



Bruddstykker av helhet

Oppgaver og kompetanse i
Helse- og omsorgssektoren

HEIDI HAUKELIEN OG HALVARD VIKÉ

TF-rapport nr. 358

2015

Tittel: Bruddstykker av helhet
Undertittel: Oppgaver og kompetanse i Helse- og omsorgssektoren
TF-rapport nr: 358
Forfatter(e): Heidi Haukelien og Halvard Vike
Dato: 23.04.2015
ISBN: 978-82-7401-802-0
ISSN: 1501-9918
Pris: 155,- (Kan lastes ned gratis fra www.telemarksforskning.no)
Framsidedfoto: Marte Mostrau
Prosjekt: Institusjonell innovasjon i helse- og omsorgssektoren
Organisering, oppgaver og ansvar
Prosjektnr.: 20141030
Prosjektleder: Heidi Haukelien
Oppdragsgiver(e): Norsk Sykepleierforbund

Spørsmål om denne rapporten kan rettes til:

Telemarksforskning
Postboks 4
3833 Bø i Telemark
Tlf: +47 35 06 15 00
www.telemarksforskning.no

Resymé:

Innovasjon knyttet til organisering, oppgaver og ansvar utgjør et av satsingsområdene som er nedfelt i NSF's strateginotat. Telemarksforskning fikk i oppdrag å gjennomføre en kvalitativ undersøkelse av sykepleieres erfaringer og vurderinger med hensyn til oppgavefordeling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Sykepleiere vi har intervjuet forteller om massiv økning i mengden og kompleksiteten av oppgaver. Rapportens hovedkonklusjon er at den kompetansen og det personell som trengs for en god diskusjon om hvordan oppgavefordelingen burde se ut, på langt nær er til stede i de kommunale omsorgstjenestene.



Heidi Haukelien, ph.d., er utdannet sykepleier fra Høgskolen i Telemark og sosialantropolog fra Universitetet i Oslo og Universitetet i Bergen. Hun har gjennomført flere studier av norsk helse- og sosialpolitikk, med spesiell vekt på å analysere sammenhenger mellom velferdspolitikken og tjenesteutøvelse. Haukelien er forsker I og fagkoordinator for Helse- og velferdsforskning, og har vært ansatt ved Telemarksforskning siden 2000.



Halvard Vike er professor i sosialantropologi ved Universitetet i Oslo og seniorforsker ved Telemarksforskning. Han har skrevet mye om politikk, forvaltning og tjenesteyting i Norge, og har blant annet utgitt bøkene *Maktens samvittighet* (2002) i Makt- og demokratiutredningen, og *Velferd uten grenser* (2004).

Forord

Telemarksforskning fikk i oppdrag av Norsk Sykepleierforbund å gjennomføre en kvalitativ undersøkelse av sykepleieres erfaringer og vurderinger med hensyn til ny oppgavefordeling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Vi har gjennomført fokusgruppeintervjuer med sykepleiere og ledere i 5 kommuner med stor interesse, og med entusiastisk deltakelse fra sykepleiernes side. Rapporten formidler etter vår mening svært interessante og viktige tilbakemeldinger fra kommunalt ansatte sykepleiere om hvilke muligheter og begrensninger som ligger i å tenke omfordeling av oppgaver som svar på utfordringene i de kommunale velferdstjenestene. Vi retter en stor takk til Norsk Sykepleierforbund som ga oss anledning til å gjennomføre dette, for oss, svært interessante prosjektet. Spesielt takk til Jo Cranner for inspirerende faglige utvekslinger underveis.

Så retter vi også en stor takk til de tillitsvalgte og andre som tok på seg jobben med å organisere fokusgruppene for oss. Ikke minst: takk til alle intervjudeltakerne for innsiktsfulle, reflekterte og interessante samtaler om et viktig tema.

Bø, 21.04.15

Heidi Haukelien

Prosjektleder

Innhold

Sammendrag	7
1. Innledning.....	11
1.1 Føring fra sentrale myndigheter	12
1.2 Innovasjon i oppgavefordeling.....	13
2. Metode	15
2.1 Form.....	15
2.2 Innhold og strategi.....	16
2.3 Mening	16
3. To idealtypiske kommuner	19
3.1 Kompetansekommunen	19
3.2 Alle gjør alt-kommunen.....	21
3.3 Likheter og forskjeller mellom kommunene.....	22
3.3.1 Økt kompleksitet.....	22
3.3.2 Prioritering av kompetanse.....	23
3.3.3 Fra institusjon til hjemmetjenester	24
3.3.4 Nedjustering av forventninger	25
3.3.5 Kultur for kompetanse, eller kultur for likhet?	26
4. Forutsetninger for ny oppgavefordeling.....	28
4.1 Over en kritisk grense.....	28
4.2 Arenaer og fagmiljø.....	30
4.3 Satsing på kompetanse i kommunen.....	31
4.4 Realisering av kommunens kompetanse	32
5. Hvilke oppgaver blir i dag ikke utført godt nok?	34
5.1 Administrative oppgaver.....	34
5.1.1 Merkantile oppgaver	35
5.2 Systematisk kvalitetsarbeid.....	36
5.2.1 Observasjon som grunnlag for sykepleietiltak	36

5.2.2	Systematisk bruk og spredning av kunnskap i kommunen	37
5.3	Forebygging.....	39
5.4	Rehabilitering.....	39
5.5	Innvandrergrupper, språk og kultur	40
5.6	Sårstell.....	40
5.7	Helhetlig sykepleie og/eller spesialiserte oppgaver	40
5.8	Meningsinnhold og livskvalitet.....	43
6.	Velferdsteknologi.....	46
7.	Erfaringer med oppgavefordeling.....	48
7.1	Frivillige.....	49
7.2	Pårørende	51
7.3	Psykisk helse.....	53
8.	Oppsummering.....	55
8.1	Avgrensning og absorbering	55
8.2	Helhet, generalistidealer og spesialisering.....	56
8.3	Kvalitet.....	56
8.4	Fleksibilitet, kvalitet og spesialisering.....	57
8.5	Strategiske tiltak.....	58
8.6	Konklusjoner	59
9.	Referanser.....	63

Sammendrag

«Innovasjon knyttet til organisering, oppgaver og ansvar» utgjør et av satsingsområdene som er nedfelt i NSF's strateginotat. Dette satsingsområdet er i tråd med myndighetenes ønske om å møte morgendagens utfordringer i helse- og omsorgssektoren med større fleksibilitet og nytenkning når det gjelder oppgavefordeling, arbeidsmetoder og organisasjonsløsninger.

Hovedproblemstillingene NSF ønsker å kaste lys over i det foreliggende prosjektet er:

1. Hvilke oppgaver blir i dag ikke utført godt nok – og som kunne blitt utført bedre dersom de hadde blitt utført av andre?
2. Er det muligheter for å fordele fremtidige oppgaver og ansvar annerledes, gjennom for eksempel bruk av teknologi i helsetjenesten i kommunene?
3. Hva er forutsetningene for at man skal kunne fordele oppgavene annerledes; hvilke mål må være de primære, organisatoriske og kompetansemessige forutsetninger, og hvilke etiske betraktninger må gjøres?

Det empiriske materialet som ligger til grunn for denne rapporten består av fokusgruppeintervjuer med sykepleiere og ledere for kommunale helse- og omsorgstjenester. Vi har gjennomført slike intervjuer i fem kommuner – tre i hver; altså til sammen femten intervjuer. Størrelsen på gruppene har variert, men i de aller fleste tilfellene besto de av mellom fem og sju deltakere. I tillegg til de knapt hundre personene som har deltatt i fokusgruppeintervjuene, har fire personer blitt intervjuet enkeltvis. To av kommunene har seks tusen innbyggere eller mindre, to representerer kategorien storkommuner, mens den siste er en nokså typisk representant for mellomstore kommuner – med i overkant av tjue tusen innbyggere. Alle de fem kommunene er lokalisert i den sørlige delen av Norge, men representerer en nokså vid spredning innenfor den delen av landet.

Vi presenterer to idealtypiske kommuner: *Kompetansekommunen* og *Alle gjør alt-kommunen*. *Idealtypiske* betyr at de ikke finnes i sin rene form i virkeligheten, men at egenskapene vi beskriver kan spores som variasjoner i ulike kommuner. Beskrivelsene bygger på intervjuene i de fem kommunene, men er tydeligere i tendensene enn de kommunene vi faktisk har studert. Hensikten med å presentere materialet på denne måten, er å gjøre det lettere å vise hvordan sykepleiernes erfaringer og oppfatninger om organisering, ansvar og oppgavefordeling i høy grad påvirkes av den kommunale konteksten – det vil si den institusjonelle sammenhengen (eller mangel på sammenheng) helse- og omsorgstjenestene i kommunen utgjør.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene kjennetegnes av en svært rask utvikling mot økt kompleksitet og spesialiseringsbehov, og samhandlingsreformen omtales som en svært viktig faktor i dette. Med helse- og omsorgstjenester mener vi det som i mange sammenhenger betegnes som «pleie- og omsorgstjenester». Ved å betegne tjenestene som helse- og omsorgstjenester ønsker vi å understreke at dette feltet krever helsefaglig kompetanse – fordi de aller fleste oppgaver faktisk er av helsefaglig art. Spesialiserte arbeidsprosesser er i andre sammenhenger utvetydig knyttet til avgrensingsfunksjoner. I helse- og omsorgstjenestene er det motsatt. Mengden av oppgaver kan vanskelig avgrenses, og det er ikke tilgjengelig kompetanse men behovene i befolkningen som er den avgjørende drivkraften. Det mest særegne ved disse tjenestene er at de har som oppgave å realisere velferdsstatlig universalisme. Alle med behov har rett til tjenester, og institusjonen har få virkemidler til rådighet for å avgrense etterspørselen eller organisere dem i køer.

Mens spesialisering i sykehusene har utgangspunkt i at spesialistkompetansen er en knapp ressurs og en kapital som investeres, drives kommunale helse- og omsorgstjenester samtidig av et press mot å bruke all tilgjengelig arbeidskraft for å løse de mest presserende – som oftest ikke-kompetanseintensive – oppgavene. Derfor veksler sykepleiere typisk nok kontinuerlig mellom spesialistoppgaver og generelle oppgaver. Dette kan være relativt uproblematisk, men det har som oftest en rekke uheldige, uintenderte konsekvenser. Fordi denne tilpasningen er svært effektiv, er det fristende å utnytte den, spesielt når kommuneøkonomien gjør det nødvendig å «snu på krona». Det er vanlig at denne prosessen kommer ut av kontroll uten at det nødvendigvis blir lagt merke til. Sykepleier blir under slike regimer nødt til å bruke stadig mer tid på oppgaver som innebærer at den dyreste arbeidskraften brukes til å gjennomføre «trivielle» oppgaver. En annen konsekvens er at kvalitet blir et sekundært hensyn; et produkt av eventuell «ekstra» tid.

I den typen tjenester vi beskriver her, er myndigheten til å styre ressurser på den ene siden, og erfaringen av kvalitet på den andre, svært løst koplet og i tillegg styrt av motsatte prinsipper som kommunen er pålagt å følge samtidig. Forholdet mellom ressurser, tilgjengelig kompetanse, behov og kvalitet følger derfor i realiteten helt andre prinsipper enn for eksempel i høyspesialiserte sykehus. Ressursene må avgrenses, men når behovene øker samtidig, blir kompromisset skapt i den fleksible tilpasningen og arbeidsfordelingen arbeidskollektivet skaper. Vår erfaring er at denne prosessen i oppsiktvekkende liten grad faktisk er styrt av politiske vedtak og ledelsesstrategier. Det er trolig en viktig grunn til at kritiske diskusjoner om kvalitet som oftest er svakt utviklet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Tre fundamentale premisser må tillegges særlig vekt. Det er for det første et utvetydig faktum at tjenestene står overfor et massivt behov for spesialisering. Stadig flere oppgaver krever langt høyere kompetanse enn før. For det andre er det like klart at hovedtyngden av den kompetansen som trengs er sykepleiefaglig. Selv om andre faggrupper er uhyre viktige og trolig vil måtte utgjøre en relativt større andel av kompetansen i fremtida, er det sykepleiefaglige oppgaver det er desidert størst knapphet på. For det tredje viser våre funn at mange kommuner i dag har en så lav andel sykepleiere i tjenestene at de ikke på noen måte kan løse oppgavene med en god nok kvalitet. Mange av våre informanter i disse kommunene forteller om at de på grunn av manglende kompetansedekning er tvunget til å akseptere til dels store ujevnheter i tilbudet de kan yte, spesielt i helger og sommerferier (og til dels om natten).

Vi har imidlertid samtidig observert et annet, interessant fenomen: kommuner som har kommet over en kritisk terskel av sykepleiefaglig kompetanse løser oppgavene sine med langt større kvalitet og effektivitet enn kostnadene denne investeringen skulle tilsi. I denne forstand er det ingen tvil om at det lønner seg å investere i kvalitet.

Konklusjoner/svar på problemstillingene

- Ergo- og fysioterapeuter har en åpenbar rolle å spille. De utfyller sykepleiere og kan overta en del oppgaver, men må uansett jobbe i tett kontakt med sykepleiere.
- Andre oppgaver kan med fordel overføres til andre – uten den begrunnelse at de ikke utføres godt nok. Problemet er snarere at disse oppgavene ikke har noe med sykepleiefaglig kompetanse å gjøre, men er overført til dem fordi beslutningstakere har antatt at de sparer penger på det.
- Velferdsteknologi kan komme til å bety svært mye for denne typen tjenester framover, og kan bidra til å dempe ressursbehovet. Det er imidlertid viktig å huske den store gevinsten

den kan gi, framfor alt har med livskvalitet å gjøre. For at den skal bli realisert, må teknologien omgis med en beredskapsmessig infrastruktur. Den økte autonomien brukere kan realisere, vil være avhengig av at noen – på faglig grunnlag – kan vurdere om endringer i relasjonen mellom brukeren og teknologien som gir ham/henne økt autonomi, er relevant. Dette er en karakteristisk sykepleiefaglig vurdering (eventuelt en vernepleiefaglig eller ergoterapeutisk). Den avgjørende forskjellen teknologien utgjør er at den sykepleiefaglige kompetansen primært blir en beredskapsfunksjon. Velferdsteknologien bidrar trolig i liten grad til å endre helse- og omsorgstjenestenes grunnleggende struktur, selv om den på avgjørende måter kan endre ressursbruk, livskvalitet og ansvars- og maktrelasjoner.

