

Julie Strand

Sjukepleie i kommunehelsetenesta etter innføring av samhandlingsreforma

Antal ord: 8153

Bacheloroppgåve i Sjukepleie
Veileder: Gerd Elisabeth Meyer Nordhus
Mai 2019

Julie Strand

Sjukepleie i kommunehelsetenesta etter innføring av samhandlingsreforma

Antal ord: 8153

Bacheloroppgåve i Sjukepleie
Veileder: Gerd Elisabeth Meyer Nordhus
Mai 2019

Noregs teknisk-naturvitskaplege universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Ålesund

Samandrag

Bakgrunn

Samhandlingsreforma har endra helsetenesta si organisering og finansiering. Når ei slik stor endring skjer, skapar det utfordringar for sjukepleiarane som jobbar i helsevesenet. Temaet for oppgåva er sjukepleiar i kommunehelsetenesta og samhandlingsreforma.

Hensikt

Hensikta med studien er å undersøke korleis sjukepleiar i kommunehelsetenesta opplever konsekvensane samhandlingsreforma har medført.

Metode

Oppgåva er gjennomført som eit systematisk litteraturstudie og baserer seg på åtte forskingsartiklar. Sju av artiklane har kvalitativ metode, ein har kvantitativ, retrospektiv metode.

Resultat

I resultatet kjem det fram at sjukepleiarane opplever endra arbeidsoppgåver og behov for å heve kompetansen. Sjukepleiarane opplever tidspress i arbeidsdagen og samhandlingsutfordringar.

Konklusjon

Endra arbeidsoppgåver er av sjukepleiarane trekt fram som konsekvens av samhandlingsreforma. Dette har ført til mangfaldige arbeidsoppgåver som har gitt eit auka behov for kompetanse. Sjukepleiarane opplever mangel på tid og krysspress som kan føre til samvitsstress og slitasje. Samhandlingsreforma skulle bidra til betre samhandling mellom kommune- og spesialisthelseteneste. Sjukepleiarane opplever samhandlinga som utfordrande, då kommunikasjonsutstyr er utdatert og organisatorisk skeivfordeling av makt påverkar samarbeidet.

Nøkkelord

Samhandlingsreforma, kommunehelsetenesta, sjukepleiar, konsekvensar

Abstract

Background

The coordination reform has changed the organizational- and financial structure of the health care system. When the system is undertaking such drastic changes, the nurses who work in health care are likely to be affected as they are facing new challenges in their daily work. The topic of this assignment is the coordination reform and how it has affected nurses who work in municipal health care.

Purpose

The purpose of this assignment is to examine how the nurses working in health care have experienced the consequences of the coordination reform.

Method

The assignment is completed as a systematic literature study and is based on eight articles. Seven of the articles uses qualitative research and one uses quantitative, retrospective research.

Result

The results indicate that nurses are underlining the importance of competence development due to the ongoing changes in their daily work routines. The nurses are facing time pressure and coordination challenges throughout their workday.

Conclusion

Changed work tasks is a consequence for the nurses after the coordination reform was introduced. This has led to diverse work tasks that have increased the need for expertise. The Nurses experienced lack of time and cross-pressure, that can lead to stress of conscience and wear. The coordination reform was supposed to better the collaboration between Municipal Health and the specialists. The nurses experienced the collaboration challenging, because communication equipment is not up to date, and organizational unequal distribution of power affect the collaboration.

Keywords

Coordination reform, Municipal health care, Nurses, Consequences

Forord

*Ingen kan gå tilbake
og lage en ny begynnelse,
men alle kan begynne i dag
og lage en ny slutt.*

- Maria Robinson

Innhald

1	Innleiing	1
1.1	Innleiing til tema	1
1.2	Studien si hensikt og problemstilling	1
1.3	Definisjon av sentrale begrep	2
1.4	Avgrensing av problemstilling	2
1.5	Oppbygging av oppgåva	2
2	Teori	3
2.1	Samhandlingsreforma	3
2.1.1	Samhandling	3
2.1.2	Krysspress og tid	4
2.1.3	Kvalitet	4
2.1.4	Kompetanse	4
2.2	Sjukepleiar si rolle og funksjon i kommunehelsetenesta	5
2.2.1	Sjukepleiar i sjukeheim	5
2.2.2	Sjukepleiar i heimesjukepleie	6
2.3	Kari Martinsen omsorgsfilosofi	6
3	Metode	8
3.1	Beskriving av metode	8
3.2	Søkehistorie	8
3.3	Inklusjons- og eksklusjonskriterie	10
3.4	Kvalitetsvurdering og etiske hensyn	10
3.5	Analyse	11
4	Resultat	13
4.1	Endra arbeidsoppgåver og behov for kompetanseheving	13
4.2	Tidsmangel	14
4.3	Sjukepleiar si oppleving av samhandling	15
5	Diskusjon	16
5.1	Metodediskusjon	16
5.2	Resultatdiskusjon	17
5.2.1	Endra arbeidsoppgåver og behov for kompetanseheving	17
5.2.2	Tidsmangel	19
5.2.3	Sjukepleiar si oppleving av samhandling	21
5.3	Konklusjon	24
	Referanser	26

Vedlegg 1 – Litteratursøk

Vedlegg 2 – Litteraturmatriser

1 Innleiing

1.1 Innleiing til tema

Tema for oppgåva er samhandlingsreforma og konsekvensar for sjukepleiar i kommunal helseteneste etter denne vart innført. I 2012 kom helse- og omsorgsdepartementet med stortingsmelding nr. 47 som sa at pasientane skal få rett behandling, på rett stad, til rett tid. Samhandlingsreforma har som mål å betre folkehelsa og å betre helse- og omsorgstenestene på ein berekraftig måte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Endringar innan arbeidsfordeling, prioritering og finansiering har gjort at helsetenesta har måtta organisere seg på ny (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Dette kom som følge av ei stadig eldre befolkning i Noreg. I 2017 var det nær 360 000 mottakarar av kommunale helse- og omsorgstenester, mot 306 000 mottakarar i 2007 (Statistisk sentralbyrå, 2018). Dette viser ei auke i pasientar som blir behandla i kommunal helse- og omsorgsteneste. Samhandlingsreforma skulle endre helsetenesta, og dermed også endre arbeidet til sjukepleiarane.

1.2 Studien si hensikt og problemstilling

Ansvar for kommunehelsetenesta vart endra etter samhandlingsreforma vart innført. Kommunen skulle ha meir behandlingsansvar, og dermed også større ansvar hos sjukepleiarane som arbeider her. Hensikten med studien er å undersøkje korleis sjukepleiarane i kommunehelsetenesta opplever konsekvensane samhandlingsreforma har medført.

Dette har ført til følgjande problemstilling:

Kva konsekvensar opplever sjukepleiar i kommunehelsetenesta etter innføring av samhandlingsreforma?

1.3 Definisjon av sentrale begrep

Samhandlingsreforma: Målet med samhandlingsreforma er å førebygge meir, behandle tidlegare og samhandle betre – til det beste for pasienten. Reforma si hensikt er å få dei ulike nivåa i helsevesenet til å samarbeide betre. Sjukehusdrifta skal bli meir effektiv, og kommunane har ei nøkkelrolle når det kjem til pasientflyt i form av både rehabilitering og førebygging (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

Konsekvens: «En konsekvens er en følge, en virkning eller et resultat av noe annet som skjer først» (Store norske leksikon, 2018).

Kommunehelseteneste: ein samlebetegnelse på alle helsetenestene kommunen har ansvar for å drive (Store medisinske leksikon, 2019).

Oppleving: «Opplevelse, innholdet av en persons subjektive erfaring, enten det henger sammen med ytre sansepåvirkning (persepsjon), emosjonell tilstand (følelse), tankeprosesser, motivasjon og annet» (Store norske leksikon, 2016).

1.4 Avgrensing av problemstilling

I utgangspunktet såg eg føre meg å undersøke anten sjukepleiar på sjukeheim eller sjukepleiar i heimesjukepleia. Etter nokre søk i ulike databasar såg eg at det var for lite forskning om tema innanfor dei ulike områda. Difor ser eg på det som viktig å bruke sjukepleiar generelt i kommunen, då samhandlingsreforma har endra både avdelingane på sjukeheim og heimesjukepleia.

Avgrensing: Oppgåva vil ta føre seg sjukepleiar som i hovudsak jobbar på sjukeheim og/eller heimesjukepleie. Sjukepleiar i kommunal psykiatri, på helsestasjon, legevakt og andre er ekskluderte.

1.5 Oppbygging av oppgåva

Oppgåva startar med ein innleiande del der bakgrunn for val av tema, hensikt, og problemstilling er presentert. Vidare er teorikapittelet presentert. Her har eg valt å fokusere på samhandlingsreforma, kvalitet og kompetanse, sjukepleiar si rolle i kommunehelsetenesta og Kari Martinsen sin omsorgsfilosofi. Metodekapittelet kjem deretter som kapittel 3 og inneheld beskriving av litteratursøket, samt analyse. Resultat og funn er presentert i kapittel 4. Her er funna delt inn i ulike kategoriar og presentert ut frå det. Til sist drøftar eg funna mine opp mot valt teori i kapittel 5.

2 Teori

I dette kapitlet er teoribakgrunnen presentert. Kapitlet er delt i tre underkapittel som fokuserer på samhandlingsreforma, sjukepleiar i kommunehelseteneste og Kari Martinsen sin omsorgsfilosofi.

2.1 Samhandlingsreforma

Samhandlingsreforma (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012) har som mål å betre folkehelsa og å betre helse- og omsorgstenestene på ein berekraftig måte. Ein skal førebygge meir, behandle tidlegare og samhandle betre. For å få til dette må det vere ein heilskapleg og koordinert teneste som er tilpassa den enkelte brukar. Ein fokuserer særleg på samhandling når ansvaret for pasienten blir flytta mellom einingar og nivå i helsetenesta (Helsedirektoratet, 2018). Reforma dreier seg om samhandling mellom spesialist- og primærhelsetenesta. Det er gjort endringar innan arbeidsfordeling, prioritering og finansiering (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Ein ser på det som viktig at pasientane får tilbod om rask behandling, nærast mogleg brukaren (Helsedirektoratet, 2018).

2.1.1 Samhandling

For å oppnå heilskapleg og koordinert teneste er samhandling sentralt (Orvik, 2015,s.209). Målet med samhandling er å bidra til integrasjon – fremje heilskap. Samhandling er konkret og forpliktande, og inneheld normer om å handle saman. For at samhandling skal vere mogleg, må forholdet mellom enkeltpersonar vere basert på tillit, gjensidig ansvar og likeverd (Orvik, 2015,s.210). Vidare trekkjer Orvik (2015, s.210) fram fellesforståing om kva situasjonen krev og at ein er forplikta til å løyse problem saman. Fråvære av samhandling kan føre til fragmentering, som kan gi svekka kontinuitet. Dette er i følgje Orvik (2015, s.211) menneskeleg uverdige og fagleg uforsvarleg.

Dei siste åra har lovgivinga lagt tydeleg vekt på koordineringsansvaret innanfor tenestene, mellom verksemder og mellom nivå eller etatar. Formålet er å setje pasient eller brukar sine behov i sentrum. Det er også eit mål at ansvar og oppgåver blir plassert slik at det vert gitt eit riktig tilbod i ein større heilskap (Befring, 2017, s. 65).

Samhandling kan beskrivast som eit uttrykk for helse- og omsorgstenestene si evne til å fordele oppgåvene seg i mellom for å nå eit felles mål, samt evna til å gjennomføre oppgåvene på ein koordinert og rasjonell måte (Stubberud, 2018, s. 28).

