



Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

## **Bacheloroppgave**

# **Pasientomsorg i helsesystemers rammer**

Kandidatnummer: 10060

Antall ord: 8136

# Sammendrag

**Tittel:** Pasientomsorg i helsesystemers rammer

**Hensikt:** Denne oppgaven vil se nærmere på hvordan ytre rammebetingelser påvirker nettopp sykepleieres arbeid i hjemmesykepleien, og derav pasientsikkerhet og kvalitet på omsorg.

**Problemstilling:** Hvordan påvirkes helhetlig sykepleie og pasientsentrert omsorg i hjemmesykepleien av ytre rammebetingelser som samhandlingsformen og styringsprinsipper inspirert av New public management?

**Metode:** Oppgaven er en litteraturstudie basert på systematisk tilnærming av hovedsakelig kvalitative forskningsartikler, sykepleieteorien til Kari Martinsen, samt faglitteratur, yrkesetiske retningslinjer, lover, forskrifter og egne erfaringer.

**Resultat:** Studiene viser til flere utfordringer som tidspress, underbemanning og økt fokus på resultat, som bidrar til at helhetlig sykepleie og pasientsentrert omsorg er vanskelig å utføre i stor nok grad.

**Konklusjon:** Hjemmesykepleiens organisering, kan true helhetlig sykepleie og pasientomsorgen. Økonomiske styrings prinsipper blir i økende grad prioritert. Dermed kan det stilles spørsmål om nåværende organisering har riktig fokus på pasienten. Tatt studiene i betraktning stiller jeg videre spørsmål om primærhelsetjenesten har de nødvendige ressursene og om nåværende ressursene blir prioritert riktig for utførelse av helhetlig sykepleie og god pasientomsorg.

**Nøkkelord:** Hjemmesykepleie, organisering, etikk, samhandlingsreformen, New public management

# Abstract

**Title:** Patient care in the framework of health systems

**Purpose:** This task will look into how external framework conditions affect nurses' work in home care, in the light of patient safety and quality of care.

**Issue:** How is holistic nursing and patient-centred care in home nursing affected by external framework conditions such as the coordination reform and governance principles inspired by New public management?

**Method:** This is a literature study based on the systematic approach of mainly qualitative research articles, nursing theory of Kari Martinsen, as well as non-fiction, professional ethical guidelines, laws, regulations and my own experiences.

**Result:** The studies refer to several challenges such as time pressure, understaffing and increased focus on results, which contributes to the fact that holistic nursing and patient-centred care is difficult to perform to a large enough extent.

**Conclusion:** The organisation of home care can threaten holistic nursing and patient care. Economic governance principles are increasingly prioritised. Thus, questions can be asked about whether the current organization has the right focus on the patient. Taking into account the studies, I also question whether primary care has the necessary resources and whether current resources are given priority for the performance of holistic nursing and good patient care.

**Keywords:** Home care, organization, ethics, coordination reform, New public management

# Innhold

Tabell.....	vi
1. Innledning.....	7
1.1. Introduksjon av tema .....	7
1.2. Bakgrunn for valg av tema .....	7
1.3. Definisjon av sentrale begrep .....	8
1.4. Avgrensning og presisering av problemstilling .....	8
1.5. Oppgavens kapitler.....	9
2. Metode .....	10
2.1. Innledning.....	10
2.2. Valg av metode.....	10
2.3. Vitenskaplig tilnærming.....	10
2.4. Søketabell .....	11
3. Empiri .....	13
3.1. Artikkelmatrise .....	13
3.2. Sammenfattet empiri .....	17
4. Teori .....	21
4.1. Innledning.....	21
4.2. Kari Martinsens omsorgsfilosofi .....	21
4.2.1. Vedlikeholdsomsorg .....	22
4.3. Helhetlig sykepleie .....	22
4.4. Styringsformer i primærhelsetjenesten.....	22
4.4.1. Styringsformer i hjemmesykepleien.....	23
4.5. New public management (NPM) som styringsprinsipp .....	23
4.6. Samhandlingsreformen .....	24
4.7. Juridisk og etisk grunnlag for pasientomsorgen .....	24
4.7.1. Yrkesetiske retningslinjer.....	25
4.7.2. Helsepersonellloven .....	25
4.7.3. Pasient- og bukerrettighetsloven.....	25
4.7.4. Helse- og omsorgstjenesteloven .....	26
4.7.5. Kvalitetsforskriften.....	26
5. Diskusjon .....	27
5.1. Innledning.....	27
5.2. Sykepleiers verdigrunnlag i møte med pasientomsorg .....	27
5.2.1. Sykepleiers verdigrunnlag i møte med hjemmesykepleien .....	28
5.3. New public management (NPM) som styringsprinsipp .....	29

5.3.1.	Målbart og resultatorientert.....	29
5.3.2.	Bestiller-utfører modellen .....	30
5.4.	Samhandlingsreformen .....	31
5.4.1.	BEON-prinsippet .....	31
5.4.2.	Helhetlig, koordinerte pasientforløp.....	32
5.4.3.	Tverrfalig samhandling .....	32
5.4.4.	Trenger hjemmesykepleien økt kompetanse? .....	33
5.4.5.	Ressurser, tid og bemanning .....	33
6.	Konklusjon .....	36
	Referanser.....	37

# Tabell

Tabell 1.....	11
Tabell 2.....	13
Tabell 3.....	17

# 1. Innledning

## 1.1. Introduksjon av tema

Respekt for menneskets liv og iboende verdighet er grunnlaget for all sykepleie (Norsk sykepleierforbund, 2011). Velgjørighet, ikke skade, autonomi og rettferdighet er etiske grunnholdninger som sykepleie skal basere seg på (Brinchmann, 2012). Sykepleiers verdigrunnlag springer ut i både sykepleiers tanker og handlinger og påvirker dermed den direkte sykepleiepraksisen og pasientomsorgen (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2011). I dagens helsevesen kan en stille spørsmål ved om de grunnleggende verdiene i sykepleie blir truet. Etter innføring av reformer og økonomiske styringsmodeller har det gitt flere endringer i helsevesenet, og vi ser i økende grad at økonomiske verdier står i motsetning til sykepleieres grunnleggende verdier. Samfunnet og helsetjenester krever i dag større kompleksitet, produktivitet, effektivitet og markeds ideologiske tenkning, dette er faktorer som kan bidra til at grunnleggende sykepleie verdier blir nedprioritert (Brinchmann, 2012).

Samhandlingsreformen ble innført i Norge i 2012, og inneholder flere virkemidler for å få en bedre, mer helhetlig og samordnet helsetjeneste. Reformen har innført både økonomiske, faglige, organisatoriske og rettslige virkemidler. Disse virkemidlene forutsetter samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak, økonomiske finansieringsordninger og helhetlige pasientforløp. Føringer fra samhandlingsreformen gir også bedre muligheter for arbeid med folkehelse og forebygging. En slik endring i helsevesenet ble sett på som nødvendig fordi tjenestene var i ferd med å bli for dyr, samt at en så en økning av behovet for helse- og omsorgstjenester (Norges forskningsråd, 2016). New public management, heretter kalt NPM er også en styringsideologi som påvirker dagens helsevesen. Ledelse, autonomisering og fristilling, mål og resultatstyring, økonomisk resultatoppnåelse, konkurranseutsetting og bestiller-utfører-modellen er blitt innført i deler av helsevesenet i større eller mindre grad (Orvik, 2015).

## 1.2. Bakgrunn for valg av tema

Opgaven tar for seg et av sykepleiens verdigrunnlag, omsorg. Å yte god omsorg til pasienter er nedskrevet i rammeplanen for sykepleierutdanningen, de yrkesetiske retningslinjene og i helsepersonelloven (Helsepersonelloven, 2019; Kunnskapsdepartementet, 2016; Norsk sykepleierforbund, 2011). Rammeplanen for sykepleiere har som overordnede mål å utdanne yrkesutøvere som er reflekterte og viser et helhetlig syn på menneske. I tillegg skal det utøves respekt for menneskers rettigheter og integritet, ivareta pasientens autonomi og retten til medbestemmelse (Kunnskapsdepartementet, 2016).

Endringer i helsevesenet og rammebetingelsene for sykepleie, påvirker sykepleiers hverdag og deres arbeidsrutiner. Igjennom praksis har jeg fått innsikt i en sykepleiers hverdag, deres arbeid og føler tidvis at det ikke samsvarer med den helhetlige omsorgen vi blir lært opp gjennom utdanningen. I et helsesystem som er i stadig endring, vil det være viktig å stille seg kritisk til endringer. Det vil være viktig å verne sykepleiens verdier,

praksis og arbeidsforhold. Like viktig vil det være å verne om pasienter, deres sikkerhet og å sikre at deres verdighet blir ivaretatt (Brinchmann, 2012).

Denne oppgaven vil se nærmere på hvordan ytre rammebetingelser påvirker nettopp sykepleieres arbeid, og derav pasientsikkerhet og kvalitet på omsorg. Dette blir gjort med følgende problemstilling:

*Hvordan påvirkes helhetlig sykepleie og pasientsentrert omsorg i hjemmesykepleien av ytre rammebetingelser som samhandlingsformen og styringsprinsipper inspirert av New public management?*

### 1.3. Definisjon av sentrale begrep

#### **Holisme**

Holisme er en livsoppfatning som anvender en helhetsforståelse, hvor alt henger gjensidig sammen (Brinchmann, 2012).

#### **Hjemmesykepleie**

Hjemmesykepleie er offentlig tjenesteyting i form av pleie og omsorgstjenester til pasienter i eget hjem/bor utenfor en helseinstitusjon (Store medisinske leksikon, 2020).

#### **Samhandlingsreformen**

Samhandlingsreformen er en koordineringsreform som legger til rette for en mer helhetlig og bærekraftig helse- og omsorgstjenester. Reformen har juridiske, faglige, organisatorisk og økonomiske virkemidler til helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

#### **BEON-prinsippet**

BEON-prinsippet; best effektive omsorgsnivå. Med dette menes helsetjenester til befolkningen skal i størst mulig grad skje i nærmiljøet til pasienten (Kristoffersen et al., 2011).

#### **New public management**

New public management er en styringsform basert på markedsorientert tankegang, som beskriver prinsipper for organisering og styring av virksomheter (Store norske leksikon, 2018).

### 1.4. Avgrensning og presisering av problemstilling

Oppgaven omfatter det helhetlige helsesystemet, men vil hovedsakelig ta for seg primærhelsetjenesten, med fokus på hjemmesykepleien. Samhandlingsreformens ønske om å flytte oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten ligger til grunn for oppgavens avgrensning til primærhelsetjenesten. Jeg har også størst erfaring både fra praksis og arbeid i hjemmesykepleien. Oppgaven bruker konsekvent begrepet pasient og ikke bruker, for at det skal bidra til likeverdighet mellom helsetjenestenivåene, samt retten til nødvendig helsehjelp (Birkeland & Flovik, 2014). På grunn av oppgavens omfang vil det kun bli tatt hensyn til ytre betingelser som samhandlingsreformen og new public management. Lovverk, plikter, yrkesetiske retningslinjer etc. vil bli belyst i en mindre grad for å kunne gå tilstrekkelig i dybden på kjernen i oppgaven. Oppgaven vil også avgrenses i forhold til sykepleieteoretiker Kari Martinsen. Teorien til Martinsen blir ikke belyst i sin helhet, men et utkast av hennes omsorgsteori, som er mest relevant i oppgavens sammenheng.