- Frivillig innsats fortjener spesiell oppmerksomhet i denne sammenhengen. På grunnlag av intervjuene vi har gjennomført i dette prosjektet, samt ny kunnskap fra andre prosjekter vi nylig har gjennomført på dette området, har vi grunn til å slå fast at frivillig innsats kan bety vesentlige bidrag til de kommunale helse- og omsorgstjenestene i framtida. Som vi har sett er sykepleieres erfaring jamt over at til tross for at «sosiale og åndelige behov» er en del av lovpålagte forpliktelser helsepersonellet har, er det stort sett helt urealistisk å tro at det kan følges opp i praksis. Det betyr at andre må bidra på dette området, og det er mange gode grunner til at frivillige kan fylle vesentlige behov her. Samtidig er det viktig å understreke at frivillig innsats trolig primært kan bety vesentlige heving av livskvalitet, og sannsynligvis ingen vesentlig kapasitetsavlastning. Erfaringen fra kommuner som lykkes virkelig godt i å mobilisere frivillig innsats er at det er behov for betydelige ressurser for å administrere den. Det er flere gode grunner til dette, men det ligger utenfor rammene for denne rapporten å diskutere disse i større detalj.
- Vi argumenterer for at utviklingen av den rådende oppgavefordelingen i de kommunale helse- og omsorgsoppgavene ikke i særlig grad har skjedd ut fra krav om at grunnleggende organisatoriske, kompetansemessige og etiske forutsetninger må være på plass på forhånd. Tjenestenes fundamentale kjennetegn er at de formes ut fra premisser som legges andre steder, og at deres primære funksjon er å absorbere ansvar uten store ekstra kostnader. Som vi har forsøkt å vise i denne rapporten, er det et stort behov for å rette langt større oppmerksomhet mot disse forutsetningene enn det som så langt har blitt gjort.
- Målene må framfor alt knyttes til kvaliteten på tjenestene. Dette gjøres selvsagt i dag også, men det store behovet for endring på dette området dreier seg om rangeringen mellom kvalitet og ressurser. Dersom kvalitet er en absolutt referanse, settes de nødvendige ressurser og kompetanse inn for å realisere den – uten henvisning til at det er praktisk vanskelig.
- Vår erfaring er at kompetanseplanlegging er i oppsiktsvekkende liten grad knyttet til de reelle behovene som Samhandlingsreformen faktisk har skapt. I mange kommuner er det vanlig at selv ledere ikke vet hvor stor andel sykepleiere tjenestene rår over. Dette er ikke nødvendigvis overraskende, siden andelen sykepleiere, deres kompetanse og deres kompetanse incentiver viser seg å være tettere knyttet til betraktninger om hva kommunen ser seg råd til enn det den faktisk har behov for.
- De etiske dimensjonene ved dette problemkomplekset er svært utfordrende, men det er forholdsvis enkelt å identifisere dem. De dreier seg i liten grad om at eventuelle nye former for oppgavefordeling vil forskyve grenser som innebærer at kompetanse, intervensjon og ansvar koples fra hverandre på måter som kan true kvalitet og brukers helse. Vi vil selvsagt ikke se bort fra at dette eventuelt kan komme til å bli relevant i noen grad, men innenfor den horisonten vi opererer i her og nå, handler de etiske problemstillingene om

kvalitetsutfordringer som allerede er akutte og direkte resultat av manglende kompetanse og personell.

- Samhandlingsreformen har etter vårt syn skapt et fundamentalt dilemma i den norske velferdsstaten. Den har i løpet av svært kort tid ført til en voldsom oppgaveoverføring mellom andrelinje- og førstelinjetjenestene. Et viktig resultat er at det eksisterer en omfattende mangel på sykepleiefaglig kompetanse i de aller fleste norske kommuner. Å vurdere oppgavefordeling er derfor vanskelig uten samtidig å ha med forutsetningen om at avstanden mellom situasjonen her og nå på den ene siden, og et faglig, organisatorisk og produktivetsbasert forslag til rasjonell arbeidsdeling på den andre, er veldig stor. Problemet i dag er som sagt først og fremst en svært alvorlig mangel på kompetanse, framfor alt av sykepleiefaglig art. Videre argumenterer vi for at den kompetansen som finnes, brukes i svært høy grad på måter som svekker så vel kvalitet som effektivitet. Forsøket på å bruke sykepleiere som generell arbeidskraft har vært utvetydig mislykket, og prisen norske kommuner betaler er høy – i form av dårlig utnyttelse av faktisk tilgjengelig kompetanse.

1. Innledning

«Innovasjon knyttet til organisering, oppgaver og ansvar» utgjør et av satsingsområdene som er nedfelt i NSF's strateginotat. Dette satsingsområdet er i tråd med myndighetenes ønske om å møte morgendagens utfordringer i helse- og omsorgssektoren med større fleksibilitet og nytenkning når det gjelder oppgavefordeling, arbeidsmetoder og organisasjonsløsninger.

Hovedproblemstillingene NSF ønsker å kaste lys over i det foreliggende prosjektet på er:

1. Hvilke oppgaver blir i dag ikke utført godt nok – og som kunne blitt utført bedre dersom de hadde blitt utført av andre?
2. Er det muligheter for å fordele fremtidige oppgaver og ansvar annerledes, gjennom for eksempel bruk av teknologi i helsetjenesten i kommunene?
3. Hva er forutsetningene for at man skal kunne fordele oppgavene annerledes; hvilke mål må være de primære, organisatoriske og kompetansemessige forutsetninger, og hvilke etiske betraktninger må gjøres?

Bakgrunnen for at spørsmålet om ny oppgavefordeling er satt på dagsorden er dels inspirert av internasjonal utvikling på dette feltet, og dels fremkommet som respons på fremtidige utfordringer i helse- og omsorgstjenestene i Norge. De viktigste beveggrunnene til å undersøke alternative løsninger er økonomi, flere oppgaver for kommunene som følge av samhandlingsreformen, flere brukere med sammensatte behov, flere brukere med bevissthet om sine rettigheter, samt mangel på kvalifisert personale til å håndtere fremtidens omsorgsoppgaver. Det profesjonsnøytrale lovverket gjør det mulig å forsøke nye måter å fordele oppgaver på – så lenge det er faglig forsvarlig. Slik vi forstår det, ønsker NSF en utredning av muligheten for ny oppgavefordeling som undersøker muligheter og begrensninger for oppgavefordeling i tråd med Samhandlingsreformens intensjoner og i tråd med sentrale myndigheters føringer på området (Nærings- og handelsdepartementet 2008, Hagen 2011). Det betyr at undersøkelsen ikke begrenser seg til å fokusere på oppgavefordeling mellom helsepersonellgrupper, men også til å undersøke muligheter og begrensninger knyttet til andre aktører.

I NSF's politiske plattform for innovasjon og tjenesteutvikling er utfordringen formulert på denne måten:

- *Fordeling av ansvar og oppgaver i helse- og omsorgstjenesten er ikke et mål i seg selv, men må ses på som et virkemiddel i en systematisk løpende tjenesteutvikling. Oppgavedeling, enten det er mellom helseinstitusjoner på ulike nivåer, mellom ulike profesjoner, eller mellom profesjonelle og pasienter/pårørende/frivillige, er en ledet utvikling i de enkelte virksomhetene. Målet er å styrke kvaliteten og tilgjengeligheten på tjenestene, og gjøre den samlede utøvelsen av helsetjenesten mer ressursmessig bærekraftig. Oppgavedeling bør komme som et resultat av innovative prosesser som fører til endringer eller forbedringer i selve tjenesteutviklingen.*

Målet er altså styrke kvaliteten og bærekraften, mens middelet som anses som mest hensiktsmessig er innovasjon i tjenesteutviklingen. I dette arbeidet tar vi utgangspunkt i dette, og vender altså blikket spesielt mot *muligheter og begrensninger for oppgavedeling* med utgangspunkt i våre konkrete empiriske funn.

Det tas (i tråd med NSF's prosjektutlysning) utgangspunkt i følgende tre perspektivene:

- Fordeling av roller, oppgaver, ansvar og funksjoner mellom ulike helse-personellgrupper i/tilknyttet kommunehelsetjenesten.
- Fordeling av ansvar, oppgaver og funksjoner mellom helsepersonell og merkantilt personell.
- Fordeling av oppgaver og ansvar til pasienter, pårørende, frivillige og andre som ikke er ansatt i kommunehelsetjenesten.

Det empiriske materialet som ligger til grunn for denne rapporten består av fokusgruppeintervjuer med til sammen om lag hundre personer fordelt på fem ulike kommuner. I hver av de fem kommunene har vi intervjuet en gruppe med sjukepleiere i operativ tjeneste, en gruppe med mellomledere og en gruppe med ledere på høyere nivå. I tillegg har vi i fire av kommunene inkludert sykepleiere med spesialistansvar innenfor psykiatritjenesten.

Temaene vi har snakket med deltakerne om i intervjuene er synliggjort i problemstillingene vi diskuterer i denne rapporten. De angår ulike sider ved oppgavefordeling i helse- og omsorgstjenestene, slik sykepleiere vurderer dem. Vår innfallsvinkel til temaet har utgangspunkt i en ambisjon om å få kunnskap om sykepleiernes vurderinger av oppgavefordeling i lys av den praktiske arbeidssituasjonen de befinner seg i, og lederes synpunkter på det samme i lys av de konkrete styringsutfordringene de står ovenfor. Vi er opptatt av å forstå synpunkter på, og erfaringer med oppgavefordeling slik våre informanter vurderer hva som er realistisk, hva som kan tenkes å være organisatorisk/ressursmessig hensiktsmessig, og endelig hva som framstår som faglig-etisk ønskelig.

1.1 Føringer fra sentrale myndigheter

De senere årene har kompleksiteten i de kommunale helse- og omsorgstjenestene økt kraftig. En hovedårsak er det stigende antallet pasienter med kroniske sykdommer og tilstander som får behandling og pleie utenfor sykehus. Økt kompleksitet skyldes også svært gamle mennesker som har behov for omfattende helse- og omsorgshjelp i den siste fasen av livet, og ikke minst økning i antall yngre brukere med sammensatte behov. Samhandlingsreformens intensjon om å bedre samarbeid og ressursutnyttelse innebærer også økt ansvar for kommunene for å forebygge problemer så man slipper dyre «reparasjoner» i fremtiden (HOD 2009). Kompleksiteten i utfordringene har altså økt, og det samme har behovet for fleksibilitet, kompetanse, samarbeid og nye organisatoriske løsninger. En av grunnene for å stimulere til bedre samhandling mellom første- og andrelinjetjenestene gjennom samhandlingsreformen er å sørge for bedre og riktigere bruk av kompetanse og kapasitet. Et styrket kommunalt tilbud til ulike grupper kan redusere unødvendige sykehusinnleggelser, frigjøre kapasitet og føre til økt behandlingsskapasitet i andrelinjen. Men det gir også opphav til en rekke utfordringer som angår fordeling og plassering av ansvar, spørsmål om tilstrekkelig kapasitet, å få til en organisering som imøtekommer de nye kravene, og å ha tilstrekkelig personell med rett kompetanse blant de ansatte.

NOU 2011:11 *Innovasjon i omsorg* framhever en rekke idealer for hvordan morgendagens omsorg bør være (Hagen 2011). Det legges til grunn at det vil være vanskelig å få nok kompetent arbeidskraft til å dekke behovene overfor hjelpetrengende eldre og yngre brukere. Derfor ses det som nødvendig å tenke nytt om hvordan oppgavene løses, og hvem som løser dem. Frivillige og pårørende blir fremhevet som en viktig ressurs som i mye større grad må trekkes med i ansvaret

for skape et godt og verdig liv for de som trenger bistand. For å få til det, må det bygges ned barrierer som i dag hindrer ressurser i å bli brukt på tvers av institusjonelle grenser. Næromsorg – «den andre samhandlingsreformen» – dreier seg om å mobilisere ressurser, og sette samspillet med nærmiljø, familie og frivillige krefter i sentrum for oppmerksomheten.

1.2 Innovasjon i oppgavefordeling

Det er gjort lite forskning på feltet – både i Norge og internasjonalt. Det har sammenheng med at det er gjort få planlagte forsøk på ny oppgavefordeling. Som Kari Ludvigsen og Hilde Danielsen påpeker i sin rapport fra 2014, og som også understøttes av annen forskning, er de fleste omfordelingene av oppgaver spontane delegeringer – som regel fra sykepleier til hjelpepleier/omsorgsarbeider (Ludvigsen og Danielsen 2014). Slike nye oppgavefordelinger kalles gjerne oppgaveglidning. Medisinutdeling er det området som i størst grad har vært omfattet med systematisk opplæring og planlegging når det gjelder ny oppgavefordeling, men også andre oppgaver slik som samtaler, dokumentasjon, sårstell, med mere varierer fra sted til sted hvordan det organiseres. De fleste planlagte forsøkene som er gjennomført både i innland og i utland dreier seg om at sykepleiere får utdanning og trening i å ta over en del av legenes arbeid (Advanced Nursing Practice, ANP).