2.1.2 Krysspress og tid

Orvik (2015,s.29) skriv om krysspress for sjukepleiarar. I utdanninga lærer sjukepleiarane om ei tenestetenkning med vekt på heilskapleg omsorg og med fokus på individretta sjukepleie. Dette samsvarar i liten grad med forventningane helsetenesta har. Utdanningskulturen framhevar autonomi, eigenkontroll og profesjonsetikk, medan den kliniske kvardagen er prega av systemorientering med hierarkisk styring, ekstern kontroll og ein økonomisk tankegang. Desse ulike verdiane skapar kulturkollisjon på systemnivå og krysspress og krisereaksjon på individnivå (Orvik, 2015,s.29).

Sjukepleiar har i følgje Orvik (2015,s.90) eit ideal om å heile tida sørge for ein heilskapleg pasientomsorg for å sikre kvalitet på helsetenesta. Sjukepleiaren prøver å tette hola som andre i organisasjonen etterlet seg. Dette er ifølgje legegruppa urealistisk over tid og vil føre til slitasje og samvittighetsstress. Det kan bli i meste laget når sjukepleiar skal ha ansvar for heile tenestetilbodet til pasienten (Orvik, 2015, s.90).

Tid er den rammefaktoren som oftast blir trekt fram som ein styrande faktor for helsetenesta. Den er eit resultat av ein rekke andre styrande rammer, men det kan likevel vere nyttig og sjå på tid som ein eigen rammefaktor. Tid er ein avgjerande faktor for å kunne sørge for god omsorg tilpassa den enkelte pasient (Fjørtoft, 2016, s. 164). Tidspress påverkar samhandlinga mellom pleiar og pasient i høg grad. Orvik (2015,s.90) peiker på tid som ein nøkkilverdi for kvalitetsutvikling.

2.1.3 Kvalitet

Befring (2015, s.96) seier at lovkrav kan bidra og legge til rette for god kvalitet, men at bemanning, kompetanse, utstyr, samarbeid, tilstrekkeleg tid og læring må ligge til rette for å sikre kvalitet på behandlinga. Samhandlingsreforma (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012) seier at pasientane skal få «god kvalitet på tenestene». Kvalitet blir ofte definert som ein heilskap av eigenskapar ved ei eining, og evna denne eininga har til å tilfredsstille uttalte og underforståtte behov (sosial- og helsedirektoratet, 2004. henta frå Orvik, 2015, s.75-76). Stubberud (2018, s.19) skriv at ein skal sikre at helsehjelpa er trygg og sikker. Fagleg forsvarlege helse- og omsorgstenester er avhengig av helsepersonell sin kompetanse. For at helsehjelpa skal vere trygg og sikker, må det også vere *nok* kompetent helsepersonell i helse- og omsorgstenesta.

2.1.4 Kompetanse

Å ha kompetanse eller å vere kompetent inneber å vere kvalifisert til å ta slutningar, eller å handle innan eit bestemt funksjons- eller myndigheitsområde. (Kristoffersen, 2011, s. 162.) Kristoffersen (2011, s.162) skriv om kompetanse som det å nyttiggjere seg av og omsetje kunnskap, ferdigheiter og verdi i arbeidet. Klinisk sjukepleiekompetanse kan ein

også beskrive som handlingskompetanse eller personleg kompetanse. Evna til å observere pasienten sin tilstand er ein viktig del av denne kompetansen, som i tillegg omfattar evna til å reagere og handle hensiktsmessig i sjukepleiesituasjonar. Gjennom ein personleg læreprosess blir ulike former for kunnskap og erfaring gjort om til personleg kompetanse i sjukepleie, integrert i sjukepleiaren som person. Intuisjon og refleksjon er sentrale i denne utviklinga (Kristoffersen, 2011, s. 182)

Den kliniske kompetansen utgjer kjernen i sjukepleiar si kompetanse, men ein må også forstå og handtere dei rammene sjukepleie blir utøvd innanfor. Sjukepleiar har også behov for det vi kallar organisatorisk kompetanse. (Kristoffersen, 2011, s. 335). I følgje Orvik (2015, s.30-32) er organisatorisk kompetanse ein refleksiv og handlingsretta kompetanse. Denne kjem til uttrykk som ei merksemd på verdiar og organisasjonsform i kliniske verksemdar, og som ein evne til å organisere det kliniske arbeidet i samhandling med andre. Orvik (2015, s.30-32) trekkjer fram at sjukepleiar har behov for både klinisk og organisatorisk kompetanse. Dette vert kalla dobbelkompetanse.

Helsepersonellova (2018) stiller krav til den enkelte sjukepleiar ved å seie at «helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen ellers.» Vidare seier lova at helsepersonell skal innhente bistand dersom deira eigne faglege kvalifikasjonar ikkje er gode nok for å utføre oppgåva eller behandlinga (helsepersonellova, 2018). Kapittel 1.7. i yrkesetiske retningslinjer (2019) seier også at sjukepleiar skal erkjenne eigne grenser for kompetanse og praktiserer innanfor desse. Sjukepleiar skal søke rettleiing i vanskelege situasjonar.

2.2 Sjukepleiar si rolle og funksjon i kommunehelsetenesta

I følgje helse- og omsorgstjenestelova (2019) har kommunen ansvar for at personar som oppheld seg i kommuna vert tilbydd nødvendige helse- og omsorgstenester. Ansvaret til kommunen omfattar alle pasient- og brukargrupper, både personar med somatisk og/eller psykisk sjukdom. Kommunen har plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere verksemda. I følgje Hauge (2015, s.265) skal den enkelte kommune utforme eit tilpassa, nødvendig og fagleg forsvarleg helse- og omsorgstilbod til sine borgarar.

2.2.1 Sjukepleiar i sjukeheim

Det spesielle ved kommunale helse- og omsorgsinstitusjonar er at bebruarane har det som bustad, dei ansatte som arbeidsstad og dei pårørande som besøksstad (Hauge, 2015, s.265). Dei ansatte har ansvar for å forvalte helse- og omsorgstenester til pasientar med nedsatt fysisk og/eller psykisk funksjonsevne og komplekse medisinske tilstandar. Dette krever høg sjukepleiefagleg kompetanse. I følgje Hauge (2015, s.268-

269) blir det også stilt store krav med tanke på fagutvikling og organisering for å gi nødvendige helse- og omsorgstenester. På institusjonsnivå har sjukepleiar ei nøkkelrolle i å sikre kvalitet på tenestetilbodet (Hauge, 2015, s. 269).

2.2.2 Sjukepleiar i heimesjukepleie

Heimesjukepleie er i følge Fjørtoft (2016, s.17) eit tilbod om helsehjelp til heimebuande når sjukdom, svekka helse, alderdom eller livssituasjon gjer at dei treng hjelp i lengre eller kortare tid. Helsehjelp i heimen har førebyggjande, diagnostisk, behandlande, helsebevarande eller rehabiliterande føremål og er utført av helsepersonell (Fjørtoft, 2016, s.17). Når ein arbeider i heimesjukepleia hjelper ein menneske i alle aldrar og livssituasjonar. For å kunne utøve nødvendig helsehjelp i heimen må sjukepleiar ha ein heilskapleg tilnærming til pasient og pårørande (Fjørtoft, 2016, s.22-23). Fjørtoft (2016, s. 167-168) skriv om personalet og deira kompetanse som den viktigaste ressursen i heimesjukepleia. Det er behov for stor kompetanse, både hos kommunen som arbeidsgjevar og hos den enkelte sjukepleiar. Sjukepleiarane har behov for å halde seg fagleg oppdatert. Tilgangen på kompetent personal er basert på økonomiske, politiske og faglege prioriteringar. I følge Fjørtoft (2016, s.145) er heimesjukepleie styrt av ein rekke rammefaktorar som set grenser for kva som skal gjerast og ikkje. Desse rammene gir både moglegheiter og avgrensingar.

2.3 Kari Martinsen omsorgsfilosofi

Omsorg som relasjonelt omgrep er kjenneteikna ved eit mellommenneskeleg forhold mellom to menneske, basert på ei form for gjensidigheit, fellesskap og solidaritet. Forståing for den andre sin situasjon er ein føresetnad for å kunne handle omsorgsfullt. Denne forståinga veks fram av felles erfaringar. Martinsen forklarar det slik: «For at vi skal kunne forstå hverandre, må det være noe som binder oss sammen i en type fellesskap, for eksempel felles normer, regler, behov eller virksomheter. Vi må dele en dagligverden hvor vi har noe til felles» (OSM, s.69, frå Kirkevold, 2014, s. 171).

Martinsen kritiserer det ho kallar individualistiske menneskeoppfatningar, og ho tek avstand frå eit menneskesyn som fokuserer på enkeltmennesket. Det menneskelege fellesskapet blir trekt fram som viktig. Den enkelte sjukepleiar sin «*faglige skjønn og praktiske kunnskap*» er vurdert som langt viktigare for utøvinga av sjukepleie enn det Martinsen beskriv som «begrepslig» kunnskap. Dette får også konsekvensar for hennar syn på læring av sjukepleie. Ho trekk fram eksempellæring og meister-svein-læring som den beste måten å lære på (Kristoffersen, 2011, s. 248-249).

Sjukepleiar kan ifølge Martinsen, stå mellom to former for travelheit, som igjen er knytta til to former for skuldkjensle. Desse er vanskelege å skilje. Det første er ein skuldkjensle

som sjukepleiar kan føle fordi ho ikkje gjer/ikkje maktar å gjere det som blir forventa av henne, sett frå den kulturen ho arbeider i. Eksempel på dette er å følgje praksisfeltet sin kultur med hektisk gjeremålstravelheit der ein ikkje bruker skjønn med omsyn til normer og prosedyrar. Den andre typen skuldkjensle er den sjukepleiaren opplever når ho ikkje får gjort det ho burde ha gjort – men som ho har moglegheit å gjere – for pasienten si skuld. Det er ei skuldkjensle som oppstår når ein ikkje tek ansvar for å gjere det ein faktisk kan (Martinsen, 2014, s. 235). Travelheit kan verte prega av stillstand meir enn av tempo. Travelheita er blitt ei livsform, der sjukepleiar ikkje er til stades i det ho gjer.

3 Metode

Vilhelm Aubert (1085:196) definerer metode slik: «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2010, s.83)

3.1 Beskriving av metode

Denne oppgåva baserer seg på eit systematisk litteraturstudie. Hensikta har vore å svare på ei problemstilling innan eit avgrensa område. I følgje Forsberg og Wengström (2015, s.30) dreiar eit systematisk litteratursøk seg om å systematisk søke, kritisk granske og deretter samanlikne litteratur innan eit valt emne eller problemområde. Oppgåva baserer seg på faglitteratur, pensumbøker og åtte forskingsartiklar.

3.2 Søkehistorie

Eg ønska å sjå etter konsekvensar samhandlingsreforma har hatt for sjukepleiar i kommunehelsetenesta. Derfor sette eg spørsmålet mitt inn i eit PIO-skjema, for å finne ei god problemstilling ut frå valt tema. I følgje Forsberg og Wengström (2015, s.60) er dette ein strukturert metode for å setje saman søkestrategi ut frå problemstillinga. Her får eg søkeord, samtidig som problemstillinga blir delt inn i fleire delar.

Pasient/populasjon – Kven undersøker du? I denne litteraturstudien undersøker eg sjukepleiar i kommunehelsetenesta.

Intervensjon – Kva undersøker du? Eg undersøker samhandlingsreforma.

Control – Kontrollgruppe (ikkje aktuelt)

Outcome – Utfall/resultat? Kva blir påverka? Det er ønskeleg å sjå om samhandlingsreforma har hatt konsekvens for sjukepleiar. Konsekvens er derfor utfallet.

