunnskap og kompetanse sykepleiere står over for i lys av organisatoriske reformer i helsevesenet. Hensikten er å få fram deres utfordringer og beskrivelser av deres arbeidssituasjon.

Jeg har mottatt informasjon om prosjektet og ønsker å delta i et gruppeintervju.
 Jeg er informert om at jeg når som helst kan trekke meg uten å oppgi grunn.
 Jeg er informert om at intervjuet blir tatt opp på digital opptaker.

.....

Sted Dato

.....

Navn

.....

Telefon

.....

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4- Intervjuguide

Intervjuguide

” Hvordan erfarer sykepleiere sin kompetanse etter innføringen av samhandlingsreformen?”

1. Spørsmål 1- Bakgrunns spørsmål

Kan dere si litt om hvem dere er og hva er deres bakgrunn som sykepleiere?

Hjelpespørsmål: Hvor gamle er dere? Når var dere ferdig utdannet sykepleiere? Har noen av dere videreutdanning? Har noen av dere utvidet ansvar eller spesielle funksjoner ved deres avdeling?

2. Overgangsspørsmål

Hva vet dere om samhandlingsreformen?

Hjelpespørsmål: Kan dere fortelle om dere har merket endringene etter innføringen av SHR? Hvis ja, hvilke?

3. Hovedspørsmål 1- Kompetansekravet

Hvordan opplever dere kravet til kompetanse er etter at samhandlingsreformen ble innført?

Hva legger dere i ordet kompetanse?

Hjelpespørsmål: Hva mener dere er nødvendig kompetanse ved deres avdeling? Hvordan tilegner dere denne kompetansen? Kan dere nevne noen av kompetansehevende tiltak i deres avdeling?

4. Hovedspørsmål 2. Sykepleierens utfordringer og erfaringer

Hvordan erfarer dere deres kompetanse i møte med pasienter på deres avdeling?

Hjelpespørsmål: Kan dere beskrive en situasjon relatert til en pasient hvor kravet til kompetanse var høyere enn vanlig? Kan dere nevne hvilke sykepleiefaglige utfordringer denne situasjonen ga?

Kan dere nevne situasjoner relatert til pasienter der dere har opplevd at dere har hatt tilstrekkelig kompetanse, og situasjoner der dere hadde hatt behov for mer kompetanse?

5. Hovedspørsmål 3- Samhandlingsreformen og ansvarsområder

Innledning: Samhandlingsreform sier at kronisk syke pasienter skal behandles i kommunene. Dette omfatter pasienter med kols, demensdiagnose, diabetes samt kreft og medisinsk ferdige behandlende pasienter, pasienter med sammensatte lidelser, psykiske lidelser og rus.

Hvilke av disse sykdomsgruppene har dere erfaring med å utøve sykepleie til? Kan dere fortelle hvilke kurs dere har hatt knyttet til disse fagområdene?

Hjelpespørsmål: Hvem har ansvar for kursing, opplæring og fagligoppdatering? Kan dere konkretisere og utdype hvordan dere tilegner dere kunnskap og holder dere faglig oppdatert?

6. Hovedspørsmål 4- Samarbeid, samhandling og organisering.

Hvordan fungerer samarbeidet mellom sykepleiere i deres avdeling når det gjelder behandling og oppfølging av pasienter?

Hvordan fungerer samarbeidet utenfor deres institusjon? For eksempel med tildelingsavdelingen i deres kommune, hjemmesykepleien, sykehus?

Hjelpespørsmål: Kan dere komme med eksempler?

Avrundningsspørsmål:

Av alt vi har diskutert hva er det viktigste for dere? Er det noe annet vi burde ha tatt opp i diskusjonen?

Avslutningsspørsmål:

Hvordan opplevde dere å være med på dette fokusgruppeintervjuet?