Forskning som er gjort viser at mye ny oppgavefordeling handler om

- Delegering; fra lege til sykepleier, fra sykepleier til omsorgsarbeider/ufaglærte
- Spontane og ikke planlagte omfordelinger

Rokkanrapportens påpekning av at de fleste oppgavefordelingene handler om spontane delegeringer fra sykepleiere til annet helsepersonell er i våre øyne interessant (Ludvigsen og Danielsen 2014). Rapporten peker på flere problemstillinger basert på tilgjengelig forskning og eget datamateriale uten at forfatterne helt tar konsekvensene av sine funn på alvor. De påpeker at oppgavefordelingen har sin rot i andre stater der kompetansesammensetningen og utfordringene ikke er like de vi har i Norge. Her er det for eksempel ikke først og fremst legemangel som er utfordringen, men mangel på spesielt sykepleiere og helsefagarbeidere. Et interessant poeng er derfor at oppgavefordeling som går ut på å delegere legers oppgaver til sykepleiere, og sykepleieres oppgaver til helsefagarbeidere – altså delegering til den type personal som det allerede er for få av.

Flere har påpekt at det ikke er samsvar mellom de oppgavene som skal løses og de ressursene som er tilgjengelige for å møte dem. Kan omfordeling av oppgaver bidra til å løse det problemet? De få evalueringene som foreligger fra forsøk på at sykepleiere gjør legers arbeid, har vist at kvaliteten blir bedre (målt ved at pasientene blir mer fornøyd), men det er ikke påvist noen sikker spareeffekt. Dersom omfordeling av oppgaver skal besvare spørsmålet om hvordan man kan få en billigere kommunehelsetjeneste, foreligger det altså ikke noe forskning som kan bekrefte at omfordelingen har en slik effekt.

Det er foretatt noen forsøk også i norsk sammenheng på ANP. Hva slags kunnskap bygger omfordeling av legeoppgaver til sykepleiere på i norsk kommunesammenheng? En omfordeling av legeoppgaver til sykepleiere ser ut til å forutsette at leger har knapt med tid, mens sykepleierne har tid til å ta seg av nye oppgaver, og at de oppgavene de selv delegerer blir ivaretatt av annet personale. Resultatet av vår undersøkelse viser at det er ikke tilfelle i norske kommuner – snarere det motsatte.

2. Metode

Det empiriske materialet som ligger til grunn for denne rapporten består av fokusgruppeintervjuer. Vi har gjennomført slike intervjuer i fem kommuner – tre i hver; altså til sammen femten intervjuer. Størrelsen på gruppene har variert, men i de aller fleste tilfellene besto de av mellom fem og sju deltakere. I tillegg til de knapt hundre personene som har deltatt i fokusgruppeintervjuene, har fire personer blitt intervjuet enkeltvis. To av kommunene har seks tusen innbyggere eller mindre, to representerer kategorien storkommuner, mens den siste er en nokså typisk representant for mellomstore kommuner – med i overkant av tjue tusen innbyggere. Alle de fem kommunene er lokalisert i den sørlige delen av Norge, men representerer en nokså vid spredning innenfor den delen av landet. En av dem befinner seg i den desiderte periferi, en annen i utkanten men likevel innenfor en radius på tre timers kjøretur til nærmeste større by. De tre siste varierer lokaliseringmessig mellom henholdsvis sentrum (hovedstaden), relativt nær sentrum og i randsonen av det sentrale østlandsområdet.

I hver av de fem kommunene har vi intervjuet en gruppe med sjukepleiere i operativ tjeneste, en gruppe med mellomledere og en gruppe med ledere på høyere nivå. I tillegg har vi i fire av kommunene inkludert sykepleiere med spesialistansvar innenfor psykiatritjenesten.

Temaene vi har snakket med deltakerne om i intervjuene er synliggjort i problemstillingene vi diskuterer i denne rapporten. De angår ulike sider ved oppgavefordeling i helse- og omsorgstjenestene, slik sykepleiere vurderer dem. Vår innfallsvinkel til selve intervjuprosessen kan for enkelthets skyld deles i fire ulike aspekter (som selvsagt er nært knyttet til hverandre): form, innhold, strategi og mening. De tre første handler om selve intervjuene, mens det siste dreier seg om hvordan vi kan analysere snakk og samtaler som meningsdannelse.

2.1 Form

Vi forsøkte å skape en sosial ramme som deltakerne kunne føle som ikke-truende og ikke-intimiderende. I introduksjonen la vi vekt på vi ikke var ute etter å teste kunnskapsnivå eller drive avsløring, men snakke om temaer som forhåpentligvis kunne være faglig engasjerende. Vi har gjort mye av denne typen arbeid tidligere, og er vant til å snakke med sykepleiere om deres erfaringer fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Derfor har vi nokså gode forutsetninger for å vite hvordan vi kan bidra til å skape samtaler som er faglig meningsfulle for de involverte. Vår erfaring at det i alle tilfeller var relativt lett å komme i gang, og at deltakerne forsto veldig godt hva vi ønsket å snakke med dem om, og hvorfor. Vi møtte et stort engasjement i alle de fem kommunene. Underveis i samtalen forsøkte vi å pense samtalen inn på temaene vi så det som nødvendig å dekke, på en måte som i minst mulig grad forstyrret engasjementet eller den tematiske kontinuiteten. Dette gikk av og til nærmest av seg selv ved at en av oss (Haukelien og Vike gjennomførte alle fokusgruppeintervjuene sammen) skjøt inn en kommentar som penset samtalen videre, mens det andre ganger krevde at vi laget en overgang og initierte en avrunding av temaet vi var i gang med. Det var mest vanlig at vi som forskere var nokså aktive i starten av intervjuet, men kunne trekke oss mer tilbake og lytte deltakende til diskusjonene som skred fram etter hvert. Prosessen bar i alle sesjonene preg av å være reelle samtaler, det vil si samtaler der (1) aktørene gjorde temaene til sine egne og turnerte dem ut fra sin oppfatning av dem og sitt engasjement (vs. «påførte» temaer/spørsmål som avkrever svar) og (2) samtalen ble en prosess – i hovedsak styrt av argumen-

tasjonen og den sosiale dynamikken som var knyttet til den. La oss i denne sammenhengen bemerke at vi gjorde vårt beste for å få fram det vi kan kalle *potensialet* i samtalen. Med dette mener vi spesielt at vi forsøkte å få fram bredden, dybden og engasjementet som vi erfarte i løpet av samtalen, for eksempel ved å følge opp en gnist til et spesielt engasjement, returnere til interessante synspunkter som ble forlatt, inspirere til at bredden i synspunkter ikke ble undertrykt og så videre. I svært liten grad erfarte vi at statusskiller eller andre skillelinjer blant deltakerne forstyrret samtalen eller bidro til å forme dem. Noen av deltakerne var imidlertid mindre aktive enn andre, men bare i et par tilfeller viste det seg ikke å være mulig å få enkeltdeltakere til å ta en rimelig plass i samtalen. Vi gjennomførte intervjuene i kommunale lokaler eller (ved ett tilfelle) i NSF's lokaler.

2.2 Innhold og strategi

Samtalene ble innledet av oss. Vi fortalte deltakerne hvorfor vi ønsket å snakke med dem om oppgavefordeling, hva materialet skulle brukes til og hvorfor vi selv – som forskere – oppfatter temaet som viktig. Vi presenterte et knippe av temaets mest relevante aspekter, eksemplifiserte noen av dem og gikk deretter videre med å sette samtalen i gang med direkte spørsmål. Innholdet i samtalen ble tematisert på ulike abstraksjonsnivå, fra idealer, visjoner, ønsker normer og prinsipper via observerte hendelser og tendenser til sammenhenger, årsaker og effekter. Vi la vekt på å få fram et mest mulig realistisk bilde av temaets konkrete kontekst, spesielt hva som kjennetegner de konkrete situasjonene sykepleierne befinner seg i når spørsmål om alternativ arbeidsfordeling kan være aktuelt. Det er som vi vet ofte stor forskjell på hva som anses som relevant i en ideell, tenkt situasjon på den ene siden, og en praktisk sammenheng på den andre. Derfor var det viktig for oss å snakke om situasjoner der sykepleierne fortar valg som er, eller kan være knyttet til måter å fordele oppgaver på. Disse valgene er noen ganger faglig definert og kanskje rutinisert ut fra kvalitetshensyn, mens de andre ganger primært er pragmatiske og styrt av behovet for å løse et konkret problem under vilkår som i øyeblikket framstår som en akutt unntakssituasjon.

Gruppene varierte selvsagt nokså systematisk med hensyn til hvordan temaene og problemstillingene ble tematisert. Et viktig mål med dette arbeidet er naturligvis å utnytte dette best mulig for å få et mest mulig helhetlig perspektiv på fenomenet vi belyser. Ledere nærmer seg deg fra en annen posisjon enn tjenesteutøverne, og det gir en svært verdifull variasjon i materialet. Samtidig ga det mye verdifull informasjon i å lytte til sykepleieres ulike erfaringer på ulike «steder» i tjenestene. Det synliggjorde interessant variasjon i måter å løse utfordringer på under ulike vilkår, men samtidig også hva ulike vilkår betyr i relasjon til fagfolkens motivasjon, kompetanse og erfaring. Vår samtalestrategi besto framfor alt i å ta utgangspunkt i deltakernes egen erfaring. Siden de aller fleste var svært åpne og engasjerte, og åpenbart oppfatter jobben og utfordringene knyttet til den som viktig, var utgangspunktet for samtalen godt.

2.3 Mening

En vesentlig styrke ved fokusgruppeintervjuer er at samtalen gjenspeiler (noe av) virkeligheten på en relevant måte. Synpunkter møter andre synspunkter, de slipes og utvikles i samtalen, nye innsikter og felles forståelse kan oppstå underveis, og variasjon kommer som oftest tydelig til uttrykk. Minst like viktig er det at synpunkter og erfaringer har en tendens til å bli klarere knyttet til konkrete, virkelige kontekster enn i individuelle intervjuer, primært fordi deltakerne gjerne legger ekstra vekt på dette og i tillegg vet at andre gjør det samme. De vet at andres erfaringer kan

skille seg fra ens egne fordi situasjonen de jobber i er litt eller veldig annerledes, og de er derfor gjerne opptatt av å spesifisere denne sammenhengen. Endelig er det en avgjørende styrke ved denne typen intervjuer at de på en svært effektiv måte kaster lys over forholdet mellom kollektive og individuelle fenomen. Måter å språkliggjøre virkeligheten som andre deltakere ikke kjenner igjen eller ikke anvender, trer ofte tydelig fram og gir oss viktig informasjon langt ut over å bekrefte at synspunktet, begrepene eller talemåten ikke er representativ. Omvendt er det forholdsvis enkelt å identifisere det deltakerne deler, enten det dreier seg om normer, konkrete erfaringer, talemåter eller emosjonelle tilstander (begeistring, frustrasjon osv.). Når forskeren observerer denne typen forhold underveis i intervjuet, er det mulig å legge inn spørsmål som er motivert av de refleksjonene dette skaper. Dette kan for eksempel gi muligheter for å inspirere til interessante refleksjoner sammen med deltakerne av typen «hvordan kan det ha seg at vi nå snakker om dette på denne måten?».

Samtalene i gruppene ga oss altså god tilgang til sammenhengen mellom kulturell mening og sosial kontekst. Til grunn for analysene i denne rapporten ligger en metodikk som har forankring i en teori om semantisk utvidelse. Den dreier seg i korthet om at språklige kategorier – ord – består av begreper som henviser til fenomener (det vi snakker om) på en fleksible men samtidig ikke-tilfeldig måte. Ord utgjør ikke klart avgrensede kategorier med et fast, entydig innhold, men henviser til (eller representerer) sentrale aspekter ved de fenomen som utgjør de beste (prototypiske) eksemplene. «Sykepleier» er i vår kultur som oftest kvinne, hensynsfull og opptatt av pasientens opplevelse av situasjonen. Andre trekk ved sykepleieren kommer selvsagt i tillegg, og noen kan i praksis være helt annerledes – sykepleieren kan være en mann – men kategorien inneholder noen kjerneelementer de fleste av oss assosierer raskt og relativt automatisk. De aspektene som på denne måten utgjør kategoriens sentrale referenter, er det kulturelle «stoffet» vi deler i høyest grad. Når unntakene inntreffer er det ikke nødvendigvis til hinder for effektiv kommunikasjon, men en kontekstuell markeringer ofte nødvendig. Et eksempel: du kommer til et sykehjem hvor du er ny som pårørende og spør om du kan få snakke med en sykepleier, og den du henvender deg til tilkaller en hjelpepleier. Dette kan gi mening dersom de involverte tolker det slik at det i denne situasjonen går for det samme. I så tilfelle vil eksemplet representerer en semantisk utvidelse av kategorien «sykepleier» i den forstand at hjelpepleieren i denne situasjonen har en liknende funksjon. Det «meningsfulle» ved semantiske kategorier oppstår videre ved at de opptrer i kontrastsystemer. Betydningen av «sykepleier» er alltid relativt til det kategorien i en gitt situasjon står i opposisjon til, og det andre trekk som framtrer som relevante når sykepleieren er «ikke-lege» enn når det er kontrasten «sykepleier» versus «ufaglært» som er den aktuelle. Denne typen analyse er særlig verdifull når målet er å kartlegge hvordan verdier henger sammen, spesielt fordi det gjør det mulig å identifisere hva aktører mener med dem i konkrete situasjoner – ut over det vi tror de mener, og som vi tror vi skjønner uten videre fordi vi snakker det samme språket. «Faglig forsvarlighet», «medisinsk-faglig ansvar», «verdighet» og «kvalitet» er noen relevante illustrasjoner. Alle disse viser seg ved nærmere øyesyn å bety en rekke ulike ting i ulike situasjoner, til tross for at vi ofte oppfatter dem som relativt entydige og stabile.

