



# Bacheloroppgave

## Bestiller-utfører-modell og kvalitet i hjemmebaserte tjenester

I hvilken grad påvirker bestiller-utfører-modellen kvaliteten på de hjemmebaserte tjenestene?

Kandidatnummer: 1251 og 1261

Emnekode: SYBA3900

Emnenavn: Bacheloroppgave

Studieprogram: Bachelorstudium i sykepleie

Antall ord: 9730

Innleveringsfrist: 29.02.2020 kl. 10.00

Innholdsfortegnelse	
SAMMENDRAG .....	4
1.0 INNLEDNING .....	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema. ....	5
1.2 Problemstilling.....	6
1.3 Hensikten med oppgaven.....	6
1.4 Definisjon av begreper i problemstillingen. ....	6
1.4.1 Bestiller-utfører-modellen.....	6
1.4.2 Kvalitet.....	7
1.4.3 Hjemmebaserte tjenester. ....	7
1.5 Oppgavens disposisjon. ....	7
2.0 TEORI .....	8
2.1 Kvalitet og kvalitetskrav.....	8
2.1.1 Kvalitetssystem for avvikshåndtering. ....	10
2.2 Faglig forsvarlighet.....	10
2.3 Sykepleiefaglige perspektiver.....	12
2.3.1 Verdigrunnet i sykepleie. ....	12
2.3.2 Personsentret sykepleie.....	13
2.3.3 Sykepleierens organiserings- og lederansvar.....	13
2.4 Organisering av helsetjenester.....	14
2.4.1 Samhandlingsreformen. ....	14
2.4.2 New Public Management.....	14
2.4.3 Bestiller-utfører-modellen.....	15
3.0 METODE .....	17
3.1 Litteraturstudie.....	17
3.2 Søkeprosess. ....	17
3.2.1 Innledende søk. ....	17
3.2.2 Systematisk søk.....	18
3.3 Kvalitetsvurdering av inkluderte studier. ....	19
3.3.1 Gjennomlesning for artiklenes relevans.....	19
3.3.2 Vurdering av gyldighet og holdbarhet. ....	20
3.3.3 Andre kunnskapskilder. ....	20
4.0 PRESENTASJON AV FUNN .....	21
4.1 Lønnsomhet og økonomi dominerer.....	21
4.2 Organiseringen påvirker relasjonen mellom sykepleier og pasient.....	22

4.3 Tidspress medfører prioriteringer.....	23
4.4 Sykepleierne kompenserer for et feilaktig system.....	23
5.0 DRØFTING.....	25
5.1 Metodediskusjon.....	25
5.2 Resultatdiskusjon.....	26
5.2.1 Sykepleiefaglig ansvar når kvaliteten svikter. ....	26
5.2.2 Økonomiske rammer påvirker kvaliteten.....	27
5.2.3 Konsekvenser av sykepleiernes prioriteringer. ....	29
5.2.4 Organiseringen påvirker relasjonen mellom sykepleier og pasient. ....	31
6.0 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON.....	34
7.0 LITTERATURLISTE.....	36
Vedlegg.....	40

## SAMMENDRAG

**Bakgrunnen for valg av tema:** Nortvedt & Lillemoen (2016, s. 58) belyser hvorvidt pasientens grunnleggende behov og rett til nødvendig helsehjelp blir ivaretatt når hjelpen baserer seg på vedtak som følge av bestiller-utfører-modellen. Vi ønsker med denne oppgaven å se nærmere på hvordan bestiller-utfører-modellen oppleves i praksis, og hvorvidt denne modellen påvirker kvaliteten på de hjemmebaserte tjenestene.

**Problemstilling:** I hvilken grad påvirker bestiller-utfører-modellen kvaliteten på de hjemmebaserte tjenestene?

**Metode:** Oppgaven er en litteraturstudie hvor det er benyttet relevant faglitteratur, pensumlitteratur, rapporter, samt studier funnet ved søk i databasen Cinahl. Det er benyttet 4 ulike forskningsartikler som belyser ulike sider av oppgavens problemstilling.

**Resultater:** Resultatene viser at økonomi og lønnsomhet er viktige faktorer for å innføre bestiller-utfører-modellen. Denne modellen medfører et tidspress og påvirker relasjonen mellom sykepleier og pasient. Som en konsekvens av tidspresset som oppstår, må sykepleierne prioritere mellom ulike grunnleggende behov og sykepleieoppgaver. Dette fører til at sykepleierne er misfornøyde med organiseringen og forsøker å kompensere for dette.

**Konklusjon:** Samarbeidet mellom bestiller- og utøverenheter fremstår som fraværende. Et høyt tidspress og underbemanning som følge av bestiller-utfører-modellen, resulterer i oppgavesentrert sykepleieutøvelse og dårligere pasient- og sykepleierrelasjon. Samtidig uteblir observasjoner, hvilket går utover sikkerheten til pasientene. Vi konkluderer derfor med at kvaliteten blir påvirket i stor grad.

Nøkkelord: Bestiller-utfører-modell, kvalitet, hjemmebaserte tjenester

## 1.0 INNLEDNING

Under vil vi presentere bakgrunn for valg av tematikk, problemstilling og hensikten med oppgaven. Videre vil vi gi en kort definisjon av sentrale begreper i problemstillingen, samt oppgavens disposisjon.

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema.

Når samhandlingsreformen ble innført i 2012, brakte det med seg et økt ansvar til kommunene, med et ønske om at helsehjelp i større grad skulle gis lokalt av kommunehelsetjenesten (Fjørtoft, 2016, s. 152). Flere kommuner organiserer hjemmesykepleien etter bestiller-utfører-modellen. Denne modellen går ut på at det må fattes et vedtak for all hjelp en pasient skal motta (Fjørtoft, 2016, s. 159). Media har den siste tiden skrevet mye om hvordan sykepleiere i kommunen ikke har tilstrekkelig tid til å ivareta pasientenes behov. En artikkel stiller spørsmålsteget ved om bestiller-utfører-modellen vil gi sykepleierne et oppgaveorientert tunnelsyn, og påvirke kvaliteten på helsehjelpen til pasienter i negativ retning (Nortvedt & Lillemoen, 2016, s. 58). Videre belyser Nortvedt & Lillemoen (2016, s. 58) hvorvidt pasientens grunnleggende behov og rett til nødvendig helsehjelp blir ivaretatt når hjelpen baserer seg på vedtak.

Omtalen temaet har fått i media, sammen med erfaringer vi gjorde oss under praksisperioden i de hjemmebaserte tjenestene, vekket interessen vår for temaet. I praksisperioden erfarte vi at sykepleierne bokstavelig fulgte tidtakeren på telefonen og vedtakene hos hver enkelt pasient. Dette til tross for at pasienten kunne være i behov av andre eller flere tiltak denne dagen. I tillegg medførte vedtakstidene et tidspress, da reisen mellom pasientene ikke var inkludert i arbeidslistene. Vi erfarte også at pasienter med demensdiagnoser opplevde lite kontinuitet i hvilke sykepleiere som kom. Dette medførte at pasienten ikke fikk noen relasjon til sykepleierne som jobbet, hvilket gjorde det vanskelig for både pasient og sykepleier å ivareta pasientens behov.

## 1.2 Problemstilling.

I hvilken grad påvirker bestiller-utfører-modellen kvaliteten på de hjemmebaserte tjenestene?

## 1.3 Hensikten med oppgaven.

Vi ønsker med denne oppgaven å se nærmere på hvordan bestiller-utfører-modellen oppleves i praksis, og hvorvidt denne modellen påvirker kvaliteten på pleie- og omsorgstjenestene. Etter behandling av Meld. St. 13 (2011-2012), Utdanning for velferd – Samspill i praksis, konkluderte Stortinget med at det var behov for bedre styringsmekanismer på nasjonalt nivå. Dette for å sikre at forventningene til helse- og sosialfaglige grunnutdanninger på universitet- og høyskolenivå oppfylles (Regjeringen, 2019). Av den grunn kom Stortinget med en rekke forslag for å styrke både kvaliteten og relevansen (Regjeringen, 2019). I mars 2019 ble den nye forskriften om nasjonale retningslinjer for sykepleierutdanning publisert, og blir gjeldende for studenter med opptak til studieåret 2020 – 2021 (Kunnskapsdepartementet, 2019, s. 7). Med dette, samt medias vinkling på temaet, kan det se ut som om det er faktorer som trenger å endres for å heve kvaliteten på pleie- og omsorgstjenestene.

## 1.4 Definisjon av begreper i problemstillingen.

Under vil vi definere sentrale begreper som er benyttet i problemstillingen.

### 1.4.1 Bestiller-utfører-modellen.

Bestiller-utfører-modellen er en modell som inneholder et bestillerkontor med en saksbehandler som fatter vedtak på bakgrunn av pasientens behov. Videre sendes vektaket til den aktuelle hjemmesykepleien som har ansvaret for å utføre vedtaket (Fermann & Næss, 2013, s. 201).

#### 1.4.2 Kvalitet.

Kvalitet defineres av Norsk Standard (NS-EN ISO 9000:2000, referert i Bjørø & Kirkevold, 2012, s. 347) som “[...] i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav.”

#### 1.4.3 Hjemmebaserte tjenester.

Kommuner har ansvar for utbygging, utforming og organisering av et forsvarlig pleie- og omsorgstilbud til alle som har behov for tjenestene i kommunen (Regjeringen, 2013). Dette inkluderer hjemmebaserte tjenester, der ansvarsområdet er å ivareta behovet for sykepleie blant kommunens innbyggere, uavhengig av alder (Fermann & Næss, 2013, s. 196).

#### 1.5 Oppgavens disposisjon.

Vi vil i første kapittel presentere teori som skal belyse problemstillingen vår. Her vil vi ta opp temaene *kvalitet, faglig forsvarlighet, sykepleiefaglige perspektiver og organisering av helsetjenestene*. Videre vil vi ta for oss valg av metode, hvor vi beskriver søkeprosessen vi gjorde for å finne de inkluderte studien. Deretter vil vi presentere resultatene fra de inkluderte studiene tematisk. Etter dette vil vi drøfte resultatene fra de inkluderte studiene opp mot den presenterte teorien. Til slutt vil vi komme med oppsummering og konklusjon på oppgaven. Det vil foreligge litteraturliste, samt søkehistorikk og litteraturmatrise som vedlegg.

## 2.0 TEORI

I dette kapittelet presenteres relevant teori til oppgavens problemstilling og drøftingsdel.

### 2.1 Kvalitet og kvalitetskrav.

Helsepersonelloven § 1 (1999), stadfester helsepersonells plikter og ansvar, og skal bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten. Kvalitet på helsetjenester omhandler i hvilken grad tjenestene innfrir de kravene som stilles (Ingstad, 2019, s. 135). En felles forståelse av kvalitet er en forutsetning for at det skal kunne måles, forbedres og utvikles (Bjørø & Kirkevold, 2012, s. 347). Ifølge Helse- og omsorgstjenesteloven (2011, § 3-1) har kommunen ansvar for at de som oppholder seg i kommunen skal tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Disse omsorgstjenestene må organiseres i samråd med pasienten, slik at pasienten skal kunne leve og bo selvstendig, samt ha en meningsfull tilværelse sammen med andre, i den grad dette er mulig (Regjeringen, 2013).