## 1.5. Oppgavens kapitler

Oppgaven tar for seg kapitlene; 2 metode, 3 empiri, 4 teori, 5 diskusjon og 6, konklusjon. Metodekapittelet vil beskrive valg av metoden for oppgaven. Herunder beskrives valg av litteratur, vitenskapelig tilnærming, samt en søketabell som presenter fremgangsmåten til de ulike forskningsartiklene. Kapittelet tar også for seg kildekritikk til den anvendte litteraturen og de vitenskapelige artiklene. Empirikapittelet vil presentere de vitenskapelige artiklene i en artikkelmatrise og i en sammenfattet empiri som viser likhetstrekkene i de ulike artiklene. Teorikapittelet vil ta for seg den aktuelle teorien som belyser problemstillingen. Teorien i kapittelet omfatter omsorgsteorien til Kari Martinsen og beskriver helhetlig sykepleie. Videre belyses de ytre rammefaktorene som samhandlingsreformen og new public management. Organisering av dagens helsevesen og hjemmesykepleie, samt aktuelle retningslinjer og lovverk blir også beskrevet. I diskusjonskapittelet drøftes den anvendte teorien og empirien slik at problemstillingen kan bli besvart i best mulig grad. Til slutt vil oppgaven runde av med konklusjon. Her oppsummerer kapittelet funnene og besvarer problemstillingen. Referanserammen presenteres helt avslutningsvis.

## 2. Metode

### 2.1. Innledning

Dette kapittelet tar for seg hvilken metode som er valgt for å belyse oppgavens problemstilling. Oppgaven er en litteraturstudie (Dalland, 2012). Litteraturen er basert på eksisterende kunnskap fra sykepleieteori, pensumbøker, vitenskapelige artikler samt egne erfaringer. Videre presenteres datainnsamlingen for de vitenskapelige artiklene som er innhentet via systematiske søk i aktuelle databaser. Søkehistorikken presenteres i tabell 1. Til slutt i kapittelet er kildematerialet kritisk vurdert.

### 2.2. Valg av metode

Oppgaven tar for seg en hermeneutisk tilnærming. Hermeneutikken er humanistisk orientert, som forsøker å forstå, versus naturvitenskapen som bidrar med å forklare (Dalland, 2012). Denne tilnærmingen er relevant med tanke på at oppgaven ønsker å forstå sykepleiers utfordringer sett i lys av ytre rammefaktorer, og hvordan konsekvens dette har for pasientomsorgen. Sykepleieteoretikeren Kari Martinsen er benyttet på grunn av hennes omsorgsfilosofi.

Oppgavens tematikk og problemstilling er svært omfattende. For å kunne gå i dybden på den aktuelle problemstillingen er de vitenskapelige artiklene hovedsakelig basert på kvalitativ tilnærming. En kvalitativ tilnærming tar utgangspunkt i meninger, opplevelser, erfaringer og holdninger. (Dalland, 2012). En studie tar for seg en komparativ casestudie av to norske kommuner. Komparativ casestudie tar utgangspunkt i å systematisk sammenlikne to eller noen få enheter (Store norske leksikon, 2020). En annen studie er basert på et etnografisk design. Studien har tatt i bruk en kombinasjon av observasjon og intervju. I følge det store norske leksikon er etnografi studie av folkegrupperingers levesett (Store norske leksikon, 2015).

### 2.3. Vitenskaplig tilnærming

Selve datainnsamlingen startet med å få en oversikt over temaet og oversikt over tilgjengelig forskning (Dalland, 2012). Med utgangspunkt i temaet og den tilgjengelige forskningen, valgte jeg å sette fokus mot pasientomsorgen. Videre ble PICO-skjema tatt i bruk for å spisse og strukturere problemstillingen for litteratursøk (Helsebibloteket, 2016a).

I søkene er det brukt nøkkelord og MESH-termer. MESH-termer er standardiserte ord som angir innholdet i det aktuelle stoffet (Helsebibloteket, 2016). De vitenskapelige artiklene ble anskaffet gjennom anerkjente databaser med systematiske søk. Databasene PubMed, Chinahl, SveMed, og google scholar er brukt. Disse databasene er valgt grunnet de er anerkjente databaser, og flere har sykepleiefaglig relevans. For å avgrense/utvide søkene i databasene tok jeg i bruk kombinasjonsordene (boolske operatører) «AND» og «OR». «AND» avgrenser søket til at begge søkeordene må befinne seg i artikkelreferansen, og kombinasjonsordet «OR» utvider søke slik at i artikkelreferansen kan inneholde det ene, det andre eller begge søkeordene (Helsebibloteket, 2016b).

Søketabellen under viser en systematisk oversikt over søkehistorikken for de aktuelle vitenskapelige artiklene og inkluderer database, dato for søk, emneord, avgrensning, antall treff, antall leste sammendrag og valgte artikler.

## 2.4.Søketabell

**Tabell 1**

Database og dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Treff	Leste sammendrag	Valgte artikler
Svemed 26.03.2020	S1	Ethics	2010-Currenrt	4150		
	S2	Community health services	2010-Currenrt	6202		
	S3	Norway	2010-Currenrt	13351		
	S4	S1 AND S2 AND S3	2010-Currenrt	12	2	1 (C)
Svemed 30.03.2020	S1	Health priorities	2010-Currenrt	224		
	S2	Quality of Health Care	2010-Currenrt	57076		
	S3	Ethics	2010-Currenrt	4148		
	S4	S1 AND S2 AND S3	2010-Currenrt	7	2	1 (A)
Pubmed 31.03.2020	S1	Coordination reform	2010-Currenrt	1214		
	S2	Nursing OR *Nurse	2010-Currenrt	315 896		
	S3	Primary healthcare OR Care, primary health	2010-Currenrt	217 777		
	S4	S1 AND S2 AND S3	2010-Currenrt	71	3	1 (G)
Pubmed 24.03.2020	S1	Home-based care	2010-Currenrt	4332		
	S2	Nursing OR nurse	2010-Currenrt	315 896		
	S3	<i>ethics OR ethics</i>	2010-Currenrt	177 693		
	S4	S1 AND S2 AND S3	2010-Currenrt	71	3	1 (B)
Pubmed 31.03.2020	S1	Nursing ethics	2010-Currenrt	9530		

	S2	Caring behaviour	2010-Currenrt	16 293		
	S3	Dignity	2010-Currenrt	156 807		
	S4	S1 AND S2 AND S3	2010-Currenrt	32	3	1 (E)
Cinahl 21.05.2020	S1	Home based nursing care	2010-Currenrt	180		
	S2	New public management	2010-Currenrt	168		
	S3	S1 AND S2	2010-Currenrt	1	1	1 (H)
Cinahl 29.05.2020	S1	Home health care	2010-Currenrt	11 490		
	S2	Patient dignity	2010-Currenrt	659		
	S3	S1 AND S2	2010-Currenrt	7	1	1 (I)
<b>Håndsrøk:</b>						
Google scholar 01.04.2020		Hjemmesykeplei, organisering, kvalitet		2490	2	1 (D)
Google scholar 01.04.2020		Hjemmesykepleie, samhandling, kompetanse		2480	4	1 (F)
<b>Inkluderte artikler:</b>						
<p>A. Sykepleieverdier under press? (2016). <i>Nordisk sygeplejeforskning</i>, 6(04), 311–326.</p> <p>B. Rationing home-based nursing care: Professional ethical implications. (2011). <i>Nursing Ethics</i>, 18(3), 386–396.</p> <p>C. Organisering av helsetjenester til eldre i kommunen—Noen etiske utfordringer. (2014) <i>Nordisk sygeplejeforskning</i>, 4(04), 267–279.</p> <p>D. Organiseringen av hjemmesykepleien kan gå ut over sikkerhet og kvalitet. (2018). <i>Sykepleien Forskning</i>, (74391), e-74391.</p> <p>E. From painful busyness to emotional immunization: Nurses' experiences of ethical challenges. (2017). <i>Nursing Ethics</i>, 24(5), 556–568.</p> <p>F. Sykepleie=kompetanse i hjemmesykepleien – på rett sted til rett tid? (2015). <i>Sykepleien Forskning</i>, (1), 14–22.</p> <p>G. The challenges of primary health care nurse leaders in the wake of New Health Care Reform in Norway. (2016). <i>BMC Nursing</i>, 15(1), 66.</p> <p>H. The nurse-patient relationship in the New Public Management era, in public home care: A focused ethnography. (2019). <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 75(2), 400–411.</p> <p>I. Patients' experiences of homecare nursing: Balancing the duality between obtaining care and to maintain dignity and self-determination. (2012). <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i>, 26(4), 705–712.</p>						

## 3. Empiri

### 3.1. Artikkelmatrikse

Tabell 2

Artikkel A	
Kleiven, O. T., Kyte, L., & Kvigne, K. (2016). Sykepleieverdier under press? Nordisk sykeplejeforskning, 6(04), 311–326.	
Hensikt/problemstilling	Studien utforsker ytre rammefaktorer og hvordan de påvirker prioriteringene til sykepleierne i praksis, samt konsekvenser for sykepleieidentiteten.
Metode	Studien har et kvalitativt design. Det ble utført fokusgruppeintervjuer av 12 sykepleiere fra både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. For å analysere ble det brukt en tematisk tekstanalyse ved systematisk tekstkondensering.
Resultat/diskusjon	Ytre krav og rammer påvirker arbeidshverdagen og gir sykepleie verdiene trangere kår. Sykepleierne prioriterte oppgaver som man blir målt og kontrollert på versus pasientsentrerte oppgaver.
Kommentar	Studien har funnet resultater som bygger direkte på problemstillingen. Studien ser på ytre krav og rammer som påvirker sykepleiers prioritering i pasientrett samarbeid. Studien viser at sykepleierne prioriterer det man blir målt og kontrollert på versus pasientsentrert fokus som tar utgangspunkt i deres behov for sykepleie.
Artikkel B	
Tønnessen, S., Nortvedt, P., & Førde, R. (2011). Rationing home-based nursing care: Professional ethical implications. <i>Nursing Ethics</i> , 18(3), 386–396.	
Hensikt/problemstilling	Denne studien undersøker prioriteringene sykepleiere må gjøre i sitt daglige arbeid og hvilken bekostning dette kan ha for å gi god omsorg til pasientene.
Metode	Studien har en kvalitativ tilnærming hvor 17 sykepleiere fra hjemmesykepleien ble intervjuet. Hermeneutisk metodikk ble brukt for å analysere av intervjumaterialet
Resultat/diskusjon	Juridiske og organisatoriske rammer har betydning for sykepleiers prioriteringer, og begrenser dem i å gi god omsorg for pasientene.
Kommentar	Studien viser til etiske utfordringer i hjemmesykepleien hvor en har systemet på den ene siden og pasientsentrert sykepleie på den andre. Sykepleierne opplever utfordringer med å gi det de anser som god sykepleie til pasientene på grunn av organisatoriske rammer, noe som besvarer deler av problemstillingen.