I arbeidet med å analysere materialet har vi brukt en kombinasjon av to komplementære metodiske design: (1) Semantisk nettverk - design (se Haukelien m.fl. 2011) innebærer å kartlegge meningsdomener. Med utgangspunkt i problemstillinger, ord og begrep som er sentrale for informantene, har vi identifisert de meningsfulle helhetene disse inngår i, måten de er organisert på, og hvilke semantiske implikasjoner dette har. På denne måten er det mulig å kartlegge (via induksjon fra resonnement, ikke fra direkte påstander) hvilke verdier som er sentrale innen et gitt felt, hvordan de henger sammen og hvordan de realiseres (via mer eller mindre aksepterte normer og konkrete valg). For eksempel: Hvilken status har kategorier som «ansvar», «sykepleiefaglig kvalitet»,

«prioritering», «samhandling», «samarbeid» «effektivitet», «godt nok», «verdighet», og hva står disse kategoriene eventuelt i opposisjon til?

(2) Rekonstruksjonsdesignet bygger på innsikten om at kulturell kunnskap for en stor del er organisert som modeller for handling, eller «scripts», som ikke nødvendigvis reflekteres i språklig representasjon (Bennardo og deMunck 2013, Kronenfeld 2008). Det innebærer å bruke samtalen med informantene til å bevege seg fra normnivået til konkrete valg, altså fra fortellinger om hvordan ting bør gjøres til hvordan ting faktisk blir gjort gitt de konkrete betingelsene som foreligger i de helt konkrete situasjonene. Hensikten er å ta hensyn til at vi mennesker organiserer kunnskap på ulike måter for ulik bruk, og at intervjuer som oftest oppfattes som normorienterte situasjoner.

Denne komplementære metodiske strategien gir mulighet for å overvinne begrensninger som konvensjonelle intervjuopplegg lider under, og som skapet tvetydige data – spesielt om forhold som (uten at verken informanter, forskere eller oppdragsgivere nødvendigvis tenker mye over det) er kontroversielle, rutiniserte eller omgitt av sterke normer (for eksempel faglige).

3. To idealtypiske kommuner

I dette kapittelet vil vi gi en presentasjon av to idealtypiske kommuner. *Idealtypiske* betyr at de ikke finnes i sin rene form i virkeligheten, men at egenskapene vi beskriver kan spores som variasjoner i ulike kommuner. Beskrivelsene bygger på intervjuene i de fem kommunene, men er tydeligere i tendensene enn de kommunene vi faktisk har studert. De fleste kommuner varierer med hensyn til de faktorene vi beskriver her, og det kan være store variasjoner selv innenfor relativt små kommuner. Hensikten med å presentere materialet på denne måten, er å gjøre det lettere å vise hvordan sykepleiernes erfaringer og oppfatninger om organisering, ansvar og oppgavefordeling i høy grad påvirkes av den kommunale konteksten – det vil si den institusjonelle sammenhengen (eller mangel på sammenheng) helse- og omsorgstjenestene i kommunen utgjør. Vi har kalt kommunene henholdsvis «Kompetansekommunen» og «Alle gjør alt-kommunen».



Illustrasjonsfoto Marte Mostrøm

3.1 Kompetansekommunen

I denne kommunen satses det på kompetanse for alle ansatte i helse- og omsorgstjenestene. Sykepleierne får støtte til å ta spesialistutdanning i geriatri, lindrende sykepleie, diabetes, sårstell og kreftsykepleie, og de opplever at kommuneledelsen er opptatt av kompetansenivået i sektoren. Kommunen og ledelsen tilrettelegger for fridager hvor de kan studere, og det er ikke opp til sykepleierne selv å ordne med turnushullene som oppstår som følge av at de er borte fra avdelingen

eller teamet. Det er heller ikke slik at de som er igjen på arbeid må kompensere for de andres fravær ved å ta over deres oppgaver. Det blir leid inn personale, slik at avdelingen kan opprettholde det faglige nivået man har blitt enige om at kommunen skal ha. Sykepleierne som jobber her sier at det å være ansatt som sykepleier i kommunen som en spennende jobb som gir rike karrieremuligheter og muligheter for spesialisering innenfor fagområder hvor kommunen har behov for kompetanse. Flere av sykepleierne som har tatt spesialutdanning får mulighet til å jobbe med det de er spesialisert i, men de er også en del av det daglige arbeidet slik at de gjør helhetsvurderinger i forhold til pasientenes behov. Og de får rutinemessig lønnsøkning ved fullført spesialisering. Sykepleierne jobber i team med ergoterapeuter, fysioterapeuter, vernepleiere og helsefagarbeidere, og de kommuniserer med dem om hvilke behov pasientene har for de ulike spesialitetene. De ansatte kjenner til hverandres kompetanse, og vet hvem de kan kontakte dersom de trenger vurderinger fra for eksempel en ergoterapeut i forhold til et rehabiliteringsopplegg, eller ekspertvurderinger fra en kreftsykepleier. Det holdes jevnlig internundervisning, og det forventes at alle holder seg faglig oppdatert. Også flere av helsefagarbeiderne har spesialisering og det eksisterer god forståelse for betydningen av kompetanse på alle nivå. Helsefagarbeiderne opplever ikke lenger sykepleierne som noen trussel mot egen faglige betydning etter at de selv ble en del av den generelle kompetansehevingen.

Kommunen ligger noe under gjennomsnittet med hensyn til økonomi, men har satset på kompetanseheving og tilstrekkelig grunnbemanning slik at de ansatte kan få utført jobben på en faglig forsvarlig måte. Det de kaller *faglig forsvarlig* er imidlertid ikke det samme som høy faglig kvalitet slik de lærte i grunnutdanningen; et helhetsperspektiv som innebærer å ivareta pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov. De anser det ikke lenger som realistisk at kommunen de jobber i skal kunne ivareta alle sider av pasientenes behov, slik de tenkte tidligere. Denne endringen er en del av kommunikasjonsstrategien fra ledere til medarbeidere, og fra medarbeidere til pasienter og pårørende. Det gjøres hele tiden vurderinger av hvorvidt tjenestene kan reduseres, om andre kan gjøre oppgavene, eller om de faktisk *har* den ønskede tjenesten innenfor deres kommune. Kommunen satser på å forebygge behov for pleie- og omsorgstjenester, og har derfor etablert et system som fanger opp de eldre før de blir pleietrengende. 70-åringer og/eller deres pårørende får innføring i hva som finnes av teknologiske hjelpemidler, samt tilbud om hjemmebesøk hvor fallforebygging og andre risikofaktorer blir vurdert. Det arrangeres også samlinger og etableres chat-sider for de pårørende der de kan bli med i nye nettverk og være til støtte for hverandre. Ved overføring fra sykehuset til rehabiliteringsavdeling settes det inn ressurser for å kartlegge og iverksette den rehabiliteringen som trengs for den enkelte. Det er med tanke på at flest mulig må skrives ut til hjemmet så snart som mulig, og at de derfor må ha kompetente ansatte som passer på at de eldre opprettholder og styrker sin evne til å ivareta sine ADL-funksjoner (*Activities in Daily Life*, eller dagliglivets aktiviteter). Ved utskrivning til eget hjem, blir de pårørende invitert til et informasjonsmøte der de blir presentert for hva kommunen kan tilby av tjenester, og ikke minst; hva de ikke kan tilby. De ansatte tar aktivt del i å avgrense kommunens ressursbruk, og de snakker om det som å *justere ned forventningene*. De ser på det som sin oppgave å *realitetsorientere* de pårørende, slik at ressursene blir fordelt ut fra et rettferdighetsprinsipp, og ikke ut fra hvem som roper høyst. På den måten håper de å forebygge misforståelser og urealistiske forventninger. De anser det for eksempel ikke som kommunens oppgave å ivareta de Eldres behov for sosial kontakt – dersom det ikke foreligger et vedtak om at de skal få tilbud om dagsenter.

Ved noen av institusjonene er det et velfungerende samarbeid med frivilligsentralen, men det er et samarbeid som er lokalt organisert, og altså ikke en del av kommunens strategi. Kommunen er med i et nettverk med andre kommuner der de forsøker å utvikle gode løsninger på velferdstekno-

logi. Sykepleierne deltar i ulike prosjekter i samarbeid med ergoterapeuter og fysioterapeuter. Enkelte av de teknologiske nyvinningene fungerer dårlig, mens andre har vist seg å kunne spare ressurser, ved at man for eksempel har kunnet kutte ut tilsynsbesøk eller besøk for å gi medisiner.

3.2 Alle gjør alt-kommunen

Trenger vi 3 års høyskoleutdanning for å smøre disse brødiskivene?

I denne kommunen understreker både mellomledere og sykepleierne selv at kommunens holdning og forventning er at alle skal gjøre alt. Sitat fra en sykepleier:

- Vår kommune er ekstrem på at alle skal gjøre alt.

Det er som regel ikke nok sykepleiere på vakt til at de får ivaretatt oppgavene knyttet til planarbeid og administrering. Hjelpepleiergruppa og assistenter uten utdanning er i flertall, og de få sykepleierne som er ansatt føler at de må oppføre seg på måter som tilfredsstillende denne sterke gruppa. Hvis de formidler at de er opptatt av sykepleiefaglig kvalitet, og at de ønsker å prioritere de spesielle sykepleiefaglige oppgavene, får de gjerne et rykte på seg for å være *veldig sykepleier, med nesa i sky*. Hvis de prioriterer å legge medisiner i dosetten fremfor å stelle pasienter og servere middag, føler de at de blir uglesett. De kan også få høre det av hjelpepleiere: *Vi får så hatten passer av hjelpepleierne*. Det er karakteristisk at sykepleierne må betale en høy pris for måten ledelsen bruker hjelpepleierne på – de er periodevis faglig underordnet sykepleierne, men når det er mangel på personell forventes de å være lik dem. Derfor hender det at de føler seg misbrukt, noe som selvsagt går ut over arbeidsmiljøet. *Jaså, skal vi ikke være like her? Er vi noe dårligere?* I denne kommunen er det ikke etablert en enighet om hvordan arbeidsoppgavene skal fordeles mellom yrkesgruppene. Enkelte helsefagarbeidere setter insulinsprøyter og setter inn urinkateter, og de ønsker å beholde disse spesialoppgavene.

Likevel er det mange oppgaver som bare sykepleierne gjør og kan gjøre, for eksempel å bruke e-meldingssystemet, kontakte sykehuset, vurdere pasienter, legge i dosetter, ta den vanskelige samtalen. Dette er oppgaver som sykepleierne gjør i tillegg til de andre oppgavene som de deler med hjelpepleierne. De har mye ansvar, og er som regel alene på vakt som sykepleiere. De forventes å være like på de områdene som passer, men når mer kompliserte utfordringer oppstår, forventes sykepleierne å tre inn for å ta ansvaret for dem. Enkelte av avdelingene har hjelpepleiere som avdelingsledere, og sykepleierne der opplever at de ikke får støtte fra sin nærmeste leder i å sette grenser og avklare roller av frykt for å provosere andre arbeidstakere. Mellomledere forteller også om liten forståelse i ledelsesnivåene for at det er behov for sykepleierkompetanse. De bruker mye tid og energi på å samle dokumentasjon og argumentere for at det er behov for flere sykepleiere, og ikke bare helsefagarbeidere. «*Trenger vi flere sykepleiere, da?*» Er responsen de får fra ledelsen høyere opp.

I denne kommunen er det veldig liten buffer i bemanningsplanene, og hvis en sykepleier er syk, må den gjenværende ta dobbelt opp av pasienter. Helsefagarbeideren som blir alene igjen, må da overta sykepleierens pasienter. Sykepleieren får dårlig samvittighet dersom hun ikke får anledning til å bidra nok i det daglige stellet av pasientene, og helsefagarbeideren må være alene om å håndtere tungt demente, pleietrengende pasienter. Som i de andre kommunene opplever de at pasientene blir dårligere, og at ivaretagelsen av dem er blitt mer krevende. Det krever mer tid, og forsvarelig pleie er avhengig av høyere kompetanse, noe som merkes langt tydeligere etter at samhand-

lingsreformen trådte i kraft. Samtidige må sykepleierne ivareta krav om mer dokumentasjon, oppfølging og administrativt arbeid. En helsefagarbeider eller assistent kan sammen med sykepleieren ha ansvar for åtte sterkt pleietrengende pasienter. De skal ha mat og stell, samtidig som skyllerom og alt det daglige samtidig skal ivaretas. I følge mellomlederne flyr sykepleierne «*som piska skinn*». I følge sykepleierne selv får de ikke tid til å prioritere de sykepleieroppgavene som handler om helhetlig vurdering av pasientene, samtaler, og det medmenneskelige. «*Når de andre setter seg, må vi gjøre andre [sykepleiefaglige- og administrative] ting*». Sykefraværet i kommunen er høyt, og det settes stadig inn assistenter som ikke er så kjente i systemet. Sykepleierne bruker mye tid på å følge opp hva andre har gjort. Lav grunnbemanning gjør at de ved sykdom må droppe rehabiliteringstiltak. Også i denne kommunen er det flere sykepleiere som har videreutdanning innenfor flere spesialiteter, men bortsett fra de som har videreutdanning innenfor psykisk helse, som er organisert i en egen enhet, får ikke spesialsykepleierne ekstra lønn eller spesielle oppgaver. Mellomlederne forsøker så godt de kan å lage systemer der de med spesiell kompetanse kan få oppgaver som ressurspersoner, men kommunen har ikke noe kursbudsjett. Ledere på alle nivå i kommunen snakker om betydningen av kompetanse, men det kuttet stadig i budsjettene, så det blir opp til enhver om en vil stase på utdanning. Virksomhetslederne forklarer at de som lavinntektskommune må legge seg på et lavere nivå, og at en viktig oppgave er å justere ned forventningene til hva kommunen kan bidra med. Denne forståelsen er likevel ikke en tydelig kommunisert intensjon, og de som jobber på de lavere nivåene har ikke fått noen redskaper som de kan ta i bruk for å avgrense oppgaver og ansvar på en systematisk måte, og på en måte hvor de vet at de har ledelsen i ryggen.