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene skal sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester får ivaretatt sine grunnleggende behov, med respekt for menneskets egenverd og selvbestemmelsesrett (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, § 1). Kommunen skal utarbeide skriftlige prosedyrer som søker å sikre at pasienter og brukere får tilfredsstilt sine grunnleggende behov. Dette inkluderer selvstendighet og styring av eget liv, oppleve respekt, forutsigbarhet, og trygghet i forhold til tjenestetilbudet. Videre skal de motta nødvendig rehabilitering, medisinsk undersøkelse og behandling. I tillegg skal pleie og omsorg være tilpasset den enkelte, samt at uønsket og unødvendig sengeopphold skal unngås (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, § 3).

Strategi for Kvalitetsutvikling har utarbeidet seks krav til hvordan brukere og pasienter skal få sosial- og helsetjenester av god kvalitet. Strategien bidrar til at myndighetene blant annet igangsetter kvalitetsarbeid på ulike områder innen sosial- og helsetjenesten (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 19). Disse seks kravene presenteres kort under.

#### 1) Virkningsfulle tiltak

En forutsetning for god kvalitet på sykepleie er at beslutninger om behandling, forebygging, pleie, omsorg og sosiale tjenester, samt at tiltak som iverksettes gir tilstrekkelig effekt.



Tiltakene og beslutningene må derfor bygge på pålitelig og oppdatert kunnskap, samt erfaringer. Utøveren må vise vilje og ha muligheten til kompetansebygging som samsvarer med oppgavene de skal løse (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 21).

## 2) Trygge og sikre tjenester

Behovet for sikkerhet er det viktigste kravet brukere og pasienter har til tjenestene og er avhengig av om sikkerheten er truet av feil, uønskede hendelser eller av risiko som følge av behandling. Gjennom et systematisk kartleggingsarbeid kan en identifisere hvorfor og hvordan feilen skjer, og utarbeide forebyggende tiltak slik at feilen ikke skjer igjen (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 22).

## 3) Involvere pasienten og gi innflytelse

Brukermedvirkning er rettslig nedfelt og skal skje gjennom politikkutforming og påvirkning på system- og individnivå. Pasientene opplever tjenestene i praksis, og kan derfor komme med de beste forslagene til forbedring gjennom deres erfaringer og synspunkt. I denne forbindelse defineres pasienter som personer som mottar tjenester direkte, eller barn og pårørende som indirekte berøres av tjenestene (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 23).

## 4) God samordning og kontinuitet i tjenestetilbudet

En forutsetning for en sammenhengende og helhetlig kjede av tiltak hos pasienter, er tydelig fordeling av ansvar, myndighet, oppgaver og samhandling langs tiltakskjeden og på tvers av tjenestetyper og nivå. Samordning og kontinuitet forutsetter at yrkesgruppene samarbeider, viser fleksibilitet og aktivt oppsøker pasienten for å vurdere pasientens behov med egne øyne (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 24).

## 5) God ressursutnyttelse

En skal utnytte ressursene på en slik måte at både pasient og samfunnet får mest gevinst. Dette betyr blant annet å tilby rett tjeneste, til rett pasient, på rett måte, til rett tid. Fokuset må ikke føre til rasjonalisering på bekostning av kvalitet. God kvalitet er effektivt, og gode tiltak for å unngå feil er mer lønnsomt enn tiltak for å rette opp en feil (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 24).

## 6) Tilgjengelige tjenester og rettferdig fordeling

Det er et krav at alle har lik tilgang på sosial- og helsetjenester uavhengig av kjønn, sosial status eller bosted. Dette forutsetter at tjenestene må være tilgjengelige og tilpasses de ulike

behovene til hver enkelt. Personer med like behov skal få samme tilbud av samme kvalitet, men resultatet er nødvendigvis ikke det samme (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 25).

### 2.1.1 Kvalitetssystem for avvikshåndtering.

I et sammensatt system som helsetjenesten er, vil det alltid forekomme feil. Det er derfor viktig at det i et kvalitetssystem er etablert og beskrevet gode rutiner for avvikshåndtering, slik at korrigerende tiltak implementeres og hindrer at det samme avviket oppstår igjen (Bjørø & Kirkevold, 2014, s. 358). Avvik som skal meldes inn, omhandler blant annet brudd på rutiner, teknisk utstyr eller mangel på personell, som kan gå utover pasientens sikkerhet (Bjørø & Kirkevold, 2014, s. 359).

## 2.2 Faglig forsvarlighet.

Sykepleieren forplikter seg gjennom helsepersonelloven (1999, § 4) til at tjenestene de yter samsvarer med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull utøvelse. Dette kan forventes ut fra personalets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjon. Sykepleiere kommer ofte i nær kontakt med pasienten, hvilket forutsetter et grunnleggende tillitsforhold dem imellom (Bjørø & Kirkevold, 2014, s. 354). Kvalifikasjoner og vurdering av egen kompetanse inngår som en del av den faglige forsvarligheten som skal utøves for å sikre pasientsikkerheten. (Bjørø & Kirkevold, 2014 s. 354). Dette kommer frem i forsvarlighetskravet, ved at helsepersonell skal innrette seg etter egne faglige kvalifikasjoner, og innhente bistand eller henvide pasienter videre der dette er nødvendig og mulig (Helsepersonelloven, 1999, § 4).

I vurdering av hvorvidt omsorgen har vært forsvarlig, er det normer for opptreden og samhandling mellom mennesker som danner grunnlaget. Det forventes at helsepersonell opptrer i samsvar med normer for helsepersonell når det gjelder å utvise empati og respekt for pasienter (Molven, 2009, s. 17). Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer er førende retningslinjer som ikke omtales innenfor lov og avtaleverk. Disse normene skal hjelpe sykepleieren i arbeidet med sykepleieetikken (Norsk Sykepleierforbund [NSF], u.å). Forsvarlighet kan knyttes til faglige, etiske og rettslige normer for hvordan yrkesutøvelse bør skje i ulike sammenhenger (Bjørø & Kirkevold, 2014, s. 353). Denne normen er et minstekrav for hvordan yrkesutøvelsen skal gjennomføres (Bjørø & Kirkevold, 2014, s. 353). Grunnet en

uklar grense på hvor minstestandarden går, hevder Molven (2009, referert i Bjøro & Kirkevold, 2014, s. 253) at sykepleieren må sikte mot et høyere kvalitetsnivå enn minimumsnivået. På den måten vil en ha en viss margin å gå på, slik at uforsvarlig praksis unngås.

Kravet om faglig forsvarlighet påvirker ikke bare sykepleieren, men også eierne eller lederne av helsevirksomheter (Bjøro & Kirkevold, 2014, s. 354). For at helsepersonell, deriblant sykepleiere, skal kunne handle faglig forsvarlig, forutsetter dette at virksomheten tilrettelegger forholdene i arbeidssituasjoner. Dette tydeliggjøres i helsepersonelloven (1999, § 16), som sier at virksomheter skal organiseres på en måte der helsepersonell kan overholde sine lovpålagte plikter. Virksomheten plikter å følge den faglige utviklingen og på den måten sikre at tjenestetilbudet samsvarer med de faglige normene for tjenestene (Bjøro & Kirkevold, 2014, s. 354). Eksempelvis kan virksomheter kritiseres dersom det forekommer dårlige rutiner, manglende kvalifisert helsepersonell, for dårlige hjelpemidler eller fravær av forutsigbarhet i organiseringen (Molven, 2009, referert i Bjøro & Kirkevold, 2014, s. 354).

Gjennom helsepersonelloven § 17 (1999), tydeliggjøres det at helsepersonell plikter å informere tilsynsmyndighetene om forhold som kan føre til fare for pasienters eller brukeres sikkerhet. Med *forhold* menes blant annet: unnlattelse av tiltak, manglende eller sviktende rutiner, og manglende eller utilstrekkelig vedlikeholdt teknisk utstyr. Det kan også være svikt i organisering som for eksempel manglende helsepersonell, manglende kvalifikasjoner eller personlige problemer, eksempelvis rusmiddelbruk eller faglig utvikling (NSF, 2013, s. 18). Videre hevder NSF (2013, s. 18) at faglig uforsvarlig sykepleie er når en pasient ikke får dekket grunnleggende behov, pasienten blir utsatt for unødvendig skader, lidelse eller ved manglende nødvendig helsehjelp. Dette kan skyldes lav bemanning, manglende kompetanse, svikt i rutiner eller retningslinjer, hvilket kan knyttes til både arbeidsgiver og arbeidstaker (NSF, 2013, s. 24).

## 2.3 Sykepleiefaglige perspektiver.

Utgangspunktet for sykepleie, er pasientens grunnleggende behov og opplevelser av og reaksjoner på sin egen helsetilstand (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2012, s. 16). For at sykepleieren skal kunne ivareta pasientens behov, kreves det kunnskap om hele mennesket. Det innebærer kunnskap om at det fysiske, psykiske, sosiale og åndelige inngår i hverandre. Nasjonale retningslinjer for sykepleierutdanning (Kunnskapsdepartementet, 2019, s. 2) konkretiserer at sykepleieren etter endt utdanning skal kunne “[...] anvende faglig kunnskap om helse og sykdom for å systematisk observere, vurdere, beslutte, iverksette og dokumentere hensiktsmessig sykepleietiltak, samt evaluere effekten av disse og justere behov”.

Sykepleieprofesjonen er forankret i kunnskap om verdier, hvilket er viktig for hvordan vi utfører handlingene, og hvordan pasientene opplever disse (Kristoffersen et al., 2012, s. 17).

### 2.3.1 Verdigrunnlaget i sykepleie.

Moralske verdier og idealer er grunnleggende for utøvelsen av sykepleie, og står sentralt i sykepleiefaget (Kristoffersen et al., 2012, s. 16). Det betyr at disse verdiene bør være like sentrale for sykepleieren privat, som profesjonell. Sykepleien bygger på et altruistisk og humanistisk verdisyn.

Altruisme betyr at andres interesser settes foran egne og dette kan overføres til sykepleien ved at det handler om å hjelpe og å være til nytte for andre, uten å forvente noe tilbake (Kristoffersen & Nortvedt, 2012, s. 89). Omsorg, nestekjærlighet, og barmhjertighet er altruistiske verdier. I sykepleien handler det om at handlinger som utføres, er rettet mot den andres beste (Kristoffersen & Nortvedt, 2012, s. 89). Sentralt i sykepleie er omsorg. En kan se omsorg i lys av tre komponenter: det er begrunnet i både fornuft og følelser, det har et handlingsaspekt og det har en moralsk side (Kristoffersen & Nortvedt, 2012, s. 92). At omsorg inneholder både fornuft og følelser handler om i hvilken grad sykepleieren blir berørt av pasientens sykdomssituasjon, som påvirker hvorvidt pasienten opplever å bli møtt med omsorg og omtanke. Handlingsaspektet i omsorg skiller mellom å ønske å hjelpe, og å kunne hjelpe. Selv om man som sykepleier har et ønske om å hjelpe, har man ikke nødvendigvis den faglige kompetansen til å kunne gjøre det. Måten vi utfører omsorgen vår på, er nært knyttet til omsorgens moralske side. Det handler om våre holdninger og hvordan vi opptrer overfor pasienten i utøvelsen av sykepleie (Kristoffersen & Nortvedt, 2012, s. 93).

