



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

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

Kandidatnummer: 268

Eksamensnavn: Bachelor SYBA3900

Dato: 16.03.2017

Klasse: A

Kull: 2014

Antall ord: 8149

Samhandlingsreformens konsekvenser for sykepleiere på sykehjem

Sammendrag

Bakgrunn for oppgaven er innføringen av Samhandlingsreformen i 2012. Reformen førte med seg en rekke nye arbeidsoppgaver for kommunehelsetjenesten. Blant annet medførte redusert liggetid på sykehus og kommunal overtakelse av utskrivningsklare pasienter til både flere og sykere pasienter på sykehjem. Denne oppgaven drøfter problemstillingen: *Hvilke konsekvenser har samhandlingsreformen fått for sykepleiere på sykehjem?* Oppgaven benytter litteraturstudie som metode for å besvare problemstillingen. Oppgaven viser at Samhandlingsreformen har ført til endring i sykepleierens ansvar og oppgaver. Dette inkluderer økt arbeidsbelastning, økt kompleksitet i arbeidsoppgavene, mindre tid til omsorgsoppgaver og mindre tid til enkeltpasienter. Oppgaven problematiserer endringene i sykepleieroppgavene og sykepleieres ansvar og funksjon opp mot det økte kompetansebehovet i sykehjemmet etter Samhandlingsreformen. Oppgaven viser at sykepleieres ansvar om å utøve forsvarlig pleie påvirkes av redusert liggetid på sykehus og manglende kompetanse. Til tross for at det legges til rett for å søke om økonomiske midler til kompetanse- og rekrutteringsarbeid i kommunene, belyser denne oppgaven utfordringene ved at det er opp til kommune selv å søke om midler. Oppgaven viser at det ikke i tilstrekkelig grad søkes om økonomiske midler, og at det er store variasjoner mellom kommunene.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	4
1.1 Presentasjon av tema og problemstilling	4
1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling.....	5
1.3 Oppgavens oppbygging og struktur	6
2.0 METODE.....	6
2.1 Søkeprosess.....	7
2.2. Litteratur	8
2.2.2 Dokumenter og forskningsrapporter.....	8
2.3. Kildekritikk	10
3.0 TEORI	11
3.1 Samhandlingsreformen.....	12
3.1.1 Redusert liggetid og kommunenes overtagelse av utskrivningsklare pasienter.....	12
3.1.2 Endring av lovverket	13
3.2 Kompetanseløftet 2015	13
3.3 Kvalitet	14
3.4 Sykepleieres funksjon og ansvar.....	15
3.4.1 Kunnskap og kompetanse.....	15
3.4.2 Lovverket og retningslinjer	16
3.4.3 Sykepleiens ansvarsrolle	16
4.0. DRØFTING	17
4.1 Samhandlingsreformen.....	17
4.2 Endring av sykepleieoppgaver.....	18
4.3 Kompetansehevede tiltak.....	19
4.3.1 Søke om midler	19
4.3.2 Øke antall årsverk.....	20
4.4 Kvaliteten på helsetjenesten	20
4.4.1 Redusert liggetid og reinnleggelser	21
4.4.2 Økt arbeidsbelastning og mangel på sykepleiere.....	21
4.4.3 Økt arbeidsbelastning og økt kompleksitet.....	22
4.4.4 Mangler på målingsverktøy	22
4.5 Sykepleieres ansvar og funksjon.....	23
4.5.1 Endrede sykepleieoppgaver.....	23
4.5.2 Veiledning	24
4.5.3 Rekruttering og utøvelse av forsvarlig pleie.....	24
5.0 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON	25
LITTERATUR	27
VEDLEGG	30

1.0 INNLEDNING

Samhandlingsreformen ble innført 1. Januar 2012 og er presentert i St. meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen- rett behandling- på rett sted- til rett tid*. Hovedmålet med reformen var å legge til rette for bedre samhandling mellom helsetjenestene ved å flytte helsetjenestene nærmere brukerne, og at oppgaver som ofte lå i grenseland mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten skulle løses lokalt i kommunen. Med nye kommunale oppgaver skulle kommunene rustes opp med kompetansehevede tiltak, slik at de skulle være forberedt ved innføringen av reformen (St. meld. nr. 47 (2008-2009), 2009, s. 26).

Samhandlingsreformen har hatt en rekke spesifikke mål opp mot ulike deler av helse- og omsorgstjenestene i Norge. Dette inkluderer for eksempel sterkere nasjonal styring og koordinering av IKT, styrking av forebyggingsarbeidet, forbedring av legetjenesten i kommunene og innføring av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten (St. meld. nr. 47 (2008-2009), 2009, s. 28-36).

Denne oppgaven fokuserer på hvilke konsekvenser samhandlingsreformen har fått for sykepleiere på kommunale sykehjem. Jeg har derfor valgt å fokusere på to spesifikke mål i tilknytning til dette, nemlig *reduisert liggetid på sykehus og kommunal overtagelse av utskrivningsklare pasienter*. Disse målene skulle gjøre spesialisthelsetjenesten enda mer spesialisert. I tillegg skulle kommunene overta en del av det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare pasienter (St. meld. nr. 47 (2008-2009), 2009, s. 13). Studier viser at det er nettopp disse to målene som har ført til hovedutfordringene for sykepleiere på sykehjem (Gautun og Syse, 2013, Haukelien., 2015). Kommuner opplever at pasienter skrives ut for tidlig fra sykehus og at kommunen derfor ikke kan tilby et godt nok helsetilbud.

1.1 Presentasjon av tema og problemstilling

Samhandlingsreformen førte med seg nye arbeidsoppgaver til kommunehelsetjenesten. For eksempel har redusert liggetid på sykehus og kommunens overtagelse av utskrivningsklare pasienter ført til endrede sykepleieoppgaver på sykehjem. I utformingen av reformen la man vekt på at nye arbeidsoppgaver ikke skulle pålegges kommunene uten at nødvendige ressurser ble gitt (St. meld. nr. 47 (2008-2009), 2009, s. 26). Likevel viser det seg at kommunene har overtatt disse oppgavene at de har tilstrekkelig ressurser og kompetanse til å løse dem (Riksrevisjonen, 2016). I denne oppgaven diskuterer jeg derfor følgende problemstilling:

Hvilke konsekvenser har samhandlingsreformen fått for sykepleiere på sykehjem?

Med bakgrunn i problemstillingen problematiseres endringene i sykepleieres ansvar og oppgaver opp mot det økte kompetansebehovet i sykehjemmet som har kommet som et resultat av Samhandlingsreformen. Tema for oppgaven er dagsaktuelt, og er et omstridt tema. Oppgaven har derfor også et helsepolitisk perspektiv.

Kompetanseløftet 2015 er et planarbeid som ble utviklet for å fremme kompetanse- og rekruttering i kommunale omsorgstjenester. I diskusjonen av hvilke konsekvenser Samhandlingsreformen har hatt for sykepleiere på sykehjem er Kompetanseløftet 2015 svært relevant, ettersom den viser hva som er blitt gjort de første årene etter innføringen av Samhandlingsreformen (Helgesen, Kvinge, Olsen, Holm og Røste, 2016). Disse første årene er interessante å se på, ettersom sykepleiere på sykehjem opplevde konsekvenser av reformen allerede det første året etter innføringen (Gautun og Syse, 2013).

1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Begrunnelsen for valg av tema er både erfarings-, samfunns- og utdanningsrelatert. Jeg har selv erfaring fra tolv år på sykehjem, både som pleieassistent og sykepleiestudent, og mine erfaringer er at pasientgruppen har endret seg i årenes løp og at dette har ført til både mer avanserte prosedyrer og til at det i dag er enda sykere pasienter på sykehjem. Jeg har sett hvordan ansvarshavende sykepleierne har fått flere arbeidsoppgaver som gjør at de har svært liten tid til hver enkelt pasient. Sykepleiere jeg har snakket med sier at de merker at de bruker mer stadig mer tid på avanserte prosedyrer som de ikke har tilstrekkelig kunnskap om.

Oppgavens tema er dagsaktuelt, fordi Samhandlingsreformens ettervirkninger nå begynner å vise seg i praksis. Disse ettervirkningene beskrives og diskuteres i evalueringer, rapporter, medieoppslag og i forskning. Et eksempel på temaets aktualitet er Bruvik, Drageset og Abrahamsens (2017) artikkel *Fra sykehus til sykehjem, hva samhandlingsreformen har ført til* som ble publisert i VG 19.02.2017. I tillegg kommer det opp hele 390 artikler med søkeordet ”samhandlingsreformen” på sykepleien.no.

I tillegg har Norsk Sykepleierforbund nylig ønsket mer penger til spesialutdanning av sykepleiere. Forbundsleder Eli Gunnhild By presiserer at: ”Mangel på spesialsykepleiere må tas på alvor.” Videre sier hun at ”(..) at pasientene som skrives ut fra sykehusene er sykere enn før og trenger mer avansert behandling. Flere år etter reformen er innført er det gjort altfor lite for å avhjelpe mangelen på sykepleiere og spesialsykepleiere i kommunene” (NSF, 2017).

1.3 Oppgavens oppbygging og struktur

I oppgavens metodekapittel presenteres kildematerialet som er brukt i oppgaven. Dette inkluderer forskningsartikler, rapporter og annen litteratur som er relevant for min problemstilling. I denne delen av oppgaven beskriver jeg den omfattende søkeprosessen som jeg har gjort i forbindelse med å hente inn relevante offentlige dokumenter og rapporter. Videre diskuterer jeg hvilke valg jeg har tatt når det gjelder gjennomgangen av litteraturen som danner grunnlaget for å svare på oppgavens problemstilling.