Pårørende gjør det de kan, men det varierer selvsagt veldig hvor mye de faktisk kan stille opp og bidra. Noen bor i nærheten av sine pleietrengende foreldre, men andre befinner seg på stor geografisk avstand. En del av de eldre er uten nettverk. Kommunen har planer om å etablere en arena for samarbeid med frivillig sektor, men det er en utfordring å få det i gang. Frivilligsentralen har ikke vært interessert i faste oppdrag, og etaten mangler noen som kan være bindeledd.

3.3 Likheter og forskjeller mellom kommunene

3.3.1 Økt kompleksitet

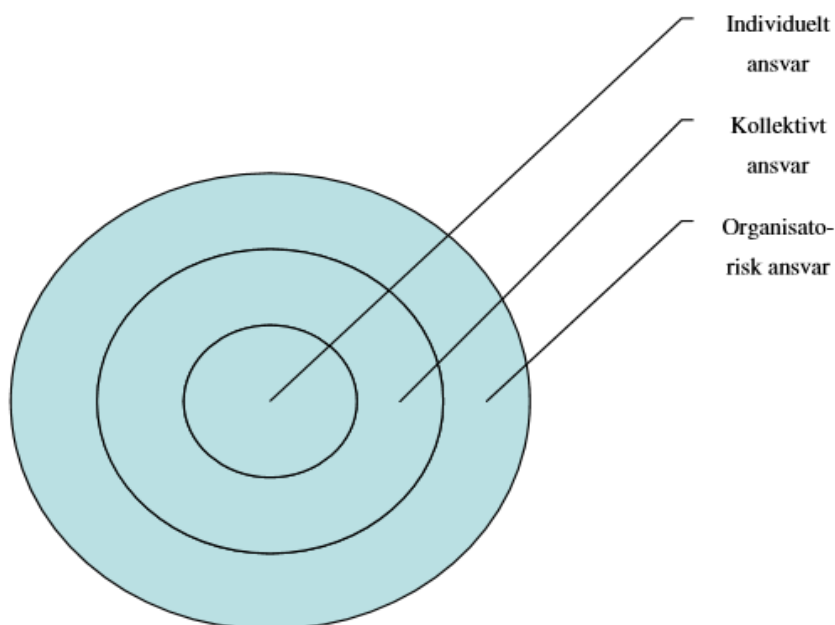
I samtlige fem kommuner erfarer våre informanter at kompleksiteten i oppgavene har økt de senere årene. Dette skyldes særlig Samhandlingsreformen, som har ført til at pasientene kommer mye snarere tilbake til kommunen. Begrep *ferdigbehandlet* blir stadig romsligere, og kommunens ansvar blir mer omfattende og mer uforutsigbart samtidig. Da sykehusreformen trådte i kraft for snart 15 år siden, ble det for første gang innført en ordning der kommunene måtte betale for pasientenes forlengede sykehusopphold dersom de ikke kunne ta imot «utskrivningsklare» (til forskjell fra «ferdigbehandlede») pasienter innen 10 dager. Det førte til påviselig raskere utskrivning av pasienter til kommunene, noe også sykepleierne i kommunene erfarte (Vike m. fl. 2004). Etter samhandlingsreformen har denne fristen blitt redusert til noen timer. I den samme perioden har antall sykehussenger både i somatikken og i psykiatrien blitt kraftig redusert (Bruun Wyller m. fl. 2014), og sykehusene har fått større behov for å sende pasienter raskere tilbake til kommunene. I samme retning virker de økonomiske incentivene for å øke pasientgjennomstrømningen. Dette merker kommunenes helse- og omsorgstjeneste ved at pasienter skrives ut på et tidspunkt hvor de er tidlig i rehabiliteringsfasen – gjerne før de har avsluttet intravenøs behandling, og før kommunen har rukket å tilrettelegge hjemmet for pasientens hjemkomst.

Dette gjenspeiler et karakteristisk kjennetegn ved kommunens rolle i velferdsstaten: når andre institusjoner avgrensner sitt ansvar, blir det kompensert av at kommunene overtar det (eller deler av det) (Vike m.fl. 2002). Den kommunale helse- og omsorgssektoren står i en særstilling her.

3.3.2 Prioritering av kompetanse

Sykepleiere på alle nivå i kommunene signaliserer at de ser betydningen og behovet for økt kompetanse i sektoren. Og det finnes mange sykepleiere og helsefagarbeidere med etter- og videreutdanning på flere felt i de kommunene vi har undersøkt. Det gjelder videreutdanning i sårstell, psykisk helse, diabetes, KOLS, lindrende sykepleie, kreftsykepleie, rehabilitering, demens, med flere. Forskjellene mellom kommunene handler om i hvilken grad 1) det tilrettelegges for at kompetanseheving faktisk blir en del av kommunens strategi, og 2) i hvilken grad den økte kompetansen faktisk realiseres ved at den tas systematisk i bruk.

I kommuner som prioriterer kompetanseutvikling for sine ansatte, er det selvsagt at det avsettes ressurser som gjør det mulig å få permisjon, studiedager, dekning av reiseutgifter osv., slik at de ansatte får realistiske muligheter for å øke sin kompetanse, og slipper å føle at de «lar de andre i stikken» fordi det ikke settes inn vikar i deres fravær (Haukelien m. fl. 2009).



Figur 1 Individuelt, kollektivt og organisatorisk ansvar

Figuren over illustrerer hvordan ansvaret i kompetansekommunen deles mellom de individuelle aktørene, det nærmeste fellesskapet (avdeling, enhet) og kommunens ledelse. Den enkelte ansattes kompetanse, og måten hun bruker den på, er ikke ganske enkelt et produkt av egen interesse og initiativ, men noe kommunen er villig til å avsette midler til, ta de nødvendige organisatoriske grep for å få gjennomført – og faktisk ta i bruk. En slik tankegang støttes av Evertsson og Rosengren som har forsket på sykepleielederes rolle ved gjennomføringen av organisatoriske endringer i kommunale helse- og omsorgstjenester. De understreket betydningen av sykepleieledernes koordi-

neringsfunksjon i førstelinjen for å lykkes med store omstruktureringer. Et annen interessant poeng som understrekes er betydningen av politisk konsensus i alle ledd (mikro, meso og makro-nivå), at alle nivåene må trekke i samme retning for at omstruktureringen skal bli vellykket (Evertsson og Rosengren 2014). Se også Josefsson og Hansson som understreker betydningen av sykepleielederes behov for organisatorisk støtte til å prioritere kompetanseheving i lederskap (Josefsson m.fl. 2011). Disse forfatterne mener det er helt nødvendig at ledere for eldreomsorgen har kunnskaper om pasientenes sykepleiebehov, og at sykepleieledelse er en hovedfaktor når det gjelder å oppnå kvalitet i pleien. I Josefsson og Hanssons materiale er bare halvparten av lederne sykepleierutdannet (Josefsson m. fl. 2011).

Til sammenlikning er kommunene som ikke legger så godt til rette for kompetanseheving også interessert i at de ansatte skal øke sin kompetanse. Både ledere og ansatte innser at det trengs økt kompetanse for å mestre de nye utfordringene som er knyttet til samhandlingsreformen. Men i disse kommunene mangler den organisatoriske støtten og apparatet rundt den individuelle sykepleierens ønske om å heve sin kompetanse. I noen tilfeller forsøker den nærmeste lederen å tilrettelegge ut fra de mulighetene som finnes, men ikke nødvendigvis. Det er opp til den enkelte leders oppfatning, og ikke et ledd i en kommunal kompetansepolitikk.

En annen forskjell mellom kommuner som *satser* på kompetanse og kommuner som *snakker* om kompetanse, er hvordan kompetansen tas i bruk. Det er god grunn til å tro at det rundt om i norske kommuner finnes langt mer spesialisert kunnskap og kompetanse enn det som faktisk blir realisert gjennom utøvelse i det daglige. Dette er i mange tilfeller kompetanse som den enkelte ansatte har påkostet selv, mens i mange tilfeller også resultat av store kommunale satsinger som man burde kunne forvente ga avkasting i form av at flere ansatte tok kunnskapen i bruk (Haukelien m. fl. 2009). Tidligere undersøkelser bekreftes av denne undersøkelsen med hensyn til mangelfull realisering av kompetanse. Det betyr i praksis at mange sykepleiere som har spesialkunnskap i sår, diabetes, psykisk helse, med mer, går i vanlig turnus, uten frigitt tid til å bruke sin kompetanse til de pasientene som trenger den mest. Sitat fra en sykepleier:

- Sykepleiere blir ikke brukt til det de skal. Sykepleiere med spisskompetanse, for eksempel geriatri eller psykiatri blir brukt til alt.

Betydningen av kunnskap for å forebygge eller utsette forverring av tilstander, lindre lidelse, gi verdighet og trygghet, eller fremme rehabilitering handler ikke bare om situasjonsbestemt heving av kvalitet for enkeltpasienters skyld, men bidrar også til reduserte kostnader på lengre sikt (Hjelmbrekke m. fl. 2011). Det er derfor interessant at denne sammenhengen ikke i større grad fører til implementering og systematisering av all ny kunnskap som potensielt kan ha et forebyggende, og dermed ressursparende potensial.

3.3.3 Fra institusjon til hjemmetjenester

En av faktorene som setter sitt preg på de kommunale helse- og omsorgstjenestene er den kraftige reduksjonen i antall sengeplasser i både første- og andrelinjetjenesten. Dette har konsekvenser som får ringvirkninger for oppgavefordelingen i hele det kommunale omsorgsfeltet. Mangel på langtids sykehjemsplasser skaper opphopning i spesialiserte institusjonsplasser, der kronisk syke, demente, hjelpetrengende eldre blir værende i lang tid i påvente av en langtidsplass (Bruun Wyller m. fl. 2014, Vike m. fl. 2004).

Den økende satsingen på hjemmebaserte tjenester i Norge kan hente kunnskap og erfaring fra andre lands eldreomsorg, hvor institusjonsomsorgen er langt mindre utviklet, mens hjemmebasert

omsorg er mer utviklet. Utfordringen med denne type sammenlikning er selvsagt knyttet til den velferdsstatlige konteksten. Det er viktig å ta høyde for at den nordiske universalistiske velferdsstatsmodellen er unik for Norden. Flere nye forskningsartikler viser at det er i ferd med å bli et større gap også mellom de nordiske landene. Sverige og Danmark ser ut til å ha en del andre utfordringer enn vi har i Norge, blant annet knyttet til privatisering og nedbygging av det offentlige tilbudet (Stolt og Jansson 2006, Stolt og Winblad 2009, Stolt m. fl. 2011, Trydegård 2012).

3.3.4 Nedjustering av forventninger

Nedjustering av forventninger ser ut til å være et fenomen som angår de fleste kommunene. Det som skiller kommunene fra hverandre, er hvorvidt denne erkjennelsen er blitt en del av språket som brukes i hele kommunen, eller om det er et språk som ledere bruker – men som ansatte (ennå) ikke har tatt del i.



Foto Marte Mostraum

I kommuner som satser på kompetanse tar de fleste aktivt del i avgrensning i oppgavene og i å kommunisere dette til pårørende og pasienter. Gjennom avklaringsmøter med pårørende før pasientene skrives ut fra korttidsavdeling, blir de pårørende gjort kjent med hva kommunen kan og ikke kan tilby. Der kan de ansatte for eksempel bli enige med de pårørende at de pårørende skal vaske klær, mens kommunen skal ta seg av innkjøp av mat.

Sykepleierne i kompetansekommunen snakker om *forsvarlighet*, og understreker at det ikke nødvendigvis er det samme som *verdighet*, og de blir selv profesjonelle grensesettere på vegne av sin kommune. De forteller om pasienter og pårørende som ikke får de tjenestene de trenger og mener de har rett til, for eksempel dagsentertilbud, rehabilitering, sykehjemsplass o.l., men innser at hvis det er fullt, så er det fullt.

Sykepleierne i *alle gjør alt-kommunen* formidler i større grad en fortvilelse over å ikke kunne gi pasientene det de ser at de har behov for. De snakker ikke det samme avgrensningsspråket som sine ledere. Lederne på sin side formidler en beundring for de flinke sykepleierne som *står på* selv om ressursene er for knappe til at de makter å leve opp til faglige krav de stiller til seg selv.

Sykepleieres refleksjoner og samtaler om forsvarlighet og verdighet er etter vårt syn uhyre interessant på mange måter, og omfatter faglig-etiske og politisk-administrative dimensjoner samtidig. Spørsmålene de reiser angår ikke kun den enkelte sykepleier, hjemmetjeneste og kommune, men hele velferdsstaten. Når en del sykepleiere som yter velferdsstatens tjenester i praksis konstaterer at det har skjedd en overgang fra verdige til forsvarlige tjenester, erfarer de imidlertid at det er få

som virkelig er interessert i å dele bekymringene dette skaper med dem. Det betyr at grunnleggende problemer knyttet til kvaliteten ved de helse- og velferdstjenestene Stortinget har vedtatt forblir uløste, og at «vitnene» ikke anses som tilstrekkelig troverdige.