Et humanistisk menneskesyn dreier seg om at mennesket er i sentrum. De humanistiske verdiene baseres på respekten for det enkelte menneskets integritet og ukrenkelighet. Et menneske er særegent, unikt og verdifullt i seg selv, og alle er likeverdige (Kristoffersen & Nortvedt, 2012, s. 94). Dette menneskesynet ser på mennesket som en udelelig helhet, hvilket betyr at det er hele mennesket som reagerer på sykdom og sykepleieren må derfor forholde seg til pasienten i sin helhet (Kristoffersen & Nortvedt, 2012, s. 95).

### 2.3.2 Personsentrert sykepleie.

Personsentrert sykepleie handler om å vise omsorg, samt respekt for en persons egenverd (Kristoffersen, & Nortvedt, 2012, s. 96). Dette innebærer å behandle en pasient som et menneske, med et eget levd liv og ikke som et upersonlig tilfelle, et nummer i rekka, eller en arbeidsoppgave (Kristoffersen & Nortvedt, 2012, s. 97). Sykepleieren må bry seg om hvordan pasienten har det og formidle dette gjennom holdninger og væremåte. Dette er en forutsetning for at pasienten skal oppleve å ha tillit til sykepleieren og for at sykepleieren skal få nødvendig kjennskap til hvordan pasienten opplever egen situasjon (Kristoffersen & Nortvedt, 2012, s. 305). Videre handler personsentrert sykepleie om å forholde seg til pasienten på en helhetlig måte. Det vil si å ivareta pasientens grunnleggende behov innenfor både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige komponenter (Kristoffersen & Nortvedt, 2012, s. 97).

### 2.3.3 Sykepleierens organiserings- og lederansvar.

I kraft av utdanningen gjennom høyskole og universitet, er sykepleiere kvalifiserte til å være faglige ledere (Ingstad, 2019, s. 19). I rammeplan for sykepleierutdanningen (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 7) står det at sykepleierne etter endt utdanning skal kunne organisere og lede sykepleie på ulike nivåer, av egen virksomhet og på tvers av ulike tjenestetilbud. Det vil si at det ikke kun kreves klinisk kompetanse av sykepleiere, men også organisatorisk (Ingstad, 2019, s. 23). Orvik (2015, s. 30, referert i Ingstad, 2019, s. 24) benytter begrepet “dobbeltkompetanse” for å belyse denne sammenhengen. Når sykepleieren er faglig leder, også kalt førstelinjeleder, innebærer det å lede og administrere utøvelsen av yrket overfor den enkelte pasient, grupper av pasienter, pårørende, i tillegg til tverrfaglig og tverretattlig samarbeid (Ingstad, 2019, s. 17). Det er sykepleierens ansvar å sikre flyt i

arbeidsoppgavene gjennom å planlegge og delegere oppgaver, slik at rett kompetanse blir brukt på riktig plass (Ingstad, 2019, s. 18). Dette krever kunnskap i hvordan helsetjenestene er bygd opp og fungerer (Ingstad, 2019, s. 23). Å inneha organisatorisk og klinisk kompetanse er dermed nødvendig for å gi gode helsetjenester, da det er sykepleierens ansvar å tilrettelegge for effektivitet og produktivitet, samtidig som kvaliteten på pasientbehandlingen ivaretas (Ingstad, 2019, s. 24).

## 2.4 Organisering av helsetjenester.

I følgende underkapittel vil vi kort belyse Samhandlingsreformen og New Public Management, samt i større grad utdype bestiller-utfører-modellen.

### 2.4.1 Samhandlingsreformen.

En del oppgaver som før tilhørte spesialisthelsetjenesten, ble som en konsekvens av samhandlingsreformen flyttet til kommunehelsetjenesten. Fastlegene skulle få en mer essensiell rolle i behandling av pasienter, samtidig som kommunen skulle etablere tverrfaglige team for å ta over behandling av kronisk syke pasienter som skulle erstatte sykehusinnleggelse. Dette ville kreve bedre samhandling mellom de ulike instansene, økt tverrfaglig samarbeid og økende kompetanse. Samhandlingsreformen ble blant annet innført som en konsekvens av manglende samhandling, men også for å effektivisere helsetjenestene. Kostnadene til helsesektoren hadde over tid hatt en enorm økning, pasienter “falt mellom to stoler”, og samtidig økte antallet kroniske syke. I tillegg til dette, regnet man ut at antall eldre over 80 år ville være fordoblet innen 2040 (Kristoffersen, 2014, s. 301).

### 2.4.2 New Public Management.

New Public Management, heretter kalt NPM, er en styringsfilosofi som kom til vesten i 1980-årene. Bakgrunnen var at offentlig sektor ble oppfattet som lite effektiv og brukerorientert; derfor ønsket man å ta i bruk en styringsform fra privat sektor med utgangspunkt i mer økonomisk og rasjonell drift (Ingstad, 2019, s. 105). NPM er en samlebetegnelse på en rekke reformer som har blitt igangsatt i offentlig sektor. Denne formen for styring vektlegger i større grad mål- og resultatstyring, profesjonell ledelse, konkurranse, desentralisering, bruk av

standarder og prestasjonsmål, samt sparsommelighet av offentlige ressurser. Hensikten var blant annet å rette fokus mot pasienten, samt å redusere kostnadene ved å effektivisere og modernisere offentlig sektor (Ingstad, 2019, s. 105).

#### 2.4.3 Bestiller-utfører-modellen.

Bestiller-utfører modellen er én av ideene som vokste fram under NPM-reformen (Ingstad, 2019, s 105). Forskjellige former av bestiller-utfører-modellen benyttes i store deler av Europa som en del av moderniseringsarbeidet for den offentlige sektor (NOU 2005: 3, s. 114). Én av grunnene for dette, var behovet for en mer hensiktsmessig arbeidsfordeling mellom privat og offentlig sektor. Den andre grunnen var for å gjøre offentlig virksomhet mer effektiv og brukerorientert (NOU 2005: 3, s. 114). Et av argumentene for å innføre denne modellen var forbedret økonomistyring og mer effektiv drift (Vabø, 2014, referert i Ingstad, 2019, s. 105). Bestiller-utfører-modellen representerer overgangen fra en hierarkisk styring til kontraktstyring. Denne organiseringsmodellen karakteriseres ved at det er et tydelig skille mellom forvaltningen og driften av tjenesten (Fjørtoft, 2016, s. 159). Det er bestillerens oppgave å definere innhold og kvaliteten på tjenestene i vedtakene. Videre er bestilleren ansvarlig for å følge opp og kontrollere utføreren (Nesheim & Vathne, 2000, s. 73). En bestiller-utfører-organisering kan bidra til å ivareta kvalitetsforskriften, hvilket skal sikre at mottakere av pleie- og omsorgstjenester, mottar tjenester av god kvalitet. Dette gjennom å blant annet tydeliggjøre ansvars- og oppgavefordeling, samt innhold og kvalitet på tjenestene, og inneha dokumentasjon på at driften er som forventet (Nesheim & Vathne, 2000, s 74).

Prinsippet bak skillet mellom bestillerenheten og utførerenheten er at pasienten og dens behov skal være i fokus. På den måten vil den som fatter vedtaket kun gjøre dette på bakgrunn av pasientens behov, sett i et faglig perspektiv, og ikke måtte ta hensyn til ressursmessige anliggender ved driften (Fjørtoft, 2016, s. 159). Et vedtak inneholder en beskrivelse av tiltaket som skal igangsettes og tiden dette skal ta, hvilket lovverk vedtaket er hjemlet i, samt informasjon om rettigheter og klagerett (Fjørtoft, 2016, s. 160). Å organisere tjenestene etter denne modellen, skal sikre nødvendig helsehjelp til pasienten. Ivaretagelse av pasientens individuelle behov og autonomi, samt utøverens faglige autonomi og fleksibilitet, kan være utfordrende i et system som er styrt av vedtak, standardisering, og kontroll. Det er viktig at

utøveren får muligheten til å utøve faglig skjønn overfor vedtakene, og har et tett samarbeid med bestillerkontoret (Fjørtoft, 2016, s. 160).



## 3.0 METODE

I dette kapitlet presenteres metoden for oppgaven, søkeprosessen, og kvalitetsvurdering av den inkluderte forskningen.

### 3.1 Litteraturstudie.

En litteraturstudie er en studie som går ut på å samle inn kunnskap fra litteratur, foreta kritisk gjennomgang av det, gjennom analyse og til slutt sammenfatte det hele (Thidemann, 2019, s. 77). Hensikten med denne litteraturstudien er at leseren skal få en oppdatert forståelse av kunnskapen på det temaet vi undersøker, samt en oversikt over hvordan vi har kommet frem til denne kunnskapen.

### 3.2 Søkeprosess.

Her vil vi redegjøre for hvordan vi gikk fram i startfasen med det innledende søket, og hvordan dette ble anvendt i den videre planleggingen. Deretter vil vi gjennomgå fremgangsmåten for det systematiske søket.

#### 3.2.1 Innledende søk.

I oppstartsfasen foretok vi oss flere innledende litteratursøk, både i Oria og i Google Scholar. Hensikten med slike litteratursøk er å gi et bilde av hva som allerede finnes av litteratur innenfor problemområdet man ønsker å undersøke (Dalland & Trygstad, 2017, s. 153). Her kombinerte vi søkeord som: *hjemmesykepleie, vedtak, pasientopplevelse, organisering, etikk, samhandlingsreformen, og bestiller-utfører-modellen* på ulike måter. På bakgrunn av oversikten det innledende søket ga oss, ble det lettere å spesifisere en endelig problemstilling og videre foreta et systematisk søk. Internett gir søkeren mulighet til å finne ubegrenset med litteratur. For å finne forskning med utgangspunkt i en problemstilling bør en derfor utarbeide kriterier som begrenser søket (Dalland & Trygstad, 2017, s. 156).

### 3.2.2 Systematisk søk.

Vi startet den systematiske søkeprosessen med å spesifisere og klargjøre søkeord. Termbasen MeSH finner internasjonale nøkkelord eller “termer” på norsk og engelsk som gir et mer presist søk i internasjonale databaser (Aasen, 2020). Vi tok utgangspunkt i nøkkelordene i problemstillingen, samt norske nøkkelord i artikler fra det innledende søket når vi skulle finne de internasjonale termene i MeSH. Videre skrev vi norske og engelske termer inn i et PICO-skjema. Rammeverket PICO har flere funksjoner, deriblant å identifisere søkeord og begreper som kan benyttes i søket, og hvordan disse søkeordene skal organiseres og kobles sammen til en søkestrategi (Thidemann, 2019, s. 82). Under (tabell 1) vil vi vise PICO-skjemaet vi brukte i våres prosess. Vi benyttet kun de engelske termene i det systematiske søket. Ordene som står vannrett ble i hovedsak kombinert med OR, og ordene som står vannrett innenfor hver kolonne ble kombinert med AND. OR utvider søket, mens AND begrenser søket (Thidemann, 2019, s. 87). Det systematiske søket ble foretatt i Cinahl. Det er en database som publiserer artikler, bøker og rapporter med hovedvekt på sykepleie og kvalitativ forskning (OsloMet, 2019).