I oppgavens teorikapittel legges Samhandlingsreformens mål om redusert liggetid på sykehus og kommunenes overtagelse av utskrivningsklare pasienter frem. Videre presenteres Kompetanseløftet 2015 og Kompetanseløftet 2020, som begge er utviklet for å fremme kompetanse- og rekruttering i kommunale omsorgstjenester. I tillegg diskuteres begrepet kvalitet og hva kvalitet innebærer for helsetjenesten. Til slutt legger jeg frem ulike sider ved sykepleieres funksjon og ansvar, og plasserer dette opp mot yrkesetiske retningslinjer, lovverket og rammeplanen for sykepleierutdanningen.

I oppgavens drøftetekapittel diskuterer jeg konsekvensene av Samhandlingsreformen for sykepleiere på sykehjem. Drøftingen er tredelt, hvor jeg fokuserer på 1) Kompetansehevede tiltak, 2) Kvaliteten på helsetjenesten, og 3) Sykepleieres ansvar og funksjon.

I oppgavens oppsummering og konklusjon løfter jeg frem noen av de viktigste konsekvensene Samhandlingsreformen har fått for sykepleiere på sykehjem.

2.0 METODE

I denne oppgaven har jeg valgt å gjøre en litteraturstudie. Dette innebærer å gjøre systematiske litteratursøk for å belyse problemstillingen min. I litteraturstudien har det vært aktuelt å analysere offentlige utredninger om Samhandlingsreformen.

Disse utredningene gir noen indikasjoner på ulike konsekvensene av Samhandlingsreformen. Det har imidlertid vært utfordrende å finne gode kilder som sier noe om avvik på sykehjem før og etter innføringen av reformen. Slike avvikstall er av stor betydning, ettersom de kan gi gode indikasjoner på kvaliteten på helsetjenesten. På grunn av utfordringene med å finne avvikstall, har jeg selv gått inn for å samle inn disse tallene. Dette beskriver jeg nærmere under.

2.1 Søkeprosess

Som nevnt over har jeg etter mange år som ansatt på sykehjem opplevd endringer i pasientgruppene, mer avansert behandling og jeg sett hvordan dette har påvirket sykepleierne. Jeg har både som pleieassistent, men mest som sykepleierstudent, også merket endringer i sykepleiernes oppgaver og hvordan de mangler kompetanse til å utføre oppgavene. Som en sykepleier på sykehjemsposten der jeg jobber sa: ”Det forventes at vi kan mer, at vi skal kunne alt, men jeg kan ikke alt. Jeg opplever at jeg ikke har nok kunnskap og at jeg kun får opplæring rettet mot hver enkelt pasient og ikke noe mer”.

Mitt utgangspunkt for litteratursøket er problemstillingen *Hvilke konsekvenser har Samhandlingsreformen fått for sykepleiere på sykehjem?*

De første søkeordene var rettet mot sykepleieres erfaringer og mangel på kompetanse generelt på sykehjem. Jeg startet med søkeordene i databasene Cinahl, Cochrane og Medline.

Resultatene fra disse databasene ble altfor generelle i forhold til min problemstilling. Jeg valgte å gå videre med Cinahl fremfor Cochrane og Medline, fordi denne databasen er mest sykepleierrettet og relevant for min problemstilling. Inklusjonskriteriene mine er at artiklene skal være fagfellevurdert og bygd opp etter IMRAD- prinsippet. De fleste vitenskapelige artiklene er bygd opp etter dette prinsippet og har et sammendrag helt i starten (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim og Reinar, 2012). Fagfellevurderte artikler som er skrevet av forfattere utenfor Europa, er ekskludert fra søket.

I Cinahl søkte jeg på *clinical competence* og *nursing home personnel*. Ved å begrense søket til (Europeiske) (fagfellevurderte) forskningsartikler, fikk jeg 21 treff. Blant disse, var følgende artikkel særlig relevant for min problemstilling:

Nursing staff competence, work strain, stress and satisfaction in elderly care: a comparison of home based care and nursing homes (Hasson og Arnetz, 2007).

På tidsskriftet sykepleien.no søkte jeg bredt på “samhandlingsreformen”. Basert på problemstillingen min valgte jeg ut følgende artikler som særlig relevante:

*Fra sykehus til sykehjem * hva samhandlingsreformen har ført til* (Bruvik, Drageset og Abrahamsen, 2017).

Reformeffekt: Redusert liggetid blant de eldste (Hermansen og Grødem, 2015).

På bakgrunn av disse artiklene ønsket jeg å finne ut mer om hvorvidt liggetid på sykehus hadde sammenheng med økt dødelighet. Jeg brukte databasene medline og cinahl, med søkeordene "hospital stay", men fant lite som viste noe om sammenhengen mellom liggetid og død. Jeg søkte deretter i det medisinske tidsskriftet The British Medical Journal (BMJ), som inneholder fagfellevurderte artikler. Gjennom å søke på "hospital stay" fikk jeg opp nærmere 94.000 artikkeltreff. Følgende artikkel er særlig relevant for min problemstilling:

Length of hospital stay after hip fracture and short term risk of death after discharge: a total cohort study in Sweden (Nordström, Gustafson, Michaëlsson og Nordström, 2015).

Oversikten over alle artikkelfunnene har jeg skrevet inn i en tabell, *se vedlegg 1*.

2.2. Litteratur

I denne oppgaven danner offentlige dokumenter og offentlige utredninger store deler av det teoretiske grunnlaget. Offentlige dokumenter beskrives ved at "(..) det er ikke forskeren selv som har frembragt dem. Det er overlevert materiale fra en situasjon i fortiden" (Christoffersen et al., 2015, s. 69). Grunnen til at jeg har vektlagt offentlige dokumenter som kilde er at disse som danner grunnlaget for Samhandlingsreformen og evalueringer av den. Slik sett anses disse dokumentene som de mest relevante dokumentene for å kunne diskutere Samhandlingsreformen og konsekvensene av den. I tillegg brukes relevant pensumlitteratur for å definere begreper som *kvalitet*, *kvaliteten i helsetjenesten* og for å beskrive og diskutere *sykepleierens ansvar og funksjon*.

En oppgave om Samhandlingsreformen har et helsepolitisk perspektiv. Reformen er evaluert i en rekke offentlige dokumenter, som NOVA-rapporter, kvalitetsindikatorer, statistikkanalyser, statsbudsjett og stortingsmeldinger. På bakgrunn av dette har jeg funnet frem til databaser som inneholder slike dokumenter, og søkt etter relevant litteratur her: Helse- og omsorgsdirektoratet, Helsedirektoratet, regjeringen.no, statsbudsjettet, Folkehelseinstituttet, Norsk sykepleieforbund.no, sykehjemsetaten, helseetaten, Oslo kommune, HiOA, Helsebiblioteket, Riksrevisjonen. På grunn av det omfattende søket etter offentlige dokumenter har jeg valgt å sette det inn i oversiktlig tabell. *Se vedlegg 2*.

2.2.2 Dokumenter og forskningsrapporter

I de overnevnte databasene fant jeg en rekke ulike rapporter som var rettet mot sykepleieres erfaringer med Samhandlingsreformen, og som dermed var svært relevante for min problemstilling:

Samhandlingsreformen- Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene? (Gautun, H. og Syse, A. (2013)_ (NOVA nr. 8/13). Dette er en surveyundersøkelsen som er gjort av medlemmer av Norsk Sykepleierforbund sine medlemmer. I forkant av surveyen ble det gjennomført kvalitative intervjuer med tre sykepleiere fra hjemmetjenesten og tre sykepleiere fra sykehjem intervjuet, fordelt på tre kommuner. Rapporten diskuterer en rekke ulike forhold knyttet til sykepleieres arbeid på sykehjem, og er derfor særlig relevant for min problemstilling.

Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene (Haukelien, Vike og Vardheim, 2015). Telemarksforskning har på vegne av Norsk Sykepleierforbund foretatt en undersøkelse av sykepleierens erfaringer med Samhandlingsreformen. Spørreundersøkelser og fokusgruppeintervjuer er gjort av NSF's medlemmer i fem kommuner. Denne rapporten har en kvalitativ tilnærming og er en oppfølging av spørreundersøkelsen NOVA gjennomførte for NSF i 2013 (Gautun og Syse, 2013). Haukelien et al., 2015 sin rapport har derfor lagt vekt på å samle data som kan sammenlignes med NOVA-rapporten fra 2013._

Det har vært vanskelig å finne frem til kilder som retter seg spesifikt mot sykepleiere på sykehjem, og hvilke konsekvenser disse har fått som følge av innføringen av Samhandlingsreformen. Én mulig måte å diskutere endringer og konsekvenser av reformen er derfor gjennom å se på *Kompetanseløftet 2015: Rekruttering og kompetanseheving i kommunal pleie og omsorg: Sluttrapporten for evalueringen av Kompetanseløftet 2015* (Helgesen, Kvinge, Olsen, Holm og Røste, 2016). Helsedepartementet er oppdragsgiver for rapporten. Denne rapporten diskuterer kompetanseheving i kommunehelsetjenesten og jeg anser derfor rapporten som svært relevant for min problemstilling. Jeg har derfor valgt å la denne rapporten være med på å danne teorigrunnet i oppgaven.