Tabell 1: PIO-skjema

P	Population/patient/problem	Sjukepleiar i kommunehelsetenesta
I	Intervention	Samhandlingsreforma
O	Outcome	Konsekvensar

Systematisk litteratursøk er gjennomført i oktober-november 2018. Det er gjort søk i databasane Cinahl, Swemed+ og ovid medline. Søket byrja med desse søkeorda: «konsekvenser/consequences», «samhandlingsreformen/coordination reform», «sykehjem/nursing homes», «hjemmesykepleie». Ved å kombinere søkeorda med den boolske operatøren AND kom eg fram til artklar som var relevante for problemstillinga. Denne operatøren kombinerer søkeord for å gi eit smalare og meir avgrensa søk (Forsberg og Wengström, 2015, s.69). Etter dei to første søka i ulike databasar, fann eg at søkeordet «konsekvenser/consequences» gav få eller ingen relevante artklar. Valde derfor å ekskludere dette, til tross for at dette er sentralt i problemstillinga. Seinare i søkeprosessen blei også søkeorda «nursing/sykepleie» og «kommunehelsetjeneste» inkludert. Overskrifter og samandrag blei undervegs lest gjennom for å finne relevant forskning.

I følgje Forsberg og Wengström (2015, s.64) er manuelt søk når ein søker på bakgrunn av funn i anna materiale. Frisøket blei gjort på bakgrunn av funn i kjeldelista til ein av dei andre inkluderte artiklane Det er gjennomført eit manuelt søk i *Sykepleien Forsking*, som enda i ein av dei inkluderte artiklane, *Hjemmesykepleien i samhandling med spesialisthelsetjenesten* (Tønnesen, Kassah og Tingvoll, 2016). Her brukte eg «samhandling» og «hjemmesykepleie» som søkeord. Tabell 6 i vedlegg 1 viser oversikt over manuelt søk og inkludert forskingsartikkel.

Databasen Swemed+ og norske søkeord gav flest treff. I følgje Forsberg og Wengström (2015, s. 68) er Swemed+ ein brei database som inneheld forskingsartiklar på svensk, norsk, dansk og engelsk. Databasen kan brukast i systematisk litteratursøk. Søkeprosessen enda i 14 artklar som skulle lesast gjennom og kvalitetssikrast. Etter å ha lest gjennom dei 14 artiklane sorterte eg ut dei som fokuserte på samhandlingsreforma og sjukepleiar i kommunehelsetenesta. Åtte artklar blei valde ut og tekne med til vidare kvalitetssikring. Dei seks andre artiklane hadde pasientperspektiv og nokre studiar var gjort på sjukehus. Desse blei derfor ekskludert.

Sju av åtte artklar har kvalitativt design. Kvalitativ forskning fokuserer på å tolke og skape meining og forståing i menneska si oppleving av omverda (Forsberg og Wengström, 2015, s.44). Det er i hovudsak brukt kvalitative intervju, som ifølgje Christoffersen, Johannesen, Tufte og Utne (2015, s.71) er ein fleksibel metode som gjer det mogleg å innhente fyldige og detaljerte beskrivingar av eit gitt emne. Eg såg det som viktig å bruke fleire kvalitative forskingsartiklar for å svare på problemstillinga. Dette fordi det eg undersøker går direkte på sjukepleiar si oppleving av ei endring. Det er viktig med kvalitativ forskning for å skape meining og forståing.

Den siste av dei åtte artiklane er ein kvantitativ, retrospektiv studie. Ein retrospektiv studie er i følgje Forsberg og Wengström (2015, s.80-81) ein ikkje-eksperimentell-studie. Den samlar materiale over tid. Ein kan då sjå effektar av til dømes ei endring. Dette ser eg på som eit viktig bidrag til min litteraturstudie, sidan eg undersøker ei endring som har skjedd etter ei viss tid.

Ei oversikt over søkehistorikken finn ein i vedlegg 1. I kapittel 3.5 er analysen og kategoriane presenterte med nummer på artiklane. Inkluderte artiklar er nummererte frå 1-8 og litteraturmatrisene finn ein i vedlegg 2.

3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterie

Det er søkt etter fagfelleurdert forskning som er publisert etter 2012. Dette var svært viktig med tanke på at samhandlingsreforma vart innført i 2012. Det var viktig at artiklane undersøkte det norske helsevesenet, fordi samhandlingsreforma er ei norsk reform, direkte retta mot helsetenesta. Inkluderte artiklar skulle ha sjukepleieperspektiv og sjukepleiarane skulle jobbe i kommunehelsetenesta. Eg valde å inkludere sjukeheim og heimesjukepleie, men ekskluderte sjukepleiar som jobba på helsestasjon, psykisk helseteam, legevakt og liknande, samt sjukehus- og spesialisthelsetenesta.

Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterie

Inkludert:	Ekskludert:
<ul style="list-style-type: none"> - Samhandlingsreforma - Sjukepleiar på sjukeheim si oppleving - Sjukepleiar i heimesjukepleie si oppleving - Fagfelleurdert forskning - Artiklar publisert etter 2012 - Norske artiklar 	<ul style="list-style-type: none"> - Sjukepleiar på helsestasjon, psykisk helseteam, legevakt og liknande - Sjukepleiar i spesialisthelsetenesta - Artiklar frå andre land - Pasient og pårørande sine opplevingar

3.4 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn

Valde artiklar er kvalitetssikra ved å bruke sjekklister frå helsebiblioteket (2018). Eg såg også etter IMRaD-strukturen og etiske godkjenningar når artiklane skulle inkluderast i oppgåva. Dei inkluderte artiklane er etisk godkjende av Norsk Senter for Forskingsdata (NSD) og/eller Regionale Komitear for Medisinsk og Helsefagleg Forskingsetikk (REK).

3.5 Analyse

I følge Forsberg og Wengström (2015, s.152) tyder analyse å dele opp i mindre delar. Vitskapleg analysearbeid inneber og dele opp det undersøkte fenomenet i mindre delar og tolke del for del. I denne litteraturstudien har eg brukt Evans (2002) sin modell for analysearbeid. Modellen består av fire trinn som gjer det mogleg å analysere ei større datasamling (Evans, 2002).

Trinn 1:

Eg byrja å søke etter artiklar, noko som ifølge Evans (2002) er første steg. Her las eg grundig gjennom dei utvalde artiklane for å forsikre meg om at dei var relevante og innfridde inklusjons- og eksklusjonskriteria mine. Desse er presenterte i kap 3.3. Då eg hadde funne nok relevante artiklar byrja eg å dele opp artiklane.

Trinn 2:

Denne delen består av å lese gjennom og finne nøkkelfunn i kvar artikkel (Evans, 2002). Eg fargekoda funna mine og delte dei inn i ulike tema/område. I tabellen under presenterer eg tema som vart først fokusert på.

Tabell 3: Første inndeling av kategoriar

kategori	Artiklar
Fagleg kompetanse (LILLA)	1,2,4,5,6,7,8
Samhandling (LYSEBLÅ)	1,3,4,5,6,7,8
IKT/dokumentasjon (GRØN)	4,8
Tid (MØRKEBLÅ)	1,2,4,6,8
Økonomi og ressursar (GUL)	1,2,6,7,8

Trinn 3:

Etter å ha lest gjennom kvar enkelt forskingsartikkel og kategorisert funna, analyserte eg på tvers av artiklane. Dette er i følge Evans (2002) ein måte å finne likskap og forskjellar innan same område. Vidare blir materialet sett saman til ein heilskap, noko som blir kalla syntese. Då eg skulle setje saman materialet til ein heilskap, såg eg at tre tema tok større plass og valde derfor å fokusere på dei. IKT/dokumentasjon og økonomi/ressursar blei valt vekk som hovudtema.

Tabell 4: Inndeling av kategoriar til resultatpresentasjon

Tema	Artiklar
Endra arbeidsoppgåver og behov for kompetanseheving	1,2,3,4,5,6,7,8
Tidsmangel	1,2,3,4,6,8
Sjukepleiar si oppleving av samhandling	1,2,3,4,6,8

Trinn 4:

I følge Evans (2002) er dette delen der resultatpresentasjonen blir til. Evans (2002) beskriver trinn 4 som ei beskriving av funn i innsamla materiell. Her er resultatpresentasjonen skriven og gjennomarbeidd.

4 Resultat

I dette kapittelet er funna frå artiklane presentert. Artiklane er analysert og sett saman til eitt felles materiale. Resultatet er presentert i tre delar; endra arbeidsoppgåver og behov for kompetanseheving, tidsmangel, sjukepleiar si oppleving av samhandling.

4.1 Endra arbeidsoppgåver og behov for kompetanseheving

I fleire artiklar kjem det fram at pasientane som vert behandla i kommunehelsetenesta er sjukare no, enn før innføring av samhandlingsreforma (Kyrkjebø, Søvde og Råholm, 2017, Sæterstrand, Holm og Brinchmann, 2015, s.9, Norheim og Thoresen, 2015, s.19, Killie og Debesay, 2016). Ein deltakar i studien til Kyrkjebø et al. (2017) beskriver det slik: «No er det mykje meir rus og psykiatri, og mykje sjukare pasientar. Vi får dei tidlegare heim frå sjukehuset enn vi gjorde før. Og det stiller jo krav til oss». Sjukepleiarane har fått større ansvar (Killie og Debesay, 2016). Storli, Ingebrigtsen, Nakrem og Elstad (2016) trekkjer fram legemiddelarbeidet som meir omfattande, då det stadig kjem nye legemiddel.

Ved korttidsavdelingane er pasientane signifikant eldre og kjem inn med diagnosar som krev annan behandling enn sjukepleiarane er vande med. Tidlegare vart fleire av pasientane i korttidsavdeling flytta til langtids plass på sjukeheim. Etter samhandlingsreforma vart innført får fleire flytte heim etter enda korttidsopphold (Bruvik, Drageset og Abrahamsen, 2017). Det har samtidig blitt eit jamt auka behov for heimesjukepleie (Tønnesen, Kassah og Tingvoll, 2016, s.20). Sjukepleiarane i studien til Sæterstrand et al. (2015, s.11) har ei oppleving av at dei no skal kunne «alt». Dei trekkjer også fram at det er fleire og meir kompliserte arbeidsoppgåver.

Kyrkjebø et al. (2017) trekkjer fram kompetansebehovet ved auka arbeidsoppgåver. Fleire studiar viser ønsket, og behovet for å heve kompetansen (Kyrkjebø et al., 2017, Killie og Debesay, 2016, Sæterstrand et al., 2015, s.10, Norheim og Thoresen, 2015, s.19-20, Huemer og Eriksen, 2017, s.54). Korttidsavdelingane opplever at utstyr og kompetanse ikkje var på plass då samhandlingsreforma blei innført (Killie og Debesay, 2016). I studien til Storli et al. (2017, s.) opplever sjukepleiarane behovet for å auke legemiddelkompetansen, når arbeidsoppgåvene blir endra. Sjukepleiarane i studien til Killie og Debesay (2016) seier at dei hadde håpa kompetansen vart heva, grunna fleire arbeidsoppgåver.

Kyrkjebø et al. (2017) seier at årsaka til manglande organisert kompetanseheving er svak kommuneøkonomi. I studien til Killie og Debesay (2016) blir også mangel på organisert kompetanseheving, samt mangel på tid trekt fram som årsak til at kompetansen ikkje blei heva. Det er mangel på systematisk kompetansebygging innan legemiddelhandtering skriv Storli et al. (2016).

I det daglege er fagleg integritet og interesse for faget viktig for å halde det gåande og vere motiverte til å sjølv heve individuell kompetanse (Sæterstrand et al., 2015,s.11) Eigen motivasjon og det «å brenne for faget» er viktige moment i kompetansehevingsarbeidet. Sjukepleiarane i studien til Kyrkjebø et al. (2017) trekkjer fram læring som skjer naturleg som positivt for kompetansehevinga. Her blir legevisitt og tverrfaglege møter trekt fram. I opplæring nyttar dei «meister-svein-læring» der den som har mest erfaring lærer opp dei med mindre erfaring. Storli et al. (2016), Kyrkjebø et al. (2017) og Huemer og Eriksen (2017) trekkjer fram «å lære av hverandre» som positivt i ein hektisk kvardag.