Tabell 1.

<b>P - Patient/Problem/ Population</b>	<b>I - Intervention</b>	<b>C - Comparison</b>	<b>O - Outcome</b>
1)Pleie- og omsorgstjenesten 2) Primærhelsetjenesten 3) Hjemmebaserte tjenester	1) Bestiller-utfører-modellen. Dette ordet var ikke registrert i MeSH.		1) Kvalitet 2) Kvalitetssikring
1) Home care service 2) Primary health care 3) Home health care	1) New Public management 2) Ordering performing model 3) Purchaser provider model.		1) Health care quality 2) Quality of health

Tabellen viser hvilke norske termer som ville vært aktuelle å benytte og engelske termer funnet etter søk i MeSH. Underveis i søket i databasene kom det forslag om andre tagger som kunne benyttes i søket. Hvilket forslag og tagger som vi benytter i stedet for de opprinnelige i PICO-skjemaet vil komme frem i matrisen.

### 3.3 Kvalitetsvurdering av inkluderte studier.

I følgende underkapittel gjennomgås hvordan vi kvalitetsvurderte de inkluderte studiene.

Videre nevnes andre kunnskapskilder vi har benyttet.

#### 3.3.1 Gjennomlesning for artiklenes relevans.

Etter vi hadde foretatt et systematisk søk, gikk vi gjennom treffene hvor vi i første omgang så på overskriftene. Dersom overskriften opplevdes relevant for oppgaven, gikk vi videre inn i artikkelen for å lese sammendraget. Thidemann (2019, s. 68) hevder at man skal kunne avgjøre om en artikkel er interessant for problemstilling gjennom å lese sammendraget. Dersom artiklene i tillegg var bygd opp etter IMRaD-strukturen, gikk vi direkte inn i de ulike delene av artiklene for å finne svar på hvorfor og hvordan forskeren har gått frem, hva forskeren fant og hva resultatene betyr, slik Thidemann (2019, s. 68) beskriver. IMRaD-

strukturen samsvarer med forskningsprosessen og vil gi en klar indikasjon på at det er en vitenskapelig artikkel, selv om det finnes unntak (Thidemann, 2019, s. 67).

I arbeidet med å velge ut data til oppgaven, har vi forsøkt å være kritiske i vår egen vurdering av de utvalgte studiene. Kildekritikk handler både om å vurdere og å karakterisere den litteraturen man finner (Dalland & Trygstad, 2017 s. 158). I den forbindelse har det vært viktig å se hvorvidt artiklene har vært relevant for vår problemstilling. Dalland & Trygstad, (2017, s. 159) sier at en må sette spørsmålstegn ved om artikkelen sier noe om spørsmålene vi stiller i oppgaven. Om den belyser problemstillingen, og hvordan man ser for seg å bruke kilden i oppgaven. Kun da kan man si noe om kildens relevans. Dette vil komme fram i litteraturmatriksen, se vedlegg 2.

### 3.3.2 Vurdering av gyldighet og holdbarhet.

Videre har vi vurdert kildenes gyldighet og holdbarhet av de inkluderte studiene. Dalland & Trygstad (2017, s. 159) hevder at man kommer langt ved å stille seg spørsmål om hva slags type tekst det er, hvem som har skrevet teksten, hvem forfatteren skriver til og hvorfor forfatteren skriver om dette. Til slutt hva som er formålet med teksten og når teksten er skrevet. Vi avgrenset søket til artikler som var utgitt de siste 10 årene, da vi ønsket å finne oppdaterte artikler. På grunn av oppgavens problemområde, ønsket vi å finne artikler som forsket på det norske helsevesenet. Derfor undersøkte vi om hvorvidt forfatterne hadde nordiske navn, som en form for kvalitetssikring. Ved enkelte søk avgrenset vi søket til artikler utgitt i Vest-Europa. For mer detaljert beskrivelse av litteratursøket, se vedlegg 1.

### 3.3.3 Andre kunnskapskilder.

Gjennom oppgaven har vi i noe grad benyttet sekundærkilder. En sekundærkilde er litteratur man finner i blant annet bøker som pensumbøker, tidsskrifter og databaser (Thidemann, 2019, s. 75). Vi har forsøkt så langt det har vært mulig å se i litteraturlisten på pensumbøkene, for så å finne igjen litteraturen på internett. Dette på bakgrunn av Dalland & Trygstad (2017, s. 159) som skriver at det opprinnelige perspektivet til originalforfatteren kan ha blitt endret i sekundærkilden.

## 4.0 PRESENTASJON AV FUNN

I følgende kapittel presenteres forskningsartiklenes funn. Ved gjennomlesing og analyse av forskningen fant vi fire gjennomgående temaer. Vi har på bakgrunn av dette valgt å presentere funnene under følgende overskrifter: *Lønnsomhet og økonomi dominerer, organiseringen påvirker relasjonen mellom sykepleier og pasient, tidspress medfører prioritinger, og sykepleierne kompenserer for et feilaktig system.*

### 4.1 Lønnsomhet og økonomi dominerer.

Kattouw & Wiig (2018) fant at organiseringen av hjemmesykepleien har betydning for både kvaliteten og pasientsikkerheten. Videre viser forskerne at beslutningstagere i kommunen mangler kunnskap og forståelse for konsekvensene organiseringen medfører for helsepersonell og pasienter (Kattouw & Wiig, 2018). Kleiven, Kyte & Kvigne (2016, s. 319) trekker fram at de ytre kravene og rammene kan føre til at det oppstår dilemmaer i forbindelse med lovpålagte krav og nasjonale retningslinjer, når ressursene ikke er tilstrekkelige. I en studie av Strandås, Wackerhausen & Bondas (2019, s. 6), ble organisering etter bestiller-utfører-modellen oppfattet av sykepleierne som økende kompleks, hvor faktorer som mangel på tid, rigid organisering og et fokus på lønnsomhet ville føre til uheldige konsekvenser for pasientene. De opplevde den som tungvinn, ineffektiv og et hinder for å gi god omsorg (Strandås et al., 2019, s. 8).

Strandås med kollegaer (2018, s. 406; 2019, s. 6) viser med sin forskning at arbeidsdagen til helsepersonell i hjemmesykepleien er organisert etter en arbeidsliste som viser til hvilke pasienter en skal besøke, hvilke oppgaver som skal utføres og hvor mange minutter hver oppgave er tildelt. I studien fra 2019 fant hun at når sykepleierne ankommer pasientens hjem, starter de en tidtaker på telefonen som viser hvor mange minutter som brukes hos pasienten, og i hvilken grad det samsvarer med vedtakets tidsramme (Strandås et al., 2019, s. 8). Videre trekker hun fram at hjemmetjenesten mottar finansiering fra kommunen etter tidsrammen i vedtakene, og at hjemmetjenesten mister finansiering og pasientene mister vedtakstid dersom sykepleierne bruker mindre tid enn stadfestet på vedtakene (Strandås et al., 2019, s. 6).

Sykepleierne i samme studie mener at pasientene burde få hjelp når det er behov for det, og at forhåndsbestemte vedtak med tidsrammer reduserer sykepleiernes evne til å gi riktig pleie til pasientenes varierende behov (Strandås, et al., 2019, s. 6).

Kattouw & Wiig (2016) fant holdepunkter for at økonomi og innsparinger er viktige faktorer for avgjørelsen om å innføre bestiller-utfører-modellen som organiseringsmetode. I samme studie trekker de fram en brukerundersøkelse gjort i en kommune, som viser at kvaliteten var blitt dårligere etter innføringen av bestiller-utfører modellen (Kattouw & Wiig, 2018). Dette skyldtes blant annet redusert brukermedvirkning, tilgjengelighet, pålitelighet og informasjon, og flere helsepersonell å forholde seg til. Likevel var det blitt besluttet å fortsette med modellen, da økonomi ble vektlagt i større grad enn pasientopplevelser (Kattouw & Wiig, 2018).

#### 4.2 Organiseringen påvirker relasjonen mellom sykepleier og pasient.

I studien til Strandås, Wackerhausen & Bondas (2018, s. 404) fremheves det av pasienter og sykepleiere at en god relasjon dem imellom er en viktig del av den langsiktige pleien i hjemmesykepleien. Videre trekkes det fram at en god relasjon til sykepleierne hjelper pasientene med å håndtere utfordringer, leges og fortsette livet. Både pasienter og sykepleiere er enige om at den største utfordringen knyttet til å bygge og vedlikeholde en god relasjon, er tidspresset (Strandås et al., 2018, s. 405). Strandås (et al., 2019, s. 9; Strandås et al., 2018, s. 407) trekker fram at pasientene føler medlidenhet med sykepleierne, på grunn av deres hektiske hverdag. Videre påpeker forskerne handlinger pasientene gjør for å lette arbeidsbelastningen for sykepleierne: unngår å be om mer hjelp enn nødvendig, setter klart utstyret, er ekstra hyggelige og på gode dager er så selvstendige som mulig (Strandås et al., 2019, s.9). Strandås (et al., 2019, s. 7) påpeker at sykepleierne har lange arbeidslister med mange pasienter, hvilket gjør at besøkene tilpasses arbeidslistene og ikke nødvendigvis pasientenes behov. I studien fra 2018 av samme forfattere, kommer det fram at det er en utfordring for hjemmesykepleien at pasientene har blitt flere og sykere (Strandås et al., 2018, s. 407). Funnene viser at når sykepleierne må håndtere høyteknologisk utstyr og kompleks sykdom, medfører et økt press på sykepleiernes erfaringer og kompetanse (Strandås et al., 2018, s. 407). Pasientene blir utrygge når sykepleierne mangler riktig kompetanse, hvilket går utover relasjonen (Strandås et al., 2018, s. 407). Studien viser at flere pasienter uttrykker

frustrasjon over at besøk er oppdelte, uforutsigbare, mangel på kontinuitet av helsepersonell, manglende adekvat hjelp, og at sykepleierne ikke responderer på deres forespørsel (Strandås et al., 2019, s. 7). Videre forteller pasientene om følelser som ytterligere lidelse når den intime relasjonen mangler (Strandås et al., 2018, s. 404).