Det er selvsagt ikke overraskende at sykepleiere som erfarer slike problemer opplever en dyp ambivalens. Når de for eksempel uttrykker tvil om hvorvidt tjenestene de yter virkelig tilfredsstillende kravene til verdighet, framstår dette ytterst sjelden som en nøktern konstatering. At det er vanskelig å definere verdighet entydig, er selvsagt en del av dette, men viktigere er det at å erkjenne dette, sette ord på det og eventuelt diskutere med kolleger og ledere hva det faktisk innebærer, byr på en rekke virkelig store utfordringer knyttet til ens etikk, profesjonalitet, lojalitet – og kanskje framfor alt evnen til å holde fokus på å bruke tiden best mulig til å sikre størst mulig verdighet. Et etisk dilemma som sykepleiere sannsynligvis er sterkere preget av enn noen annen yrkesgruppe i det moderne norske samfunnet, er at kritikk mot kvaliteten på tjenestene ikke forstås som nøytral, saklig kritikk som det er ønskelig å lære av (spesielt fordi sykepleierne er eksperter, både som privilegerte «vitner» og som faglig kvalifiserte). *Den blir uhyre raskt politisert og forstått som illojalitet eller profesjonskamp.* Denne tendensen kommer i tillegg til det grunnleggende dilemmaet som ansvaret for relasjonelle tjenester der kø-prinsippet ikke kan anvendes innebærer: kritikk mot tjenestenes rammer er vanskelig å skille fra kritikk mot tjenesteyterens faglige innsats. Vår erfaring er at sykepleieres arbeidsbetingelser er så sterkt preget av slike dilemmaer at den kritiske samtalen om kvalitet har fått usedvanlig dårlige vilkår. Dette er ikke sykepleiernes eget ansvar, selv om de selvsagt har mulighet til å påvirke den.

I denne sammenhengen er vårt budskap primært dette: Sykepleieres ambivalente erfaringer knyttet til verdige tjenester er av svært gode grunner ikke noe de synes det er lett å snakke om. Å bruke ordet «uverdige» er i realiteten det samme som å si at deres egne faglige etikk har sviktet. Igjen: vi understreker at dette dilemmaet trolig er unikt for sykepleiere, og har knapt blitt tatt alvorlig nok.

3.3.5 Kultur for kompetanse, eller kultur for likhet?

De to idealtypiske kommunene representerer ytterpunkter når det gjelder på den ene siden *kultur for kompetanse* på den ene siden, og det vi velger å kalle *kultur for likhet* på den andre. Med *kultur for likhet* sikter vi til tendensen til at hele personalet opptrer som om alles kompetanse og plikt til å utføre oppgaver er identisk, en tendens som viser seg å være en direkte konsekvens av knapphet på kompetanse/personell og passiv (eller bekvem) ledelse. Under slike omstendigheter er det de mest presserende og rutinemessige oppgavene som må prioriteres høyest, og det bidrar til å undergrave den autoriteten (og tiden) som skal til for å ta seg av mer kompetansekrevede oppgaver. Disse to egenskapene ved det vi kan kalle *kommunekulturen* henger sammen på interessant måter. I kommunen hvor alle gjør alt, er det for eksempel vanskelig for sykepleiere å arrangere sykepleiermøter for drøfting av faglige temaer uten at det blir oppfattet som et arbeidsmiljøproblem. Flere sykepleiere opplever at det ikke lenger handler om å yte best mulig kvalitet, slik dette sitatet eksemplifiserer:

- Jeg opplever ikke at det er kvalitet det handler om lenger, men å spare penger. Kvalitet er ikke viktig lenger. Sykepleiere som er opptatt av kvalitet får spørsmål om de egentlig passer til å jobbe i hjemmetjenesten.

Samtidig opplever sykepleierne forventninger fra sine hjelpepleierkollegaer om å gjøre de samme oppgaven som dem.

- En ufaglært steller den døende pasienten, mens sykepleieren vasker opp (...). Vi venter med sykepleieroppgaver til hjelpepleieroppgavene er ferdig.

En mellomleder fortalte om en hjelpepleier som opponerte sterkt mot et sykepleiefaglig begrunnet ønske om å reservere oppgaven med å sette inn kateter for sykepleiere. Mellomledere som tar slike grep kan ikke nødvendigvis være sikre på at de har støtte fra *sine* ledere når de forsøker å korrigere og justere tradisjonelle måter å fordele arbeidsoppgavene på (se Figur 1 Individuelt, kollektivt og organisatorisk ansvar). Hvorvidt de får støtte eller ikke har sammenheng med om det er det vi kan kalle for kultur for kompetanse hele veien i kommunehierarkiet. Et hovedproblem er at slike tiltak på kort sikt har en tendens til å framstå som fordyrende og upraktiske.

I kommuner som preges av manglende kultur for kompetanse, må de som ønsker videreutdanning selv ta initiativ og ansvar for å få til det, og det blir ikke laget systemer for hvordan den samlede kompetanse kan komme til nytte for hele kommunen. I kommunene som satser på kompetanse derimot, er det interessant å merke seg at det ikke bare er en kultur for kompetanseheving og fordeling av de ulike oppgaven ut fra kompetanse, men det ser også ut til å være langt færre eksempler på gnisninger mellom de ulike yrkesgruppene. Det er utstrakt samarbeid mellom fysioterapeuter, ergoterapeuter, vernepleiere og sykepleiere, men i tillegg er det bedre samarbeid mellom de høgscoleutdannede og helsefagarbeiderne. Vi ser en interessant tendens til at et visst nivå av sykepleiere er nødvendig for i det hele tatt å gjøre det mulig å sette faglige diskusjoner og systematisk oppgavefordeling på agendaen. I tillegg ser dette ut til å bidra til en oppadgående spiral der alle, inkludert helsefagarbeidere, er i utvikling, og hvor også helsefagarbeiderne har spesielle funksjoner og ansvarsområder. Dette er et nøkkelpunkt for oss, og vi skal derfor komme tilbake til det i større detalj seinere i denne rapporten.

4. Forutsetninger for ny oppgavefordeling

I denne undersøkelsen har vi altså intervjuet sykepleiere i ulike kommuner og i ulike posisjoner om hva som er deres erfaringer og tanker om nye måter å fordele oppgaver og ansvar på i den kommunale helse- og omsorgssektoren. Diskusjonene våre spørsmål har frembrakt, viser at det er svært ulike forutsetninger i de ulike kommunene for å gjennomføre systematisk og innovativ klar- gjøring og omfordeling av oppgavene. Vi skal diskutere de ulike alternativene nedenfor, men først understreke at dette er spørsmål som er intimt knyttet til de kommunale kontekstene sykepleierne befinner seg i. Det betyr at innovasjon knyttet til organisering, oppgaver og ansvar ikke bare er et spørsmål om hvordan man skal organisere de ansatte for å løse oppgavene, men også i høyeste grad et spørsmål om hvilke oppgaver som skal løses, og hvilke ressurser som må til for å løse dem. Som vi har sett i de idealtypiske kommunebeskrivelsene, er det i begge kommunetypene mange oppgaver som ikke prioriteres. Forskjellen mellom dem handler i størst grad om hvordan avgrens- ningen skjer; om den skjer tilfeldig, variabelt, og i henhold til en mer eller mindre desperat branns- lukkingslogikk, eller om det skjer som ledd i en omforent avgrensingsstrategi, der sykepleierne står sammen med den kommunale ledelsen om å bygge ned forventningene til hva slags bistand som kan gis. I begge tilfellene er den kommunale konteksten preget av nedskjæringer i årsverk og nedleggelse av tilbud, for eksempel dagtilbud. Likevel formidler sykepleierne veldig ulike opple- velsler av hva de er med på. Sykepleierne i kompetansekommunen snakker om forskjell mellom forsvarlighet og verdighet, og sier det er trist at de ikke kan ivareta verdighet, men slik er det.

- Vi snakker jo hele tiden om forsvarlighet, men mindre om verdighet (..), og det er jo litt trist. Du klarer ikke å gi så mye hjelp. Vi har ikke den tiden til disposisjon. Hjemmesy- kepleien har jo ikke tak og vegger, så vi må jo ta imot. Vi fikk ikke mer på budsjettet nå, men at pasientflommen øker, det er et faktum, og da blir det jo mindre tid til hver. Og da blir det jo mindre tid til det som kanskje kan gi verdighet. Men forsvarlig be- handling får de. Det er jo mye mer som skal til for at det blir uforsvarlig, selv om det blir lite verdig for den det gjelder.

I alle gjør alt-kommunen forteller sykepleierne at de unge blir skremt vekk fra å jobbe på syke- hjem i dag på grunn av for liten grunnbemanning, og fordi de unge føler at de ikke gjør nok i for- hold til det de ønsker, og har lært. De opplever det uavgrensede ansvaret og oppgavene som en kjempebelastning, og flere forteller at de drar fortvilte (enkelte faktisk gråtende) hjem fra jobb, spesielt i helger med lav bemanning.

4.1 Over en kritisk grense

I kompetansekommunen er oppgavene art, omfang, og spørsmålet om hvem som skal gjøre hvilke oppgaver mye klarere definert enn i kommunen der alle gjør alt. Et oppgavefordelingsre- gime der behov for spesialisert kunnskap blir møtt, og realisert, forutsetter at det i kommunen to- talt sett er en viss andel sykepleiere. Sykepleiere er den helsefaglige høyskoleutdannelsen som i størst grad er innrettet på å koordinere det totale omfanget, vurdere helhetlige behov, og som samtidig har høyest medisinsk kompetanse. Det forutsetter også et visst nivå av andre, mer spesia- lisert yrkesgrupper som vernepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter, pluss sykepleiere med spe- sialkompetanse og helsefagarbeidere/hjelpepleiere. To av kommunene vi har undersøkt ser ut til å

ha kommet over en avgjørende kompetanseterskel. Vårt inntrykk er at den konkrete sammensetningen av denne kompetansen betyr mindre enn dens totale andel (se diskusjonen nedenfor).

La oss først gjøre rede for vår bruk at betegnelsen *andel høgskoleutdannede*. Vår undersøkelse viser at kompetanse har en avgjørende betydning i kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det er åpenbart et nært samspill mellom andelen høy kompetanse og kompetansens sammensetning, og spørsmålet om hvordan oppgaver fordeles og deles mellom personell med ulike typer kompetanse påvirkes selvsagt av dette. På landsbasis utgjør sykepleiere i dag den dominerende gruppen av høgskoleutdannede, i gjennomsnitt i overkant av 60% av andelen på 35% av årsverkene i brukerrettede tjenester (SSB, tabell 09934 og Kostra Faktaark, Pleie- og omsorg-nøkkeltall). Det faller utenfor denne rapportens tema å gå i detalj om hvordan kompetanseprofilen i tjenestene bør være, og vi tar utgangspunkt i erkjennelsen av at dersom ikke innholdet i tjenestene endrer seg vesentlig, må andelen sykepleiere nødvendigvis forbli høy, slik den også er i alle kommunene vi har undersøkt. I våre intervjuer har vi ikke fått indikasjoner på at det er stor uenighet om dette prinsippet. En avgjørende grunn til dette er at en betydelig større andel av andre grupper i tjenestene, nødvendigvis må endre tjenestenes innhold vesentlig i retning av større spesialisering og/eller langt mindre vekt på tjenester med medisinsk og pleiefaglig innhold. Når vi bruker betegnelsen *andel høgskoleutdannede* er altså forutsetningene at (a) en høyere andel høykompetent arbeidskraft er avgjørende for kvaliteten i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og (b) andelen sykepleiere i kategorien høgskoleutdannede er, og bør være høy.

Når grensen på om lag 40% høgskoleutdannede er nådd, viser det seg at en hel rekke utfordringer blir løst samtidig; ikke «av seg selv», men likevel mye som en konsekvens av at organiseringen av tjenestene da reelt lar seg gjennomføre med kvalitet for øye. Grunnen til at vi trekker denne konklusjonen er at to av de fem kommunene vi har undersøkt befinner seg i nærheten av, dog noe under 40% - grensen. Disse to kommunene har etter vår vurdering noen karakteristiske egenskaper som muliggjør det vi framhever i vår idealtypiske beskrivelse av «Kompetansekommunen». I de øvrige tre kommunene er andelen høgskoleutdannede henholdsvis 35, 32 og 24. Alle disse tre danner utgangspunkt for «Alle-gjør-alt-kommunen».

En høy andel høgskoleutdannede i tjenestene gir dem innflytelse over faglig utforming i hele tjenesten, og de makter å sosialisere helsefagarbeidere inn i et faglig orientert regime der kvalitet betyr mer enn å få jobben gjort (i konkurranse med andre). En høy andel høgskoleutdannede gjør at kompetansen blir stabil og spredt – det er sykepleiere til stede på alle vakter hele uka og hele døgnet. Det oppstår få hull, og den gjensidige kommunikasjonen om akutte og langsiktige utfordringer blir mye mer effektiv. Framfor alt reduseres risikoen for sviktende kvalitet i sårbare situasjoner (organisasjonsmessig og/eller for pasienter) fordi arbeidsmiljøet skaper langt sterkere felles forpliktelser som gjør dem opptatt av å se etter «overskuddsansvar» (framfor å anta at andre med formelt ansvar sikkert tar seg av det).

I tre av kommunene forteller sykepleierne om en så lav grunnbemanning at det til stadighet er for få på jobb i forhold til det som er planen. Ved sykdom brukes det veldig mye tid – i perioder beslaglegges opptil 90% av mellomlederens tid til arbeidet med å få tak i folk. De som leies inn er ofte assistenter, og det blir dermed enda mer organisering, omdirigering av pasientlister og andre oppgaver for den sykepleieren som er på jobb. Effektivitet og kvalitet reduseres dramatisk.

La oss spesifisere noen av de mange indikatorene på at tjenestene blir bedre av at andelen høgskoleutdannede blir tilstrekkelig (som i vår definisjon altså tilsvarende en kritisk grense på omkring 40%). Utgangspunktet er fire grunnleggende problemer ved sykepleieres arbeidssituasjon slik den har utviklet seg i mange norske kommuner i dag:

1. Sykepleieres tid går i høy grad med til å gjøre helt andre ting enn sykepleiefaglige oppgaver.
2. Sykepleiere utfører i realiteten flere typer dobbeltarbeid samtidig, spesielt knyttet til å sjekke andres arbeid og undervise andre – parallelt med at de utfører egen jobb.
3. Sykepleiere må i oppsiktsvekkende høy grad bruke tid og krefter til å kompensere for at det vi kan kalle sykepleiefaglige forløp ikke får full oppmerksomhet kontinuerlig, men ofte arter seg som skippertak. Hull som oppstår, oppgaver som vokser i omfang fordi de ikke ble løst når de oppsto osv. krever mye oppmerksomhet *post hoc* (i ettertid). Sykepleiere må forholde seg spesielt aktivt til at sykepleierdekningen i perioder er så lav at mye informasjon går tapt, at risikoen for at problemer oppdages for seint er kontinuerlig høy, og at kvaliteten svært ujevn.
4. Spesielt fordi sykepleierdekningen ofte er mangelfull, må sykepleiere bruke mye tid på det vi kan kalle hverdagslig innovasjon – det vil så å skru sammen praktiske løsninger for å få ting til å bli akseptable.