Artikkel C	
Skaar, R., Brodtkorb, K., Skisland, A. V.-S., & Slettebø, Å. (2014). Organisering av helsetjenester til eldre i kommunen—Noen etiske utfordringer. <i>Nordisk sygeplejeforskning</i> , 4(04), 267–279.	
Hensikt/problemstilling	Studien utforsker opplevelser av etiske utfordringer for helsepersonell som konsekvens av måten helsetjenesten er organisert på, og hvordan eldre i primærhelsetjenestene møtes av disse utfordringene.
Metode	En kvalitativ studie, med 15 fokusgruppeintervju av totalt 26 helsepersonell. Helsepersonellet var ansatt i hjemmesykepleien, bo- og omsorgssenter, rehabiliteringsavdelinger og på dagsenter. Intervjuteksten ble analysert av en kvalitativ innholdsanalyse.
Resultat/diskusjon	Resultatene av studien var knyttet til BEON-prinsippet. Sykepleierne opplevd at pasientene var feil plassert i helsesystemet, som bidro til nedsatt kvalitet for pasientene og feil sykepleiefaglig fokus. Tidspress og bemanningssituasjonen opplevdes også svært utfordrende for informantene.
Kommentar	Studien er svært relevant da den opplyser om utfordrende forhold i forbindelse med BEON-prinsippet som er et resultat av innføringen av samhandlingsformen.
Artikkel D	
Kattouw, C. E., & Wiig, S. (2018). Organiseringen av hjemmesykepleien kan gå ut over sikkerhet og kvalitet. <i>Sykepleien Forskning</i> , (74391), e-74391.	
Hensikt/problemstilling	Studien tar for seg forskningsspørsmålet: «Hvordan beskriver kommunepolitikere og administrasjonsledere god kvalitet og pasientsikkerhet i hjemmesykepleien, og hva betyr dette for dagens organisering?»
Metode	Studien er basert på en komparativ casestudie av to Norske kommuner. Det ble gjennomført fokusgruppeintervjuer fra hver kommune, med politikere, individuelt intervju med administrasjonsledere og kommunedokumenter. Induktiv innholdsanalyse og sammenlikning av data fra de to kommunene ble brukt i analysen.
Resultat/diskusjon	I denne artikkelen fremkommer det at organisering av hjemmesykepleien styres i begge kommunene av administrasjonens innstillinger isteden for å vektlegge forskningsbasert kunnskap og folkehelsearbeid. Den ene kommunen vektla kvalitet og sikkerhet i liten grad, mens i den andre kommunen hadde det middels betydning. Avstanden mellom beslutningstakerens nivå og pasientnivået viker stort.
Kommentar	Studien legger til grunn for en spørsmålstilling om lovkravene for kvalitet og forsvarlighet oppfylles i hjemmesykepleiens organisasjonsform. Nedsatt kvalitet og forsvarlighet kan bidra til fatale konsekvenser for pasientene.

Artikkel E	
<p>Storaker, A., Nåden, D., &amp; Sæteren, B. (2017).  From painful busyness to emotional immunization: Nurses' experiences of ethical challenges.  <i>Nursing Ethics</i>, 24(5), 556–568.</p>	
Hensikt/problemstilling	Hensikten med denne artikkelen er å få en forståelse av de etiske utfordringene som sykepleiere står overfor i daglig praksis. Det utvalgte forskningsspørsmålet til artikkelen er: "hvilke etiske utfordringer opplever sykepleiere i deres daglige praksis?"
Metode	Kvalitativt intervju studie ble utført. Ni sykepleiere ved tre ulike avdelinger ved et universitetssykehus ble intervjuet. Intervjuene ble gjennomført basert på en tematisk guide og ble tape-innspilt, høsten 2013. Analyse av intervjuene ble oppnådd gjennom hermeneutisk tilnærming.
Resultat/diskusjon	Resultatene belyste at en travel hverdag medfører konflikter når det gjelder etiske verdier, samt en verdikonflikt med det eksisterende system og hensynet til pasienten. Verdikonflikten medføre til fremmedgjøring for pasientene og neglisjering av grunnleggende behov. Sykepleierne uttrykte at de kunne identifisere de etiske utfordringene; men de anså seg ikke i stand til å ta disse utfordringene på grunn av omstendighetene. Sykepleierne uttrykte at de prioriterte oppgaver som kreves av systemet på bekostning av sine egne faglige verdier.
Kommentar	Studien fremmer resultater hvor pasientomsorgen nedprioriteres på grunn av organiseringen og styringsformene.
Artikkel F	
<p>Norheim, K. H., &amp; Thoresen, L. (2015).  Sykepleie=kompetanse i hjemmesykepleien – på rett sted til rett tid?  <i>Sykepleien Forskning</i>, (1), 14–22</p>	
Hensikt/problemstilling	Studien tar for seg om samhandlingsreformen har bidratt til utilstrekkelig kompetansenivå i kommunehelsetjenesten.
Metode	Det er benyttet et kvalitativt forskningsdesign. Det er gjort to fokusgruppeintervjuer med totalt 11 sykepleiere, samt to semistrukturerte intervjuer med ledere i primærhelsetjenesten. Systematisk kondensering er en firetrinns analysemetode som ble brukt for å analysere materialet.
Resultat/diskusjon	Pasienter som skrives ut fra sykehus har mer omfattende pleie- og omsorgsbehov enn før. Det var ikke registrert økt behov for kompetanse, men kompetansen var ikke tilstrekkelig. Enkelte opplevde et misforhold i forhold til rett kompetanse på rett sted, til rett tid, og samarbeid mellom ansatte med ulike kompetansenivå ble ansett som utfordrende. Videre hadde deltakerne ulik forståelse av hjemmesykepleies målsetting og utfordring.

Kommentar	Studien er relevant i dens betydning at den ser på noen mulige konsekvenser av samhandlingsreformen og om primærhelsetjenestene har fått tilstrekkelige ressurser etter innføringen av reformen.
Artikkel G	
Tingvoll, W.-A., Sæterstrand, T., & McClusky, L. M. (2016). The challenges of primary health care nurse leaders in the wake of New Health Care Reform in Norway. <i>BMC Nursing</i> , 15(1), 66.	
Hensikt/problemstilling	Hensikten med studien er å rette søkelyset mot en faglig bekymring for kvaliteten på sykepleie etter innføring av samhandlingsreformen og gjennomføringen under NPM-inspirert ledelse
Metode	Et kvalitativt design er benyttet. Ti sykepleieledere er intervjuet i ti forskjellige kommuner. For å analysere materialet er en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming brukt
Resultat/diskusjon	Hiarkisk ledelsesstruktur basert på NPM gir sykepleielederne utfordringer med å fokusere på det sykepleiefaglige, samt krav/retningslinjer generert av samhandlingsreformen. Det fremkommer blant annet at de har økte oppgaver som ikke er relatert til sykepleieledelse.
Kommentar	Til tross for at studien tar utgangspunkt i sykehjem anses artikkelen som relevant grunnet dens belysning av utfordringer knyttet opp mot både NPM, samhandlingsreformen og kvaliteten på tjenestene til pasientene.
Artikkel H	
Strandås, M., Wackerhausen, S., & Bondas, T. (2019). The nurse-patient relationship in the New Public Management era, in public home care: A focused ethnography <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 75(2), 400–411.	
Hensikt/problemstilling	Studiens hensikt var å få en dypere forståelse av sykepleie-pasientforholdet i hjemmesykepleien under NPM-inspirert styring
Metode	Studien har tatt i bruk en etnografisk design, basert på Roper og Shapiras rammeverk hvor det er utført en kombinasjon av deltakerobservasjon samt semistrukturerte intervjuer med sykepleiere og pasienter. Ti sykepleiere og åtte pasienter deltok i intervjuer og observasjon, samt observasjon av 120 pasienter som samhandlet med de 10 sykepleierne (de ble ikke inkludert til intervju). Dataanalyse ble også gjort etter Roper og Shapiras rammeverk.
Resultat/diskusjon	Resultatene viser viktigheten av sykepleie-pasient forholdet i hjemmesykepleien. Funnene viser videre til omfattende variasjoner av omsorg og emosjonelt engasjement, og begrunner dette med tidsbegrensninger, stor arbeidsmengde, for lite kompetanse.



Kommentar	Denne studien anses som relevant da en får innblikk i både pasienters og sykepleiers oppfatning av sykepleie-pasientforholdet under ytre rammer og styring inspirert av NPM
Artikkel I	
Holmberg, M., Valmari, G., & Lundgren, S. M. (2012). Patients' experiences of homecare nursing: Balancing the duality between obtaining care and to maintain dignity and self-determination. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 26(4), 705–712.	
Hensikt/problemstilling	Målet med studien var å beskrive pasienters erfaringer og oppfatninger av å motta hjemmesykepleie
Metode	Studien har en kvalitativ tilnærming. 21 pasienter i Sverige ble intervjuet. Dataanalysen ble utført etter skissen til Thorne.
Resultat/diskusjon	Pasienter var hovedsaklig fornøyd med mottakelse av hjemmesykepleie. Videre opplevde pasientene utfordringer med tjenestens kontinuitet og forutsigbarhet. Oppførsel og holdninger fra tjenesteyterne ble også rapportert som nedlatende i enkelte tilfeller.
Kommentar	Studien er relevant på grunn av den viser til pasienters opplevelse av hjemmesykepleie, samt hvordan pasientene balanserer mottakelse av pleie og behandling, samt opprettholde verdigheten

### 3.2. Sammenfattet empiri

**Tabell 3**

<i>Ytre rammefaktorer</i>	<i>Ethiske dilemmaer</i>	<i>Sykepleiers verdi grunnlag</i>	<i>Sykepleie faglig prioritering</i>	<i>Pasient kvalitet</i>
Artikkel A: (Kleiven et al., 2016)				
<i>De ytre kravene og rammene kan sees i sammenheng med innføring av (NPM) som styringsredskap i helsevesenet</i>	<i>NPM medvirker til at sykepleiere prioriterer det man blir målt og kontrollert på. Dette kan bidra til at sykepleierne blir mer oppgavesentrerte og gir mindre plass til sykepleie verdier, omsorgsperspekti</i>	<i>Respekt for enkeltmenneskets liv og verdighet</i>	<i>Sykepleiefaglige prioriteringer tar utgangspunkt i det som måles og kontrolleres.</i>	<i>Kvaliteten i det pasientrettede arbeidet ble vurdert som ikke tilstrekkelig. Det ble avdekket svikt med hensyn å til å dekke grunnleggende behov, samt</i>

	vet, pasientrelasjonen			psykososiale behov.
Artikkel B: (Tønnessen, Nortvedt, & Førde, 2011)				
Studien tar utgangspunkt i kommuner med kjøper-leverandør-modell og den tradisjonelle modellen	Den etiske utfordringen belyses hovedsakelig av tjenester som er styrt av klokken i stede for pasientens behov.		Sykepleierne uttrykke utfordringer i forhold til prioritering av god sykepleie til en pasient eller tidsbegrenset sykepleie til flere.	Sykepleierne uttrykker opplevelsen av å nedprioritere det menneskelige aspektet i sykepleien
Artikkel C: (Skaar, Brodtkorb, Skisland, & Slettebø, 2014)				
Studien beskriver utfordringer knyttet til BEON-prinsippet og bestiller-utfører-modellen. Dette kan sees i sammenheng med innføring av samhandlingsreformen og inspirasjon fra NPM styringsform.	En av de etiske utfordringene var for lite tid, for lav bemanning og små stillingsbrøker til å ivareta hensikten med primærsykepleie.		Deltakere i studien uttrykket at det var riktig å prioritere flere enn en pasient, og måtte dermed sette grenser hos den enkelte pasient for å rekke gjennom alle.	Feilplassering av pasienter som burde vært i et høyere omsorgsnivå bidrar til dårligere kvalitet for pasientene og feil sykepleiefaglig fokus.
Artikkel D: (Kattouw & Wiig, 2018)				
Studien tar utgangspunkt i en bestiller-utfører-modell sett i lys av NPM.			Økonomi blir vektlagt mer enn pasientopplevelsen	Totalt sett ble det avdekket dårligere kvalitet i pasientomsorgen og redusert brukermedvirkning
Artikkel E: (Storaker et al., 2017)				
	Utfordringene oppsto i daglig praksis grunnet opplevelsen av å ikke kunne	Sykepleierne i studien uttrykte viktige verdier som	Administrative oppgaver ble prioritert på bekostning av	Fundamentale behov blir ikke prioritert hos alle pasienter