Oslo kommune kommer dårlig ut i undersøkelser som omhandler rekruttering av sykepleiere, noe som har vist seg å få direkte innvirkning på kvaliteten på helsetjenesten. Fordi Oslo skiller seg negativt ut sammenlignet med andre kommuner, ønsket jeg å se nærmere på kvalitetsindikatorerne i Oslo kommune. Jeg har derfor valgt å bruke følgende rapporter fordi de er relevant for min problemstilling og fordi jeg ønsket å sammenligne avvik i Oslo kommune, før og etter Samhandlingsreformen:

Jeg tok kontakt med Helseetaten og fikk tilsendt *Objektive kvalitetsindikatorer i sykehjem i*

Oslo kommune (Helseetaten, 2008- 2016) fra Seksjon for kvalitetsmåling og epidemiologi Helseetaten Oslo kommune. Kvalitetsindikatorer er statistikk som bidrar til å belyse kvaliteten i helsetjenesten. Jeg fikk tilsendt årlige rapporter fra perioden 2008- 2016, men samtidig kunne de fortelle meg at kvalitetsindikatorerne var lagt om de siste årene, slik at det eldre materialet ikke var så godt som det nye. På bakgrunn av disse endringene i kvalitetsindikatorer må disse dataene tolkes og forstås med varsomhet. I tillegg opplyste de om at de hadde begrenset med detaljer på området.

Avvik i sykehjemsetaten: statistikk og trender fra Oslo kommune er tilgjengelig på Sykehjemsetaten fra perioden 2013 og frem til 2016. Ettersom det ikke lå eldre statistikk tilgjengelig på nettsidene deres, kontaktet jeg sykehjemsetaten med forespørsel om å få tilgang til statistikk fra årene før 2013. Jeg fikk svar fra sykehjemsetaten om at *Statistikk og trender* før 2013 dessverre ikke eksisterte.

Jeg har lest kvalitetsindikatorerne fra 2008 og til 2016, men eldre materialer fra før 2012 kan ikke sammenlignes med materialet etter 2012. Derfor sammenlignet jeg de hver for seg i to bolker: 2008-2012 og 2012-2016 for å se om jeg fant indikasjon på store forskjeller i antall registrerte avvik eller registrerte fall. Jeg fant ingen store endringer i dette tallmaterialet. Avvikene lå på i gjennomsnitt 10-11 % i perioden før reformen (2008-2012) og det samme i perioden etter (2012-2016). Siden det ikke er mulig å sammenligne de to periodene er det vanskelig å se noen endringer her. Samtidig er antall registrerte avvik skjøre tall å forholde seg til, fordi det er store forskjeller på avvikskultur fra arbeidsplass til arbeidsplass. På grunn av dette, og på grunn av utfordringene med sammenligninger av tall, har jeg valgt å ikke ta med disse funnene videre inn i oppgavens drøftedel. Jeg synes likevel tallene gir en tydelig illustrasjon av manglene i kvalitetsindikatorerne og avviksregistreringene fra Oslo kommune.

2.3. Kildekritikk

Jeg anser artiklene og rapportene jeg har valgt som kildegrunnlag for denne oppgaven som pålitelige kilder. Dette er fordi de er funnet i fagfellevurderte databaser og tidsskrift og vurdert etter IMRAD- prinsipper (Nortvedt et al., 2012).

Jeg vil i det følgende gjennomgå kort noen av kildene jeg har brukt i oppgaven.

Nursing staff competence, work strain, stress and satisfaction in elderly care: a comparison of home based care and nursing homes (Hasson og Arnetz, 2007). Til tross for at denne artikkelen begynner å bli noen år gammel tilfører den oppgaven en viktig sammenheng: at

arbeidsbelastning påvirker tilfredshet på arbeidsplassen. Økt arbeidsbelastning er en konsekvens for sykepleiere på sykehjem og dermed relevant for problemstillingen. Jeg velger derfor å la denne inngå i kildematerialet i oppgaven.

*Fra sykehus til sykehjem * hva samhandlingsreformen har ført til* (Bruvik, Drageset og Abrahamsen, 2017). Denne studien er basert på en kohortstudie gjennomført ved en korttidsavdeling på et sykehjem i Bergen kommune. Selv om denne studien kun er foretatt i en kommune, gir den allikevel et bilde på hva som skjer med pasienter som overføres fra sykehus til sykehjem etter Samhandlingsreformen. Dette gjør at den er relevant for min problemstilling.

Reformeffekt: Redusert liggetid blant de eldste (Hermansen og Grødem, 2015). Denne artikkelens hypotese får ikke støtte, men viser likevel at redusert antall liggedøgn får konsekvenser for sykepleiere.

Length of hospital stay after hip fracture and short term risk of death after discharge: a total cohort study in Sweden (Nordström, Gustafson, Michaëlsson og Nordström, 2015). Denne studien undersøker sammenhengen mellom innleggelse og liggetid, samt risiko for død etter utskrivning fra sykehus. Forskerne finner en tydelig sammenheng mellom disse variablene. Denne sammenhengen er imidlertid bare gyldig dersom liggetiden er ti dager eller kortere. Til tross for denne begrensede gyldigheten, har jeg valgt å inkludere denne artikkelen som kildemateriale i oppgaven, ettersom temaet for artikkelen er relevant for problemstillingen.

Samhandlingsreformen- Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene? (Gautun, H. og Syse, A. (2013)_ (NOVA nr. 8/13). Undersøkelsene er gjort på medlemmer av Norsk Sykepleierforbund og har fått lavere svarprosent enn forventet. Dette gjelder også for rapporten *Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene* (Haukelien, Vike og Vardheim, 2015). Til tross for lavere svarprosent enn ønsket, er rapportene svært relevante for min problemstilling. Jeg har derfor valgt å inkludere dem som kildemateriale.

3.0 TEORI

Dette teorikapittelet består av tre deler: *Samhandlingsreformen*, *Kompetanseløftet* og *Sykepleieres ansvar og funksjon*. Først vil jeg trekke frem Samhandlingsreformen med fokus på hva som var hensikten med reformen ved innføringen i 2012. *Kompetanseløftet*

representerer en del av det arbeidet som er gjort for kompetanseheving og rekruttering i kommunehelsetjenesten. Siste del av dette kapittelet *Sykepleieres ansvar og funksjon* viser at sykepleiere har et ansvar og funksjon i sin utøvelse av sykepleie. Til sammen utgjør disse delene det teoretiske rammeverket i oppgaven.

3.1 Samhandlingsreformen

Hensikten med Samhandlingsreformen var samhandlingsutfordringer mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og et behov for å samhandle tjenestene og flytte de nærmere brukerne (St. meld. nr. 47 (2008-2009), 2009, s. 13). Samtidig ble det presentert en ny framtidig kommunerolle hvor kommunene skulle overta nye arbeidsoppgaver. Bakgrunn var at mange helse- og omsorgsoppgaver til en hver tid lå i grenselandet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Ved å styrke kommunene med nødvendig faglig kompetanse var ideen med Samhandlingsreformen å kunne løse disse oppgavene ut fra lokale forhold (St. meld. nr. 47 (2008-2009), 2009, s. 26).

3.1.1 Redusert liggetid og kommunenes overtagelse av utskrivningsklare pasienter

Målet om redusert liggetid på sykehus og kommunens overtagelse av ansvaret for utskrivningsklare pasienter hadde fokus på at sykehus skulle yte spesialisthjelp og at pasientene raskt skulle overføres tilbake til hjemkommunen. Når det gjelder helse- og omsorgstjenesten, var hovedmålet med Samhandlingsreformen å kutte kostnadene for sykehusene, overføre pasienten raskere til kommunene og å spesialisere sykehusene ytterligere.

Målene har også et økonomisk aspekt, nemlig at kommunehelsetjenesten er rimeligere og at det vil det være lønnsomt å overføre pasientene raskere til kommunen og dermed dele på regningen (St. meld. nr. 47 (2008-2009), 2009, s. 32). En slik kommunerolle krever fagutvikling, kvalitet, kompetanse og utdanning. Videre legges det vekt på at kommunene ikke skal pålegges nye arbeidsoppgaver uten at de blir gitt de nødvendige ressursmessige forutsetninger for dette, som medfører en forflytning av ressurser mellom forvaltningsnivåene (St. meld. nr. 47 (2008-2009), 2009, s.26). Mange av de fremtidige kommuneoppgavene vil ha kompetansekrevende funksjoner som krever spesialisert kompetanse for å sikre gode og effektive tjenester. Pasienter med et mer komplekst sykdomsbilde eller etterbehandling etter sykehusopphold er eksempler på slike fremtidige utfordringer (St. meld. nr. 47 (2008-2009), 2009, s.27-28). For å kunne lykkes på dette området må sykepleierutdanningen gi kompetanse som er tilpasset helse- og omsorgstjenestenes krav og rettes mer mot kommunehelsetjenesten.

I tillegg må kommunene styrkes med kompetansehevende tiltak, som en forberedelse av sykepleierne på de nye arbeidsoppgavene som fører med reformen (St. meld. nr. 47 (2008-2009), 2009, s.36).