4.2 Tidsmangel

Funn viser at auke i antal pasientar fører til at sjukepleiarane opplever dårleg tid (Killie og Debesay, 2016, Sæterstrand et al., 2015, s.11 og Tønnesen et al. ,2016, s.20). Fleire studiar viser at tidspress fører til tøffe prioriteringar, der kompetanseutvikling og dokumentasjon vert nedprioritert (Sæterstrand et al., 2015,s. 11, Kyrkjebø et al., 2017, Huemer og Eriksen, 2017, s.56).

Sjukepleiarane i sjukeheim opplever auka tempo og ansvaret ovanfor pasientar og pårørande opplevast som tyngande i den nye arbeidskvardagen (Killie og Debesay, 2016). «Du kan si at det har vært en økt arbeidsbelastning. Det er mye travligere dager» (Killie og Debesay, 2016). Tidspress og avbryting prega arbeidet med legemiddelhandtering. Sjukepleiarane har ei oppleving av å bruke mykje tid på oppgåver som ikkje krev sjukepleiekompetanse (Storli et al., 2016).

I utgangspunktet skulle samhandling skje elektronisk, noko som skulle gi kortare tid til dokumentasjon og meir tid hos pasienten. Funn i studien til Huemer og Eriksen (2017, s. 55-56) viser at ein har brukt lenger tid på dokumentasjon og administrasjon. Dette grunna utdatert utstyr og dårleg kommuneøkonomi.

Sjukehuset hørde ikkje på heimesjukepleia når det kom til når tid på døgnet pasienten skal skrivast ut. Dette resulterte i utskriving rett før helg, då det også er mindre ressursar og mindre personell på jobb (Tønnesen et al., 2016, s.20). Dersom sjukepleiar fekk mange avbrytingar og endra planar i løpet av dagen, opplever dei krysspress grunna

mangel på tid. Dette kunne føre til feil og fleire avvik vart sende inn (Sæterstrand et al., 2015).

4.3 Sjukepleiar si oppleving av samhandling

I fleire studiar kjem det fram at sjukepleiarane opplever samhandling mellom kommune- og spesialisthelseteneste som utfordrande (Tønnesen et al., 2016, s.20, Sæterstrand et al., 2015, Killie og Debesay, 2016). Heimesjukepleia opplever organisatorisk skeivfordeling av makt (Tønnesen et al., s.17). Sjukehuslegen bestemmer kva tid pasienten skal skrivast ut, utan å tenke på at sjukepleiarane manglar utstyr, ressursar og medisin til å ta i mot pasienten i heimen. Likevel blir pasientane sendt heim til eigen bustad, grunna dagbøter og mangel på korttids plass i kommunen. For heimesjukepleiarane i studien til Sæterstrand et al. (2015) førte dette til eit høgt press i arbeidskvardagen.

Sjukepleiarane opplever at sjukehus og sakskontor har ulike oppfatningar og forventingar til kvarandre (Killie og Debesay, 2016). «sykehusene overvurderte kompetansen på korttidsavdelingene, mens søknadskontorenes primære oppgåve fremsto for sykepleierne som å oppdrive «ledige senger»» (Killie og Debesay, 2016). Kommunikasjonen mellom sjukehus og sjukeheim opplever sjukepleiar som rotete (Storli et al., 2016). Sjukehuset sender i nokre tilfeller med gamle epikriser, med gamle medisinalister. Dette utfordrar pasientsikkerheita.

Ved samhandlingsreforma kom også endringar i journalsystem, med blant anna elektroniske meldingar. Dette kom for å effektivisere tenesta. Problemet med denne endringa er at dei ulike programma «snakker ikke med hverandre». Dette gjer samhandling vanskelig og utfordrar pasientsikkerheita i ein allereie sårbar overgang (Huemer og Eriksen, 2017, s.53-54).

Sjukepleiarane i studien til Kyrkjebø et al. (2017) ser på seg sjølv som «den raude tråden i tenestetilbodet». Dette inneber planlegging og organisering, samt gjennomføring av sjukepleiaoppgåver. Samhandling som omfattar kreftpasientar blir trekt fram som noko som fungerer av sjukepleiarane i studien til Sæterstrand et al. (2015) og Tønnesen et al. (2016, s.19). Samhandlinga med sjukehuset i desse tilfella er god og dei er enkle å ta kontakt med om det skulle vere noko. Sjukepleiarane opplever at kreftavdelinga «tenker på alt». (Sæterstrand et al., 2015)

5 Diskusjon

Dette kapitlet startar med ein metodediskusjon der eg kritisk har vurdert eige arbeid med oppgåva og metoden som er brukt. I påfølgande delkapittel er resultatdiskusjonen presentert. Her diskuterer eg funna frå analysen saman med relevant teori for å belyse problemstillinga. Til sist munnar resultatdiskusjonen ut i ein konklusjon.

5.1 Metodediskusjon

Oppgåva er skrive gjennom det siste halve året. Eg har jobba jamt for å kome godt inn i tematikken. I arbeidsprosessen har eg hatt god nytte av Forsberg og Wengström (2015) og Evans (2002), samt forelesning i forkant og undervegs i arbeidet med oppgåva.

Rettleiar har gitt gode tilbakemeldingar undervegs, som har gjort at eg har utvikla meg gjennom prosessen.

I følge Forsberg og Wengström (2015, s.26) er nok forskning om tema ein føresetnad når ein skal utføre eit systematisk litteratursøk. Prosessen starta derfor med nokre friske for å sjå moglegheitene for å kunne skrive om samhandlingsreforma. Desse søka gjorde meg nysgjerrig og styrka interessa mi. Som presentert i kapittel 3 møtte eg utfordringar med å finne nok forskning. Dette truleg fordi samhandlingsreforma er ganske ny og at det er mangel på evalueringar av den. Eg har tross dette valt å jobbe med temaet, då eg ser det som viktig å setje fokus på det.

Grunna mindre forskning enn først tenkt, måtte eg vere meir open i utvalet av artiklar. Eg har til dømes valt å inkludere studien til Storli et al. (2016) til tross for at den fokuserer på sikkerheitstiltak for legemiddel i sjukeheim. Denne har ikkje direkte fokus på samhandlingsreforma, men funn i studien viser at samhandlingsreforma har gitt fleire arbeidsoppgåver innan legemiddelhandtering og dermed større ansvar for sjukepleiarane. Dette kan vere ei svakheit i oppgåva. På den andre sida ser eg det som viktig å få med eitt breitt spekter av sjukepleie. Legemiddelhandtering er ein del av sjukepleiarbeidet, og derfor ser eg det som viktig å ha med innspel frå artikkelen i denne oppgåva.

Eg har valt å inkludere flest kvalitative artiklar. Dette kan vere ein styrke, då kvalitativ forskning fokuserer på å tolke og skape mening i menneske si oppleving av omverda (Forsberg og Wengström, 2015, s.44). Eg ser det som viktige bidrag i min studie. Gjennom forskingsartiklane har eg fått gode eksempel og sjukepleiarane har beskrive sine erfaringar med samhandling og samhandlingsreforma. Samtidig såg eg det som viktig å inkludere den kvantitative, retrospektive studien til Bruvik et al. (2017).

Dette fordi den viste pasienttal i kommunehelsetenesta før og etter innføring av samhandlingsreforma. Artikkelen kunne seie noko om arbeidsmengda hadde auka for sjukepleiarane.

Oppgåva omhandlar både sjukepleiar som jobbar på sjukeheim og i heimesjukepleie. Eg valde å inkludere begge områda, til tross for at dei er nokså ulike. Dette kan vere ein svakheit i oppgåva. Då det ikkje var nok forskning på det eine eller det andre område såg eg det som heilt nødvendig å inkludere begge to.

5.2 Resultatdiskusjon

I resultatdiskusjonen blir funn frå resultatkapittelet diskutert saman med relevant teori for å drøfte problemstillinga;

Kva konsekvensar opplever sjukepleiar i kommunehelsetenesta etter innføring av samhandlingsreforma?

5.2.1 Endra arbeidsoppgåver og behov for kompetanseheving

Resultatet i denne oppgåva viser tydeleg at sjukepleiarane opplever endringar i arbeidsoppgåvene etter innføring av samhandlingsreforma. I studien til Norheim og Thoresen (2015, s.19) kjem mangfaldet i arbeidsoppgåvene fram. Sjukepleiarane utfører sårstell, observasjonar, ivaretaking av personleg hygiene, handterer medisinsk teknisk utstyr og dokumenterer. Vidare blir også oppgåver innan ernæring, førebyggjande arbeid, rettleiing og klinisk vurderingsevne beskrive. Samhandlingsreforma skulle medføre endringar innan arbeidsfordeling, prioritering og finansiering (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Dersom ein ser det opp i mot resultat i denne studien, får ein bekrefte dette. Ein kan tenke seg at fleire og endra arbeidsoppgåver også kan bidra til spanande arbeidsplassar i kommunane.

Det viser seg at fleire av pasientane får flytte heim til eigen bustad etter enda korttidsopphald (Bruvik et al., 2017). Samtidig viser resultat i oppgåva eit aukande behov for heimesjukepleie. Dette har skapt utfordringar, samtidig som dagane er prega av mangfaldige arbeidsoppgåver (Tønnesen et al., s. 20 og Sæterstrand et al., 2015, s.9-10). Sjukepleiarane i heimesjukepleia opplever at dei skal kunne «alt». For å vurdere pasienten må sjukepleiar sjå pasienten i sin heilskap. Dette for å utøve sjukepleie på ein forsvarleg måte. Fjørtoft (2016, s. 22-23) skriv om den heilskapelege tilnærminga til pasient og pårørande. Også Kari Martinsen (Kirkevold, 2014, s.171) skriv om forståing for pasienten. Dette for å gje omsorgsfull sjukepleie. Omsorg er ikkje berre ein tenkemåte, men også det å anvende fagkunnskap. Dersom sjukepleiar har ei heilskapleg

tilnærming og evnar å innhente og anvende fagkunnskap, kan ein tenke seg at det bidreg til god omsorg. Sjukepleiar har behov for både kompetanse og omsorg (Kirkevold, 2014, s. 171-172).

Resultatet frå denne oppgåva viser at sjukepleiarane har eit ønske og eit behov for å heve kompetansen (Kyrkjebø et al., 2017, Killie og Debesay, 2016, Sæterstrand et al., 2015, s.9 og 11, Norheim og Thoresen, 2015, s.19, Huemer og Eriksen, 2017, s.54). I følgje Hauge (2015, s. 268-269) blir det stilt store krav med tanke på fagutvikling og organisering for å gi nødvendige helse- og omsorgstenester. På institusjonsnivå har sjukepleiar ei nøkkelrolle i å sikre kvalitet på tenestetilbodet (Hauge, 2015, s. 269). Fjørtoft (2016, s. 167-168) skriv om personalet og deira kompetanse som den viktigaste ressursen i heimesjukepleia. Det er behov for høg kompetanse. Det er positivt at sjukepleiarane ser og kjenner på behovet for å heve kompetansen. Dersom individuell kompetanse blir heva, kan det vere med å auke den kollektive kompetansen. Med tanke på at fagleg forsvarleg helsehjelp er avhengig av helsepersonell sin kompetanse (Stubberud, 2018, s.19), bidreg eit kompetanseløft til å sikre at pasienten får forsvarleg helsehjelp.

Etter samhandlingsreforma vart innført endra pasientgruppa seg. Pasientane er no signifikant eldre og kjem til korttidsavdeling i kommunehelsetenesta med diagnosar som krev meir kompetanse av sjukepleiarane (Bruvik et al., 2017). Dette viser tydeleg dei strukturelle endringane samhandlingsreforma medførte. Sjukepleiar opplever at dei ikkje har tilstrekkeleg kompetanse for å utføre nye arbeidsoppgåver (Killie og Debesay, 2016). På den andre sida er sjukepleiar ifølgje lovverket pliktige å innhente bistand dersom eigen kompetanse ikkje strekk til (Helsepersonellova, 2018). Dette viser at sjukepleiar sjølv har ansvar for å heve eigen kompetanse eller spørje andre om hjelp dersom eigen kompetanse ikkje strekk til.