	etterleve sine etiske verdier.	setter fokus på helhetlig sykepleie og pasientsentre rt tilpasning av tjenester	god omsorg for pasienten	grunnet tidspress. Svikt i informasjonsplikt, munnhygiene var blant annet eksemplifisert
Artikkel F: (Norheim & Thoresen, 2015)				
Samhandlingsreformen blir sett på som ytre rammefaktor i denne studien.				Pasientene får ikke tilstrekkelig oppfølging av allerede igangsatte tiltak
Artikkel G: (Tingvoll et al., 2016)				
Studien tar utgangspunkt i samhandlingsreformen og lederstil inspirert av NPM.	NPM inspirert ledelse settes opp mot nye pålagte oppgaver etter innføring av samhandlingsreformen. Utfordringene ses blant annet i spørsmål om tilstrekkelig kvalitet i tjenestene og flere oppgaver som ikke er relatert til ledelse.			Fokuset på kvalitet har minsket og sykepleielederne uttrykte en bekymring for om kvaliteten på tjenestene var tilstrekkelig
Artikkel H: (Strandås, Wackerhausen, & Bondas, 2019)				
Studien legger til grunn for en NPM-inspirert styring		Relasjonen mellom sykepleier og pasient anses som viktig i utførelsen av hjemmesykepleie		Pasientene i studien beskriver ytterligere lidelse hvis sykepleie-pasient relasjonen mangler.
Artikkel I:				

(Holmberg, Valmari, & Lundgren, 2012)				
		<p>Pasientene ønsket å bli respektert som et unikt individ, bli verdsatt, og å ha rett til deltakelse. Dette anså pasientene som viktige verdier de forventet å bli møtt med av sykepleier.</p>		<p>Enkelte pasienter hadde nektet adgang til enkelt sykepleier på grunn av dårlig oppførsel.</p>

## 4. Teori

### 4.1. Innledning

Kapittelet tar for seg teorien som skal belyse problemstillingen. Sykepleieteoretikeren Kari Martinsen vil bli beskrevet med sin omsorgsfilosofi, samt en beskrivelse av helhetlig sykepleie. Videre presenteres styringsformer i primærhelsetjenesten og i hjemmesykepleien, ytre rammefaktorer som new public management og samhandlingsreformen. Til slutt beskrives kort det juridiske og etiske grunnlaget, med hensyn til yrkesetiske retningslinjer, helsepersonelloven, pasient- og brukerrettighetsloven, helse- og omsorgstjenesteloven og kvalitetsforskriften.

### 4.2. Kari Martinsens omsorgsfilosofi

Martinsen ser på omsorgsbegrepet i 3 dimensjoner som egentlig er sammenvevd i hverandre og i en konkret situasjon vil det være umulig å skille disse dimensjonene. Omsorg beskriver Martinsen som et relasjonelt, et praktisk og et moralsk begrep (Martinsen, 2003).

Martinsen beskriver omsorg som et relasjonelt begrep, som tar utgangspunkt i kontakten mellom sykepleier og pasient. Menneskene lever i et fellesskap til hverandre, hvor vi er avhengige av hverandre. Alle mennesker kan komme i situasjoner hvor vi har behov for noen andre sin hjelp, hvis en for eksempel blir syk, eller skadet (Martinsen, 2003). I et sykepleiefaglig perspektiv er det slik at sykepleier er forpliktet til å yte hjelp ut ifra pasientens situasjon. Da vil avhengigheten til hverandre ikke lengre være gjensidig. Det vil være viktig at sykepleieren engasjere seg og viser interesse for pasienten, slik at sykepleier kan få oversikt over hva pasienten har behov for (Kristoffersen et al., 2011). Martinsen fremhever dermed at det vil være viktig å bygge opp og ta vare på tillitsforholdet i en sykepleie-pasient-situasjon (Martinsen, 2003).

Omsorg som et praktisk begrep er situasjonsbetinget og viser seg i en konkret handling. Dette perspektivet handler altså om hvordan sykepleieren praktiserer i den enkelte situasjon. Med det menes at hjelpen som gis kommer ikke ut fra en forventning om å få noe tilbake, eller et forventet resultat. Hjelpen gis ut fra hva den hjelpetrengende har behov for. Dette betyr dermed ikke at omsorgsgiver nødvendigvis ikke får noe igjen av handlingen. Flere omsorgsgivere får gjenytelse av omsorgsmottaker i form av for eksempel takknemlighet, omtanke eller følelsen av å gjøre noe godt for et annet menneske. Omsorgen som gis er situasjonsbetinget ut fra mottakers behov. I en sykepleiefaglig sammenheng må sykepleier både ha kunnskap og innsikt i menneskers livssituasjon med deres muligheter og begrensninger. En slik forståelse av situasjon sammen med det personlige engasjementet og interessen bidrar til relasjoner knyttet (Martinsen, 2003).

Det tredje aspektet er omsorgens moralske side, hvor det vesentlige er kvaliteten i relasjonen. Dette aspekter handler om hvordan vi er i relasjonen og i utførelsen av det praktiske arbeidet. God omsorgsmoral er ikke noe en er født med. Dette må læres gjennom god oppdragelse og erfaring. Som sykepleier må for eksempel sykepleiefaglige verdier læres og integreres (Martinsen, 2003). Martinsen beskriver enhver sykepleiesituasjon av

moralsk karakter, hvor sykepleier skal handle til det beste for pasienten (Kristoffersen et al., 2011).

#### 4.2.1. Vedlikeholdsomsorg

Martinsen har også sett på omsorg i institusjoner som hun beskriver er preget av det hun kaller vekstomsorg eller vedlikeholdsomsorg. Vekstomsorg vil si omsorg knyttet til en forventning om selvhjelpenhet, dette kan en ofte se i sykehus. Vedlikeholdsomsorg vil si omsorg som har som målsetting å vedlikeholde helsen, opprettholde et visst funksjonsnivå eller unngå forverring. Vedlikeholdsomsorg vil være typisk for virksomheter i primærhelsetjenesten som for eksempel hjemmesykepleie. Med tanke på at vedlikeholdsomsorg ikke har som målsetting å bli uavhengig av omsorgsarbeidet, vil tid og relasjon være viktige faktorer. Martinsen fremmer videre at underbemanning og tidspres gir risiko for følelsesmessig overbelastning. Dette kan få konsekvenser for kvaliteten på vedlikeholdsomsorgen (Martinsen, 2003).

### 4.3. Helhetlig sykepleie

God kvalitet i sykepleie omfatter et pasientperspektiv. Pasienten er i sentrum med sine ressurser, begrensninger, erfaringer, opplevelser, tanker og følelser osv. i utførelsen av sykepleie (Kristoffersen et al., 2011). Holisme er en livsoppfatning som betyr helhetsforståelse. En holistisk tilnærming i sykepleie innebærer å se hele pasienten, hvor alt henger sammen. Både fysisk, psykiske, sosiale og åndelige deler ved et menneske må tas i betraktning ved et helhetlig menneskesyn (Brinchmann, 2012).

Den fysiske delen tar utgangspunkt i den fysiske kroppen. Her tas hele kroppen i betraktning fra en liten celle til store organer og kroppsdelene. Den psykiske delen beskriver mennesker med en sjel. En kan også se den psykiske delen i sammenheng med den psykiske helsen, hvor tankene og følelsene står i sentrum. Det tredje aspektet er det sosiale, som handler om behovet for kontakt med andre mennesker. Det siste aspektet er det åndelige som går ut på hvordan en ser på seg selv og livet. Det åndelige tar utgangspunkt i det enkelte menneske sine verdier, holdninger, livssyn og religion (Brinchmann, 2012).

For å gi helhetlig omsorg må både den fysiske, psykiske, sosiale og åndelige kartlegges, og sykepleier må ta hensyn til at den ene delen kan påvirke den andre og omvendt. Hvis for eksempel en opplever svekkelse i det åndelige aspektet kan det påvirke både den fysiske, psykiske og sosiale delen av sykdom og helse. Alle delene er til enhver tid påvirket av hverandre og må tas hensyn til ved utøvelse av helhetlig sykepleie (Brinchmann, 2012).

### 4.4. Styringsformer i primærhelsetjenesten

Staten har det overordnede ansvaret for helsepolitikken i landet. Staten skal innføre gode rammevilkår for kommunene gjennom lover, forskrifter, økonomiske rammer og tilsynsføring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Igjennom kommunehelsetjenesteloven skal kommunen sørge for gode og forsvarlige helse- og omsorgstjenester til alle som trenger det (Kristoffersen et al., 2011). Helsetjenestene i kommunene organiseres etter lokale forhold og behov, under gitte juridiske, - og økonomiske rammer. Kommunene har

ansvar for at innbyggerne har nødvendige helsetjenester tilgjengelig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013) og at det ligger til rette for at helsetjenestene kan ytes forsvarlig (Helsepersonelloven, 2019).

#### 4.4.1. Styringsformer i hjemmesykepleien

Kommunene har ansvar for organisering av hjemmesykepleien. Hjemmesykepleie brukes om all sykepleie som utføres i pasientens hjem. Hjemmesykepleien er oftest bygd opp med vedtak, som beskriver hvilken tjeneste pasienten skal få og hvor mye tid som skal benyttes. Et vedtak er skriftlig og juridisk, som skal beskrive en klageadgang. Avgjørelsen av vedtak utføres ulikt i kommunene. Denne oppgaven tar utgangspunkt i en organisering ut fra en bestiller-utfører-modell. Pleiebehovet defineres av en ansatt på et bestiller kontor, som har tatt en vurdering av pasienten behov for hjemmesykepleie. Det er som regel ikke samme pleier som utøver pasientoppfølgingen. Begrunnelsen for en bestiller-utfører-modell er bedre økonomistyring, saksbehandling, rettferdig tildeling av tjenester og rettsikkerhet. Modellen er bygd opp utfra tankesettet til New public management (Birkeland & Flovik, 2014).

### 4.5. New public management (NPM) som styringsprinsipp

New public management er et tankesett som begynte å prege Norge allerede på slutten av 1900-tallet. NPM er en samlebetegnelse for retninger som tar utgangspunkt i en markedstenkning for organisering og styring av offentlig virksomheter (Store norske leksikon, 2018). Formålet med NPM i helsetjenesten er å få en mer effektiv og produktiv tjeneste, samt økt tilfredsstillelse hos pasienter og baseres på mål- og resultatstyring. (Orvik, 2015).

Orvik poengterer at det bør rettes mer oppmerksomhet mot brukerrettigheten, slik at pasientene får økt tilfredshet. Pasienten blir definert som kunder. Bestiller-utfører-modellen er innført som en konsekvens av et slikt tankesett (Orvik, 2015). Prinsippet bak en slik modell er at en aktør bestiller en tjeneste, og noen andre utfører tjenesten (Birkeland & Flovik, 2014).

Når det kommer til organisering av helse- og omsorgssektoren, har NPM særlig preget utviklingen innenfor tre området. Den første er enhetlig ledelsesformer, hvor en leder har ansvaret for driften av virksomheten. Det stilles krav til både økonomisk og faglig resultatoppnåelse, arbeidsgiveransvar og ansvar for at virksomheten drives innen gjeldene lovgivning for en forsvarlig drift (Orvik, 2015).