3.1.2 Endring av lovverket

I forbindelse med Samhandlingsreformen var det nødvendig å endre lovverket for å tydeliggjøre kommunens nye rolle og samle kommunens plikter. Ved inntredelse av reformen 1. Januar 2012 trer en ny Helse- og omsorgstjenestelov i kraft. Samtidig oppheves kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Målet med den nye loven var å gi et bedre grunnlag for samhandling mellom tjenestene, fordi det juridiske skillet mellom helsetjenester og omsorgstjenester ble opphevet. I tillegg ga nye forskrifter i den nye loven kommunen medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (Regjeringen, 2011). For å sikre samhandlingen mellom kommuner og helseforetak har Helse- og omsorgsdepartementet laget en veileder om lovpålagte samarbeidsavtaler. Hensikten med disse avtalene er at de skal danne en felles forståelse av hvilke oppgaver som partene til enhver tid skal løse (Regjeringen, 2011).

3.2 Kompetanseløftet 2015

Som nevnt ovenfor er et av Samhandlingsreformens tiltak å styrke kommunene med kompetansehevende tiltak. Disse tiltakene skal forberede sykepleierne på de nye arbeidsoppgavene som følger med reformen (St. meld. nr. 47 (2008-2009), 2009, s. 145). I denne oppgaven har jeg valgt å legge frem de tiltakene for å styrke de kommunale omsorgstjenestene. Jeg baserer meg på Kompetanseløftet 2015 og Kompetanseløftet 2020 som del av det arbeidet som er gjort for å møte de økte kravene som Samhandlingsreformen har ført med seg.

Kompetanseløftet 2015 er en handlingsplan for rekruttering og kompetanseheving i kommunale omsorgstjenester i perioden 2007- 2015. Kompetanseløftet 2020 er en oppfølging av Kompetanseløftet 2015 og det er flere av tiltakene som er overført, men den er også utvidet for å møte fremtidens primærhelsetjeneste. Den er utvidet til å omfatte kompetanse-, fagutviklings- og rekrutteringstiltak for *hele* den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2016).

Når det gjelder sykepleiere på sykehjem, har målsettingene til Kompetanseløftet 2015 vært å øke bemanningen i omsorgssektoren gjennom relevant fagutdanning og på den måten heve det formelle utdanningsnivået og videreutdanningen (Helgesen et al., 2016). Med tanke på

kompetanseheving og økt bemanning, var Kompetanseløftets delmål for perioden 2011 – 2015 ”12.000 nye årsverk med fagutdanning i perioden 2008-2015, heve det formelle utdanningsnivået i omsorgstjenestene, sikre bruttotilgang på om lag 4500 helsefagarbeidere per år, skape større faglig bredde, styrke veiledning, internopplæring og videreutdanning” (Helgesen et al., 2016, s. 10). Målsettinger for kompetanse og rekruttering må utarbeides av kommunene selv, ved at de må levere søknad om økonomiske midler til fylkesmannen (Helgesen et al., 2016). Resultatet av en slik praksis er presentert i drøftedelen.

Kompetanseløftet 2020 består av strategier og en rekke kompetansehevende tiltak for både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Nedenfor er det lagt frem noen av strategiene og tiltakene som spesielt gjelder sykepleiere og kommunehelsetjenesten. Samtidig representerer Kompetanseløftet 2020 det fremtidige arbeidet innen rekruttering, økt bemanning og kompetanseheving (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016.). Strategiene er:

”å heve kompetansen hos de ansatte med mål om styrket forskning, innovasjon og kunnskapsbasert praksis, å bidra til god praksis, faglig utvikling, større faglig bredde og kunnskapsspredning, å sikre at grunn- og videreutdanningene har god kvalitet og er tilpasset tjenestens behov og rekruttering av sykepleiere og helsefagarbeidere til kommunene” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

På grunn av det økte antallet avanserte oppgaver på sykehjem og i kommunehelsetjenesten, skal det innføres kompetansekrav for både sykepleieutdanningen og for sykepleiere. Blant annet innebærer dette at kompetansen om palliasjon skal styrkes og det skal bevilges penger til videreutdanning innen helse- og sosialfag (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

3.3 Kvalitet

Når kvalitet skal måles, vurderes og forbedres er det viktig å ha en felles forståelse av hva kvalitet er. Norsk standard (NS- EN ISO 9000:2000) beskriver kvalitet slik: ”Kvalitet er i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav” (Bjørø og Kirkevold, 2011, s.347). Videre er det viktig å ha et felles syn på kvalitet i helsetjenesten, for å kunne være i stand til å vurdere kvaliteten og hvordan den har endret seg etter Samhandlingsreformen. Nasjonalt kvalitetsindikatorssystem har utarbeidet den internasjonale definisjonen på kvalitet i helsetjenesten:

”Med kvalitet forstås i hvilken grad helsetjenestens aktiviteter og tiltak øker sannsynligheten for at enkeltpersoner og grupper i befolkningen får en ønsket

helsereelatert velferd, og tjenestene utøves i samsvar med dagens profesjonelle kunnskap (Institute of Medicine (IOM) 2001, Hurtado mfl. 2001. Lohr 1990, Rygh mfl. 2010)” (Bjørø og Kirkevold, 2011, s. 347)

I lys av denne definisjonen er det viktig å ta med at dagens profesjonelle fagkunnskap er grunnlaget for den tjenesteytingen sykepleierne utfører og at fagkunnskapen stadig er i utvikling. Dette innebærer at målene for kvalitet stadig er i endring i tråd med kunnskapsutviklingen (Bjørø og Kirkevold, 2011).

Sosial- og helsedirektoratet (2005) har nedfelt kjennetegn på god kvalitet i helsetjenesten. Disse bygger på samfunnets føringer, lovverkets krav samt faglige krav til kvalitet. Kjennetegnene er at sosial- og helsetjenesten er: ”samordnet og preget av kontinuitet, involverer brukerne og gir dem innflytelse, tilgjengelige og rettferdig fordelt, god utnyttelse av ressurser, er trygge og sikre og virkningsfulle” (Bjørø og Kirkevold, 2011, s. 348). *Trygge og sikre tjenester* innebærer at sannsynligheten for feil og uheldige hendelser reduseres til et minimum, gjennom en systematisk tilnærming (Bjørø og Kirkevold, 2011, s. 349). Det er i hovedsak kvaliteten på helsetjenesten og kjennetegnet *Trygge og sikre tjenester* som tas opp til diskusjon i vurderingen av om kvaliteten på helsetjenesten.

3.4 Sykepleieres funksjon og ansvar

Sykepleieres funksjon og ansvar er bundet i Yrkesetiske retningslinjer, lovverket og rammeplanen for sykepleieutdanningen.

3.4.1 Kunnskap og kompetanse

Sykepleie er et profesjonsfag og derfor innebærer sykepleierutdanningen at sykepleieren skal inneha ulike former for kunnskap i form av teoretisk kunnskap, ferdigheter og verdier. Innholdet i utdanningen har endret seg mye i årenes løp, grunnet forandringer i Helse- og sosialtjenesten, men også i samfunnet. Utviklingen viser at det økende grad legges vekt på teoretisk kunnskap i samsvar med ferdigheter (Kristoffersen, 2011).

Kunnskap er knyttet til *lærdom* og *innsikt* og kompetanse defineres som *skikkethet* og *dyktighet*. Å inneha kompetanse innebærer å være kvalifiserte til å vurdere og behandle innenfor sitt område. Ifølge Fagermoen (1998, s.9, i Kristoffersen, 2011, s. 162) er kompetanse ”(...) ikke noe en har - det er noe som viser seg i konkrete og virkelige situasjoner. Altså en synliggjør sin kompetanse ved å nyttegjøre seg og omsette kunnskaper, ferdigheter og verdier i arbeidet ”.

Sykepleie er sammensatt, og mange kunnskapsformer og egenskaper er viktige i utøvelsen av den: det å ha kunnskap om teori og praksis samt å ha klinisk kompetanse, ha god vurderingsevne og faglig skjønn. Kunnskap på alle disse områdene er avgjørende for kvaliteten på utøvelsen av sykepleie. På denne måten har sykepleiere stor betydning for kvaliteten på helsetjenesten (Kristoffersen, 2011).

3.4.2 Lovverket og retningslinjer

I sykepleierens rolle som ansvarlig for Sosial- og omsorgstjenesten vil samfunnet stille krav og forventninger til hvordan sykepleie utøves. Disse kravene er nedfelt i lovverk og forskrifter (Kristoffersen, 2011). Både Helsepersonelloven og Helse- og omsorgstjenesteloven stiller krav til helsepersonellens kvalifikasjoner og forsvarlighet i utøvelsen av sykepleie:

- Helse- og omsorgstjenesteloven: Kap. 4-1. Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet, § 4. Forsvarlighet: d) tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenesten (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011)
- Helsepersonelloven: § 4. Forsvarlighet: Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (Helsepersonelloven, 1999).
- Forsvarlighetskravet er også godt forankret i Yrkesetiske retningslinjer: 1.3 Sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig (NSF, 2011, s.7).

Sykepleieres ansvarsområder har også et utgangspunkt i rammeplanen for sykepleieutdanningen. *Punkt 7 Fagutvikling, kvalitetssikring og forskning* handler om utviklingen av sykepleiefaget og om sykepleierens evaluering av egen utøvelse i sammenheng med kunnskap og ferdigheter. Sykepleieren forventes samtidig å delta på den opplæringen som blir gitt og tilbys på arbeidsstedet for å kunne utøve faglig forsvarlig sykepleie. *Punkt 5 Undervisning og veiledning* viser til at sykepleiere har et veiledningsansvar rettet mot sine medarbeidere, hvor funksjonen er å heve kvaliteten på tjenestetilbudet. Begge punktene vektlegger refleksjon og vurdering rundt egen kompetanse og utøvelse (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2011).