#### 4.3 Tidspress medfører prioriteringer.

Kleiven med kollegaer (2016, s. 318) fant i sin studie at mange sykepleiere opplever hverdagen som svært travel, hvor oppgavene er mange i forhold til den tiden og de ressursene som er til rådighet i arbeidet. Underbemanning blir trukket fram som problematisk i funnene til Strandås (et al., 2019, s. 8). Det fører til at arbeidsbelastningen blir for stor, og sykepleierne må gjøre prioriteringer (Strandås et al., 2019, s. 8; Kleiven et al., 2016, s. 319). Hun fant at mange sykepleiere benytter tiden mellom besøk, pauser eller tiden etter vekten til å gjøre administrative oppgaver og dokumentering (Strandås et al., 2019, s. 8). Kleiven (et al., 2016, s. 319) fant holdepunkter for at grunnleggende behov som ernæring, stell, psykososiale behov og aktivitet ofte blir nedprioritert, da medisiner er viktigere. Sykepleierne i studien til Strandås (et al., 2019, s. 6) opplever at budsjettkutt tvinger dem til å prioritere mellom de ulike grunnleggende behovene, og å bestemme hvilket behov som er det viktigste i hver enkelt situasjon. Kliniske observasjoner, ble også nedprioritert til fordel for andre sykepleiefaglige prosedyrer og administrering av medisiner (Strandås et al., 2019, s. 7). Tidspress, underbemanning og lange arbeidslister gjør at man ikke kan yte den sykepleien man ønsker, og det kan medføre at man går på tvers av det som er idealet (Kleiven et al., 2016, s. 319; Strandås et al., 2019, s. 8). Disse faktorene fører til at sykepleierne stresser med å fullføre alle oppgavene på bekostning av medfølelse, omsorg og kvalitet (Strandås et al., 2019, s. 7). Videre fant Strandås (et al., 2019, s. 7) holdepunkter for at sykepleierne, til tider, unnlater å spørre pasientene hvordan de har det fordi tiden ikke strekker til.

#### 4.4 Sykepleierne kompensere for et feilaktig system.

Kjerneverdier i sykepleie er idealet (Kleiven et al., 2016, s. 317). Forskerne trekker fram flere eksempler på kjerneverdier: empati og pasientomsorg, se pasientens individuelle behov, vise respekt, relasjonsbygging og ha gode verdier og holdninger (Kleiven et al., 2016, s. 317).

Funnene viser at disse kjerneverdiene utfordres i møte med ytre krav og rammer (Kleiven et al., 2016, s. 318). Strandås (et al., 2019, s. 10) fant at sykepleierne prøver å gi individuell og helhetlig omsorg til alle pasientene, og kompenserer for et feilaktig system og mangel på tid. Hun fant videre at sykepleierne sjonglerer minuttene mellom pasientene – tar tid fra én pasient og benytter det på en annen. I samme studie forklarer sykepleierne at de er kompetente og i stand til å evaluere hvordan de best bruker tiden de har til rådighet. Videre begrunner sykepleierne i samme studie at de kjenner pasientens beste, og de ønsker friheten til å hjelpe pasienten når den trenger hjelp, samt gi skreddersydd sykepleie i henhold til pasientens varierende og individuelle behov (Strandås et al., 2019, s. 10). Strandås (et al., 2019, s. 10) fant holdepunkter for at flere sykepleiere manipulerer tidtakeren på telefonen og utfører oppgaver hos pasientene som ikke er en del av vedtaket. Noen gjør dette i hemmelighet, mens andre er åpne om at de ikke følger vedtaket eller vedtakstidene. Sykepleierne sier at de gjør dette for å sikre at de har nok tid til å vedlikeholde relasjonen mellom dem og pasientene, ta vare på pasientenes psykososiale behov og skape et slingringsmann for å kunne håndtere uforutsette hendelser (Strandås et al., 2019, s. 10). Strandås (et al., 2019, s. 10) fant i sin studie at sykepleierne gir individuell og helhetlig sykepleie til tross for organiseringen av hjemmesykepleien, ikke på grunn av den.



## 5.0 DRØFTING

I følgende kapittel vil vi i første omgang diskutere svakheter ved metoden vi har benyttet i oppgaven. Deretter vil vi diskutere funnene våre fra forskningen, opp mot teorien vi tidligere har presentert.

### 5.1 Metodediskusjon.

En av svakhetene ved denne oppgaven er den hyppige bruken av sekundærkilder, som fagstoff og pensum. Som Dalland & Trygstad (2017, s. 159) sier, er utfordringen med sekundærkilder at teksten er bearbeidet, fortolket og eventuelt oversatt og presentert av en annen forfatter. Det opprinnelige perspektivet til original forfatteren kan på bakgrunn av dette ha blitt endret (Dalland & Trygstad, 2017, s. 159). Tilgangen på primærkilder har vært begrenset da bibliotekene har vært nedstengte på grunn av Covid-19 pandemien. Vi har derfor blitt nødt til å benytte sekundærkilder. Vi har imidlertid forsøkt å finne fram til de primærkildene som er tilgjengelige på internett. Hadde vi arbeidet med denne oppgaven på et annet tidspunkt med tilgang på bibliotek, ville vi i større grad benyttet primærkilder.

Bakgrunnen for at de inkluderte studiene i oppgaven er hentet fra Cinahl, var at vi i større grad opplevde å finne relevante artikler i denne databasen enn i for eksempel Medline. Dette kan forklares ved at Cinahl har hovedvekt på sykepleie, hvilket er en del av oppgavens tematikk. Vi ser imidlertid at ved å kun benytte studier fra Cinahl, vil det være en sjanse for at vi har gått glipp av relevante studier, publisert i Medline eller andre databaser. Hadde vi gjennomført oppgaven på nytt, ville vi i større grad forsøkt å søke i andre databaser i tillegg til Cinahl. Dette kunne ført til et søk med større bredde og et større utvalg av relevante studier. Likevel opplever vi at de inkluderte studiene er svært relevante for oppgaven og belyser den på en tilfredsstillende måte.

I det ene systematiske søket, benyttet vi kun «New Public Management» som søkeord. Når vi kombinerte dette søkeordet med andre, fikk vi i liten grad treff, noe som førte til at vi valgte å gjøre et søk med det alene. Vi opplevde at dette søkeordet var svært begrensende i seg selv,

da vi fikk relevante artikler i treffene våre. Vi ser, imidlertid, at vi med fordel kunne forsøkt å søke med flere ord.

## 5.2 Resultatdiskusjon.

Resultatdiskusjonen har vi valgt å dele opp i følgende fire deler: *Sykepleiefaglig ansvar når kvaliteten svikter*, *Økonomiske rammer påvirker kvaliteten*, *Konsekvenser av sykepleiernes prioriteringer*, *Organiseringen påvirker relasjonen mellom sykepleier og pasient*.

### 5.2.1 Sykepleiefaglig ansvar når kvaliteten svikter.

Strandås og kollegaene (2019, s. 6) fant i sin studie at sykepleierne opplevde organiseringen som et hinder for å gi god omsorg, og at den ville føre til uheldige konsekvenser for pasientene. Behovet for sikkerhet er blant de viktigste kravene brukere og pasienter har i møte med helsetjenestene (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 22). Manglende sikkerhet og nedsatt kvalitet, som en konsekvens av organiseringen, trekkes frem i flere av de inkluderte studiene (Kattouw & Wiig, 2018; Kleiven et al., 2016, s. 319). Videre viser studiene at sykepleierne ofte opplever dilemmaer i forbindelse med lovpålagte krav og nasjonale retningslinjer. Ser man sykepleierens opplevelse av organisering i sammenheng med hvordan dette påvirker pasientene, er det lite som tyder på at pasientene opplever trygge og sikre helsetjenester i den grad de burde. I slike situasjoner, hvor forhold kan føre til fare for pasientens sikkerhet, eksempelvis ved unnlattelse av tiltak, manglende helsepersonell eller svikt i rutiner og retningslinjer, plikter helsepersonell å informere tilsynsmyndighetene (NSF, 2013, s. 18; Helsepersonelloven § 17, 1999). Det ville vært naturlig å tenke at innmelding av avvik, forekom hyppig blant sykepleierne i de inkluderte studiene. Både på grunn av den lovpålagte plikten, men også fordi sykepleierne selv føler at organiseringen svikter på ulike områder. Imidlertid er det ingen funn som tilsier at sykepleierne har rapportert deres mening om at organiseringen svikter pasienten. Med dette, kan en undres i hva som er årsaken til at sykepleierne velger å ikke informere tilsynsmyndighetene når organiseringen svikter, hvilket sykepleierne påpeker selv.

Studien til Strandås (et al., 2019) viser at sykepleierne i stedet for å melde inn avvik, går rundt systemet, som på den ene siden også vil bryte med helsepersonelloven (§ 17, 1999). Dette

skjer ved at de manipulerer tiden, og utfører oppgaver hos pasientene i hemmelighet. På den andre siden gjør de det, nettopp fordi de ønsker å gi helhetlig og individuell sykepleie. Til tross for at avviksmelding uteblir, viser dette imidlertid at sykepleierne har innsikt i yrkesetiske retningslinjer, og hva som er faglig forsvarlige tjenester av god kvalitet, når de velger å gjøre disse handlingene (NSF, u.å; NSF, 2013, s. 8). En mulig årsak til at funnene peker i retning av at innmelding av avvik uteblir, til tross for svikt på helsetjenestene, er at enkelte helsepersonell frykter å selv få skylden (Bjørø & Kirkevold, 2014, s. 359). Det er ikke slik at kravet om faglig forsvarlige tjenester kun retter seg mot hvert enkelt helsepersonell. Dette er like gjeldende for eieren eller lederen av helsevirksomheten, hvilket også tydeliggjøres i helsepersonelloven (§ 16, 1999; Bjørø & kirkevold, 2014, s. 354). Med denne kunnskapen, kan det tenkes at sykepleierne i større grad hadde turt å melde ifra om avvik til tilsynsmyndighetene, dersom frykten for å selv bli beskyldt, er årsaken til at innmeldingen uteblir.

Dersom sykepleierne i studien til Strandås og kollegaene (2019, s. 10) fortsetter å kompensere for organiseringen som tydelig ikke er adekvat, kan sykepleierne bli utbrente og pasientene lide. Samtidig kan en slik kompensering for organiseringen medføre at negative konsekvenser ved bestiller-utfører-modellen blir skjult, og at modellen virker mer suksessfull enn den i virkeligheten er. Dette kan igjen føre til at de som bestemmer organiseringen, er av den oppfatning at sykepleierne vil fortsette med å utføre tjenester av god kvalitet, til tross for tidspress, nedprioriteringer og underbemanning (Strandås et al., 2019, s. 12). Kvalitetssystem for avvikshåndtering er utviklet nettopp for at slikt ikke skal skje. Hensikten er at systemet skal bli forbedret, kvaliteten på tjenestene skal bli hevet og at helsetjenesten skal lære av sine feil (Bjørø & Kirkevold, 2014, s. 358).