Det andre punktet som har preget utvikling er ved autonomisering og fristilling, hvor virksomheter har friere tøyler for egen organisering. Det siste punktet er en markedsorientert løsning, hvor virksomheter konkurrerer. Den økte konkurransen skal bidra til effektivitet, brukertilfredshet og kvalitetssikring. Dette kan for eksempel være ordninger som fritt brukervalg av kommunale omsorgstjenester kombinert med kvalitetsindikatorer (Orvik, 2015).

## 4.6. Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen, «rett behandling - på rett sted – til rett tid», ble innført i 2012, og har bidratt til omfattende endringer i helsetjenesten. Samhandlingsreformen har innført endringer innen et pasientperspektiv, organisering og finansiering av helsetjenestene og i et samfunnsøkonomisk perspektiv. Samhandlingsreformen har hatt som mål å få en mer velfungerende, sammenhengende og koordinert helsetjeneste (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

Sammenhengende og koordinert helse- og omsorgstjenester bør organiseres ut fra et sammenhengende pasientforløp. Pasient tilbudet skal gis i en uavbrutt behandlinglinje uavhengig av om pasienten trenger behandling i spesialisthelsetjenesten eller i primærhelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Dette vil si at helse- og omsorgstjenestene skal ta utgangspunkt i det helhetlige behovet til pasienten (Kristoffersen et al., 2011).

I tillegg til at samhandling mellom de ulike leddene i helse- og omsorgstjenestene, har kommunen fått større ansvar for folkehelsen. Kommunene skal øke fokuset på å bedre folkehelsen, styre det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Pasienten skal også få den hjelpen de trenger, når de trenger den, nærmest mulig der de bor. I praksis betyr dette at kommunene får mye større ansvar ovenfor befolkningen både når det kommer til forebygging, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging. Helsetjenestene skal i størst mulig grad ivaretas innenfor best effektive omsorgsnivå (BEON-prinsippet) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Med dette menes at så langt det lar seg gjøre skal primærhelsetjenestene prioriteres over spesialisthelsetjenesten (Birkeland & Flovik, 2014). BEON-prinsippet vil dermed være hensiktsmessig for pasienten som får tilbud om helsetjenesten i sitt nærmiljø, samtidig som det vil lønne seg ut fra kostnadseffektive hensyn (Kristoffersen et al., 2011).

Reformen påvirker primærhelsetjenesten direkte ved at det vil bli nye tjenestetilbud i kommunen. Oppgaver flyttes fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten i tillegg til kommunenes allerede eksisterende oppgaver. Primærhelsetjenesten skal ikke pålegges nye oppgaver uten at de blir gitt de nødvendige ressursmessige forutsetninger for dette. Kommunene får medfinansieringsansvar for behandling til egne innbyggere, slik at bruken av spesialisthelsetjenesten kan begrenses. Dette er på grunn av at helsetjenester koster betraktelig mye mer i spesialisthelsetjenesten versus primærhelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

Utgiften i pleie- og omsorgstjenestene i kommunene finansieres i hovedsak av "frie inntekter", dette vil si at kommunene selv avgjør hvor inntektene anvendes så lenge kommunene holder seg til vedtatte lover som inneholder både krav til tilbud, innhold og kvalitet på tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

## 4.7. Juridisk og etisk grunnlag for pasientomsorgen

Juridiske og etiske lover og retningslinjer setter rammer for en del av sykepleiernes arbeid. På den ene siden blir pasientenes rettigheter i møte med helsevesenet lagt til grunn, og på den andre siden er det helsepersonellens plikter i møte med pasientene lagt til grunn (Molven, 2016).



#### 4.7.1. Yrkesetiske retningslinjer

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere ble innført i 1983 og har siden det vært revidert, sist i 2011. Retningslinjene tar for seg forpliktelser sykepleiere står overfor og deres profesjonsetikk. De legger til grunn for grunnleggende sykepleiefaglige verdier og hvordan verdiene kan implementeres for utøvelsen god sykepleie i praksis. Retningslinjene konkretiserer altså nærmere hva som inneholder en god sykepleiepraksis (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Ansvar til sykepleiere blir beskrevet både faglig, etisk, juridisk og personlig. Dette innebærer at sykepleiere må arbeide kunnskapsbasert, etter yrkesetiske retningslinjer og gjeldende lovverk. Sykepleier har selv personlig ansvar for egen praksis (Molven, 2016). Videre utformes sykepleierens ivaretagelse av pasienten. Sykepleien som gis skal både være verdig, ivareta pasientens integritet og rett til helhetlig sykepleie. En skal også vise hensyn i form av respekt og omtanke for pasienten, og pasientens pårørende. Sykepleiers forhold til medarbeidere, arbeidsplassen og deltakelse i samfunnet ligger også bakt inn i retningslinjene (Norsk sykepleierforbund, 2011).

#### 4.7.2. Helsepersonelloven

Helsepersonelloven tar utgangspunkt i helsepersonell, herunder også sykepleiere og virksomheter som yter helsehjelp. Loven skal bidra til kvalitet i helse- og omsorgstjenestene og sikkerhet for pasientene. Sikkerhet for pasientene utspringer seg blant annet i helsepersonelloven §4, krav til forsvarlighet og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 2019). Dette legger til grunn for en viss kvalitet på tjenestene, hvor helsepersonell må opptre etter gjeldende faglige normer som for eksempel nasjonale veiledere og retningslinjer, samt lovbestemte krav til yrkesutøvelsen. Omsorgsfull hjelp handler om måten helsehjelpen blir gitt på, som kan gjenspeiles i helsepersonellens oppførsel, opptreden og kommunikasjon med pasienten. Helsepersonellet skal vise omtanke og respekt for pasienten, hvor personlig integritet ikke krenkes (Helsedirektoratet, 2018a).

Helsepersonelloven § 16 legger til grunn for at virksomheter skal organiseres slik at de som yter helsehjelpen arbeider under forhold som gjør dem i stand til å overholde sine lovpålagte plikter (Helsepersonelloven, 2019).

#### 4.7.3. Pasient- og brukerrettighetsloven

Pasient og brukerrettighetsloven tar for seg rettighetene til pasientene. Herunder kommer blant annet pasientenes rett til øyeblikkelig samt nødvendig helsehjelp, rett til medvirkning, informasjon, samtykke til helsehjelp osv. (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2020). Loven tar utgangspunkt i mottakeren av helse- og omsorgstjenester. Pasientens ivaretagelse skal sikres med hensyn til tillit og respekt for liv, integritet, menneskeverd og vedkommende sin autonomi må overholdes. Loven fremmer viktigheten av å etablere tillit til pasientene, og at deres individuelle forutsetninger skal bli møtt. Videre legger loven til grunn at alle skal ha lik tilgang til helse- og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, 2018b).

#### 4.7.4. Helse- og omsorgstjenesteloven

Loven gjelder hovedsakelig helse- og omsorgstjenester i kommunene og har som formål at kommunenes innbyggere sikres gode tjenester. Loven ble vedtatt som en del av samhandlingsreformen. Loven legger til rette for kommunens ansvar, plikter og oppgaver i forhold til tjenester som skal tilbys, krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet, samarbeidsavtaler med kommuner og helseforetak mm. (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2020)

#### 4.7.5. Kvalitetsforskriften

Formålet i kvalitetsforskriften skal sikre at mottakere av pleie- og omsorgstjenester får ivaretatt de grunnleggende behovene på en god måte. Kvalitetsforskriften legger til grunn for at det skal være utarbeidet prosedyrer som tilfredsstillende grunnleggende behov. Forskriften viser blant annet til opplevelse av respekt, forutsigbarhet og trygghet i mottakelse av tjenester. Videre legger forskriften til grunn for ivaretagelse av fysiologiske behov som tilstrekkelig næring og variert kost, personlig hygiene, munnhygiene, privatliv, nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand, ivaretagelse av sosiale behov som mulighet for samvær, fellesskap og aktivitet (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003).

## 5. Diskusjon

### 5.1. Innledning

Dette kapitlet tar utgangspunkt i den valgte empirien, teori og egne erfaringer for å diskutere dette opp mot den aktuelle problemstillingen:

*Hvordan påvirkes helhetlig sykepleie og pasientsentrert omsorg i hjemmesykepleien av ytre rammebetingelser som samhandlingsformen og styringsprinsipper inspirert av New public management?*

### 5.2. Sykepleiers verdigrunnlag i møte med pasientomsorg

Grunnleggende verdier for sykepleie sier at hvert menneske skal bli behandlet med respekt for deres verdighet og integritet. Pasientens rett til helhetlig sykepleie, rett til medbestemmelse og retten til å ikke bli krenket er sentralt i sykepleiers grunnlag. Videre skal sykepleien være kunnskapsbasert og gis på en omsorgsfull måte (Norsk sykepleierforbund, 2011). Dette samsvarer i stor grad med en holistisk tilnærming, som tar utgangspunkt i hele menneskets fysiske, psykiske, sosiale og åndelige aspekter. Der alle dimensjonene må ses på som en helhet, som gjensidig kan påvirke hverandre (Brinchmann, 2012). Samhandlingsreformens satsingsområde legger også til grunn for en mer helhetlig tilnærming av pasienten, hvor de ulike aktørene skal jobbe sammen slik at pasienten selv kan mestre eget liv eller gjenopprette funksjoner i størst mulig grad (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Martinsen tar avstand fra at målet om gjenvinning av funksjon og selvstendighet til mennesket utgjør grunnlaget for sykepleie. Hun mener at hovedvekt på egenomsorg samsvarer ikke med sykepleiers omsorgstradisjoner (Kristoffersen et al., 2011).

De grunnleggende verdiene uttrykker flere sykepleie viktigheten av, og beskriver de som viktige i utøvelsen av sykepleie. Studiene fremmer også viktigheten av en pasientsentrert sykepleie. Pasienter skal bli behandlet med respekt og sykepleier skal ta seg tid til å lytte og fremme pasientens autonomi (Kleiven et al., 2016; Storaker et al., 2017). Pasientens rett til medbestemmelse er både en etisk og juridisk rettighet som fremmes i de yrkesetiske retningslinjer samt pasient og brukerrettighetene (Norsk sykepleierforbund, 2011; Pasient- og brukerrettighetsloven, 2020). Pasientens rett til medvirkning er også sentralt i samhandlingsreformens arbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

Viktigheten av god omsorg, tid, relasjonsbygging ble videre fremhevet som gode verdier av andre deltakere fra kommunehelsetjenesten (Kleiven et al., 2016). Disse deltakerne snakker samme språk som Martinsen, som bla fremmer det relasjonelle i omsorgen. Martinsen beskriver også viktigheten av tid og å skape en god relasjon til pasientene. Dette anser Martinsen som spesielt viktig knyttet til vedlikeholdsomsorg, som hovedsakelig sees i kommunehelsetjenesten (Martinsen, 2003). Sykepleie-pasient-forholdet blir også ansett som svært viktig del av hjemmesykepleien, hvor det relasjonelle forholdet vektlegges i

stor grad. Pasienter fremhever ytterlige lidelser når det relasjonelle forholdet mangler (Strandås et al., 2019).