3.4.3 Sykepleiens ansvarsrolle

Som vist ovenfor har sykepleiere et omfattende ansvarsområde som innebærer både et faglig, etisk og juridisk ansvar i sin utøvelse av sykepleie (Slettebø, 2013). I praksis betyr dette at

sykepleieren har et ansvar om å bedrive sykepleie ut i fra de kvalifikasjonene hun innehar i tillegg til å ha et medansvar for at faglige krav oppfylles. Med ansvar følger også et krav om opprettholdelse av kvalitet på helsetjenesten, rettet mot pasientens behov og rett til faglig forsvarlig sykepleie (Slettebø, 2013). Florence Nightingales syn på ansvar innebærer at når sykepleieren har ansvaret så har hun ikke bare et ansvar for selv å utøve forsvarlig pleie, men sørge for at andre også gjør det. Dette krever at sykepleien planlegges og har et langsiktig perspektiv slik at sykepleieren kan sørge for at andre medarbeidere har informasjon om hva som skal utføres. Det holder ikke at sykepleieren utfører arbeidet på en forsvarlig måte dersom dette ikke følges opp av medarbeiderne. Dette ansvaret hos sykepleier er sentralt i sykepleien noe det har vært siden Nightingales tid (1820-1920) (Slettebø, 2013, s. 26).

Sykepleierens ansvar for sine medarbeidere har et eget punkt i yrkesetiske retningslinjer: ”4. Sykepleieren og medarbeidere: 4.2 Sykepleieren ivaretar et faglig og etisk veiledningsansvar for andre helse- og omsorgsarbeidere som deltar i pleie- og/eller omsorgsfunksjoner” (NSF, 2011, s. 10). På sykehjem hvor det er mange ansatte som er ufaglærte, er det sykepleiers ansvar å gi nødvendig opplæring. Dette er for å sikre et faglig forsvarlig tilbud innen sykepleietjenesten (Slettebø, 2013).

4.0. DRØFTING

Denne oppgaven problematiserer endringene i sykepleieroppgavene og av sykepleieres ansvar og funksjon opp mot det økte kompetansebehovet i sykehjemmet etter Samhandlingsreformen. I det følgende vil jeg diskutere konsekvensene av to av Samhandlingsreformens mål, nemlig *reduisert liggetid* og *kommunal overtagelse av ansvaret for utskrivningsklare pasienter*. Bakgrunnen for drøftingen er oppgavens problemstilling: *Hvilke konsekvenser har Samhandlingsreformen fått for sykepleiere på sykehjem?*

4.1 Samhandlingsreformen

Hensikten med redusert liggetid på sykehus og kommunens overtagelse av utskrivningsklare pasienter var økonomi, bedre samhandling og et ønske om at oppgaver som lå i grenseland mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten skulle løses lokalt (St. meld. nr. 47 (2008-2009), 2009, s. 32). Statistikk fra Helsedirektoratet viser at liggetiden på sykehus har gått ned fra 2011 til 2015 (Helsedirektoratet, 2017).

Ved innføringen av Samhandlingsreformen var man klar over at de nye kommuneoppgavene ville kreve mer og spesialisert kompetanse blant sykepleiere på sykehjem. For eksempel ville

man måtte behandle pasienter med et mer komplekst sykdomsbilde. For at kommunene skulle være i stand til å møte de nye oppgavene skulle kommunene rustes opp med kompetansehevende midler (St. meld. nr. 47 (2008-2009), 2009, s. 27-28).

Undersøkelser av sykepleiere på sykehjem viser at Samhandlingsreformens mål om redusert liggetid på sykehus og overtagelse av utskrivningsklare pasienter har endret sykepleieoppgavene på grunn av flere og sykere pasienter ut til sykehjemmene (Gautun og Syse, 2013). Endringene vises allerede ett og et halvt år etter reformens iverksettelse, som mer bruk av tid på prosedyrer og avansert behandling, og mindre tid på omsorgsoppgaver (Gautun og Syse, 2013). Både flere og sykere pasienter på sykehjem fører til økt arbeidsbelastning og økt kompleksitet, noe en oppfølgingsrapport tre år senere bekrefter (Haukelien et al., 2015). Disse endringene viste seg raskt etter innføringen av reformen i 2012. Årsaken var at reformen kom for brått på, og at pasientene begynte å strømme ut til kommunene før de var klare. Dette førte raskt til økt arbeidsbelastning og økt kompleksitet og har gjort at kommunene ikke har vært i stand til å bygge opp kompetansen og den faglig infrastrukturen i tide. På grunn av dette havner kommunene på etterskudd i å møte de økte kravene som kom med reformen (Haukelien et al., 2015).

På den ene siden så forutså man at kommunene måtte styrkes med kompetansehevende tiltak for å forberede sykepleierne på de nye arbeidsoppgavene som krevde spesialisert kompetanse (St. meld. nr. 47 (2008-2009), 2009, s.36). På den andre siden kom Samhandlingsreformen for brått på kommunene. Dette illustrerer at det ikke ble gjort nok i arbeidet med å forberede sykepleierne (St. meld. nr. 47 (2008-2009), 2009, s.36). Behovet for kompetanse i kommunehelsetjenesten og spesialutdanning av sykepleiere etterlyses fremdeles i 2017 (NSF, 2017). Flere studier viser at det blitt gjort for lite for sykepleiere på sykehjem etter Samhandlingsreformen mellom 2012 til 2017 har (Gautun og Syse, 2013, Haukelien et al, 2015, NSF, 2017).

4.2 Endring av sykepleieoppgaver

Sykere og flere pasienter, men også nye pasientgrupper, er noen av årsakene til endring i sykepleieoppgaver på sykehjem. Med Samhandlingsreformen har kommunene overtatt ansvaret for pasienter som tidligere lå ferdigbehandlet i sykehus. Etter innføringen av reformen har det vært en sterk økning av utskrivningsklare i hele perioden fra 2010 (24.000) til 2014 (87.000) (Riksrevisjonen, 2016). Disse tallene gir et bilde på de store endringene som har skjedd i kommunehelsetjenesten etter Samhandlingsreformen. Gautun og Syse (2013)

trekker frem en rekke ulike endringer for sykepleiere på sykehjem, som har kommet som en følge av reformen. Disse inkluderer endringer i antall pasienter, endring i pasientgrupper og endring i medisinske behov hos pasienter som kommer fra sykehus. I tillegg påpeker Haukelien et al (2015, s. 31) at hele 9 av 10 sykepleiere oppgir at kompleksiteten i de sykepleierfaglige oppgavene har økt de siste tre årene. Videre viser Haukelien og medarbeiders studie at 71 % av sykepleierne oppgir at de bruker mer tid på avanserte prosedyrer og oppgaver og at arbeidsoppgavene har blitt mer varierte og faglig utfordrende (2015, s. 31).

I den videre drøftingen vil jeg ta for meg tre hovedtemaer som alle har vært viktige med tanke på konsekvensene av Samhandlingsreformen. Temaene er i tråd med teorikapittelets oppdeling: *Kompetansehevende tiltak, Kvalitet på helsetjenesten og Sykepleierens ansvar og funksjon.*

4.3 Kompetansehevende tiltak

4.3.1 Søke om midler

Samhandlingsreformens mål om redusert liggetid på sykehus har direkte konsekvenser for sykepleiere på sykehjem. Tilstrekkelig kompetanse er avgjørende for å møte Samhandlingsreformens økte krav og målsettinger (Hermansen og Grødems, 2015).

I en sluttevaluering av Kompetanseløftet 2015 diskuterer Helgesen og medarbeidere mål, måloppnåelse og effektivitet av tiltakene i Kompetanseløftet (2016). Sluttevalueringen konkluderer med at dersom man skal oppnå tilstrekkelig effektivitet i kommunene med tanke på gjennomføring av kompetanse- og rekrutteringsplaner, må kommunene motiveres til selv å søke om økonomiske midler. Et illustrerende eksempel på bruk av slike midler er Ferdighetscenteret i Røyken kommune, som har fått innvilget 1 million kroner i støtte for å øke kompetansenivået i kommunen (Røyken kommune, 2017).

Likevel ser man at få kommuner har kompetanseheving som del av kommuneplanens samfunnsdel, og at få kommuner har gitt kompetanseheving en plass i økonomiplanen (Helgesen et al., 2016). Til tross for at kommunene har fått bevilget øremerkede midler til å etablere en kompetanse- og rekrutteringsplan, har det vært opp til hver enkelt kommune å bestemme *hvilke* tiltak de skal satse på (Stigen og Tjerbo, 2015). Dette har ført til variasjoner mellom kommunene og at noen kommuner dermed har havnet langt etter i arbeidet med å utvikle kompetanse- og rekrutteringsplaner. Til tross for dette rapporteres det likevel om en

nasjonal måloppnåelse, ettersom de *fleste* kommuner har utviklet strategier og har etablert kompetanse- og rekrutteringsplaner. Slik sett kan Kompetanseløftet 2015 sies å ha bidratt til å rette oppmerksomheten mot viktigheten av å etablere spesifikke kompetanse- og rekrutteringsplaner (Helgesen et al., 2016). Samtidig viser undersøkelser at sykepleiere med lederstillinger jevnt over vurderer ressurs- og bemanningssituasjon som noe bedre enn de øvrige ansatte, noe som kan være årsaken til at det ikke søkes om midler til å etablere en kompetanse- og rekrutteringsplan (Haukelien et al., 2015). Det er et generelt problem at de kompetansehevende tiltakene ikke følges opp i kommunene. Det er også et problem at man ikke i tilstrekkelig grad har satt fokus på at så få kommuner søker om midler til slike tiltak (Helgesen et al., 2016).