Dette har en rekke konsekvenser. Her er noen:

- Sykepleiere kan ikke konsentrere seg om sykepleieroppgaver
- De må følge opp uerfarne, ufaglærte, innleide – og vikarleger
- De må utføre en rekke andre former for dobbeltarbeid
- De kan bruke mye tid på å være husmødre og vaktmestre
- De forhindres i å bruke mer tid dersom grundigere vurdering anses som påkrevd
- De har få muligheter til å utvikle og dele kompetanse
- De har få muligheter til å inngå i meningsfulle dialoger med sine hjelpepleier- og helsefagarbeiderkolleger om fornuftig arbeidsdeling
- De har knapt muligheter til å følge opp brukernes helsetilstand over tid med et faglig blikk
- De blir mer utrygge i rollen som sykepleier
- Sykepleiere får liten mulighet til å skape robuste faglige fellesskap på arbeidsplassen
- Sykepleiere får knapt bruke tid til planlegging og dokumentasjon

4.2 Arenaer og fagmiljø

Dersom ny oppgavefordeling og spesialisert kompetanse skal komme til anvendelse, er det en forutsetning at arbeidsdagen innebærer mulighet for å diskutere utfordringer som angår hjelpen til den enkelte pasient, planlegging av hjelpen, og fordeling av oppgaver. I noen av kommunene er denne muligheten sterk begrenset på grunn av en grunnbemanningen som kun tillater at det nødvendige daglige arbeidet utføres. Man kommer aldri over den terskelen som gjør at man kan tenke nytt og smartere om oppgaveløsning. En sykepleier fikk høre fra sin overordnede da hun påpekte at hun ikke maktet å springe fortere: «da må du springe *smartere*».

Fagutvikling, utprøving av nye metoder og teknologi og samarbeidsformer krever at de ansatte har tid til å møtes, og i fellesskap planlegge og evaluere måten de jobber på. Det forutsetter, foruten tilstrekkelig antall faglærte, også en viss slakk i turnusen som gjør det mulig å finne nye løs-

ninger. Flere studier viser at tiden som brukes til samtaler, planlegging og koordinering har gradvis blitt redusert. Tidligere kunne en dagvakt på et sykehjem innebære flere felles rapportsamlinger – kanskje en ved vaktskiftet om morgenen, en etter morgenstellet, og en rapportsamling før neste vaktskiftet som da begynte med felles muntlig rapport. Etter hvert innførte mange kommuner såkalt *stille rapport*, der den enkelte skriver inn i *Gerica* eller andre dokumentasjonssystemer. De som kommer på vakt leser hver for seg om sin pasienter, og samtalen om den enkelte pasient er redusert til et minimum. Samtidig har overlappingstiden mellom vaktene blitt redusert. I en kommune fortalte sykepleierne at det ikke lenger er noe overlapping overhodet. Når de kommer på jobb hender det at de heller ikke får tid til å lese rapporten, men må gå direkte på oppgaver. Det er all grunn til å tro at den svekkede muligheten til å drive faglig koordinering, utvikling og kvalitetssikring ansikt-til-ansikt har gått altfor langt. Redusert prioritering av kvalitetssikring står i dramatisk motsetning til den økte kompleksiteten som kjennetegner oppgavene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Behovet for koordinering og samarbeid er sterkt økende (Dale og Hvalvik 2013, Hvalvik 2013).

4.3 Satsing på kompetanse i kommunen

En tredje forutsetning for å lykkes med innovasjon knyttet til organisering, oppgaver og ansvar, handler om kommuneledelsens engasjement i å utvikle en helse- og omsorgstjeneste med gjennomgående kvalitet og kompetanse. Bare én av virksomhetslederne vi intervjuet understreket at kompetanse og kvalitet er noe som må gjennomsyre virksomheten i alle ledd og til alle tider av døgnet, og alle dager – også i helgene. Ellers ser det ut til å være en stor aksept for at kvaliteten er ujevn til ulike tider, og spesielt ser det ut til å være en nærmest selvfølge at bemanningen er redusert, og at sykepleiere må spre sin kompetanse tynt utover, spesielt i helger, høytider og ferier.

Den relativt utbredte aksepten for ujevn og (periodevis, men som oftest rutinemessig) lav kvalitet er selvsagt et interessant fenomen. Den forteller oss at det er relativt vanlig å akseptere at lov og forskrift kan fortolkes billedlig, ikke bokstavelig. Spørsmålet om hva ledere og ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene gjør med dette, er minst like interessant. En god hypotese er kanskje at økt kompetanse og bedre ledelse vil bidra til å svekke aksepten for lav kvalitet. Mye tyder på at dette bare delvis er riktig. Det er ingen tvil om at økt kompetanse i form av et kritisk minimum av høgskoleutdannede er en avgjørende forutsetning for å skape tilstrekkelig vilje, kraft og evne til kvalitet. Men kombinasjonen av relativt lav kompetanse og sterk ledelse ser ut til å virke motsatt. Ledere synes i en del situasjoner å spille en avgjørende rolle i å prioritere et opplevd ansvar for å *redusere forventninger* snarere enn å heve kvaliteten, spesielt når kommunalpolitiske fora ikke gir dem grunn til å velge andre strategier.

Kommuneledelsens engasjement i å skape kvalitet og sørge for ivaretagelse av ansatte med kompetanse forutsetter også at de er lydhøre ovenfor beskrivelser fra de ansatte på grunnplanet. Det innebærer at de engasjerer seg i spørsmål om hva som skal til for å skape gode forhold for tjenestene, og hva som gir forutsigbare tjenester av god kvalitet. Som en virksomhetsleder sa:

- De som jobber i det utøvende leddet må være med å avgjøre hvordan tjenestene skal se ut, og hvor pengene skal flyttes.

Det er altså stor forskjell på kommunene med hensyn til hvordan de oppmuntrer og legger til rette for at ansatte skal satse på utdanning og videreutdanning. I alle kommunene er det en målsetting at andelen høyskoleutdannede, fortrinnsvis sykepleiere skal øke. Likevel er det i noen kommuner

nærmest en privatsak hvordan man skal heve sin kompetanse. Det er noe den enkelte ansatte satser på av egen interesse og på egen bekostning. Andre kommuner organiserer og legger til rette for at sykepleiere tar videreutdanning, og for at assistenter og helsefagarbeidere får mulighet til å ta høyskoleutdanning. I to av kommunene er det et eksplisitt krav at assistenter tar utdanning.

I tre av de fem kommunene hadde mange av sykepleierne en generell oppfatning om at lederne ikke i særlig grad forsto hva som foregår på grunnplanet, og at deres fokus først og fremst er på det overveldende behovet for å spare penger.

- De skjønner ikke hva vi driver med. De sier at vi ikke henger med, men det er de som ikke henger med.

Den samme sykepleieren forteller at da hun var alene som sykepleier med 70 pasienter, skrev hun avviksmelding på det. Avviket ble lukket på et avdelingsmøte, og hun hørte aldri noe mer om det.

Alt tyder på at hele lederhierarkiet må involvere seg dersom kommunen skal lykkes i en forbedringsstrategi. Det betyr at ledere må ta ansvar for de holdningsendringene som er ønskelig ved å sørge for betingelser som gjør det mulig å fokusere på kompetanse og kvalitet. Dette må nødvendigvis inkludere å legge til rette for utvikling av struktur og turnuser som faktisk ikke er til hinder for, men som styrker mulighet for samarbeid, planlegging og kvalitetsarbeid.

4.4 Realisering av kommunens kompetanse

Den siste, og kanskje viktigste forutsetningen for å lykkes med kompetanseheving som kan gi grunnlag for en hensiktsmessig oppgavefordeling, er at de som tar videreutdanning får mulighet til å jobbe med det de har spesialisert seg i. Sykepleiere, helsefagarbeidere og andre som fordyper seg og blir engasjert i et område, men som opplever at deres kunnskap ikke etterspørres eller at det ikke legges til rette for at den kan tas i bruk, er en vesentlig årsak til demotivasjon og skuffelse. Videre er det ressursløsende, og det fratrar samtidig pasientene muligheten til å nyte godt av deres kunnskap. I tillegg er det selvsagt en dårlig rekrutteringsstrategi; kommunen vil ikke kunne realisere ønsket om å være en attraktiv arbeidsplass for unge mennesker med karriereambisjoner. Å unnlate å sørge for en oppgavefordeling som ivaretar spesialistfunksjoner er dårlig politikk med store ringvirkninger i samfunnet. Dette skjer i mange kommuner fordi det ikke er nok langtidsinstitusjonsplasser som pasientene kan sluses videre til dersom de viser seg å være for dårlige til å rehabiliteres til å bo hjemme etter et sykehusopphold eller at de er for dårlige til å bli sendt hjem igjen etter et korttidsopphold. Da blir de liggende og oppta rehabiliteringsplasser eller korttids-plasser i påvente av at det skal bli ledig sykehjemsplass. I mellomtiden venter andre pasienter med rehabiliteringspotensial på plass. Sykepleiere som jobber på rehabiliteringsavdelinger forteller om pasienter som ikke får sove om natten fordi andre, demente pasienter er urolige, vandrer og skaper uro ved å rope. I stedet for å bruke sin kompetanse på å rehabiliterer pasienter, bruker de tiden til å forsøke å gjøre det beste ut av krisesituasjonen – mens pasientene altså venter på langtids-plass.

Andre eksempler på uheldige ringvirkninger av manglende kompetansebruk er forverring av sår, komplikasjoner blant diabetespasienter, stadige reinnleggelse av engstelige KOLS-pasienter – med mer. Alle eksemplene representerer reduksjon av livskvalitet for pasientene og en økonomisk belastning for samfunnet.

For at kompetansen skal tas i bruk, er det flere forutsetninger som må være til stede. I tillegg til tilstrekkelig spesialiserte tjenester og nok langtidsplasser, forutsetter det at de ulike spesialkompetansene blir satt i system på en måte som gjør den tilgjengelig for andre ansatte. I mindre kommuner, hvor alle (eller majoriteten) kjenner til hverandres kompetanse, ser dette ut til å være enklere å få enn i større kommuner hvor det kreves mer formalisert system. Mulighet til å innhente den rette kompetansen forutsetter også at det er en viss slakk i turnus, slik at det er mulig å utøve spesialfunksjoner uten at det daglige arbeidet bryter sammen når personalmangel oppstår.

5. Hvilke oppgaver blir i dag ikke utført godt nok?

Når sykepleiere diskuterer dette spørsmålet, tar de utgangspunkt i de konkrete yrkesforventningene de er blitt møtt med som utøvende sykepleiere. Helhetlig sykepleie er et begrep som innebærer å tenke på pasientene som hele personer – og å vurdere totalsituasjonen med tanke på hvor egenomsorgen svikter med hensyn til både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov. Dette er en forståelse av oppgaven som tradisjonelt også har formet forventningene til arbeidet som utføres i kommunene, men det er ikke like selvfølgelig at dette helhetsperspektivet er en del av arbeidsbeskrivelsen eller at det tilrettelegges for å gjennomføres etter disse prinsippene. Tvert imot forteller mange om stress fordi de ikke er i stand til å imøtekomme pasientenes behov på den måten de ser at de har behov for. Som vi har sett ser det ut til at de kommunene som har kommet frem til en avklart holdning om hvilke oppgaver de skal ivareta og ikke, samtidig har funnet måter å legitimere avgrensingen av ansvaret på. Sykepleierne her slår for eksempel nøkternt fast at tjenestene ikke er ment å dekke sosiale behov. Noen uttrykker klart at grensen for deres ansvar er knyttet til forsvarlighetsbegrepet, som i sin tur hviler på kriteriet *fare for liv og helse*.

Sykepleierne og lederne, spesielt mellomlederne/gruppelederne som har kontakt med det daglige arbeidet i avdelingene og enhetene, forteller om mange oppgaver etter deres vurdering ikke blir godt nok ivaretatt. Noen av disse oppgavene kan med fordel gjennomføres av andre. Men det ser ut til at mange av sykepleierne ikke ser det som en mulighet at oppgaver «overtas» eller overlates til andre grupper fullstendig. Det har sammenheng med sykepleiernes faktiske posisjon i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Sykepleierne fungerer ofte som bindeledd mellom flere grupper av mer spesialiserte oppgaver og roller, slik som pårørende, fastleger, sykehus, NAV, med mer. Denne bindeleddfunksjonen, og behovet for at de som skal ivareta den har kompetanse til å håndtere den oppgaven, er kanskje i for liten grad artikulert og tydeliggjort i ulike sammenhenger der oppgaver og ansvar diskuteres. Det gjelder for eksempel i Helsepersonelloven (Helsedirektoratet 2012) hvor profesjonsnøytralitet slås fast som et prinsipp i helse- og omsorgstjenestene.

Vi skal nå ta for oss oppgaver som sykepleierne vurderer å ikke bli godt nok ivaretatt. Vi understreker at alle utfordringene vi omtaler ikke er like store i alle kommunene.