### 5.2.1. Sykepleiers verdigrunnlag i møte med hjemmesykepleien

Sykepleiers arbeidsoppgaver i hjemmesykepleien styres av ofte av vedtak. Vedtakene er ofte rettet mot grunnleggende fysiske behov, men grunnleggende verdier som omsorg blir sjeldent tatt i betraktning i utforming av vedtak (Birkeland & Flovik, 2014). Dette er til tross for at flere studier og teoretikere beskriver viktigheten av pasientsentrert sykepleie basert på omsorg og grunnleggende profesjons verdier som sentrale i utøvelsen av god sykepleie (Kleiven et al., 2016; Martinsen, 2003; Storaker et al., 2017). Erfaringsmessig utøves sykepleie mer i retning av rutiner, prosedyrer og resultat og målbare oppgaver, og kan kanskje synes ekstra godt i hjemmesykepleien. Dette kan også ses i sammenheng med vedtaks ordningen for hjemmesykepleien, hvor det defineres hva som skal gjøres, når og hvor lang tid pleieren har til hver enkelt pasient. I en slik ordning er det ikke satt av tid til å møte pasienten i samsvar med en holistisk tilnærming eller en relasjonell tilnærming som Martinsen fremhever (Martinsen, 2003). De fleste som mottar hjemmesykepleie er ofte eldre med flere sykdommer og kan ha svært sammensatte helseproblemer (Birkeland & Flovik, 2014). For å kunne etterleve samhandlingsreformen satsingsområder for tidlig diagnostikk og behandling med fokus på primærhelsetjenesten istedenfor spesialisthelsetjeneste, vil en helhetlig tilnærming være svært sentral. Dermed kan en for eksempel ha bedre muligheter for å tidlig identifisere eventuelle forverringer i pasienters tilstand. Men vil det være gjennomførbart i praksis hvor pasientene kanskje bare har innvilget 10 minutter til medisiner og ernæring?

Det ønskede pasientperspektivet som både er etisk og juridisk forankret, samsvarer nødvendigvis ikke med det som utøves. Det pasientrettede verdigrunnlaget som sykepleiere skal forholde seg til gjennom lover og verdier, går nødvendigvis ikke overens med verdier til virksomheten som sykepleierne arbeider under (Kristoffersen et al., 2011). Primærhelsetjenesten, herunder hjemmesykepleien blir revet mellom sine faglige verdier og ansvar rettet mot et markedsorientert finansieringssystem som er inspirert av NPM (Tingvoll et al., 2016). Virksomheter inspirert av NPM baseres i større grad på en mer kostnadseffektiv tankegang, hvor effektivitet og produktivitet kommer i første rekke (Kleiven et al., 2016). En del av samhandlingsformens formål er også å bedre den offentlige helsekronen per person som kan finne støtte i den kostnadseffektive tankegangen til NPM (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

I en tid hvor det skjer store endringer i helsesystemene, hvor økonomiske styringsmodeller opptar større plass, vil det være viktig for sykepleiere å ivareta de gode sykepleie verdiene som allerede er integrert. I enheter som har et større økonomisk fokus versus pasientsentrert omsorg, kan det synes å se ut for at de sykepleiefaglige verdiene blir nedprioritert. Ytre krav og rammer gir verdier i sykepleie profesjonen trangere kår. Dette påvirker arbeidshverdagen til sykepleiere (Kleiven et al., 2016). Dersom sykepleie som blir gitt ikke er i samsvar med de sykepleiefaglige verdiene, bør det kanskje vurderes hva dette gir av konsekvenser både for pasient og for økonomi på lang sikt. På den ene siden kan dette påvirke sykepleier i negativ retning med å føle seg utilstrekkelig, på den andre siden påvirkes pasienten som ikke opplever å bli møtt med respekt og omsorg. God sykepleie er ikke bare forbundet med å utøve ulike prosedyrer perfekt etter boken, men det handler like mye om hvordan sykepleien blir utøvd. Holdninger og væremåten til sykepleiere er like viktig for at pasienten skal møtes med respekt (Kristoffersen et al., 2011).

Helsepersonell loven legger også en juridisk ramme for hvordan sykepleien skal utøves. Loven viser til at sykepleiere skal gi omsorgsfull hjelp, som handler om måten helsehjelpen blir gitt på og kan gjenspeiles i helsepersonellens oppførsel, opptreden og kommunikasjon med pasienten (Helsepersonelloven, 2019) Martinsen beskriver også omsorg som et moralsk begrep som utspiller seg i hvordan sykepleier er i relasjonen til pasienten, samt hvordan sykepleier utfører det praktiske arbeidet (Martinsen, 2003).

### 5.3. New public management (NPM) som styringsprinsipp

NPM kan ses på som et markedsorientert styringssett hvor effektivitet, produktivitet, økt oppmerksomhet på brukerrettigheter og rettferdig fordeling av tjenester er i fokus. Et av målene er at flere pasienter med behov for helsetjenester får best mulig hjelp, på en mest mulig kostnadsbesparende måte (Orvik, 2015).

Som nevnt styres opprinnelig sykepleietjenester av integrerte menneskelige verdier som tar utgangspunkt i den individuelle pasienten sitt behov (Norsk sykepleierforbund, 2011). På den ene siden kan en se at NPM samsvarer noe med de yrkesetiske retningslinjene hvor styringsformen vil legge til rette for økt oppmerksomhet mot brukerrettigheter. Pasientene blir sett på som kunder, noe som kan bidra til at pasientene får økt muligheter og mer makt til å selv velge tjenester. Et slikt fokus på pasienter som kunder kan også bidra til økt serviceinnstilling fra sykepleier. På en annen side legger slike valgmuligheter økt press på pasientene om å tilegne seg informasjon om hvilke valgmuligheter som finnes og hva som vil være det beste for dem. I en situasjon hvor man allerede er syk og trenger hjelp, kan muligens slike valgmuligheter bli for omfattende (Orvik, 2015).

Forskning derimot viser at de sykepleiefaglige verdiene kan bli satt på prøve i et helsesystem som domineres av tankesettet NPM (Tønnessen et al., 2011). Et markedsorientert helsevesen kan vises i usunne retninger hvor effektivitet og produktivitet får et for ensidig fokus. NPM's fokus på en kostnads-nytte-rasjonalitet kan se ut til at ikke alltid går overens med grunnleggende sykepleie faglige verdier som bør befinne seg i et sykepleie-pasient-forhold (Kleiven et al., 2016).

#### 5.3.1. Målbart og resultatorientert

I en styringsform som NPM hvor mål- og resultatstyring tar mer plass, presses sykepleierne fokus i retning for hva som kan kontrolleres og måles versus et pasientsentrert fokus (Kleiven et al., 2016; Storaker et al., 2017). Styringssystemer som dette kritiseres av Martinsen (Martinsen, 2003). Flere av studiene bekrefter manglende pasientomsorg til fordel for målbare og resultatorienterte oppgaver i lys av NPM (Kleiven et al., 2016; Storaker et al., 2017). I en arbeidshverdag hvor sykepleierne fokuserer på det som kan kontrolleres- og måles legges det ikke til rette for at omsorgen kan ses på som mål i seg selv, slik som Martinsen vektlegger (Martinsen, 2003).

I en hektisk hverdag prioriterer sykepleierne det målbare slik som for eksempel medikamenthåndtering. Psykososiale behov og aktivisering er ofte noe av det første som blir nedprioritert, men også grunnleggende behov som munnstell og ernæring har også blir forsømt i perioder hvor tiden ikke har strukket til (Kleiven et al., 2016). En annen studie bekrefter også at det målbare blir prioritert, hvor det administrative og dokumentasjon ofte går på bekostning av fysisk omsorg og pasientens velvære. En av sykepleierne i studien beskrev at informasjonsplikten til pasienter som hadde gjennomgått hjerteinfarkt kan bli glemt i daglige rutiner og prosedyrer til tross for at informasjon er like viktig som

andre oppgaver (Storaker et al., 2017). Dette legger til grunn for spørsmålsstillingen om et så stort økonomisk fokus hører hjemme i helse- og omsorgssektoren?

Når flere sykepleiere bekrefter at det som kontrolleres og det målbare til stadig får større prioritet kan sykepleiere lett bli mer oppgavesentrert, havne inn i rutiner og prosedyrer og bli mindre pasientsentrerte. Helhetlig og god sykepleieomsorg kan nødvendigvis ikke måles eller kontrolleres. Ved for ensidig fokus på det målbare og det kontrollerbare kan en antyde at det er lettere å se pasienter som maskiner i stedet for mennesker med individuelle behov. Pasientrelasjonen og omsorgsperspektivet for pasienten får dermed mindre plass (Brinchmann, 2012).

Det ser ut til at omsorgen delvis reduseres fra helsetjenestene, uten at dette kan bekreftes med sikkerhet. En kan dermed stille spørsmålstegn ved om kvaliteten på omsorgen i dagens helsevesen er god nok, sett i lys av yrkesetiske retningslinjene og juridiske lovkrav?

Til tross for at NPM kan ses i motsetning til pasientsentrert sykepleie, kan kanskje en løsning være å møte denne utviklingen ved å innarbeide lovbestemmelser som tar i betraktning de sykepleiefaglige verdiene og pasientsentrert sykepleie (Kleiven et al., 2016). De yrkesetiske retningslinjene, helsepersonelloven, helse- og omsorgstjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven og kvalitetsforskriften er innvilget etiske og juridiske retningslinjer som både sier noe om krav til kommunen og virksomhetene, til helsepersonell i utførelsen av helsehjelp og om pasientens rettigheter i mottakelsen av helsetjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2020; Helsepersonelloven, 2019; Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003; Norsk sykepleierforbund, 2011; Pasient- og brukerrettighetsloven, 2020).

### 5.3.2. Bestiller-utfører modellen

Markedstenkning ved organisering og styring av hjemmesykepleien kan ses i lys av en ordning hvor hjemmesykepleien ofte er organisert ut fra en bestiller-utfører-modell. Denne modellen er innført som en konsekvens av konkurranseutsetting. Konkurranseutsetting legger til grunn at kunder (pasienten) vurderer kvaliteten på tjenesten de mottar, i stedet for at kommunene gir tilbakemelding på tjenestene. Dette kan virke som positivt sett ut ifra tilfredshet for pasientene, hvor pasientene selv får gitt en vurdering av om tjenestene de mottar har god nok kvalitet (Orvik, 2015).

Ved fordeling av tjenester ut fra en bestiller-utfører-modell har kommunene ofte ansatte ved et bestiller kontor som bestemmer hvem som, hvor mye og hvordan tjenester som skal innvilgelse i hjemmesykepleien. Hjelpen pasienten mottar, utformes i et vedtak (Birkeland & Flovik, 2014). En studie diskuterte blant annet utfordringer knyttet til bestiller-utfører modellen og tildeling av omsorgstjenester. De ansatte som sto nærmest pasienten sammen med pårørende, oppfattet et større omsorgsbehov for pasientene enn bestillerenheten. De ansatte begrunnet dette med at hjelpen som ble gitt til pasienten ikke var tilstrekkelig etter behovene. Bestillerenheten på sin side argumenterte med at pasientene får nødvendig helsehjelp (Skaar et al., 2014). En mulig svakhet ved en slik modell kan dermed være at saksbehandlere på et bestiller kontor er for atskilt fra pasienten, og har ikke de samme faglige vurderinger som de som er nærmest pasienten. Pasienter som mottar hjemmesykepleie har også ofte et svært sammensatt helsebehov, med tilstander som stadig varierer og er i endring. En tilnærming hvor hjelpebehovet til pasienten stadig endres, kan være en utfordring i seg selv. Utfordringen kan spesielt vises

i en organisering basert på vedtak, som legger til grunn for hvilken hjelp pasienten skal få, når og innenfor hvor lang tid (Birkeland & Flovik, 2014).