4.3.2 Øke antall årsverk

Sluttevalueringen av Kompetanseløftet 2015 viser at det i perioden 2011-2015 har vært en økning på 3% i antall nye årsverk med fagutdanning (Helgesen et al., 2016). Imidlertid viser Riksrevisjonen at flertallet av kommunene ikke har økt antall årsverk i sykehjem i noe nevneverdig grad, og at selv om kommunene har brukt noe mer penger på omsorg har kapasiteten i kommunehelsetjenesten i liten grad blitt styrket (Riksrevisjonen, 2016).

Dette illustrerer utfordringen med å måle effektene av Samhandlingsreformen: til tross for at det er mulig å påvise faktiske resultater med tanke på måloppnåelse, er det ikke dermed sagt at disse resultatene gjenspeiles i sykepleiernes erfaringer. For eksempel, som vist over, har liggetiden på sykehus gått ned i perioden 2011-2015 (Helsedirektoratet, 2016). Slik sett kan Samhandlingsreformen anses som vellykket og man vil kunne hevde at kommunene har vært klare til å ta i mot de nye pasientene. Det er imidlertid problematisk at slike resultater ikke sammenlignes med erfaringene til sykepleiere på sykehjem. For eksempel er økt arbeidsbelastning på sykehjem et resultat av kommunens overtagelse av utskrivningsklare pasienter, hvor en større del av pasientforløpene er overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunen (Riksrevisjonen, 2016). Videre har forskning både fra Sverige og Norge vist at redusert antall liggedøgn for de eldste eldre har sammenheng med økt risiko for død etter utskrivning fra sykehus (Nordström et al., 2015, Bruvik et al., 2017).

4.4 Kvaliteten på helsetjenesten

I studien til Haukelien et al (2015), oppgir om lag 70 % av sykepleierne i kommunehelsetjenesten at det brukes for liten tid til hver enkelt pasient. Videre oppgir mindre enn 40 % av sykepleierne at de har tilstrekkelig tid til å ivareta pasientenes behov for

omsorg. Som vist over, defineres kvalitet i helsetjenesten med at tiltak og aktiviteter skal føre til helserelatert velferd (Bjørø og Kirkevold, 2011, s. 347). Funnene fra Haukelien og medarbeideres studie (2015) kan dermed forstås som at kvaliteten på kommunehelsetjenesten ikke er av god nok kvalitet.

4.4.1 Redusert liggetid og reinnleggelser

I følge Riksrevisjonen (2016) mangler vi kunnskap om kvaliteten på tjenesten til pasienter som skrives ut til kommunene. Kvaliteten i helsetjenesten skal sikres ved å opprettholde at helsetjenestens aktiviteter og tiltak skal fremme helse. Helsetjenesten skal være *Trygge og sikre*, som innebærer at man skal sørge for at uheldige hendelser reduseres til et minimum (Bjørø og Kirkevold, 2011).

Sykepleiere på sykehjem erfarer at det har skjedd en økning i antall reinnleggelser etter Samhandlingsreformen (Gautun og Syse, 2013), og flere kommuner opplever at pasienter skrives ut for tidlig fra sykehus. Kommunene kan ikke tilby et godt nok helsetilbud, noe som kan være årsaken til at flere pasienter reinnlegges i sykehus (Riksrevisjonen, 2016).

Sykepleieres ansvar om å utøve forsvarlig pleie påvirkes av redusert liggetid og manglende kompetanse (Slettebø, 2013). Manglende helsetilbud til pasienter som bli skrevet ut fra sykehus tidligere enn før viser at arbeidet med økt kompetanse er viktig, og at økt kompetanse blant sykepleier på sykehjem vil kunne få betydning for antall reinnleggelser. Redusert liggetid er en effekt av Samhandlingsreformen og ikke av økt kompetanse eller økt andel sykepleieårsverk i kommunehelsetjenesten (Hermansen og Grødem, 2015).

4.4.2 Økt arbeidsbelastning og mangel på sykepleiere

Samhandlingsreformens store omorganisering av kommunehelsetjenesten fører til økt arbeidsbelastning for sykepleiere. En slik omorganisering kan føre til stress og uro fordi sykepleiere på sykehjem blir påvirket fysisk og følelsesmessig av arbeidsbelastning (Orvik, 2015). Forskning viser at arbeidsbelastning påvirker tilfredshet på arbeidsplassen (Hasson og Arnetz, 2007). Et positivt arbeidsmiljø er av betydning for kvaliteten på tjenesten (André, 2014) og det er en sammenheng mellom mangel på sykepleiere og dårlig arbeidsmiljø (Gautun et al., 2016). Mangelen på sykepleiere er stor: i sykehjem og hjemmetjenesten ligger antall ubesatte sykepleiestillinger på 18 %. (Gautun et al., 2016, s. 36). Mangel på sykepleiere fører til økt arbeidsbelastning og påvirker arbeidsmiljøet negativt. Et dårlig arbeidsmiljø får konsekvenser for kvaliteten på tjenesten (Gautun et al., 2016).

Sykepleie er et profesjonsfag og profesjonsbegrepet innebærer å være en fagperson som

innehar ulike former for forskningsbasert kunnskap i sin profesjonalitet. Helsepersonell har spesielle utfordringer i sitt arbeidsliv, som innsparinger og mangel på ressurser. Disse utfordringene kan bli et hinder for deres profesjonsutøvelse (Orvik, 2015). Økt arbeidsbelastning og mangel på sykepleiere får konsekvenser for sykepleie som profesjonsfag.

4.4.3 Økt arbeidsbelastning og økt kompleksitet

Undersøkelser viser motsigelser i svarene til sykepleierne i vurderingen av kvaliteten på helsetjenesten. På den ene siden svarer sykepleierne at de har tilstrekkelig sykepleiefaglig kompetanse i ivaretagelsen av pasientene de mottar fra sykehus. På den andre siden bruker de mer tid på medisinske prosedyrer og oppgaver enn før Samhandlingsreformen. Sykepleierne gir uttrykk for at knappe ressurser går mer ut over de ansatte, enn kvaliteten på tjenesten (Gautun og Syse, 2013). På den andre siden viser undersøkelser i nyere tid at sykepleiere har for liten tid til hver pasient og at mangel på ressurser påvirker kvaliteten på tjenesten (Haukelien et al., 2015, Gautun et al., 2016).

Økt arbeidsbelastning og økt kompleksitet på sykehjem endrer sykepleieoppgavene og påvirker sykepleieres veiledningsansvar (Haukelien et al., 2015). En endret og sykere pasientgruppe medfører økt spesialisering og et økt kompetansebehov blant sykepleiere på sykehjem. Det er derfor viktig at utdanningen må tilpasses sykehjemmets nye oppgaver, i tillegg til å tilpasses hele den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Sykepleiere på sykehjemmet jeg jobber sier de må kunne mer nå enn tidligere, men at de ikke alltid strekker til. Det samme uttrykker sykepleierne i undersøkelser foretatt både i 2013 og 2015: kompetansehevingen er ikke systematisk nok, den foregår i stor grad av kurs og ad-hoc-opplæring og dette er et problem (Gautun og Syse, 2014 og Haukelien et al., 2015). Dette viser at NSF's forbundsleders etterlysning av systematisk utdanning av spesialsykepleiere er aktuell. NSF viser i tillegg at det ikke er gjort nok på dette området i 2017 (NSF, 2017).

4.4.4 Mangler på målingsverktøy

Det finnes eksempler på kommuner hvor man har påvist positive effekter av Samhandlingsreformen og hvor nyutdannede sykepleiere søker seg til kommunene. Ifølge Gautun og Syse (2013) skyldes disse positive endringene de nye utfordringene med sykere pasienter, og at noen mener at det har blitt mer spennende å jobbe i kommunehelsetjenesten (Gautun og Syse, 2013). Samtidig viser undersøkelser at det er store forskjeller i rekrutteringen av sykepleiere mellom kommuner, særlig mellom storbyregioner og perifere

regioner (Helgesen et al., 2016, Haukelien et al., 2015).

Oslo kommune, som storbyregion, kommer dårlig ut i når det gjelder rekruttering av sykepleiere (Gautun et al., 2016). Manglende kompetanse og dårlig bemanning påvirker kvaliteten på helsetjenesten. Min tolkning av at Oslo kommune kommer dårlig ut med tanke på rekruttering er at kommunens høye folketall påvirker kartleggingen av kommunens kompetanse- og rekrutteringsbehov. På grunn av dette havner de på etterskudd med å søke om midler av Kompetanseløft 2015.

For å gi et bilde på om kvaliteten har endret seg i Oslo kommune, har jeg gjennomgått *Avvik i sykehjemsetaten: statistikk og trender* og *Objektive kvalitetsindikatorer i sykehjem*. Jeg ønsket med dette å se om det var noen markante endringer før og etter innføringen av Samhandlingsreformen. Kvalitetsindikatorerne har endret seg mye fra 2008 til 2016 og det er derfor ikke mulig å sammenligne tall fra før og etter innføringen av reformen. Tallene på avvik eksisterer ikke før 2013. Det er derfor grunn til å anta at avviksregistreringer også mangler i flere andre kommuner (Helseetaten, 2008-2016, Sykehjemsetaten, 2013-2016). Dette er problematisk, ettersom det da blir vanskelig å måle om avvikene har endret seg etter innføringen av reformen.