Kyrkjebø et al. (2017), Sæterstrand et al. (2015, s.9) og Norheim og Thoresen (2015, s.19-20) trekkjer i sine studiar fram at pasientane i kommunal helseteneste er sjukare no. Dette som konsekvens av samhandlingsreforma. Sjukare pasientar gir endra arbeidsoppgåver i form av meir dokumentasjon, breiare legemiddelhandtering og avanserte prosedyrar som krev førebuing og planlegging. Dette fører igjen til at sjukepleiar har eit behov for å utvikle og heve kompetansen sin. Det er interessant at Kristoffersen (2011, s.182) skriv om kompetanse som ein føresetnad for å handle riktig og at Hauge (2015, s.268) seier at sjukepleiar i sjukeheim har ein type arbeid som krev høg sjukepleiefagleg kompetanse. Sjukepleiar har behov for å utvikle kompetansen sin; ein kan då spørje seg om årsakene til at dette ikkje blir prioritert? Er det verkeleg slik at sjukepleiarane ikkje utviklar seg sjølve og kompetansen sin i det daglege?

Resultatet viser fleire årsaker til at kompetanseheving ikkje blir prioritert. Svak kommuneøkonomi, mangel på organisert kompetanseheving og mangel på tid vert trekt fram (Kyrkjebø et al., 2017 og Killie og Debesay, 2016). Dette er interessant med tanke på at Helse- og omsorgsdepartementet (2012) seier at samhandlingsreforma har flytta finansieringa. Samtidig seier Orvik (2015, s.90) at tid er ein nøkkilverdi i kvalitetsutvikling. Tid er den rammefaktoren som oftast blir trekt fram som ein styrande faktor for helsetenesta. Sjukepleiar opplever dette som ein konsekvens, då mangel på tid fører til at dei ikkje får heva kompetansen.

På den andre sida viser resultat i denne oppgåva at det å lære av kvarandre er positivt (Storli et al., 2016, Kyrkjebø et al., 2017 og Huemer og Eriksen, 2017, s.54-55). Gjennom ein personleg læreprosess blir ulike former for kunnskap og erfaring omgjort til personleg kompetanse, integrert i sjukepleiaren som person (Kristoffersen, 2011, s. 182). Klinisk sjukepleiekompetanse kan beskrivast som handlingskompetanse eller personleg kompetanse. Kompetanse blir heva dersom den individuelle sjukepleiar tileignar seg kunnskap. Også eigen motivasjon og det «å brenne for faget» blir trekt fram som viktig (Sæterstrand et al., 2015, s.11). Helsepersonell skal innhente bistand dersom eigne faglege kvalifikasjonar ikkje er gode nok (Helsepersonellova, 2018). Å innhente bistand, spørje om hjelp og å vere engasjert, kan ein tenke seg bidreg til å heve kompetansen. Ein må sjølv vere villig til å utvikle seg.

Det er interessant at Kyrkjebø et al. (2017) trekkjer fram «meister-svein-læring» og «naturlig læring» som positivt i ein hektisk kvardag. Dette beskriver også Kari Martinsen (Kristoffersen, 2011, s. 248-249) som den beste måten å lære på. Ho seier at sjukepleiar må bruke meir «faglig skjønn og praktiske kunnskaper» i utøvinga av sjukepleie. Å legge til rette for denne typen læring er eit leiaransvar. Samtidig må sjukepleiar sjølv bidra til å heve eigen kompetanse. Kari Martinsen (Kristoffersen, 2011, s. 248-249) tek avstand frå individualistiske menneskeoppfatningar. Dette bekreftar resultatet i oppgåva som seier at ein må ha ein heilskapleg tilnærming og at ein må vere fleire for å heve kompetansen.

5.2.2 Tidsmangel

Det er fleire mottakarar av kommunale helsetenester, no enn før. Dette grunna stadig fleire eldre i Noreg (Statistisk sentralbyrå, 2018). Samtidig med eldrebølgja kom samhandlingsreforma, som flytta store delar av behandlingsansvaret frå spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta. Dette førte til enno større behov for sjukepleiarar i ein sektor som allereie slit med rekrutteringa. For lite sjukepleiarar kan føre til dårlegare tid og travle dagar på dei som arbeider i kommunal sektor.

I denne oppgåva viser resultatet at tidspress fører til tøffe prioriteringar (Sæterstrand et al., 2015,s.11, Kyrkjebø et al., 2017, Huemer og Eriksen, 2017, s.55-56). Ein deltakar i studien til Killie og Debesay (2016) beskriver det slik:

Du springer hele tiden etter klokka. Altså når klokka er halv åtte og du har fått rapport så har du en plan for dagen, men når klokka er kvart på ni så er den planen helt ute. Sånn som er sårstell blir ikke prioritert, man må gjøre det som haster først, og så blir det bare forskjøvet videre. Og til slutt så haster det også.

Tid er ein ikkje-fornybar ressurs som det er knappheit på. Bemanning og prioritering er sett på som årsaker til at det er knapt med tid, i følgje Orvik (2015, s. 90).

Sjukepleiarane opplever mangel på tid som konsekvens av samhandlingsreforma. Dette gjer at dei må gjere prioriteringar som kan gå utover sjukepleia dei utøver. For å yte god omsorg, tilpassa den enkelte brukar er tid ein avgjerande faktor (Fjørtoft, 2016,s.164).

Når arbeidsoppgåvene aukar, fører det til dårlegare tid hos pasientane (Killie og Debesay, 2016). Dei ansatte på sjukeheimen har ansvar for å forvalte helse- og omsorgstenester til pasientar med nedsatt fysisk og/eller psykisk funksjonsevne (Hauge, 2015, s. 265). Dette inneber å arbeide med observasjon av pasienten, legemiddelhandtering, dokumentasjon, planlegging og administrering. Det er tyngande å miste pasientkontakta for sjukepleiarane. For å kunne balansere arbeidsoppgåvene treng sjukepleiarane kompetanse. Orvik (2015, s. 30-35) meiner at sjukepleiarane har behov for det han kallar dobbeltkompetanse. Dette inneber å ha både klinisk – og organisatorisk kompetanse. Sjukepleiar har behov for forståing for pasienten sin helsetilstand, samt handtere og forstå rammene innan utøving av sjukepleie (Kristoffersen, 2011, s.335). Ein kan tenke seg at sjukepleiar har behov for å utvikle dobbeltkompetansen sin for å enklare akseptere og handtere tidspresset dei står ovanfor i kvardagen.

Direkte konsekvens av samhandlingsreforma er travlegare dagar for sjukepleiarane (Killie og Debesay, 2016). Det blir trekt fram i studien til Storli et al. (2016) at sjukepleiarane også bruker mykje tid på oppgåver som ikkje krever sjukepleiekompetanse. I tidsskriftet *sykepleien* er det nyleg publisert fleire nyhendeartiklar om dette. 85 prosent av sjukepleiarane seier at dei utfører oppgåver dei ikkje definerer som sjukepleieoppgåver, fleire gonger i veka. Oppgåver knytt til reinhald, mat og måltid tek mest tid, medan det er alt for lite tid knytt til kvalitet- og kompetanseutvikling (Bergsagel, 2019). Sjukepleiar sitt ideal om å heile tida sørge for heilskapleg pasientomsorg kan spele inn her (Orvik, 2015, s.90). Det kan bli i meste laget når sjukepleiar alltid skal vere tilgjengeleg for pasienten, samtidig som leiinga har hierarkisk og økonomisk tankegang.

I heimesjukepleia set vedtak rammer for kor lang tid sjukepleiar har hos den enkelte pasient. Sjukepleiar kan i enkelte tilfelle sjå behovet for å bruke lenger tid enn vedtaket seier (Tønnesen et al., 2016). Ulike forventingar kan føre til krysspress (Orvik, 2015, s.29). Resultat i denne oppgåva seier at sjukepleiarane har ein oppleving av å måtte kunne «alt». Ifølgje Orvik (2015, s.29) oppstår krysspress fordi sjukepleiarar er opplært til å tenke på heilskapleg omsorg og å individualisere, medan den kliniske kvardagen er prega av hierarkisk styring som legg føringar for yrkesutøveren. Sjukepleiar ønsker å gi individuelt tilpassa sjukepleie, medan leiinga har lagt føringar på korleis ein skal utføre arbeidet sitt. Orvik (2015, s. 90) seier vidare at sjukepleiar har eit ideal om å sørge for heilskapleg pasientomsorg for å sikre kvalitet på tenesta. At sjukepleiar skal ha ansvar for heile tenestetilbodet til pasienten, kan føre til slitasje og samvitsstress. Kari Martinsen (2014, s.235) beskriver krysspress som ei vond travelheit. Dette kan føre til skuldkjensle hos sjukepleiarane. Skuldkjensla kan kome til dømes av at sjukepleiar føler at ho ikkje gjer/ikkje maktar å gjere det som blir forventa av henne, sett frå kulturen ho jobbar i.

Tid er den rammefaktoren som blir trekt fram som styrande for store delar av helsetenesta. For å utføre helsehjelp på ein god og forsvarleg måte må ein ha tid. Tidspress blir peika på som utfordrande og ein kan tenke seg at det påverkar samhandlinga. Dette skriv også Orvik (2015, s.90) om. Kvaliteten på helsehjelpa kan gå ned, og det kan gå utover pasientsikkerheita. Befring (2015, s.96) seier at bemanning, kompetanse, utstyr, samarbeid, *tilstrekkeleg tid* og læring må ligge til rette for å sikre kvalitet. Ved mangel på tid eller tidspress, kan ein tenke seg at samhandlinga blir utfordrande og kvaliteten på helsetenesta blir utfordra.

5.2.3 Sjukepleiar si oppleving av samhandling

Denne oppgåva har ført fram til resultat som seier at sjukepleiarane ser på seg sjølv som «den raude tråden i tenestetilbodet» (Kyrkjebø et al., 2017). Det inneber planlegging, organisering, samt gjennomføring av sjukepleiaroppgåver. Sjukepleiar opplever dette i samhandlinga mellom spesialist- og kommunehelseteneste. Lovverket har lagt tydeleg vekt på koordineringsansvaret innanfor tenestene, mellom verksemder og mellom nivå eller etatar. Målet med samhandling er å setje pasienten i sentrum og gi det riktige tilbodet (Befring, 2017, s.65). Dette bekreftar at sjukepleiar har behov for dobbeltkompetanse. Ein har behov for kunnskap om korleis ein skal planlegge og organisere, samt kunnskap om pasientane og gjennomføring av sjukepleieoppgåvene. Dobbeltkompetanse er særleg viktig i samhandling (Orvik, 2015, s.30-32).

Samhandling mellom spesialist- og kommunehelseteneste skulle skje elektronisk for å spare tid. Dårlig kommuneøkonomi er sett på som årsak til dårlig og utdatert teknisk utstyr. Dette fører til at sjukepleiar bruker lenger tid enn nødvendig på kommunikasjon og samhandling (Huemer og Eriksen, 2017, s.55-56). Dette er interessant, med tanke på at samhandlingsreforma skulle flytte økonomi frå stat til kommune. Det kan sjå ut til at oppdatering av system og utstyr ikkje blir prioritert. Føremålet med samhandling er å setje brukar sine behov i sentrum (Befring 2017, s.65) Helse- og omsorgstenesta skal samhandle for å nå eit felles mål, og gjennomføre oppgåver på ein koordinert og rasjonell måte (Stubberud, 2018, s.28).

Det kjem tydeleg fram i resultatet at sjukepleiarane opplever utfordringar med journalsystema. Dei ulike systema kom for å effektivisere tenesta, men problemet er at journalsystema snakkar ikkje med kvarandre (Huemer og Eriksen, 2017, s.54). Dette gjer samhandlinga vanskeleg og utfordrar pasientsikkerheita og kvaliteten i ein allereie sårbar overgang. Kvalitet blir ofte definert som ein heilskap av eigenskapar ved ei eining, og denne eininga si evne til å tilfredsstille uttalte og underforståtte behov (Sosial- og helsedirektoratet, 2004. Henta frå Orvik, 2015, s. 75-76). Ein veit likevel at direktoratet for E-helse (2018) anbefalar og jobbar mot éin felles journal. Dette vil gjer at helsepersonell i kommunehelsetenesta ser og bruker same journalen som spesialisthelsetenesta.