I en annen studie fremkommer det at bestiller- utfører modellen bidrar til større fokus på dokumentering/skriftliggjøring. I tillegg fremkommer det at en opplever mer regelstyrt virksomhet på bekostning av brukers behov for omsorg. I en av kommunene som det var forsket på, fremkom det at fokuset var mere på økonomi enn pasientkvalitet når beslutningene ble fattet. Pasientene ble mere behandlet ut fra standarder. Bestiller-utfører-modellen bidro til mer byråkrati. Artikkelen konkluderte med at innføringen av en slik styring av pasientoppfølgingen, førte bl.a. til redusert brukermedvirkning og derav dårligere kvalitet. Pasientene måtte dessuten forholde seg til flere ansatte (Kattouw & Wiig, 2018). Ut fra dette kan man dermed stille spørsmål ved om en slik organisering er tilstrekkelig og til det beste for pasienten, når helsepersonell og pårørende ser større behov for pasientene enn besluttende myndigheter.

## 5.4. Samhandlingsreformen

Innføring av samhandlingsreformen har muligens vært det mest omfattende implementeringen i helseområdet. Samhandlingsreformen har trolig bidratt til både positive og negative effekter (Norges forskningsråd, 2016), også for hjemmesykepleien og pasientene direkte. Hvis vi ser på det kostnadseffektive synet av samhandlingsreformen, vil fokus på primærhelsetjenesten være bedre alternativ med tanke på at spesialisthelsetjenesten er dyrere enn primærhelsetjenesten. Dette kostnadseffektive synet bidrar til at samhandlingsreformen skal få mer helse ut fra helsekronen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). En slik tilnærming kan også ses i lys med det kostnadseffektive perspektivet som NPM tar hensyn til en effektiv ressursutnyttelse (Kristoffersen et al., 2011).

### 5.4.1. BEON-prinsippet

Etter innføringen av samhandlingsreformen kan en se på primærhelsetjenesten som grunnmuren, hvor helsetjenestene i størst mulig grad skal løses etter BEON-prinsippet. BEON-prinsippet er begrunnet ut fra et kostnadseffektivt og pasientrettet hensyn, hvor pasientene skal få tilbud om nødvendige helsetjenester nærmest mulig hjemme (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Regjeringen viser også til forskning som sier det er et potensiale for å øke både kvaliteten og kostnadseffektiviteten ved å investere i tjenestene på primærnivået (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Samhandlingsreformens øker fokus på primærhelsetjenesten. Primærhelsetjenestens oppgaver er å bedre folkehelsen, styrke det helsefremmende og forebyggende arbeidet, og å sørge for tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Dette legger til grunn for en større kompleksitet i hjemmesykepleien. Det kan være avgjørende med økte ressurser i form av blant annet bemanning og kompetanseheving. Sykepleierne i hjemmesykepleien er dermed noen av de som kan kjenne på den direkte konsekvensen av samhandlingsreformen (Birkeland & Flovik, 2014).

Til tross for at pasientene får tilbud om nødvendige helsetjenester nærmest mulig hjemmet, kan også BEON-prinsippet påvirke pasientene i negativ retning hvis ikke

kommunene organiserer seg riktig, får tilstrekkelig med ressurser og bruker riktig kompetanse på riktig sted. En av studiene beskriver nettopp utfordringer knyttet til BEON-prinsippet. Studien fremhevet blant annet utfordringer knyttet til at helsepersonellet opplever pasientene ikke fikk rett tjeneste ut fra sitt omsorgsbehov. Studien fremlegger videre hvordan pasienter ikke får riktig sykepleiefaglig fokus og derav kvalitet på grunn av de gjerne skulle vært plassert i et høyere omsorgsnivå som har mulighet for bedre tilrettelegging (Skaar et al., 2014).

#### 5.4.2. Helhetlig, koordinerte pasientforløp

Samhandlingsreformen kan se ut til å ha en holistisk tilnærming. Tanken om helhetlig, sammenhengende og koordinerte pasientforløp tar utgangspunkt i det helhetlige behovet til mennesket. Sykepleiere jobber sammen med andre yrkesgrupper slik at pasientene skal få en best mulig og mer helhetlig tilnærming (Kristoffersen et al., 2011). Pasientene skal også få hjelp nærmest mulig hjemmet, noe som antas å være svært positivt for pasientene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

Samhandlingsreformen fokuserer på folkehelsen i samfunnet og ønsker også å legge særlig til rette for pasienter med kroniske sykdommer. Denne tanken kan gjenfinnes hos Martinsen som tar utgangspunkt i et kollektivistisk menneskesyn og beskriver videre ansvaret vi mennesker har for hverandre, hvor vi spesielt skal ta vare på de aller svakeste (Kristoffersen et al., 2011).

#### 5.4.3. Tverrfaglig samhandling

Samhandlingsreformens fokus på helhetlig og mer koordinerte helsetjenester kan synliggjøre at pasientene har behov for hjelp fra flere profesjoner. Hjemmesykepleien er også pålagt tettere samhandling med andre institusjoner og profesjoner (Birkeland & Flovik, 2014). Gode tverrfaglige samhandlinger kan muligens legge til grunn for å kunne bidra til kompetanseheving for de ulike profesjonene hvor en kan utnytte hverandres tverrfaglige kompetanse. I tillegg kan gode tverrfaglige samhandlinger bidra til at ansatte kanskje kan føle seg som en del av et større fellesskap, som har som felles mål og legge til rette best mulig for pasienten. Dette samsvarer også med Martinsen kollektivistiske menneskesyn (Martinsen, 2003).

En slik tverrfaglig samhandling virker i teorien å være svært positivt for pasienten hvor tjenestene er tilrettelagt etter vedkommende sitt behov. I teorien utnyttes ressursene på best mulig måte og pasienten får hjelp til de aktuelle problemene av personalet med best egnet kompetanse. I følge pasient- og brukerrettighetsloven vil også pasienten ha loven på sin side for å bli involvert i behandlingen, noe som også samsvarer med pasientens autonomi, og rett til å bli hørt (Norsk sykepleierforbund, 2011; Pasient- og brukerrettighetsloven, 2020). I teorien høres samhandlingsreformen ut som svært godt tilrettelagt for pasientene. Men er dette for godt til å være sant, og funker samhandlingen i praksis eller tilfører den nye oppgaver til sykepleiere i en allerede travel hverdag uten tilstrekkelige ressurser?

Samhandling med andre institusjoner og profesjoner kan også spinne ut i opplevelsen av å få økt mengde arbeidsoppgaver, spesielt rettet mot administrative oppgaver. Pasientene blir også skrevet ut av sykehusene tidligere og er sykere med mer omfattende behov for helse- og omsorgstjenester (Norges forskningsråd, 2016). Økt mengde og omfattende



arbeidsoppgaver, samt økte krav fra det offentlige kan by på flere utfordringer til i et allerede komplekst helsesystem.

#### 5.4.4. Trenger hjemmesykepleien økt kompetanse?

Sykepleieledere opplevde utfordringer i forbindelse med ufaglært personell og rekruttering av kvalifisert personell. Utfordringer med tilstrekkelig kompetanse kan gå ut over kvaliteten i tjenestene (Tingvoll et al., 2016). Innføringen av samhandlingsreformen har gitt kommunene større ansvar og derav økt behov for kompetanse (Norges forskningsråd, 2016). En studie tar utgangspunkt i bekymringen for kompetansenivået i primærhelsetjenesten. Resultatene for studien viser til at sykepleiekompetansen oppleves som tilfredsstillende, men ikke tilstrekkelig. En av informantene var enhetsleder uttrykte ett ønske om mer kurs og internundervisning, men dette lot seg ikke gjøre innenfor de økonomiske rammene som var tildelt. Sykepleierne i studien uttrykte også begrensninger for å kunne iverksette kompetansen en allerede hadde og begrunnet dette med forhold som var ute av deres kontroll. Sykepleierne la til grunn at tidspress, flere oppgaver og uhensiktsmessig arbeidsfordeling var strukturelle begrensninger sykepleierne opplevde for å få utnyttet egen kompetanse (Norheim & Thoresen, 2015). Mangel på kompetanse kan også vise seg i relasjonelle utfordringer. Usikkerhet i utførelsen av nye prosedyrer foran pasienter, bidro til at sykepleieren kunne være fysisk til stedet, men uten kommunikasjon til pasienten. Hvis sykepleier ikke hadde evne til å lytte til pasienters erfaringer, som ofte er eksperter på sin egen sykdom og behandling førte det til mistillit fra pasientens side (Strandås et al., 2019).

#### 5.4.5. Ressurser, tid og bemanning

Omsorg for pasienter krever tid (Kristoffersen et al., 2011). Flere av studiene bekrefter at sykepleiere har for liten tid til å utføre pasientrettet arbeid og at det påvirker individuell behandling og omsorg for pasientene i negativ retning (Kattouw & Wiig, 2018; Kleiven et al., 2016; Norheim & Thoresen, 2015; Skaar et al., 2014; Storaker et al., 2017; Tønnessen et al., 2011). Aktivitet, psykososiale behov, rett til informasjon, munnhygiene og til og med grunnleggende behov som ernæring er bekreftet forsømt av sykepleiere på grunn av mangel på tid (Storaker et al., 2017).

En kan se mangel på tid i sammenheng med flere ytre faktorer som påvirker helsetjenesten. Samhandlingsreformens satsning på primærhelsetjenesten har bidratt til flere og mer omfattende oppgaver (Norges forskningsråd, 2016). Hvis ikke primærhelsetjenesten får tilstrekkelige ressurser, kan det muligens være en av årsakene til at tiden ikke strekker til. Bemanningen i hjemmesykepleien kan se ut til å ha fått en økning, noe som burde ha avlastet noe av tidspresset. Men, sykepleierne i studien uttrykker fortsatt mangel på tid som et problem og en begrenset faktor for å gi pasientene sykepleie etter deres individuelle behov (Tønnessen et al., 2011).

Personalet i en annen studie mente de var for lite bemannet, hadde lite tid og veldig mange ansatte med for små stillingsbrøker til å ivareta hensikten med primærsykepleie. I tillegg uttrykte sykepleierne at travelhet bidro til at personalet følte seg utilstrekkelig og fikk dårlig samvittighet ovenfor pasientene (Skaar et al., 2014). I en travel hverdag hvor både mangel på tid og underbemanning er problematisk, får ikke sykepleierne utøve den ideelle pasientsentrerte sykepleien. Oppgavene anses å være for omfattende i forhold til tiden og

ressursene som sykepleierne hadde til rådighet (Kleiven et al., 2016). Dette oppleves også til tross for at innføringen av samhandlingsreformen la til grunn at primærhelsetjenesten ikke skulle pålegges nye oppgaver uten at de blir gitt de nødvendige ressursmessige forutsetninger for dette (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

Sykepleiere beskriver hjemmesykepleien som en virksomhet som skal betjene så mange pasienter som mulig. Hjemmesykepleien kan dermed beskrives i henhold til prinsipper fra NPM's kostnadseffektive organisering. Skal tjenestene fokusere på flest mulig pasienter som får hjelp, kan dette forhindre tilstrekkelig fokus på sykepleiefaglige verdier og helhetlig omsorg hos den enkelte pasient (Tønnessen et al., 2011). I en annen studie mente sykepleierne også at det var riktig å bruke ressursene på flere enn en pasient. Dette betydde imidlertid at de måtte sette grenser hos enkelte pasienter for å rekke gjennom alle (Skaar et al., 2014). I et slikt tankesett som gir litt til alle, kan det lett tenkes at den helhetlige tilnærmingen og omsorgsfulle hjelpen til de enkelte pasientene gradvis forsvinner. Pasientene gir derimot uttrykk for at til tross for høyt tidspress kommer det ann på sykepleierens håndtering av tidspresset som avgjørende for en god tilstedeværelse og pasientomsorg (Tønnessen et al., 2011). Sykepleiers håndtering av tiden, blir også beskrevet som relevant for pasientene i en annen studie. En pasient virket veldig glad for å se sykepleier, hvor det virket som sykepleier ivaretar pasientens psykososiale behov parallelt med utførelsen av ulike tiltak. Pasienten beskrev følelser av helhet og helbredelse. På bakgrunn av dette kan det antakelig virke som sykepleiere har større mulighet til å påvirke møte med pasienten til en positiv opplevelse, til tross for høyt tidspress. Gode sykepleieholdninger og verdier kan i noen tilfeller kompensere for tidspresset. Sykepleierens engasjement og tilstedeværelse synes å være viktig for kvaliteten på tjenesten (Strandås et al., 2019).