4.5 Sykepleieres ansvar og funksjon

4.5.1 Endrede sykepleieoppgaver

Sykepleieoppgavene på sykehjem endres som følge av Samhandlingsreformen, fordi flere enn tidligere nå dør på sykehjem enn på sykehus. Tall fra Folkehelseinstituttet viser at halvparten av oss dør i sykehjem, mens stadig færre dør i sykehus. Andelen som dør på sykehus har gått kraftig ned, fra 48 % i 1986 til 31 % i 2015 (FHI, 2016). En av årsakene til dette er at kreftpasienter som tidligere døde på sykehus, nå i større grad er flyttet fra sykehusene og til lindrende enheter på sykehjem. Kreftpasienter er en ny pasientgruppe på sykehjem som krever spesialkompetanse, særlig innen palliasjon (FHI, 2016). Kompetanseløft 2020 har som mål å styrke kompetansen på palliasjon, noe som vitner om gode utsikter for fremtiden (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Antall diagnoser og pasienter som tidligere lå på sykehus er en av de største utfordringene for sykepleiere på sykehjem (Bruvik et al., 2017). Forskning viser at sykehjemmene har fått ansvar for pasienter som krever mer spesialisert pleie- og behandling, men lite tyder på at kommunene har styrket kompetansen eller økt bemanningen etter at Samhandlingsreformen ble innført (Bruvik et al., 2017).

4.5.2 Veiledning

Sykepleierens veiledende funksjon påvirkes av mangelen på kompetanse og det høye antallet ufaglærte. Mangel på kompetanse og mangel på sykepleiere påvirker sykepleieres overordnede ansvar, særlig med tanke på veiledning og opplæring av ufaglærte. Ufaglærte assistenter utgjør en stor andel av ansatte som yter pasientrettet pleie og omsorg i kommunehelsetjenesten (26%) (Helgesen et al., 2016).

Sykepleieres ansvar og funksjon innebærer å veilede sine medarbeidere. Dette er et virkemiddel for å opprettholde kvaliteten på helsetjenesten. Dette veiledningsansvaret er tett knyttet opp til lovverkets krav om å utøve forsvarlig pleie (Slettebø, 2013). Sykepleierens ansvarsrolle og betydning av å sørge for at også medarbeidere utfører arbeidet på en forsvarlig måte og at dette ansvarsområdet er forankret juridisk, faglig og etisk, ble vektlagt allerede av Florence Nightingale (Slettebø, 2013). Dette ansvaret påvirkes av de økte kravene til kompetanse som Samhandlingsreformen har ført med seg. Redusert liggetid på sykehus og kommunens overtagelse av utskrivningsklare pasienter har ført til sykere og flere pasienter på sykehjem. Flere og sykere pasientene fører igjen til et økt behov for kompetanse (Haukelien et al., 2015). På sykehjem, hvor det er mange ansatte som er ufaglærte, er det spesielt viktig med nødvendig opplæring. Veiledning og nødvendig opplæring er sykepleiers ansvar og skal sikre et faglig forsvarlig tilbud innen sykepleietjenesten (Slettebø, 2013). Sykepleieres veiledningsansvar påvirkes av mangelen på kompetanse og manglende ressurser. Veiledningen av medarbeidere er et virkemiddel for å opprettholde kvaliteten på tjenesten.

4.5.3 Rekruttering og utøvelse av forsvarlig pleie

Mangel på sykepleiere påvirker kvaliteten på helsetjenesten og gir økt arbeidsbelastning, som igjen kan føre til dårlig arbeidsmiljø og økt sykefravær. Innsparinger og mangel på ressurser kan bli et hinder for helsepersonells profesjonsutøvelse (Orvik, 2015). Rekruttering er et virkemiddel for å opprettholde kvaliteten på helsetjenesten. Det er sykepleieres ansvar å opprettholde kvaliteten på tjenestene de utfører. Likevel viser undersøkelser at over halvparten av sykepleiere på sykehjem gir uttrykk for at de daglig eller ukentlig opplever situasjoner der kravene til faglig forsvarlighet ikke blir møtt. Årsakene til dette er for liten tid til den enkelte pasient, grunnet økt arbeidsbelastning (Gautun et al., 2016). Underbemanning er selvforsterkende og derfor blir rekruttering et virkemiddel for å oppnå kvalitet på tjenesten. Dette har konsekvenser for sykepleieres personlige ansvar og for sine medarbeidere i å utøve faglig forsvarlig pleie (NSF, 2011, Helsepersonelloven §. 4 forsvarlighet).

På bakgrunn av mangelen på sykepleiere, lanserte NSF Sykepleierløftet i 2016 . Dette løftet skal gi gode arbeidsbetingelser og skal bidra til økt rekruttering av sykepleiere, noe som er nødvendig på grunn av flere pasienter med mer kompliserte helsetilstander ute i kommunene (NSF, 2016).

5.0 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

Samhandlingsreformen er en stor og omfattende reform som har medført store og til dels alvorlige omveltninger for kommunene. Med de nye oppgavene skulle kommunene rustes opp med kompetansehevende tiltak.

Denne oppgaven har diskutert en rekke slike kompetansehevende tiltak. Tiltakene innebærer blant annet spesialutdanning av sykepleiere og å utarbeide kommunale kompetanse- og rekrutteringsplaner. Likevel er det slik at det er opp til kommunene selv å søke om økonomiske midler til å gjennomføre de kompetansehevende tiltakene, noe som legger et stort ansvar over på den enkelte kommune. Denne oppgaven har vist at det ikke i tilstrekkelig grad søkes om økonomiske midler, og at det er store variasjoner mellom kommunene.

Endring og gode rutiner tar tid, og det er ikke rart om det oppstår noen utilsiktede og uønskede konsekvenser av en slik omfattende helsereform. Denne oppgaven har likevel pekt på noen forholdvis alvorlige konsekvenser av reformen, med tanke på sykepleiere på sykehjem.

Redusert liggetid på sykehus og overtagelse av ansvaret for utskrivningsklare pasienter ar medført en *betydelig endring av sykepleiernes oppgaver*. Sykepleiere på sykehjem opplever økt arbeidsbelastning, økt kompleksitet i arbeidsoppgaver, mindre tid til omsorgsoppgaver og enkeltpasienter, samt at sykepleierne opplever å bruke mer tid på avansert behandling og prosedyrer. Endrede pasientgrupper, som for eksempel flere kreftpasienter på sykehjem, fører til mer komplekse oppgaver og økt behov for kompetanse innen palliasjon. Undersøkelser viser at kommunene ikke var tilstrekkelig klare for å ta i mot nye pasienter og medfølgende nye arbeidsoppgaver. Denne endringen medfører at *kvaliteten på helsetjenesten svekkes*. Økt arbeidsbelastning og økte krav til sykepleieres kompetanse påvirker utøvelsen av sykepleie. Flere kommuner opplever også at pasienter skrives ut for tidlig fra sykehus, og at kommunene da ikke er i stand til å tilby et godt nok helsetilbud for pasientene. Videre har Samhandlingsreformen ført til *manglende veiledningskompetanse og manglende opplæring av*

ufaglærte assistenter. Når sykepleiere selv mangler kompetanse, vil de heller ikke være i stand til å veilede ufaglærte medarbeidere.

En av målene med Samhandlingsreformen var at det skulle bli høyere krav til måling av kvalitet. Denne oppgaven viser imidlertid at mangler og endring i målingsverktøy gjør det svært utfordrende å sammenligne kvalitet før og etter innføring av reformen.

LITTERATUR

André, B. (2014) Kap. 17 Positive arbeidslivserfaringer i kommunehelsetjenesten. I Haugan, G. og Rannestad, T (red.) *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Bjæro, K og Kirkevold, M. (2011). Kap 8. Kvalitet og kvalitetsutvikling i sykepleie. I Kristoffersen, N.J. Nortvedt, F. Og Skaug, E-A. *Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Bruvik, F., Drageset, J. og Abrahamsen, J.F. (2017) *Fra sykehus til sykehjem * hva samhandlingsreformen har ført til*. Lest 27.02.17. Hentet her https://sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-60613_0.pdf

Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P.A. og Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt.

FHI (2016): *Halvparten av oss dør i sykehjem, mens stadig færre dør i sykehus*, Lest 05.02.17 Hentet fra <https://www.fhi.no/nyheter/2016/halvparten-av-oss-dor-i-sykehjem/>

Gautun, H og Syse, A. (2013). *Samhandlingsreformen: Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehuset?* (NOVA-Rapport 8/2013). Oslo.

Gautun, H., Øien, H. og Bratt, C. (2016). *Underbemanning er selvforsterkende: konsekvenser av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem*. (NOVA rapport 6/2016) Oslo: Høyskolen i Oslo og Akershus.