Kommunikasjonen mellom sjukehus og kommunehelsetenesta utfordrar pasientsikkerheita. Sjukehuset sender pasienten til kommunen med ufullstendige epikriser og gamle medisinalister. Sjukepleiarane opplever kommunikasjonen som rotete (Storli et al., 2016). Det kan føre til oppstykkja pasientforløp, også kalla fragmentering. Orvik (2015, s. 210-211) seier at fragmentering er uverdigg og fagleg uforsvarleg. Fagleg forsvarleg helse- og omsorgsteneste er avhengig av kompetanse (Stubberud, 2018, s. 19). Dette bekreftar at dårlig samhandling kan føre til fragmentering og svekka pasientsikkerheit.

Resultatet viser at sjukepleiarane opplever avbryting og endra planar i løpet av dagen. Dette fører til krysspress grunna mangel på tid. Det skjer fleire feil som fører til at avvik blir sendt inn (Storli et al., 2016). Det er ikkje berre pasientforløp som blir fragmenterte. Sjukepleiarane sin arbeidskvardag er prega av avbryting. Dette utfordrar pasientsikkerheita og kvaliteten. Sjukepleiar har i følgje Hauge (2015, s. 269) eit ansvar for å sikre kvalitet i tenestetilbodet. For å sikre kvalitet på ei teneste er bemanning, kompetanse, utstyr, samarbeid, tilstrekkeleg tid og læring ein føresetnad (Befring, 2015, s. 96). Resultatet viser at desse føresetnadane er mangelfulle, i følgje sjukepleiarane. Når desse manglar, kan ein tenke seg at kvaliteten på tenesta ikkje stiller til krava. Dette

til tross for at Helse- og omsorgsdepartementet (2012) seier at samhandlingsreforma skal sikre «god kvalitet på tjenestene».

Sjukepleiarane i heimesjukepleia opplever organisatorisk skeivfordeling av makt. Pasientar kan bli skrivne ut frå sjukehuset rett før helg, noko som skapar utfordringar for heimesjukepleiarane (Tønnesen et al., 2016, s.20). Samhandling er viktig for å få ein heilskapleg helseteneste (Orvik, 2015, s.209). Spesialist- og kommunehelseteneste må samhandle for å sikre kvalitet i pasientovergangane. Når pasientane blir sendt ut med e-resept like før helg og med tilbod om heimesjukepleie, seier det seg sjølv at det skapar utfordringar for heimesjukepleiarane. Dei har til dømes ikkje tilgang til medisinlager og har mindre arbeidskraft på helg. Ein sjukepleiar i studien til Tønnesen et al. (2016, s.19) beskriver det slik: «Samhandling forutsetter kjennskap til og forståelse for, hverandres situasjon.» Det kan sjå ut til at spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta ikkje har god nok forståing for kvarandre sine situasjonar, noko som kan føre til oppstykkta pasientforløp. Orvik (2015, s. 210-211) seier at fellesforståing om situasjonen og plikta til å løyse problem er viktig i samhandling.

Resultatet viser at sjukepleiarane opplever utfordringar med samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetenesta. Grunna dagbøter når pasienten er ferdigbehandla i sjukehus, opplever heimesjukepleia at «vi må bare ta imot» (Tønnesen et al., 2016, s.20). Ei oppleving av mangel på makt, går igjen i resultatet. Sjukehuset melder pasienten ferdigbehandla og avtalane mellom spesialist- og kommunehelseteneste seier at kommunen skal kunne ta imot pasienten innan kort tid. Dette kan vere utfordrande for sjukepleiarane, då kapasitet, utstyr og bemanning ikkje alltid er tilgjengeleg. I følgje helsedirektoratet (2018) er samhandling særleg viktig når pasienten blir flytta mellom einingar og nivå i helsetenesta. Dette bekreftar behovet for kunnskap om kvarandre sin situasjon og kunnskap om samhandling. Det viser også at mangel på bemanning og utstyr er ein konsekvens av at samhandlingsreforma vart innført utan opprusting av kommunehelsetenesta. Dersom ein skal kunne ta imot pasientar raskt må kompetanse, utstyr, ressursar og bemanning ligge til rette.

På den andre sida trekkjer to studiar frå heimesjukepleia spesielt fram eit område som har velfungerande samhandling. Når ein kreftpasient skal flyttast frå spesialisthelsetenesta til heimen med kommunal hjelp, opplever sjukepleiarane samhandlinga som god. Sæterstrand et al. (2015, s.9-10) seier at kreftavdelinga på sjukehuset «tenker på alt» og er enkle å ta kontakt med dersom det skulle vere noko. I heimesjukepleia arbeider ein med menneske i alle aldrar og livssituasjonar (Fjørtoft, 2016, s. 22-23).

Pasientgruppa i heimesjukepleia er brei og samarbeid er ein føresetnad for at heimesjukepleie skal fungere. Når samhandlinga er god, hindrar ein fragmentering. Fråvæer av fragmentering gir gode pasientforløp, kontinuitet og kvalitet på tenesta. Dette bekreftar at felles forståing for situasjonen og god kommunikasjon er viktig. Det gjer at pasienten kan ha ei oppleving av å vere i sentrum, slik det er beskrevet i st.meld. 47 – samhandlingsreforma (Helsedirektoratet, 2012). Orvik (2015, s.210) seier at fellesforståing om situasjonen og ei plikt til å løyse problem er sentralt i samhandling. Kari Martinsen (Kirkevold, 2014, s.171) legg også vekt på å handle saman og å ha forståing for andre sin situasjon i sin teori. Ho trekkjer fram viktigheita av samanbundne verksemder, for å skape forståing. Dersom ein arbeider saman mot eit felles mål og med pasienten i sentrum, kan ein tenke seg at det bidreg til omsorgsfull sjukepleie.

5.3 Konklusjon

Hensikta med denne oppgåva var å finne ut kva konsekvensar innføring av samhandlingsreforma har medført for sjukepleiar i kommunehelsetenesta. Samhandlingsreforma kom i 2012 og endra helsetenesta. Behandlingsansvaret skulle flyttast til kommunehelsetenesta og pasienten skulle vere i sentrum. Ei stadig aukande eldre befolkning i Noreg har skapt større og fleire arbeidsoppgåver til sjukepleiar som arbeider i kommunal helseteneste. Sjukepleiarane opplever endra arbeidsoppgåver, behov for kompetanseheving og tidsmangel. Dei opplever samhandlinga som ufullstendig og utfordrande.

I fleire studiar er endra arbeidsoppgåver hos sjukepleiarane trekt fram som konsekvens av samhandlingsreforma. Dette har ført til mangfaldige arbeidsoppgåver som har gitt eit auka behov for kompetanse. Samhandlingsreforma skulle sikre kvalitet på tenesta. Resultatet viser at sjukepleiarane manglar både tid og kompetanse. Dette utfordrar kvaliteten når føresetnadar for kvalitet blant anna er tilstrekkeleg tid og kompetanse. Sjukepleiarane trekkjer fram naturleg læring som positivt for kompetanseheving. Her blir særleg meister-svein-læring beskrevet som nyttig i ein kvardag prega av tidsmangel.

Samhandlingsreforma skulle bidra til betre samhandling mellom kommune- og spesialisthelseteneste. Sjukepleiarane opplever samhandlinga som utfordrande, då kommunikasjonsutstyr er utdatert og organisatorisk skeivfordeling av makt påverkar samarbeidet. Ufullstendig samhandling kan føre til fragmenterte pasientforløp og krysspress hos sjukepleiarane. Krysspress kan over tid føre til slitasje og samvitsstress, noko som kan skape utfordringar for helsetenesta i framtida.

Samhandlingsreforma har tydeleg endra sjukepleietenesta i kommunane. Den avgrensa tilgangen på forskning av samhandlingsreforma bekreftar behovet for meir forskning på temaet. Forslag til vidare forskning er å undersøke om endringane og konsekvensane for

sjukepleiar har påverka pasientane og pasientsikkerheita. Vidare trengs det generelt meir forskning på samhandlingsreforma, for å undersøke om den har nådd måla sine eller om den har skapt fleire utfordringar i helsetenesta. Ein kan også undersøke om samhandlingsreforma har bidrege til fleire spanande og attraktive arbeidsplassar i kommunane.

Referanser

- Befring, A.K. (2017) *Helsepolitikk og ledelse*, Oslo: Cappelen Damm.
- Bergsagel, I. (2019) 6 av 10 sykepleiere bruker daglig tid på oppgaver de mener andre burde utføre. *Sykepleien Temautgave: #Hva er egentlig sykepleie?* Publisert 06.02.2019
- Braut, G.S. (2019, 4.april) kommunehelsetjenesten. I store medisinske leksikon. Henta frå <https://sml.snl.no/kommunehelsetjenesten>
- Bruvik, F., Drageset, J., Abrahamsen, J. F., (2017) Fra sykehus til sykehjem – hva samhandlingsreformen har ført til. *Sykepleien Forskning 2017 12(60613)* (e-60613) DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.60613>
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. og Utne, I. (2015), *Forskningsmetode for sykepleierutdanningen*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Dalland, O. (2010) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Direktoratet for e-helse (2018) Direktoratet for e-helse anbefaler en felles journal- og samhandlingsløsning for kommunene. Henta frå <https://ehelse.no/nyheter/direktoratet-for-e-helse-anbefaler-en-felles-journal-og-samhandlingslosning-for-kommunene> (lest 15.05.19)
- Evans, D. (2002) Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing. 20:2*, 22-26
- Fjørtoft, A-K. (2016) *Hjemmesykepleie – ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Forsberg, C. og Wengström, Y. (2015) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur og kultur.
- Hauge, S. (2015) Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorp, A. H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten* (2.utgave, s. 265-283). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2008-2009). St. Meld. Nr. 47 – Samhandlingsreformen. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

- Helse- og omsorgsdepartementet (2012) *Samhandlingsreformen – rett behandling – på rett sted – til rett tid* (Meld. St. 47 (2008-2009)). Henta frå <https://www.regjeringen.no>
- Helsebiblioteket (2018) Sjekklister. Henta frå: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>
- Helsedirektoratet (2018) Kompetanse og personell i helse- og omsorgstjenesten i kommunene i 2017. Oslo: Helsedirektoratet, avdeling for kommunale helse- og omsorgstjenester.
- Helsedirektoratet. (2016) *SAMHANDLINGSSTATISTIKK 2014–15* (Rapport nr. IS-2427 ISBN-nr. 978-82-8081-427) Henta frå <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1147/Samhandlingsstatistikk%202014-2015%20IS-2427.pdf>
- Helsepersonelloven (2018) Lov om helsepersonell m.v.(LOV-06-15-38) Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Huemer, J. og Eriksen, L. (2017) Teknologi i samhandlingsreformen. *Nordisk sygeplejeforskning årgang 7, nr 1 2017. S. 48-62*. DOI: <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2017-01-05>
- Killie, P. A., & Debesay, J. (2016). Sykepleieres erfaringer med samhandlingsreformen ved korttidsavdelinger på sykehjem. *Nordisk tidsskrift for helseforskning, 12* (2). doi: <https://doi.org/10.7557/14.4052>
- Kirkevold, M. (2014) *Sykepleieteorier – analyse og evalueringer*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Kommunehelsetjenesten (2019) lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2018-12-20-113) Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorgstjenesteloven>
- Kristoffersen, N. J. (2011) sykepleie – kunnskap og kompetanse. I E-A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie 1* (Utgave 2, s. 161-206). Oslo: Gyldendal akademiske.
- Kyrkjebø, D., Søvdde, B. E., Råholm, M-B. (2017) Sjukepleiarkompetanse i kommunehelsetenesta: Er det rom for fagleg oppdatering? *Sykepleien forskning, 21.12.2017*. DOI: <http://dx.doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.64027>
- Norheim, K. og Thoresen, L. (2015) Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien – på rett sted til rett tid? *Sykepleien forskning nr. 1 2015; 10: 16-22*. DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.53343>