### 5.2.2 Økonomiske rammer påvirker kvaliteten.

Kleiven med kollegaer (2016, s. 317) fant i sin studie at kjerneverdiene i sykepleie ble sett på som ideal, men at verdiene utfordres i møte med ytre krav og rammer. Disse ytre kravene og rammene kan sees i sammenheng med NPM som styringsredskap i helsevesenet. NPM er utarbeidet gjennom flere reformer for å bedre lønnsomheten, og gjøre driften mer rasjonell (Ingstad, 2019, s. 105). I studien til Strandås (et al., 2019, s. 8) kommer det frem at hjemmetjenesten mottar finansiering fra kommunen på bakgrunn av vedtakene, og

tidsrammene. Dette kan henge sammen med bestiller-utfører-modellen, som bygger på at sykepleierne jobber etter tiltak, og tiltakets tidsrammer, beskrevet i brukerens vedtak (Fjørtoft, 2016, s. 160). Det kan tenkes at en slik vedtaksbasert modell fører til et for stort fokus på tiltakene, og at personen bak vedtaket blir glemt. På den måten vil en risikere å utøve oppgavesentrert sykepleie, og i mindre grad personsentrert sykepleie. Kan dette være blant årsakene til at sykepleierne opplever at kjerneverdiene utfordres? Det påpekes videre i studien til Strandås (et al., 2019, s. 6) at pasientene mister vedtakstid og hjemmetjenesten mister finansiering dersom sykepleierne bruker mindre tid enn angitt på vedtakene. Dette fremstår nokså naturlig. Dersom hjelpebehovet hos en pasient er mindre i en gitt periode, er det lite som er bedre enn at tiden kuttes, sykepleierne frigjøres til andre oppgaver, og innsparinger kan skje på en fornuftig måte. Det er imidlertid viktig å påpeke at i det øyeblikket hjelpebehovet øker, må nye vedtak fattes raskt, sammen med økt vedtakstid, samt tilstrekkelig finansiering. På denne måten utnytter en ressursene slik at både pasienten og samfunnet får mest gevinst, hvilke inngår som en del av de seks kravene for god kvalitet på sosial- og helsetjenester (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 24). Fjørtoft (2016, s. 160) hevder at en av forutsetningene for at bestiller-utfører-modellen skal være effektiv, er et tett samarbeid mellom bestiller og utfører. Kan det tenkes at det er samarbeidet mellom bestiller og utfører som svikter?

I studien til Strandås med kollegaer (2019, s. 6) kom det fram at sykepleierne opplevde organiseringen av helsetjenestene som rigide og et hinder for å gi god omsorg. Dette fordi forhåndsbestemte vedtak med tidsrammer reduserer sykepleiernes evne til å gi riktig pleie til pasientens varierende behov. Det kan sees i sammenheng med bestiller-utfører-modellen som bygger på standardisering og kontroll (Fjørtoft, 2016, s. 160). Disse faktorene virker begrensende på helsehjelpen pasientene får, da fleksibiliteten og den faglige autonomien til sykepleieren utfordres av vedtak og vedtakstiden. Dette utfordrer igjen ivaretagelsen av pasientens individuelle behov og autonomi (Fjørtoft, 2016, s. 106). Ved å følge disse vedtakene bokstavelig, vil man være trofast mot organiseringen av tjenestene. Dette vil imidlertid ikke samsvare med Kvalitetsforskriften om å ivareta pasientens grunnleggende behov og selvbestemmelsesrett (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenester, 2003, § 1). Dersom man velger å se bort ifra vedtakene, kan man muligens klare å ivareta pasientens varierende behov. Dette vil imidlertid gå på bekostning av tiden til andre pasienter (Fjørtoft, 2016, s. 164), hvilket ikke samsvarer med god kvalitet, og støttes av Sosial- og helsedirektoratet (2005, s. 25). De sier at helsetjenestene skal være tilgjengelige for alle,

tilpasset de ulike behovene til hver enkelt, og være rettferdig fordelt. Ved å innfri dette kravet, kan det føre til et økende tidspress, og at sykepleieren må manipulere tidtakeren på telefonen, for ikke å vise at de har overskredet vedtakstiden hos pasienten. (Strandås, et al., 2019, s. 10).

Videre fant Strandås med kollegaer (2019, s. 8) holdepunkter for at organiseringen av tjenesten baserte seg på lønnsomhet og ikke pasientenes behov. Funn i Kattouw & Wiig (2018) sin studie støtter dette, hvor økonomi og lønnsomhet ble vektlagt i større grad enn pasientopplevelser når det gjaldt organiseringen av tjenestene. Videre i samme studie påpeker forskerne at beslutningstagerne i kommunen mangler forståelse for konsekvensene organiseringen medfører for helsepersonell og pasienter (Kattouw & Wiig, 2019). Dette kan sees i sammenheng med funn fra Strandås (et al., 2019, s. 8) sin studie, som trekker fram underbemanning som problematisk. Det medfører økt arbeidsbelastning og tidspress på sykepleierne, og som et resultat kan pasientene bli utsatt for unødvendig lidelse (Strandås et al., 2019, s. 8; Kleiven et al., 2016, s. 319; NSF, 2013, s. 24). En organisering som i større grad vektlegger økonomi fremfor pasientenes behov, strider imot kommunens lovpålagte ansvar om å organisere omsorgstjenester i samråd med pasienten, slik at pasientens grunnleggende behov, selvstendighet og styring av eget liv ivaretas (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-1; Regjeringen, 2014; Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenester, 2003, § 1). Ifølge Nesheim og Vathne (2000, s. 75), er det flere konsekvenser ved en bestiller-utfører-organisering. Det kan blant annet være økte samhandlingskostnader, og oppsplitting og manglende helhetsansvar. Evalueringer av organiseringsmodellen, har imidlertid vist at den ikke har bidratt til kostnadseffektivitet (Vabø, 2014, referert i Ingstad, 2019, s. 105).

### 5.2.3 Konsekvenser av sykepleiernes prioriteringer.

Prioritering er en hverdagslig oppgave som store deler av befolkningen gjør både i jobbsammenheng og privat. Av den grunn kan det tenkes at dette oppleves nokså normalt for mange. Kleiven og kollegaene (2016, s. 319) peker derimot på at sykepleiere ofte befinner seg i et spenningsfelt der grunnleggende behov som ernæring, stell, psykososiale behov og aktivitet blir nedprioritert, da medisiner er viktigere. Samme problematikk tydeliggjøres i studien til Strandås (et al., 2019, s. 7), hvor sykepleierne enkelte ganger nedprioriterer å spørre pasientene hvordan de har det fordi tiden ikke strekker til. Videre forteller sykepleierne

at de må prioritere å utføre sykepleiefaglige prosedyrer og administrere medisiner i stedet for kliniske observasjoner (Strandås et al., 2019, s. 7). Dette selv om observasjon er helt avgjørende for å kunne iverksette tiltak som ivaretar pasientens behov, hvilket er en forutsetning for å innfri kravet til faglig forsvarlighet og kvalitetskravet (Helsepersonelloven, 1999, § 4; Kvalitetsforskriften i pleie- og omsorgstjenestene, 2003 §1). Bunner disse prioriteringene ut i organiseringen av de hjemmebaserte tjenestene? Bestiller-utfører-modellen skulle i utgangspunktet bidra til å ivareta Kvalitetsforskriften (1997, §1; Nesheim & Vathne, 2000, s. 74). Det er imidlertid lite som peker i retningen av at kravet til faglig forsvarlighet og kvalitet blir tilfredsstilt, sett i lys av sykepleierens prioriteringer, uavhengig om dette skyldes organiseringen eller ikke.

Det kommer samtidig frem i studien til Strandås (et., al, 2019, s. 6) og Kleiven (et., al, 2016, s. 319) at sykepleierne ikke ønsker å foreta disse prioriteringene. Det er nødvendigvis heller ikke slik at sykepleierne mangler evnen til klinisk observasjon. De er klar over at pasientens tilstand kan forverres uten at tegn oppdages, da de kliniske observasjonene uteblir (Strandås, et, al., 2019, s. 7). Dette tolker vi som at sykepleieren nødvendigvis ikke mangler evnen til klinisk observasjon, men at det er andre faktorer som forårsaker at observasjonene uteblir. Studien til Kleiven (et al., 2016, s. 318) tydeliggjør at de vanskelige prioriteringene sykepleierne foretar, kommer som et resultat av en svært travel hverdag, med flere oppgaver enn det er tid og ressurser til å gjennomføre. Tar man dette i betraktning, vil det bli nokså naturlig å rette søkelyset mot organiseringen av tjenestene. Den offentlige virksomheten skulle i utgangspunktet effektiviseres og bli mer brukerorientert etter innføringen av bestiller-utfører-modellen (NOU 2005: 3, s. 114). Det er lite som peker i retning av at effektiviseringen har kommet sykepleieren eller pasienten til gode, heller tvert imot.

Når sykepleierne prioriterer mellom grunnleggende behov, kan en stille spørsmål ved om pasienten blir ivaretatt på en helhetlig måte. For å tydeliggjøre hva det vil si å ivareta pasienten på helhetlig måte, kan man eksempelvis se på ernæring, hvilket er et fysiologisk behov. Ubalanse i ernæringsinntaket krever tiltak i form av korrigerende mat med mer eller mindre mat. Det er imidlertid ikke nødvendigvis slik at korrigerende mat er nok i seg selv. Det kan være psykologiske, sosiale eller åndelige komponenter som forårsaker denne ubalansen, for eksempel ensomhet. Dette krever andre og mer spesifikke tiltak for å oppnå et balansert ernæringsinntaket. Når man ser alle komponentene i sammenheng, først da vil man ivareta mennesket på en helhetlig måte (Kristoffersen & Nortvedt 2012, s. 97). Dette forutsetter tid,

hvilket fremstår som manglende for sykepleierne da de prioritere mellom de grunnleggende behovene. Dette fremstår igjen, nokså oppsiktsvekkende når ivaretagelse av grunnleggende behov, er utgangspunktet for sykepleieryrket (Kristoffersen et al., 2012, s. 16).

Sykepleierne i studien til Strandås (et al., 2019, s. 7) forteller videre at de er klar over at gjennomførelsen av oppgavene går på bekostning av medfølelse, omsorg og kvalitet. Vedtaksbaserte tjenester som bestiller-utfører-modellen baserer seg på, kan føre til at arbeidsoppgavene i for stor grad blir rutine for sykepleieren. En vil risikere å i større grad yte oppgavesentrert sykepleie, i stedet for personsentrert, som baserer seg på omsorg og respekt for pasientens egenverd, hvilket inngår som en del av god sykepleie (Kristoffersen & Nortvedt, 2012, s. 96). I tilfeller der sykepleieren møter pasienten, gir hjelp og utfører prosedyrer som en rutine, er det grunn til å rope varsko. Hverdaglig gjøremål og prosedyrer blir fort rutiner for sykepleieren og det er lett å glemme at pasienten kanskje opplever det for første gang. Pasienten vil da ikke oppleve å bli møtt med respekt og omsorg, ei heller føle seg sett, hørt og trodd (Kristoffersen & Nortvedt, 2012, s. 97). Strandås med kollegaer (et al., 2016, s. 6) peker på at det lave budsjettet er årsaken til prioriteringene som forekommer. At budsjettet er lavere kan tenkes å ha sammenheng med Samhandlingsreformen som i likhet med bestiller-utfører-modellen ble innført i den hensikt å effektivisere helsetjeneste, blant annet for å kutte kostnader som over tid hadde hatt en enorm økning (Kristoffersen, 2014, s. 301). Det ser imidlertid ut til at Samhandlingsreformen og bestiller-utfører-modellen har ført til manglende ressurser, nedsatt kvalitet, og manglende forsvarlig sykepleieutøvelse, hvilket resulterer i et dårligere helsetilbud til brukere av de hjemmebaserte tjenestene.