En annen studie bekrefter også sammenheng mellom sykepleiers holdninger og kvalitet på tjenestene. Studien fokuserer på pasienters opplevelse av hjemmesykepleie. Pasientene legger til grunn at sykepleiers holdninger er svært viktige i deres mottakelse av hjemmesykepleie. En av pasientene uttalte at vedkommende hadde nektet adgang til en sykepleier på grunn av sykepleiers oppførsel (Holmberg et al., 2012). Som en ser, formidler flere av studiene både mangel på tid, bemanning og personalets holdninger er faktorer som reduserer kvaliteten på tjenestetilbudet til pasientene. Flere sykepleiere opplever også at de ikke får gitt tilstrekkelig ønsket sykepleie til pasientene. Konsekvensen av tidspress er at flere sykepleiere prioriterer det som er mål- og kontrollerbart i pasientrettede tjenester, i stedet for å ta hensyn til pasienten sine behov (Kleiven et al., 2016; Storaker et al., 2017).

Den kan tilsynelatende se ut for at kommunene legger seg på et minimumsnivå av utførelse av tjenestetilbud til pasientene. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting (kvalitetsforskriften) legger til grunn at kommunen skal ha etablerte system som skal sikre at pasientene får tjenestene de har behov for på rett sted til rett tid. Det skal blant annet være utarbeidet prosedyrer for å sikre tilfredshet av grunnleggende behov. I de grunnleggende behovene inngår blant annet ivaretagelse av fysiologiske behov som tilstrekkelig næring, personlig hygiene, munnhygiene, nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand, ivaretagelse av sosiale behov som mulighet for samvær, fellesskap og aktivitet, normal (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003).

Forslag til forbedring kan være å øke ressursene til primærhelsetjenesten, og herunder hjemmesykepleie. Med å øke ressursene menes mer tid til kompetanseheving, økt

bemanning og mer myndighet til beslutningstaking nært pasienten. Dette bekrefter også en av studiene, hvor helsepersonellet uttrykte at tid og god bemanning, med rette fagkunnskaper på rett plass var avgjørende i forhold til riktig plassering av pasienter i omsorgskjeden (Skaar et al., 2014).

## 6. Konklusjon

Gjennom arbeidet med oppgaven har jeg sett at innføring av ytre rammefaktorer og styringsformer kan ha både positive og negative konsekvenser for pasientomsorgen i hjemmesykepleien. Det ser ut til at gjennom samhandlingsformen har det blitt lagt tilrette for et mer pasientsentrert fokus. Sykepleiere samhandler med andre profesjoner for at pasienten skal kunne motta mer helhetlig, sammenhengende pasientforløp. Kommuner, virksomheter og sykepleiere ser ut for å ha tilpasset seg den nye reformen i varierende grad, og pasient omsorgen og kvaliteten oppleves også varierende.

Styringsprinsipper til NPM legger høye krav til effektivitet og produktivitet og skal baseres på mål- og kontrollerbare resultater. Dette styringsprinsippet samsvarer nødvendigvis ikke med sykepleiefaglige verdier. Helse- og omsorgstjenestene skal baseres på omsorg og respekt. Det er grunn for å tro at pasientomsorgen begrenses til tross for tankegangen til NPM om økt fokus på pasient tilfredshet. Flere av studiene bekrefter en krevende arbeidshverdag, hvor tidspress og lav bemanning vises å være utfordrende. Arbeidsoppgavene er mer krevende samtidig som forventet innsats styres mot det som er mål- og kontrollerbart. Administrative oppgaver, budsjettstyring, dokumentasjon, medikamenthåndtering, krav til samhandling med andre profesjoner og instanser kan være eksempler på slike oppgaver.

Sykepleiere i hjemmesykepleien er også forpliktet til å arbeide ut fra pasientens vedtak. Det kan dermed se ut for at sykepleierne i hjemmesykepleien i større eller mindre grad nedprioriterer sine faglige verdier og pasientomsorgen i en hverdag med stor arbeidsbelastning. Det kan virke som om at omsorgen som et mål i seg selv, slik Martinsen beskriver det, delvis nedprioriteres. Også egne erfaringer tilsier dette. Som student og tilkallingsvikar i hjemmesykepleien, opplevde jeg flere ganger å ikke kunne gi tilstrekkelig tid og omsorg for pasientene. En mål- og resultatstyrt hjemmesykepleie slik mange kommune praktiserer styringsformen i dag, kan true helhetlig sykepleie og pasientomsorgen. Dermed kan det videre stilles spørsmål om primærhelsetjenesten har de nødvendige ressursene, om ressursene blir prioritert riktig, eller om kanskje det økonomiske fokuset rett og slett tar for stor plass i forhold til omsorg.

Utfra de studiene jeg har funnet frem til, kan det se ut som de grunnleggende verdier sykepleiere har opparbeidet seg gjennom sykepleieutdanningen, og videre i jobb som sykepleier, nedprioriteres av en økonomisk tankegang og økte arbeidsoppgaver. Det sykepleiere anser som den ideelle sykepleie, samsvarer ikke med hverdagen slik den oppleves. Det byr naturlig nok på utfordringer for sykepleieren selv, men også på omsorgen til pasienten.

Kan styringsformer basert på NPM tankesett, bli et bedre verktøy ved at man blir flinkere til å sette kvalitative mål som belyser økonomi på lang sikt? Hvis ressursene styres slik at man kan utøve en bedre kvalitativ omsorg enn hva man klarer i dag, vil det kanskje vise seg lønnsomt ved at pasienten i hjemmesykepleien i mindre grad vil kunne ha behov for dyr spesialisthelsetjeneste.

# Referanser

- Birkeland, A., & Flovik, A. M. (2014). *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Brinchmann, B. S. (2012). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). Samhandlingsreformen. Rett behandling-på rett sted- til rett tid. (Meld. St.meld. Nr. 47 (2008–2009)). Hentet 30. mars 2020, fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdf/s/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013, 26. november). Omsorgstjenesten. Hentet 20. april 2020, fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/omsorgstjenesten/id426407/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). Fremtidens primærhelsettjeneste—Nærhet og helhet (Meld. St. 26 (2014-2015)). Hentet 2. mai 2020, fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdf/s/stm201420150026000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2020). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (LOV-2011-06-24-30). Hentet 2. mai 2020, fra <https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsebiblioteket. (2016, 6. juni). Søkeord. Hentet 13. april 2020, fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/sokeord>
- Helsebiblioteket. (2016a, 3. juni). PICO. Hentet 13. april 2020, fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Helsebiblioteket. (2016b, 6. juni). Søketeknikker. Hentet 13. april 2020, fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/soketeknikker>
- Helsedirektoratet. (2018a). Helsepersonelloven med kommentarer. Hentet 2. mai 2020, fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/krav-til-helsepersonells-yrkesutovelse/-4.forsvarlighet#!>
- Helsedirektoratet. (2018b, 1. januar). Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer. Hentet 2. mai 2020, fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/alminnelige-bestemmelser/#%C2%A7-1-1-formaal>
- Helsepersonelloven. (2019). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet 2. mai 2020, fra <https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-07-02-64>
- Holmberg, M., Valmari, G., & Lundgren, S. M. (2012). Patients' experiences of homecare nursing: Balancing the duality between obtaining care and to maintain dignity and self-

- determination. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(4), 705–712. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.00983.x>
- Kattouw, C. E., & Wiig, S. (2018). Organiseringen av hjemmesykepleien kan gå ut over sikkerhet og kvalitet. *Sykepleien Forskning*, (74391), e-74391. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.74391>
- Kleiven, O. T., Kyte, L., & Kvigne, K. (2016). Sykepleieverdier under press? *Nordisk sygeplejeforskning*, 6(04), 311–326. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2016-04-03>
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2011). *Grunnleggende sykepleie. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar Bind 1 Bind 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kunnskapsdepartementet. (2016). Rammeplan for sykepleieutdanning. Hentet 30. mars 2020, 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 kommunene og etter lov av 13. Desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (FOR-2003-06-27-792). Hentet 2. mai 2020, fra <https://lovdata.no/pro/#document/SF/forskrift/2003-06-27-792?searchResultContext=5833&rowNumber=1&totalHits=201>
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin historisk-filosofiske essays*. Oslo: Universitetsforl.
- Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal juridisk.
- Norges forskningsråd. (2016). Evaluering av samhandlingsreformen. Hentet 23. mai 2020, fra <https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/1254019340907.pdf>
- Norheim, K. H., & Thoresen, L. (2015). Sykepleie=kompetanse i hjemmesykepleien – på rett sted til rett tid? *Sykepleien Forskning*, (1), 14–22. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.53343>
- Norsk sykepleierforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 30. mars 2020, fra <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse: Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2020). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet 2. mai 2020, fra <https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-07-02-63>
- Skaar, R., Brodtkorb, K., Skisland, A. V.-S., & Slettebø, Å. (2014). Organisering av helsetjenester til eldre i kommunen—Noen etiske utfordringer. *Nordisk sygeplejeforskning*, 4(04), 267–279.
- Storaker, A., Nåden, D., & Sæteren, B. (2017). From painful busyness to emotional immunization: Nurses' experiences of ethical challenges. *Nursing Ethics*, 24(5), 556–568. <https://doi.org/10.1177/0969733015620938>

- Store medisinske leksikon. (2020, 3. februar). Hjemmesykepleie. Hentet 24. mai 2020, fra <http://sml.snl.no/hjemmesykepleie>
- Store norske leksikon. (2015, 24. februar). Etnografi. Hentet 1. juni 2020, fra <http://snl.no/etnografi>
- Store norske leksikon. (2018, 17. september). New Public Management. Hentet 14. mai 2020, fra [http://snl.no/New\\_Public\\_Management](http://snl.no/New_Public_Management)
- Store norske leksikon. (2020, 14. mai). Case-studie. Hentet 1. juni 2020, fra <http://snl.no/case-studie>
- Strandås, M., Wackerhausen, S., & Bondas, T. (2019). 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/10.1111/jan.13850>
- Tingvoll, W.-A., Sæterstrand, T., & McClusky, L. M. (2016). The challenges of primary health care nurse leaders in the wake of New Health Care Reform in Norway. *BMC Nursing*, 15(1), 66. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0187-x>
- Tønnessen, S., Nortvedt, P., & Førde, R. (2011). Rationing home-based nursing care: Professional ethical implications. *Nursing Ethics*, 18(3), 386–396. <https://doi.org/10.1177/0969733011398099>