- Norsk sykepleierforbund. (2016, 23. mai) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Henta frå <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Orvik, A. (2015) *Organisatorisk kompetanse*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Statistisk sentralbyrå (2018, 4.september) Kommunale helse- og omsorgstjenester 2017. Henta frå <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/kommunale-helse-og-omsorgstjenester-2017>
- Storli, M., Ingebrigtsen, O., Nakrem, S., Elstad, T. A. (2016) Sikkerhetstiltak for legemidler i sykehjem. *Sykepleien Forskning 2016 11*(59801)(e-59801)
DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.59801>
- Stubberud, D-G., (2018) *Kvalitet og pasientsikkerhet*. Oslo: Gyldendal.
- Sæterstrand, T., Holm, S.G., Brinchmann, B.S. (2015) Hjemmesykepleiepraksis. Hvordan ny organisering av helsetjenesten påvirker sykepleiepraksis. *Klinisk Sygepleje 29. årgang nr. 1 2015*.
- Teigen, K. H. (2016, 8. desember). Opplevelse. I *Store norske leksikon*. Henta 10. mai 2019 frå <https://snl.no/opplevelse>
- Tranøy, K. E. og Henriksen, A. (2018, 10.april) Konsekvens. I *Store norske leksikon*. Henta 10.mai 2019 frå <https://snl.no/konsekvens>
- Tønnesen, S., Kassah, B. L. L., Tingvoll, W-V. (2016) Hjemmesykepleien i samhandling med spesialisthelsetjenesten, *Sykepleien forskning nr.1 2016, 11: 14-23*.
DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.5649>

Vedlegg

Vedlegg 1 – Litteratursøk

Vedlegg 2 – Litteraturmatriser

Vedlegg 1 – Litteratursøk

Tabell 5: systematisk litteratursøk

Søkeord	Dato	Database	Antal treff	Leste samandrag	Leste artiklar	Inkluderte artiklar
S1: Consequenses (peer reviewed, full text)	29.10. 18	Cinahl	19223			
S2: Coordination reform (peer reviewed, full text)	29.10. 18	cinahl	10			
S3: S1 AND S2	29.10. 18	cinahl	0			
S1: Konsekvenser (peer reviewed)	29.10. 18	Swemed+	210	2		
S2: Samhandlingsrefor men (peer reviewed)	29.10. 18	Swemed+	230	3		
S3: S1 AND S2	29.10. 18	Swemed+	2	2	0	0
S1: Samhandlingsrefor men(peer reviewed)	29.10. 18	Swemed+	230	2		
S2: Sykehjem (peer reviewed)	29.10. 18	Swemed +	621	4		
S3: kombinert S1 og S2 med AND (peer reviewed)	29.10. 18	Swemed+	15	5	3	Killie og Debesay (2016).

S1: Coordination reform (full text, peer reviewed)	29.10.18	Cinahl	9	3	2	
S2: Nursing homes (full text, peer reviewed)	29.10.18	Cinahl	5618	0		
S3: S1 AND S2	29.10.18	Cinahl	1	1	1	Storli, Ingebigtsen, Nakrem og elstad (2016).
S1: samhandlingsreformen (peer reviewed)	15.11.18	Swemed+	469			
S2: hjemmesykepleie (peer reviewed)	15.11.18	Swemed+	56			
S3: S1 AND S2			3	2	2	Norheim og Thoresen (2015) Sæterstrand, Holm og Brinchmann (2015).
S1: Coordination reform	06.11.18	Cinahl	9	2	1	Kyrkjebø, Søvde og Råholm (2017)
S2: Nursing	06.11.18	Cinahl	170126	0		
S3: S1 AND S2	06.11.18		6			
S1: Samhandlingsrefor	20.11.18	Swemed+	230	2		

men (peer reviewed)						
S2: Hjemmesykepleie (peer reviewed)	20.11. 18	Swemed+	37	3		
S3: S1 AND S2	20.11. 18	Swemed+	3	2	2	Bruvik, Drageset og Abrahamsen (2017).
S1: Samhandlinsrefor men (peer reviewed)	27.11. 18	Swemed+	230	3	2	
S2: Kommunehelsetje nesten	27.11. 18	Swemed+	2993	3	0	
S3: S1 AND S2	27.11. 18	Swemed+	51	7	3	Huemer og Eriksen (2017)

Tabell 6: Manuelt søk

Nettside	Søkeord:	Antal treff:	Valgt artikkel:
Sykepleien forskning	Samhandling, hjemmesykepleie	62	Tønnesen, Kassah og Tingvoll (2016)

Vedlegg 2 - Litteraturmatriser

Litteratormatrise 1: Kyrkjebø et al. (2017)

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Korleis vil eg bruke denne artikkelen i oppgåva mi?
<p>Kyrkjebø, D., Søvde, B. E., Råholm, M-B. (2017) Sjukepleiarkompetanse i kommune-helsetenesta: Er det rom for fagleg oppdatering?</p> <p><i>Sykepleien forskning</i>, 21.12.2017. DOI: http://dx.doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.64027</p>	<p>Føremålet med studien var å beskrive korleis sjukepleiar i kommunehelse-tenesta arbeidde med kompetanse-utvikling, og kva utfordringar sjukepleiar møtte i arbeidet med slik utvikling.</p>	<p>Fokusgrupper, kommunehelsetjeneste, sykepleier-rolle, kvalitativ studie, organisering</p>	<p>Data: Studien har ein kvalitativ tilnærming og det er gjennomført fokusgruppeintervju.</p> <p>Utval: omfatta seks sjukepleiar frå kommune 1 og åtte sjukepleiarar frå kommune 2. Av 14 informantar var 13 kvinner og 1 mann. 9 av informantane jobba i heimetenesten og dei resterande 5 jobba i sjukeheim.</p> <p>Analyse: det er nytta kvalitativ innhaldsanalyse i studien. Det vert lagt vekt på å kartlegge likskap og skilnad i tekstmaterialet.</p>	<p>Informantane frå heimesjukepleia gjev uttrykk for ei endring i arbeidsoppgåver over tid, særleg etter innføring av samhandlingsreforma. Dei skildrar også eit auka behov for kunnskaps- og kompetanseutvikling. Det blir trekt fram at det er ønskeleg med kartleggingsverktøy for å kunne samarbeide med legane på ein betre måte. I sjukeheim vert det særleg trekt fram at det er komt meir omfattande rehabilitering og at ein møter pasientgruppene i meir akutte faser. Det er dårleg tid til refleksjon og fagutvikling i arbeidstida. Tross plikt til å vere fagleg oppdatert, viser det seg at sjukepleiar og leiing ikkje prioriterer å vere fagleg oppdatert. Det at sjukepleiar trivst i jobben og har spennande arbeidsoppgåver ser ein på som viktig for å få til god pasientomsorg.</p>	<p>Studien trekkjer fram at sjukepleiar bruker og får for lite tid til fagutvikling og kompetanseheving. Særleg etter samhandlingsreforma har dette vist seg sterkare, då sjukepleieoppgåvene er meir samansette og komplekse og pasientgruppene er mange.</p> <p>Manglande kompetanse kan vere ein direkte konsekvens av samhandlings-reforma. Ein bør derfor sjå meir på kva ein kan gjere for å utvikle den faglege kompetansen hos sjukepleiar i kommunen.</p>

Litteratormatrise 2: Killie og Debesay (2016)

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Korleis vil eg bruke denne artikkelen i oppgåva mi?
<p>Killie, P. A., & Debesay, J. (2016). Sykepleieres erfaringer med samhandlingsreformen ved korttidsavdelinger på sykehjem.</p> <p><i>Nordisk tidsskrift for helseforskning</i>, 12 (2). doi: 10.7557/14.4052</p>	<p>Studien har til føremål å undersøke sjukepleiar sine erfaringar og opplevingar etter implementeringa av samhandlingsreforma.</p>	<p>Samhandlingsreform, sykepleie, primær-helsetjeneste, korttidsavdeling, kompetanse, tidspress.</p> <p>Coordination reform, nursing, primary healthcare, short-term ward, competence, time pressure.</p>	<p>Data: Kvalitativ, eksplorerande tilnærming.</p> <p>Utval: seks sjukepleiarar med ulik fartstid og erfaring. Samtlige sjukepleiarar har delteke i endringsprosessen som samhandlings-reforma har medført.</p> <p>Analyse:</p> <p>Data er analysert og fortolka av den hermeneutiske sirkelen. – S. 54 forskningsmetode for sykepleierutdannignene</p>	<p>Studien viser at samhandlingsreforma i stor grad har endra arbeidskvardagen til sjukepleiar ved korttidsavdeling. Informantane ønskjer fagleg oppdatering og auka kompetanse. Det vert også trekt fram at bemanninga er for lita og det fører med seg tidspress og dårleg tid til å utføre viktige oppgåver som sårstell og liknande. Om ein legg ein plan for dagen om morgonen kan planen raskt endre seg og ein rekk ikkje å gjere alt som var tenkt.</p>	<p>Artikkelen viser at sjukepleiar på korttidsavdeling i sjukeheim opplever auka arbeidsbelastning og tidspress i kvardagen. Ein ser også signifikant endring etter samhandlingsreforma. Dette vil truleg vere relevant då eg skal sjå på konsekvensar etter innføring av samhandlingsreforma.</p>

Litteratormatrise 3: Bruvik et al. (2017)

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Korleis vil eg bruke denne artikkelen i oppgåva mi?
<p>Bruvik, F., Drageset, J., Abrahamsen, J. F., (2017)</p> <p>Frå sjukehus til sykehjem – hva samhandlingsreformen har ført til.</p> <p><i>Sykepleien Forskning 2017 12</i> (60613)(e-60613)</p> <p>DOI: https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.60613</p>	<p>Studien si hensikt var å undersøke mulige forskjellar i populasjonen ved overføring frå sjukehus til sjukeheim, før og etter samhandlingsreforma.</p>	<p>Samhandlingsreformen, sykehjem, kompetanse, overlevelse</p>	<p>Data: Retrospektiv studie.</p> <p>Utval: alle pasientar som blei overflytta frå sjukehus til korttidsavdeling i sjukeheim i ei viss tidsperiode. Totalt 363 pasientar er inkluderte i studien og alder varierte mellom 70 og 103 år. 59 prosent var kvinner.</p> <p>Analyse: Deskriptiv statistikk. Data var ikkje normalfordelt, og Mann-Whitney U-test har blitt brukt til å samanlikne data.</p>	<p>Studien viser at pasientane som vart overført frå sjukehus til sjukeheim etter innføring av samhandlingsreforma var stadig eldre. I tillegg til at pasientane jamt over blir eldre, døydde ein høgare andel av pasientane på sjukeheim. Pleie, omsorg og behandling av svært sjuke og døyande pasientar er utfordrande, både fagleg og ressursmessig. Sjeldan blir den medisinske kompetansen i kommunen vurdert før overflytting frå sjukehus. Dette er problematisk og fører til ansvar på sjukepleiarar som ikkje har nødvendig kompetanse for den enkelte pasient.</p> <p>Fleire pasientar fekk også flytte heim etter enda korttidsopphald.</p>	<p>Med tanke på at studien viser eit større antal døyande på sjukeheim, samt eldre pasientar, er det viktig at sjukepleiar har nødvendig kompetanse. Også bruk av ressursar i kommunen vil vere viktig å nemne i mi oppgåve. Her blir det trekt fram at kommunen ikkje alltid har dei nødvendige ressursane til å ta imot akutt sjuke og døyande pasientar.</p> <p>Det at fleire fekk flytte heim etter enda korttidsopphold, kan vere med å bekrefte auka behov for heimesjukepleie. Det vil difor vere eit nyttig bidrag i mi oppgåve.</p>