#### 5.2.4 Organiseringen påvirker relasjonen mellom sykepleier og pasient.

Strandås (et al., 2019, s. 7) påpeker i deres studie at flere pasienter uttrykker frustrasjon knyttet til hjemmesykepleiens besøk. Dette kommer som en konsekvens av uforutsigbare og oppdelte besøk, samt manglende kontinuitet av helsepersonellet. For at pasienten skal kunne oppleve en sammenhengende og helhetlig kjede av tiltak, må det blant annet være en tydelig fordeling av ansvar og oppgaver som er preget av god samordning og kontinuitet på tvers av yrkesgruppene (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 24). I studien pekes det videre på at manglende tid, med et økt fokus på lønnsomhet, fører til de uheldige konsekvensene pasientene opplever (Strandås et al., 2019, s. 6). Slik utøvelse strider imot Kvalitetsforskriften

som blant annet skal sikre at pasienten opplever forutsigbarhet og trygghet rundt tjenestetilbudet (Kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, § 3). Det er imidlertid kommunens ansvar å utarbeide prosedyrer som ivaretar dette. I studien til Kleiven (et al., 2016, s. 319) pekes det på at underbemanning medfører et tidspress, som resulterer i at sykepleierne ikke yter den sykepleien de ønsker. Underbemanning er antageligvis en av årsakene til flere av de nevnte utfordringene. Dette som en konsekvens av det økte fokuset på lønnsomhet, hvilket blir trukket fram i flere av de inkluderte studiene. En bør derfor rette søkelys mot kommunen og organiseringen, i stedet for sykepleierne og deres utøvelse.

I studien til Strandås og hennes kollegaer fra 2019 (s. 9), snakkes det også om sykepleierens hektiske dager. Her fremheves det at pasienten føler medlidenhet overfor sykepleieren. Sykepleie bygger blant annet på et altruistisk verdisyn (Kristoffersen & Nortvedt, 2012, s. 89). Setter man det på spissen, kan det se ut til at også pasientene har dette verdisynet, ved at de på bakgrunn av medlidenheten forsøker å gjøre arbeidsdagen til sykepleierne lettere gjennom å unngå å be om hjelp, setter frem utstyr, og gjør seg selv så selvstendige som mulig (Strandås, et al., 2019, s. 9; Strandås et al., 2018, s. 407). På den andre siden, er det en negativ ting at pasientene gjør seg så selvstendige som mulig? Er ikke et av målene med sykepleie at pasienten utnytter egne ressurser? Ser man det på denne måten har muligens de hektiske dagene, som blir beskrevet, ført meg seg noen positive sider?

Samtidig er det imidlertid vanskelig å se at de nevnte faktorene har positiv effekt på relasjonen mellom sykepleier og pasient. I en tidligere studie av Strandås (et al., 2018, s. 404) fremheves det av både sykepleierne og pasientene at en god relasjon dem imellom hjelper pasienten å håndtere utfordringer, leges og fortsette livet. Slik sykepleieutøvelse samsvarer med de yrkesetiske retningslinjene (NSF, u.å). Likevel er det igjen tidspress blant helsepersonell som ødelegger for relasjonsbyggingen og opprettholdelsen av den. Når den nære relasjonen mangler, forteller pasientene om en følelse av ytterligere lidelse (Strandås, et al., 2018, s. 404). Er det dette vi ønsker å påføre de svake i samfunnet? Ønsker vi å jobbe i et av verdens rikeste land, og samtidig risikere og påføre personer som trenger hjelp, støtte, og omsorg ytterligere lidelse, fordi fokuset er lønnsomhet og effektiviseringen står så sterk? Dette fremstår som nokså merkverdig.

Studien til Strandås og hennes kollegaer (2018, s. 407) påpeker at en av utfordringen i hjemmesykepleien er at pasientene har blitt flere og sykere, hvilket igjen vanskeliggjør



relasjonsbygging og pasientens opplevelse av trygghet. At disse utfordringene oppstår, er imidlertid ikke uventet da Samhandlingsreformen blant annet kom som en konsekvens av økning i antall kronisk syke, samt en forventning om at antall eldre skulle dobles innen 2040 (Kristoffersen, 2014, s. 301). Med Samhandlingsreformen ble en rekke oppgaver som tidligere hadde tilhørt spesialisthelsetjenesten, flyttet til kommunehelsetjenesten. Dette stiller krav til blant annet økende kompetanse i kommunene (Kristoffersen, 2014, s. 301). I situasjoner der sykepleierne mangler denne kompetanse, hvilket pasientene og sykepleierne uttrykker, vil dette gå ut over relasjoner dem imellom (Strandås, et al., 2018, s. 407). I tillegg vil den manglende kompetansen i aller høyeste grad bryte med forsvarlighetskravet som stadfester at helsepersonell skal innrette seg etter egne faglige kvalifikasjoner (Helsepersonelloven, 1999, § 4).

## 6.0 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

Med denne litteraturstudien, har vi forsøkt å belyse i hvilken grad bestiller-utfører-modellen påvirker kvaliteten på de hjemmebaserte tjenestene. Vi fordypet oss i hva som ligger i kvalitetsbegrepet, faglig forsvarlighet, og hvilke lover som regulerer dette. I tillegg har vi sett på hva som er grunnlaget for sykepleie og hvordan bestiller-utfører-modellen organiseres. Deretter gjorde vi et systematisk litteratursøk, hvor vi endte med fire studier vi anså som relevante for vår problemstilling.

Det synes å være en tydelig sammenheng mellom bestiller-utfører-modellen og nedsatt kvalitet, hvilket har ført til flere uheldige konsekvenser for både mottakerne og utøverne av de hjemmebaserte tjenestene. Vedtakene som fattes under en bestiller-utfører-modell oppleves begrensende for å ivareta alle aspekter ved pasienten. Dette kommer som en konsekvens av tidspress, som følge av underbemanning, hvilket forekommer da bestiller-utfører-modellen har et økt fokus på økonomi og lønnsomhet. Sykepleierne forsøker å kompensere for dette systemet, gjennom å manipulere tidtakeren. På denne måten opplever de å i større grad gi helhetlig og individuell sykepleie, hvilket samsvarer med god kvalitet og faglig forsvarlighet. Vedvarer denne kompenseringen, samtidig som avviksmeldinger fortsetter å utebli, vil en risikere å påføre pasientene lidelse, og sykepleierne blir utbrente. I tillegg, vil det være lite sannsynlig at organiseringen endres, da kommunen ikke får innblikk i hvordan bestiller-utfører-modellen fungerer i praksis.

På bakgrunn av tidspresset blant sykepleierne, opplever de å motvillig måtte prioritere mellom de ulike grunnleggende behovene, basert på den enkelte situasjon. Dette fremstår som sykepleie av svært dårlig kvalitet, da grunnlaget for sykepleie er å ivareta pasientens grunnleggende behov, samt deres reaksjoner på egen helsetilstand. Ved flere anledninger påpeker sykepleierne at det ikke er slik sykepleie de ønsker å yte. Etablering og vedlikehold av en god pasient-sykepleier relasjon fremheves av både sykepleierne og pasienter som svært essensielt. Likevel fremstår dette som utfordrende, da rammene ved bestiller-utfører-modellen ikke legger til rette for dette. Dette fører igjen til ytterligere lidelse hos pasientene. I tillegg fremheves det at pasientene føler medlidenhet overfor sykepleiernes travle hverdag. Enkelte ganger unngår sykepleierne å spørre pasientene hvordan de har det, da tiden ikke strekker til.

Imidlertid, er sykepleiere klar over at gjennomførelsen av oppgavene går på bekostning av medfølelse, omsorg og kvalitet, og refererer til rammene rundt bestiller-utfører-modellen.

Vi konkluderer med at bestiller-utfører-modellen påvirker kvaliteten på de hjemmebaserte tjenestene i stor grad. Dette på bakgrunn av bestiller-utfører-modellen, som fører til at sykepleierne må følge vedtakene og dens tidsrammer, noe som forutsetter et tett samarbeid med bestillerenhet, hvilket kan fremstå som begrenset. Videre består sykepleierens arbeidsdag av et høyt tidspres, som vi ser i sammenheng med underbemanning, på grunn av et økt fokus på lønnsomhet og effektivitet i bestiller-utfører-modellen. Dette resulterer i en mer oppgavesentrert sykepleieutøvelse, som kan føre til at observasjoner uteblir, hvilket går utover sikkerheten til pasienten. Tidspreset fører til dårligere relasjoner mellom sykepleierne og pasientene, samt at sykepleierne må gjøre prioriteringer, hvilket fører til mangel på helhetlig sykepleie og ytterligere lidelse hos pasientene.

## 7.0 LITTERATURLISTE

Aasen, S. E (2020, 1. mars). Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/mesh-medical-subject-headings-pa-norsk-og-engelsk>

Bjørø, K. & Kirkevold, M. (2012). Kvalitet og kvalitetsutvikling i sykepleie. I N., J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., bind 1, s. 343-383). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bjørø, K & Kirkevold, M. (2014). Kvalitet og kvalitetsutvikling i sykepleie. I N., J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg, bind 1, s. 343-383). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O & Trygstad, H (2017). Kilder og kildekritikk. I O, Dalland. *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Fjørtoft, A-K. (2016). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter*. (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Fermann, T & Næss, G (2013). Eldreomsorg i hjemmesykepleien. I M., Kirkevold, K., Brodtkorb, & A. H., Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (1. utg., s. 196 - 218). Oslo: Gyldendal akademisk.

Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>.

Helse- og omsorgstjenesteloven (hol). (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>.

- Ingstad, K. (2019). *Organisasjon og ledelse: I helsefag og sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kattouw, C., E. & Wiig, S. (2018). Organiseringen av hjemmesykepleien kan gå ut over sikkerhet og kvalitet. *Sykepleien Forskning* 13(74391).  
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.74391>.
- Kleiven, O., T., Kyte, L. & Kvigne, K. (2016). Sykepleieverdier under press? *Nordisk sykeplejeforskning* 6(04), 311-326. <https://doi.org/10.18261>.
- Kristoffersen, N. J. (2014). Sykepleie i organisasjon og samfunn. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. (2. utg., bind 1, s. 281 - 341). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, F. (2012). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. (2. utg., bind 1, s. 83-127). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (2012). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. (2. utg., bind 1, s. 15-28). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2014). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. (2. utg., bind 1, s. 15 - 29). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kunnskapsdepartementet (2019). Forskrift om nasjonale retningslinjer for sykepleierutdanning. Hentet fra:  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/5af90a9044c74d568d7de5c1d7f554eb/forskrift-om-nasjonal-retningslinje-for-sykepleierutdanning.pdf>
- Kunnskapsdepartementet. (2008). Rammeplan for sykepleierutdanning. Hentet fra  
[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf).

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (2003). Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommune og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (FOR-2003-06-27-792). Hentet fra <https://lovdata.no/forskrift/2003-06-27-792>.