Hasson, H. og Arnetz, J.E. (2007): *Nursing staff competence, work strain, stress and satisfaction in elderly care: a comparison of home-based care and nursing homes*. Hentet fra <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2006.01803.x/full>

Haukelien, H., Vike, H. og Vardheim, I. (2015). *Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Sykepleieres erfaringer*: Hentet fra https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/samhandlingsreformens_konsekvenser18_22_3.pdf

Helgesen, M., Kvinge, T., Olsen, D.S., Holm, A. og Røste, R. (2016) *Rekruttering og kompetanseheving i kommunal pleie og omsorg: Sluttrapporten for evalueringen av Kompetanseløftet 2015*, hentet fra <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NIBR/Publikasjoner/Rekruttering-og-kompetanseheving-i-kommunal-pleie-og-omsorg>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale omsorg- og omsorgstjenester*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse-%20og%20omsorgstjenesteloven>

Helse- og omsorgsdepartementet (2016): *Statsbudsjettet* (Prop. 1 S 2015-2016) Hentet fra <http://www.statsbudsjettet.no/Statsbudsjettet-2016/Dokumenter1/Fagdepartementenes-proposisjoner/Helse--og-omsorgsdepartementet-HOD/Prop-1-S-/Del-3-Omtale-av-sarlige-tema-/10-Kompetanseloft-2020/>

Helsedirektoratet. (2017). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/nokkeltall/nokkeltall-ressursinnsats-og-aktivitet#utskrivningsklare-pasienter-og-reinnleggelser>

Helseetaten (2008). *Objektive kvalitetsindikatorer i sykehjem i Oslo kommune*. (3/2008)

Helseetaten (2009). *Objektive kvalitetsindikatorer i sykehjem i Oslo kommune*. (3/2009)

Helseetaten (2010). *Objektive kvalitetsindikatorer i sykehjem i Oslo kommune*. (3/2010)

Helseetaten (2011). *Objektive kvalitetsindikatorer i sykehjem i Oslo kommune*. (3/2011)

Helseetaten (2012). *Objektive kvalitetsindikatorer i sykehjem i Oslo kommune*. (3/2012)

Helseetaten (2013). *Objektive kvalitetsindikatorer i sykehjem i Oslo kommune*. (3/2013)

Helseetaten (2014). *Objektive kvalitetsindikatorer i sykehjem i Oslo kommune*. (3/2014)

Helseetaten (2015). *Objektive kvalitetsindikatorer i sykehjem i Oslo kommune*. (2/2015)

Helseetaten (2016). *Objektive kvalitetsindikatorer i sykehjem i Oslo kommune*. (2/2016)

Helsepersonelloven. (1990). *Lov om helsepersonell*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Hermansen, A og Grødem, S. A. (2015). *Reformeffekt: Redusert liggetid blant de eldste*. Hentet fra https://sykepleien.no/sites/default/files/publication-pdf/15fo1_art_hermansen_2034.pdf

Kristoffersen, N. J. (2011). Kap 5 Sykepleie – kunnskap og kompetanse. I Kristoffersen, N.J. Nortvedt, F. Og Skaug, E-A. *Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. Og Skaug, E-A. (2011). Kap 1 Om Sykepleie. I Kristoffersen, N.J. Nortvedt, F. Og Skaug, E-A. *Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Nordström, P., Gustafson, Y., Michaëlsson, K. og Nordström, A. (2015). *Length of hospital stay after hip fracture and short term risk of death after discharge: a total cohort study in Sweden*. Hentet fra <http://www.bmj.com/content/350/bmj.h696>

Nortvedt, M.W, Jamtvedt, G, Graverholt, B, Nordheim, L. V og Reinar, L.M. (2012) *Jobb kunnskapsbasert*. Oslo: Akribe

NSF (2017). *Mangel på spesialsykepleiere må tas på alvor*. Lest 02.02.2017. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/3208566/17036/%20-Mangel-paa-spesialsykepleiere-maa-tas-paa-alvor>

NSF (2011) *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet her <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse: Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse*. (2. utg). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Regjeringen. (2011). *Samhandlingsreformen- informasjon om ikraftsetting av lov om kommunal helse- og omsorgstjenester*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/samhandlingsreformen---informasjon-om-ik/id667798/>

Riksrevisjonen (2016): *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*. Lest 12.02.17. (Dokument 3:5) Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2015-2016/Samhandlingsreformen.pdf>

Røyken kommune.no (2017) *Her skal helsepersonell øve på praktiske ferdigheter*. Lest 28.02.2017. Hentet her <https://www.royken.kommune.no/Aktuell-informasjon/Her-skal-helsepersonell-ove-pa-praktiske-ferdigheter/>

Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk* (utg.6). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Stigen, I.M. og Tjerbo, T. (2015) *Evaluering av kompetanseløftet* (2015) Hentet fra <http://www.hioa.no/extension/hioa/design/hioa/images/nibr/files/filer/2011-108.pdf>

St.meld. nr. 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen— Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Sykehjemsetaten (2013). *Avvik i sykehjemsetaten: statistikk og trender*. Oslo kommune.

Sykehjemsetaten (2014). *Avvik i sykehjemsetaten: statistikk og trender*. Oslo kommune

Sykehjemsetaten (2015). *Avvik i sykehjemsetaten: statistikk og trender*. Oslo kommune

Sykehjemsetaten (2016). *Avvik i sykehjemsetaten: statistikk og trender*. Oslo kommune

VEDLEGG**Vedlegg 1**

Norske søkeord	1.kompetanseutvikling, kvalifikasjoner 2. sykehjem	1.samhandlingsreformen 2.kommunehelsetjenesten	1.syke 2.konsekvenser
Engelske søkeord	1. Clinical competence 2. Nursing homes	1. Health care reform 2. Community health service	1. Patients 2. Risk factors Outcome Cost-benefits-analysis

Vedlegg 2

Forfatter/ år/land/tittel	Hensikt (mål) med studien	Metode	Resultat (Funn)	Egne kommentarer
Nordström, Gustafson, Michaëlsson og Nordström. (2015) Sverige: <i>Length of hospital stay after hip fracture and short term risk of death after discharge: a total cohort study in Sweden</i>	For å undersøke sammenhengen mellom innleggelse og liggetid etter hoftebrudd og risiko for død etter utskrivning fra sykehuset.	Retrospektiv kohortstudie	Redusert liggetid på sykehus blant eldre med hoftebrudd fører til økt risiko for død etter utskrivning	Kvaliteten på tjenesten/konsek venser av kortere liggetid på sykehus og sykere pasienter på sykehjem, at liggetiden har noe å si.
Hermansen, A. og Grødem, S.A (2015) Norge <i>Reformeffekt: Redusert liggetid blant de eldste</i>	Å empirisk teste følgende hypotese: I kommuner med en økning i andelen sykepleieårsverk i pleie- og omsorgssektoren i perioden 2010– 2013 har somatiske pasienter 80 år og eldre fått reduert antall	I analysen benyttes «fixed effects»- modell i kombinasjon med multippel lineær regresjonsanal yse, basert på et paneldatasett som omfatter 427 norske kommuner for	Pasienter 80 år og eldre har hatt en nedgang i antall liggedøgn i sykehus i perioden 2010– 2013. I analysen forklares denne nedgangen som en effekt av innføringen av blant annet Samhandlingsref ormen	Viser at redusert antall liggedøgn har en direkte konsekvens for sykepleiere på sykehjem

	liggedøgn i sykehus.	årene 2010–2013.		
<p>Bruvik, F., Drageset, J. og Abrahamsen, F.J. (2017) Norge:</p> <p><i>Fra sykehus til sykehjem * hva samhandlingsreformen har ført til.</i></p>	<p>Undersøker mulige forskjeller i populasjonen ved overføring fra sykehus til sykehjem, før og etter innføringen av Samhandlingsreformen</p>	<p>Retrospektiv studie ved et av sykehjemmene i Bergen kommune fra 2009- 2014</p>	<p>Fant en dobling i antall pasienter som døde etter sykehusopphold.</p>	<p>Viser at kvaliteten på helsetjenesten på sykehjem er påvirket av Samhandlingsreformen</p>
<p>Hasson og Arnetz. (2007) Sverige:</p> <p><i>Nursing staff competence, work strain, stress and satisfaction in elderly care: a comparison of home- based care and nursing homes.</i></p>	<p>Målet med denne studien var å: (1) sammenligne sykehjemspersonalets oppfatninger av sin kompetanse, arbeidsbelastninger og trivsel i sykehjem og hjemmebasert omsorg; og (2) å undersøke faktorer som bestemmer</p>	<p>En tverrsnitt spørreundersøkelse</p>	<p>Ansatte i hjemmesykepleien opplevde betydelig mindre fysisk og følelsesmessig belastning sammenlignet med ansatte i sykehjem</p>	<p>Viser at sykepleiere på sykehjem blir påvirket fysisk og følelsesmessig av arbeidsbelastning</p>

	arbeidstilfredshet			
--	--------------------	--	--	--

Vedlegg 3

Nettsider	dokumenttype	Søkeord
Regjeringen.no	Stortingsmeldinger, offentlig dokument	Samhandlingsreformen, kompetanseløftet 2015- 2020
Sykehjemsetaten	Kvalitetsindikatorer	avviksregistrering
	Avviksrapporter	Avvik
		Samhandlingsreformen
Dødsfallregisteret/FHI	Dødsfall, etter dødssted (tabell, oversikt)	Dødsfall, sykehjem
www.fhi.no		Dødsfall, sykehjem
Helsedirektoratet	Rapporter	Statistikk, Samhandlingsreformen
HiOA	NOVA- rapporter	Samhandlingsreformen
NSF	Artikler, nyheter	Samhandlingsreformen
Sykepleien.no	Forskningsartikler, artikler	Samhandlingsreformen
Helsedirektoratet	Rapporter, evalueringsrapporter	