Litteratormatrise 4: Tønnesen et al. (2016)

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Korleis vil eg bruke denne artikkelen i oppgåva mi?
<p>Tønnesen, S., Kassah, B. L. L., Tingvoll, W-V. (2016) Hjemmesykepleien i samhandling med spesialisthelse-tjenesten, <i>Sykepleien forskning nr.1</i></p> <p>2016, 11: 16-23. DOI: 10.4220/sykepleienf.</p> <p>2016.56496</p>	<p>Studien si hensikt var å få kunnskap om korleis sjukepleiar i heimesjukepleia opplevde samhandlinga når pasient skrivast ut frå sjukehus, to og et halvt år etter samhandlingsreforma.</p>	<p>Hjemmesykepleie, kvalitativ studie, makt, samhandling, spesialisthelsetjeneste</p>	<p>Data:</p> <p>Kvalitativt design med semistrukturerte dybdeintervju.</p> <p>Utval:</p> <p>Sju sjukepleiarar fordelt på ein landkommune og ein bykommune innanfor same helseforetak.</p> <p>Fire hadde direkte pasientkontakt, tre var leiarar med ansvar for å planlegge tenesteyting og administrativt ansvar.</p> <p>Analyse:</p> <p>Data er analysert og fortolka ved hjelp av fenomenologisk hermeneutisk tilnærming.</p>	<p>Samhandlinga fungerer godt når det gjeld kreftpasientar. Sjukehuset og kreftavdelinga er fagleg sterke og bidreg til at pasienten også skal få det godt etter heimreise.</p> <p>God samhandling føreset at dei som skal samhandle kjenner til kvarandre sine situasjonar og har forståelse for ulikt arbeid.</p> <p>Andre som er innlagde på sjukehus vert behandla for det dei er innlagde for og ofte sendt heim. Heimesjukepleia og dei som jobbar i sjukehusavdeling har ulike mål og perspektiv. Dette gjer samhandlinga problematisk. Sjukepleiarane opplever å ha lite innflytelse i avgjersler som vert tekne. Ein får ofte beskjed om at pasienten skal sendast heim og at heimesjukepleia skal gjere «dette».</p> <p>Dette har i følgje informantane ført til fleire arbeidsoppgåver og eit større krav til fagleg kompetanse.</p> <p>Informantane seier at pasientane ofte blir sendt heim utan riktig utstyr, medisin, medisinlister og epikriser. Dette fører til meirarbeid for sjukepleiarane i heimesjukepleia.</p>	<p>Sjukepleiarane dreg fram meirarbeid, større krav til fagleg kompetanse og fleire arbeidsoppgåver i heimane.</p> <p>Dette ser eg på som relevant for mi oppgåve som ser på konsekvensar etter samhandlingsreforma. Dette er ein direkte konsekvens for sjukepleiarane, i måten deira å arbeide på.</p>

Litteratormatrise 5: Storli et al. (2016)

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Korleis vil eg bruke denne artikkelen i oppgåva mi?
<p>Storli, M., Ingebrigtsen, O., Nakrem, S., Elstad, T. A. (2016) Sikkerhetstiltak for legemidler i sykehjem. <i>Sykepleien Forskning</i> 2016 11(59801)(e-59801)DOI: https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.59801</p>	<p>Studien har til føremål å utforske korleis sikkerhetstiltak fungerer med tanke på å forebygge feilmedisinering og feilaktig legemiddelbruk i sjukeheim.</p>	<p>Sykehjem, feil legemiddelbruk, kvalitativ studie, sikkerhetstiltak, legemidler.</p>	<p>Data: Kvalitativt design med fokusgruppeintervju</p> <p>Utval: 16 sjukepleiarar og 13 sjukepleiarstudentar frå to ulike sjukeheimar er intervjuet. Ansiennitet blant deltakarane varierte frå 6 mnd. til 24 års praksis. Det er også tatt med læringsloggar frå totalt 18 sjukepleiarstudentar.</p> <p>Analyse: Intervjua er styrte frå ein semistrukturert intervjuguide. Analysemetoden som er brukt er Kvaales metode.</p>	<p>Studien beskriver at sikkerhetstiltak føreligg, men blir sjeldan brukt. Grunnen til at ein ikkje følgjer opp og bruker sikkerhetsrutiner er mangel på fagfolk, dårleg tid og manglande systematisk kompetanseoppbygging. Det vert rapportert om mangelfulle sikkerhetsprosedyrer, manglande informasjon frå sjukehus og dårleg opplæring i legemiddelhandtering. Etter innføring av samhandlingsreforma har sjukeheimane måtte behandle pasientar med auka og komplekse legemiddel. Dette aukar behovet for ei systematisk oppbygging av legemiddelkompetanse.</p>	<p>Legemiddelhandtering er ein viktig del av arbeidskvardagen til sjukepleiar, også på sjukeheim. Etter innføringa av samhandlingsreforma skal sjukeheimane behandle meir komplekse grupper og med fleire typar medikament. Dette ser eg på som ein viktig konsekvens for sjukepleie etter innføring av samhandlingsreforma. Eg vil sjå meir på korleis dette påverkar sjukepleiarane og arbeidskvardagen deira.</p>

Litteratormatrise 6: Sæterstrand et al. (2015)

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Korleis vil eg bruke denne artikkelen i oppgåva mi?
<p>Sæterstrand, T., Holm, S.G., Brinchmann, B.S. (2015) Hjemmesykepleiepraksis. Hvordan ny organisering av helsetjenesten påvirker sykepleiepraksis. <i>Klinisk Sykepleje</i> 29. årgang nr. 1 2015.s. 4-16.</p>	<p>Studien har til føremål å undersøke utfordringar i arbeidskvardagen til sjukepleiarar etter innføring av samhandlingsreforma. Er det endringar i arbeidsmengde, tid, arbeidsoppgåver?</p>	<p>Home care nursing, organization, competence, grounded theory.</p>	<p>Data: Kvalitativt design med feltarbeid og kvalitative intervju.</p> <p>Utval: Heimesjukepleiarar frå to ulike kommuner med ca. 10 000 innbyggjarar kvar. Kvar kommune hadde delt inn heimesjukepleia i fem grupper med ansvar for rundt 100 pasientar kvar. Det er inkludert 11 offentleg godkjende sjukepleiarar.</p> <p>Analyse: Grounded Theory er benytta for å analysere innhenta informasjon.</p>	<p>Mange av sjukepleiarane trekk fram ansvaret dei no står ovanfor. Sjukepleiarane får medisinsk ansvar for heimebuande pasientar og prosedyrer og medikament det medfører. Sjukepleiarane skriv også at dei bruker meir tid hos pasienten enn det står i vedtaket, for at dei sjølve skulle føle seg trygge. Dette handlar om empati og det å ikkje ville ha ansvaret om noko skulle skje med pasienten. Ansvaret er særleg stort når det gjeld eldre med psykiske vanskar. Sjukepleiar måtte heile tida gjere prioriteringar på kva som måtte gjerast. Dette går også på ansvar.</p>	<p>Denne artikkelen viser auka arbeidsbelastning på sjukepleiar i heimesjukepleia etter innføring av samhandlingsreforma. Prioriteringa, ansvar og fleire sjukepleiefaglege oppgåver vert trekt fram. Dette ser eg på som ein konsekvens for sjukepleiar etter innføring av samhandlingsreforma.</p>

Litteratormatrise 7: Norheim og Thoresen (2015)

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Korleis vil eg bruke denne artikkelen i oppgåva mi?
Norheim, K. og Thoresen, L. (2015) Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien – på rett sted til rett tid? <i>Sykepleien forskning nr. 1 2015; 10: 16-22</i> . DOI: 10.4220/Sykepleienf.2015.53343	Studien si hensikt er å bidra med kunnskap om tidlige erfaringar med kompetanse-behovet i heimesjukepleia etter innføring av samhandlings-reforma.	Samhandlings-reformen, sykepleie-kompetanse, hjemme-sykepleien, kvalitativ studie	Data: Kvalitativt forskningsdesign, med fokusgruppeintervju. Utval: Informantane er 10 kvinner og 1 mann, der alle har jobba i heimesjukepleia sidan før innføringa av samhandlingsreforma. Arbeidserfaringa var frå 1,5 år til 25 år i heimesjukepleia. Analyse: Det er brukt firetrinns analysemetode, kalla systematikF kondensering.	Funn i studien viser at pasientane er sjukare, krev meir av sjukepleiar og er «dårlegare enn sjukehuset har meldt». I heimesjukepleia samarbeider sjukepleiarane med andre yrkesgrupper som helsefagarbeidarar og assistentar. Dersom sjukepleiar set i gong eit tiltak, til dømes sårstell, blir ikkje dette følgt opp. Grunnen til dette er at den kollektive kompetansen ikkje er god nok. Sjukepleiarane seier også at dei ofte sit igjen med ein følelse av å ikkje ha gjennomført ein skikkelig jobb. Leiinga opplever sjukepleiarane som kompetente til å utføre arbeidsoppgåvene, men det blir for mange andre som er innom pasienten og arbeidsoppgåvene blir utført forskjellig. Sjukepleiarane beskriv at det er mangel på ressursar, tidspress og uhensiktsmessig arbeidsfordeling.	Mangel på ressursar, auka arbeidsmengde og sjukare pasientar i heimane er direkte konsekvens av samhandlingsreforma. Dette påverkar sjukepleiarane som arbeider i heimesjukepleia. Ein får fleire sjukepleiefaglege oppgåver, auka tidspress og mindre tid til det som faktisk gjeld. Eg ser på dette som relevant for mi oppgåve.

Litteratormatrise 8: Huemer og Eriksen (2017)

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Korleis vil eg bruke denne artikkelen i oppgåva mi?
<p>Huemer, J. og Eriksen, L. (2017) Teknologi i samhandlingsreformen. <i>Nordisk sygeplejeforskning årgang 7, nr 1 2017. S. 48-62.</i> DOI: 10.18261/ISSN.1892-2686-01-05.</p>	<p>Studien si hensikt er å belyse korleis kommunane har møtt utfordringane med implementering av IKT i samhandlingsreforma.</p>	<p>IKT, kommunehelse-tjenesten, kompetanse-behov, sykepleie</p> <p>Competence, ICT, nursing, primary health service.</p>	<p>Data: Kvalitativt design med spørjeskjema med innslag av kvantitativ statistikk.</p> <p>Utval: sjukepleiarar frå 16 av 19 kommunar i Finnmark.</p> <p>Analyse: Datamaterialet blei analysert med statistisk svarfordeling og ein innhalds analytisk tilnærming.</p>	<p>Eitt av hovudfunna i studien var at det var aukande behov for teknologisk kompetanse. Teknologisk kompetanse påverkar både kvalitet og pasientsikkerheit. Økonomiske ressursar og utdatert utstyr er utfordringar som vert trekt fram av sjukepleiarane. Dei opplever også utfordringar og hindringar knytt til teknologi i samhandlingsreforma. Dersom alle kan systemet, blir det jobba meir effektivt og kvaliteten på arbeidet aukar.</p> <p>Kommunane bør absolutt arbeide vidare med implementeringa av IKT i arbeid. Dette vil truleg auke både kompetansen til sjukepleiarane og gjere arbeidskvardagen meir effektiv. Dette kan vere med på å redusere arbeidsbelastninga.</p>	<p>Eg ser det som viktig at teknologien er på plass for å sikre god samhandling. Utdatert utstyr og manglande ressursar er noko ein ser fleire stader. Dette kan føre til at sjukepleiarane ikkje dokumenterer det som er nødvendig, eller får med seg viktige meldingar frå sjukehus og liknande. Dette kan få konsekvensar for sjukepleiar og pasient.</p>