Molven, O. (2009). Kravet til helsepersonell og virksomheter i helsetjenesten om forsvarlighet. *Lov og rett*, 48(1), s. 3-26. Hentet fra [https://www.idunn.no/lor/2009/01/kravet\\_til\\_helsepersonell\\_og\\_virksomheter\\_ihelsetjenesten\\_om\\_forsvarlighet?fbclid=IwAR0G3wf5YyLa52qK8mnOv4vSjT7SlxrpE440xRS5gYbiI4J8xDYwZIZUok](https://www.idunn.no/lor/2009/01/kravet_til_helsepersonell_og_virksomheter_ihelsetjenesten_om_forsvarlighet?fbclid=IwAR0G3wf5YyLa52qK8mnOv4vSjT7SlxrpE440xRS5gYbiI4J8xDYwZIZUok).

Nesheim, T. & Vathne, K. (2000). *Konkurransetsetting og bestiller-utfører organisering i norske kommuner* (SNF-rapport nr. 59/2000). Hentet fra [https://openaccess.nhh.no/nhh-xmlui/bitstream/handle/11250/164751/R59\\_00.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://openaccess.nhh.no/nhh-xmlui/bitstream/handle/11250/164751/R59_00.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

NOU 2005: 3. (2005). *Fra stykkevis til helt: En sammenhengende helsetjeneste*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no>.

Nortvedt, P & Lillemoen, L. (2016). Å se pasienten handler ikke bare om tid. *Sykepleien* 104(5), 58-59. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2016/04/se-pasienten-handler-ikke-bare-om-tid>

Norsk Sykepleierforbund (u.å). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 28. mars 2020 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleier>

Norsk Sykepleierforbund (2013). Det du bør vite om faglig forsvarlighet. (3. utg.,). Hentet fra [https://www.nsf.no/Content/1161840/3%20utgave%20faglig\\_forsvarlighet.pdf](https://www.nsf.no/Content/1161840/3%20utgave%20faglig_forsvarlighet.pdf)

OsloMet. (2019, 31. oktober). Databaser og tidsskrifter. Hentet fra <https://www.oslomet.no/ub/databaser-tidsskrifter>

Regjering, (2013, 26. november). Omsorgstjenesten. Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/omsorgstjenesten/id426407/>

Regjeringen. (2019, 19. desember). RETHOS: Bakgrunn og organisering. Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/hoyere-utdanning/utvikling-av-nasjonale-retningslinjer-for-helse--og-sosialfagutdanningene/organisering/id2569503/>

Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for*

*kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten: Til deg som leder og utøver* (IS-1162).

Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no>.

Strandås, M., Wackerhausen, S. & Bondas, T. (2018). The nurse-patient relationship in the New Public Management era, in public home care: A focused ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 75(2), 400-411.

<https://doi-org.ezproxy.hioa.no/10.1111/jan.13850>.

Strandås, M., Wacherhausen, S. & Bondas, T. (2019). Gaming the system to care for patients:

A focused ethnography in Norwegian public home care. *BMC Health Services*

*Research* 19(121), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3950-3>

Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille*

*motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Vedlegg

Vedlegg 1, Tabell over søkehistorikk

Søkedato	Søk nummer	Søkeord og Ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
17.04.2020	1	Home health care AND Quality of health care	Fagfelleverdert Geografisk avgrenset til kontinental Europa. Språk: norsk, svensk, engelsk, dansk Publisering sdato: Januar 2010 til desember 2020.	30	2	1	Organiseringen av hjemme-sykepleien kan gå ut over sikkerhet og kvalitet
17.04.2020	2	New Public Management	Fagfelleverdert Språk: norsk, svensk, engelsk, dansk. Publisering sdato: Januar 2010 til desember 2020.	140	19	9	The nurse-patient relationship in the New Public Management era, in public home care: A focused ethnography.  Sykepleieverdier under press?  Gaming the system to care for patients: A focused ethnography in Norwegian public home care.



Vedlegg 2, Litteraturmatrikse.

Forfatter(e) Tittel på artikkel Publiseringsår Tidsskrift Land	Hensikten med studien	Type Studie  Metode	Utvalg/ Populasjon	Hovedfunn/ Resultater	Relevans	Kildekritikk
<p>Maria Strandås Steen Wackerhausen og Terese Bondas.</p> <p><i>The nurse-patient relationship in the New Public home care: A focused ethnography.</i></p> <p>2018</p> <p><i>Journal of advance Nursing</i>, volum 75, issue 2.</p> <p>Norge.</p>	<p>Hensikten var å oppnå en dypere forståelse for sykepleier-pasientforholdet i New Public Management-epoken, gjennom å undersøke meninger og verdier bak tro og praksis blant sykepleiere og pasienter i offentlig norsk hjemmesykepleie.</p>	<p>Etnografisk design basert på Roper og Shapiras rammeverk .</p> <p>Kvalitativ metode.</p>	<p>Under-søkelsen ble foretatt i to forskjellige kommuner, hvor to av områdene var å distriktet og seks av de mer sentrale områder.</p> <p>Totalt 10 sykepleiere og åtte pasienter, i tillegg til observasjon av 10 sykepleiere hos rundt 120 pasienter.</p>	<p>Resultatene bunnur ut i 4 temaer:</p> <p>1) Hjemmesykepleie som en kompleks og fragmentert arena for sykepleier-pasient-relasjon.</p> <p>2)Nærhet og emosjonell involvering.</p> <p>3) Syke pasienter med komplekse behov og sykepleiere som mangler kompetanse.</p> <p>4) Synergi og splid i sykepleier-pasient-relasjon.</p>	<p>Artikkelen tar opp viktigheten av relasjonen mellom sykepleier og pasient, og de organisatoriske faktorene som påvirker denne relasjonen, samt forholdene de oppstår under og utvikler seg i.</p> <p>Norsk studie, derfor representativ for Norge.</p>	<p>Studien tar utgangspunkt fra kun sykepleieres og pasienters perspektiv. Forskerne kunne fått et bredere perspektiv av organiseringen ved å inkludere for eksempel avdelings-sykepleiere .</p>

<p>Maria Strandås, Steen Wackerhausen og Terese Bondas.</p> <p><i>Gaming the system to care for patients: A focused ethnography in Norwegian public home care</i></p> <p>2019</p> <p><i>BMC Health Services Reseach</i> (2019) 19: 121.</p> <p>Norge</p>	<p>Få en større forståelse for hvordan sykepleiere og pasienter forholder seg til og håndterer organisasjons-systemene de blir utsatt for i den norske hjemmetjenesten.</p>	<p>Fokusert etnografisk studie Induktiv og kvalitativ metode. Data-innsamling besto av observasjoner, feltnotater og semi-strukturerte intervjuer over åtte måneder i 2015/2016</p>	<p>Sykepleiere og pasienter fra to norske kommuner, inkludert seks hjemmetjene steområder.</p>	<p>Tre hovedtemaer : 1) Rigide organisasjon -ssystem kompliserer sykepleie-tjenester på bekostning av å hjelpe pasientene.  2) Ha pasientens helse og velvære i tankene,  3) Kompenserer for et feilaktig system.</p>	<p>Forskningen belyser flere organisatoriske faktorer som påvirker sykepleie-praksisen og som får konsekvenser for pasientene.  Sykepleierne er kritiske til organiseringen av tjenestene.  Norsk studie, derfor representativ for Norge.</p>	<p>Intervjuguidenten forskerne benyttet var utarbeidet for en tidligere undersøkelse de gjorde. Vi viser til artikkel i litteraturmatrisen, som er av samme forfattere.</p>
--	---	---	--	---	---	---

<p>Christophe Eward Kattouw og Siri Wiig.</p> <p><i>Organisering av hjemmesykepleien kan gå ut over sikkerhet og kvalitet.</i></p> <p>2018</p> <p><i>Sykepleien forskning 2018, 13(74391).</i></p> <p>Norge</p>	<p>Ønsket mer kunnskap om hvordan kommunenes beslutningstakere begrunner sine valg, og hvordan de beskriver og vektlegger kvalitet, pasientsikkerhet og helsefremming i organiseringen av hjemmesykepleien.</p> <p>Besvarer følgende forsknings-spørsmål; "Hvordan beskriver kommune, politikere og administrasjonsledere god kvalitet og pasientsikkerhet i hjemmesykepleien, og hva betyr dette for dagens organisering?"</p>	<p>Fokus-gruppe-intervju.</p> <p>Kvalitativ metode</p> <p>Komparativ casestudie</p>	<p>To kommuner lokalisert i samme region med lik politisk styringsmodell, men ulik størrelse og organisering.</p> <p>Fem og fire politikere ble intervjuet i et "helse-intervju"</p>	<p>Resultatene bunnur ut i fem hovedtemaer;</p> <p>1) Grunnlaget for kommunens hjemmesykepleie-organisering.</p> <p>2) Økonomien dominerer på bekostning av kvaliteten.</p> <p>3) Betydningen av kvalitet og pasientsikkerhet</p> <p>4) Vurdering av hjemmesykepleiens organisering.</p> <p>5) Forskjellig syn på bestiller-utfører-modellen.</p>	<p>Studien viser at avgjørelsen om å organisere hjemmetjenesten etter bestiller-utfører-modellen, var hverken tatt på bakgrunn av helsefremming eller forskning.</p> <p>Det kommer fram at økonomien vektlegges i større grad enn pasientopplevelsene, hvilket går utover kvaliteten på tjenestene.</p> <p>Norsk studie, derfor representativ for Norge.</p>	<p>Studien har samlet inn data fra kun to kommuner i Norge, hvor hverken helsepersonell eller pasienter er inkludert.</p>
---	---	---	--	---	--	---

<p>Ola T. Kleiven, Lars Kyte og Kari Kvigne</p> <p><i>Sykepleieverdier under press? / Nursing values under pressure?</i></p> <p>2016</p> <p><i>Nordisk sygepleje- forskning 04/2016 (Volum 6).</i></p> <p>Norge</p>	<p>Hensikten var å utforske hvordan ytre rammefaktorer kan innvirke på sykepleiernes prioriteringer i praksis, og hvilke konsekvenser denne innvirkningen kan ha for sykepleier- identiteten.</p>	<p>Det ble holdt to forskjellige fokus- gruppe- intervjuer, fra to ulike geografiske områder i Norge.</p> <p>Kvalitativ studie</p>	<p>12 sykepleiere fra klinisk praksis med varierende arbeids- erfaring.</p> <p>Rekruttert fra både spesialist- helse- tjenesten og primærhelse- tjenesten.</p>	<p>To hoved- temaer: 1) Kjerne- verdier lever fortsatt som ideal og mål.</p> <p>2) Verdiene utfordres - det du blir målt på kommer først.</p>	<p>Studien viser hvordan ytre rammer påvirker syke- pleiernes prioritering er i praksis, og opplever dilemmaer i forbindelse med lovpålagte krav og nasjonale retnings- linjer da ressursene ikke står i forhold til kravene.</p> <p>Disse ytre ramme- faktorene utfordrer grunnverdi- ene i sykepleie.</p> <p>Norsk studie, derfor representat- iv for Norge.</p>	<p>En svakhet ved studien er at det ble intervjuet sykepleiere fra både spesialist- helse- tjenesten, i tillegg til at informan- tene jobbet innen ulike felter i helse- tjenesten.</p>
---	---	--	--	---	--	---