5.1 Administrative oppgaver

I tre av de fem kommunene forteller sykepleierne at det er en mer eller mindre uttalt bestemmelse at alle skal gjøre alt, noe som i praksis viser seg å bety at sykepleierne er med på alt som har med stell å gjøre, i tillegg til at de har administrative oppgaver.¹

¹ I en av kommunene er det også ganske nylig bestemt at sykepleiere i hjemmetjenesten skal gjøre alle oppgaver når de først er hos en pasient. Det har sammenheng med at hjemmesykepleierne har store avstander å reise til de hjemmeboende pasientene, og at det derfor blir mye å spare på å ha ett besøk istedenfor to i løpet av en dag. I denne siste kommunen er likevel

De administrative oppgavene som blir nedprioritert til fordel for stell og andre oppgaver som oppleves som mer presserende i det daglige:

- Skrivning og oppdatering av sykepleieplaner
- Skrivning av journaler
- IPLOS
- Fylling av medisindosetter
- Andre oppgaver knyttet til medisiner
- Blodprøver

5.1.1 Merkantile oppgaver

Merkantilt personale er i flere av kommunene redusert til et minimum. En mellomleder illustrerer situasjonen:

- Det er ikke noe merkantile kan gjøre, og det er ikke merkantile igjen til å gjøre noe. De merkantile oppgavene blir lagt til ledere, for eksempel å ordne med biler. Jeg kan bruke en hel dag på å ordne med biler – med bulker, lyspærer og verksted. Oppgavene blir lagt til de som tjener mest – til ledere.

Nedskjæringer og kutt i stillinger gjøres ut fra et ønske om å redusere utgifter, og det kan da se ut som et paradoks at en gruppe som ikke tilhører de høyest lønnede i sektoren blir kuttet ut. Nedbemanning på den merkantile siden fører jo ikke til reduserte merkantile oppgaver. Administrering og rapportering er tvert imot blant de oppgavene som øker i omfang. Likevel er det slik at dersom sykepleierne inkluderer de merkantile oppgavene i sine arbeidsoppgaver uten kreve ekstra betalt for det, eller å kreve overtidbetaling for den tiden de jobber ut over avtalt arbeidstid, vil det likevel lønne seg – sett fra et rent økonomisk perspektiv – å la sykepleiere gjøre den jobben. Også i sykehusene er de merkantile ressursene redusert, og enkelte leger betegner seg selv som overbetalte kontoransatte når de nå gjør jobben som «skrivestua» sto for tidligere. Men sannsynligheten for at leger arbeider gratis ut over arbeidstiden for å ta igjen det administrative arbeidet, slik mange sykepleiere forteller at de gjør, er kanskje liten, og da blir det lettere å kritisere dette grepet som økonomisk kortsiktig.

Dette illustrerer at sykepleierrollen møter et betydelig dilemma. Det gir atskillig faglig mening å dyrke idealet om helhet og den generalistorienteringen som nødvendigvis følger med, men faren for å bli misbrukt som billig, allmenn arbeidskraft er svært stor. Sykepleieres og kommunenes tilnærming er på overflaten den samme, men kan bli dramatisk motsetningsfull i praksis fordi kommunenes dominerende behov for å spre ressursene undergraver kvalitetshensyn – paradoksalt nok med sykepleiernes aktive bidrag.

For de ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestenes side handler det om at sykepleierkompetansen som en knapp ressurs bør brukes til andre oppgaver enn administrering av oppgaver som annet personell kunne gjort. Men det er ikke enighet blant de vi har intervjuet i kommunene

ikke motstanden mot ordningen stor, selv om den helt klart er tilstede. Det har trolig nær sammenheng med at sykepleierne generelt ikke er overbelastet med oppgaver, og at de ser det som en mulighet til å være lenger hos pasienten, og på den måten få med seg observasjoner som de ikke ville fått med seg på et kortere besøk.

om merkantilt personale i større grad bør inn igjen eller ikke. Flere argumenterer for at det ikke er hensiktsmessig å delegere oppgaver til merkantile spesialister med den begrunnelse at de ikke kan ta nødvendige faglige vurderinger. I følge dette synet må det være en sykepleier involvert i de fleste funksjonene som med et overflatisk blikk ser merkantile ut. Det kan for eksempel være i møte med sykehuset som presser på for å få skrevet ut pasienter til kommunen. Flere forteller at det krever god kompetanse og en tøff innstilling dersom du skal klare å argumentere mot sykehusets ønske om å skrive ut pasienten. I en av kommunene har undersøkt, der en hjelpepleier er ansatt i en merkantil funksjon, sier flere ansatte de at det er mange oppgaver som skulle vært vurdert der og da, men som ikke blir det fordi vedkommende ikke er i stand til å ta de vurderingene. «*Dermed tar vi imot alt*».

Et eksempel: å få tak i vikarer ved sykdom er oppgave som tar mye av tiden for gruppeledere eller sykepleiere som er alene på vakt. Når bemanningen er marginal, betyr det at innleie av vikarer forutsetter en vurdering av hva slags kompetanse som er nødvendig, og hvordan denne kompetansen må omfordles ut fra hvem som er på vakt. Det er ikke alltid dette skillet går mellom type utdannelse. Noen helsefagarbeidere har medisinkurs, mens andre ikke har det. Noen sykepleiere kan være ansvarlige for respiratorpasienter, andre har ikke den kunnskapen. Derfor, argumenterer noen, må det være en sykepleier med faglig vurderingsevne til å vurdere hvem som kan settes inn som vikar og hvilke omrokeringer som må gjøres for å få til faglig forsvarlige pasientlistene i hjemmesykepleien. Andre avviser denne problematikken og sier at det ganske enkelt handler om å lage lister som inneholder nok informasjon til at merkantilt personale kan utføre dem.

Vår vurdering av dette spørsmålet er at en relativt omfattende (og derfor kostnadseffektiv) delegering av merkantile oppgaver til merkantile spesialister sannsynligvis er mulig og hensiktsmessig. Vi ønsker selvsagt ikke å ignorere sykepleieres egne erfaringer, men vårt inntrykk er at mange av vurderingene som går imot dette synet gjøres av fagfolk som trolig ikke ser det som realistisk at det vil bli investert ressurser og kompetanse i å gjøre denne typen arbeidsdeling levedyktig. Spørsmålet om arbeidsdeling i helse- og omsorgstjenestene er sterkt influert av pragmatiske situasjonsforståelser der spørsmålet om hva som kunne tenkes å bli annerledes dersom det ble gjort nødvendige investeringer har en tendens til å tre i bakgrunnen. Oppmerksomheten vendes ofte raskt mot spørsmålet om hva man kan få til på kort sikt med det man har for hånden.

Vår erfaring er at mange sykepleiere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er sterkt preget av budskap deres arbeidsgiver mer eller mindre kontinuerlig presenterer for dem: at tjenestene allerede koster mer enn ressursene gir rom for. Dette synes å bidra til en realistisk pragmatisme som for mange formål er svært hensiktsmessig, men samtidig trolig mindre faglig ambisiøs enn ønskelig.

5.2 Systematisk kvalitetsarbeid

5.2.1 Observasjon som grunnlag for sykepleietiltak

Knapphet på tid og knapphet på ansatte med kompetanse (både sykepleiere, helsefagarbeidere, ergoterapeuter, vernepleiere og fysioterapeuter) går ut over muligheten for å drive systematisk kvalitetsarbeid. For sykepleierne handler det om at tiden er for knapp til å følge hele prosessen fra observasjoner som grunnlag for videre vurdering, til faglige diskusjoner, reelle muligheter til å skrive sykepleieplaner, følge opp tiltak, opprettholde kontakt med andre spesialfunksjoner, eller å gjøre

nye observasjoner og revurdering av tiltak. Som en konsekvens av at sykepleierne er en (for) knapp ressurs, flyttes de rundt i henhold til hvor det oppstår behov for deres tilstedeværelse når sykdom blant personalet oppstår. De mister dermed kontinuitet i oppfølgingen av pasientene. Sykepleiere forteller om ledere som er opptatt av å plassere en sykepleier på vakt for å sikre forsvarlighet, og mindre bekymret for hvordan kvaliteten ivaretas.

5.2.2 Systematisk bruk og spredning av kunnskap i kommunen

Et særlig sentralt trekk ved faglighet angår det vi kan kalle dens *kultiverings- og vekstlogikk*. Samtidig som faglig kompetanse alltid rommer en holdning og en praksis som er kultiverende, der faglighet og oppgavens innhold utgjør en dynamisk relasjon og blir råstoffet for økt innsikt og vekst, må kompetansens organisatoriske kontekst nødvendigvis også være kultiveringsorientert. Av kompetansens organisatoriske kontekst kreves framfor alt tre ting:

(1) For det første må den etablere rammer som gjør faglig kompetanse til en vekstprosess. Kompetansen må få anledning til å møte nye utfordringer, bli i stand til å vokse og få anledning til å knytte seg til et større univers av kunnskap og kollegialitet. For å hindre at den mister sin motiverende kraft og potensial, må den fornyes, bekreftes og få anledning til å være en del av noe større. Muligheten til å få faglig påfyll, delta på konferanser og kurs, ta etterutdanning og å ha tid til – og en relevant kontekst for – å diskutere faglige spørsmål er i alle sammenhenger en betingelse for dette.

(2) For det andre må fagligheten være «mobil». Fordi faglig kompetanse er knyttet så sterkt til karrieremetaforen, må det finnes veier som gjør det mulig og naturlig for den å reise videre og eventuelt «høyere». Stillstand, rutine og mangel på bekreftelse på at anvendelse av faget virkelig gjør en forskjell, er faglighetens fiender. Kort sagt: siden faglig kompetanse ikke ganske enkelt er noe man har (enten det er snakk om en person eller en organisasjon), men noe som må kultiveres i arbeidsprosesser, er det ikke selvsagt at den blir forløst og kommer til anvendelse. Den kan gjøres irrelevant dersom den faglige infrastrukturen ikke finnes eller ikke vies spesiell institusjonell oppmerksomhet.

(3) For det tredje må faglighet danne grunnlag for *autoritet*. I helse- og omsorgstjenestene er det relativt vanlig at dette ikke er tilfellet, blant annet fordi aktiv faglig ledelse skaper «sand i maskineriet». Det betyr både at faglighet og faglige ambisjoner forblir privat, at fag diskuteres lite, at det etableres få og lite kvalitetsmessig robuste standarder, og koordineringen blir svak og at faglige begrunnelser *ikke* legges til grunn for mye av arbeidet. Ledere sitter ofte på stor avstand og har liten kapasitet til å endre slike autoritetsproblemer. Mange sykepleiere forteller om dårlig samvittighet fordi de ikke makter å levere den kvaliteten de ønsker (Ericson-lidman m. fl. 2013, Haukelien m. fl. 2009, Haukelien 2013)

Dette er i tråd med en av hovedkonklusjonene i en Sintefrapport som ble skrevet allerede i 2004:

Vi har sett at det er en sterk sammenheng mellom de ansattes opplevelse av utilstrekkelig bemanning og kvaliteten i tilbudet til beboerne. Blant de sykehjemsansatte er det mange – i vår undersøkelse nesten 30% - som sier at de ofte går hjem med dårlig samvittighet, fordi de ikke rakk å gjøre det de hadde planlagt å gjøre i avdelingen. Vår analyse tyder altså på at opplevelsen av ikke å få realisert den kvaliteten i tilbudet man ønsker ikke først og fremst skyldes for lite personell, men først og fremst de betingelsene personellet arbeider under: dårlig tilpassede bygninger, problematisk arbeidsmiljø, manglende vektlegging av kompetanseutvikling og kollegial veiledning, og for

dårlig utviklet samarbeid med pårørende, sykehus og andre. I tillegg kommer ledelsesmessige problemer (...). (Halvorsen, Harsvik, Nygård og Paulsen 2004: 124).

Som eksemplene våre har vist kan faglighet i de verste tilfellene bli synonymt med en tungvint og ressurskrevende måte å arbeide på, og den kan endog bli betraktet som «snobbete». Innenfor organisatoriske rammer der det opereres med til dels bitte små stillinger, hvor ressursene til faglig oppdatering er små eller ikke-eksisterende, hvor det vi kan kalle utforskende og søkende faglighet ikke belønnes spesielt (men må vike plassen for «å få jobben gjort»), hvor opplevelsen av å ikke bli satset på av overordnede dominerer, hvor nedskjæringer rammer ofte, hvor arbeidsmengden øker og hvor muligheten til å kvalifisere seg for andre jobber er liten, er det ikke nødvendigvis noen spesiell grunn til at ansatte – til tross for at de har utdanning – skal ofre mye for å søke å realisere idealet om faglig kvalitet. Allerede i 2003 gjorde Helsetilsynet opp status på denne måten:

«I en del revisjonsrapporten går det fram at mange kommuner har store problemer med å rekruttere fagpersonell at tjenestene ofte preges av liten stabilitet og at det er problemer som skyldes mangel på fagpersonell. Ansatte opplever at det er vanskelig å ta imot tilbud om opplæring og videreutdanning, når kollegaene påføres ekstraarbeid fordi de er borte fra avdelingen» (Helsetilsynet, oktober 2003: 17).

Å realisere faglighet under slike betingelser innebærer å ofre kortsiktig gevinst for å skape bedre resultater på lang sikt. Men å gjøre et slikt offer kan for den enkelte framstå som kostbart og irrasjonelt. Vi tror at dette problemet er undervurdert. Helsetilsynets melding «Verdt å vite» i 2002 antyder det samme:

Kommunene har økende vansker med å gjennomføre sitt ansvar for behandling og pleie, både fordi antall klienter øker og fordi kommunene får stadig større oppgaver med pasienter som stiller store krav til kvaliteten i omsorgstilbudet. Problemet har to sider, den ene økonomien, den andre er den «faglige fortynningen» som synes å skje. Med den faglige fortynningen mener jeg at en begrenset stab av pleiere må betjene faglig krevende pasienter i økende antall uten at antall stillinger og kvalifikasjoner øker tilsvarende. (ibid.: 18)

I diskusjonen ovenfor har vi vært inne på fire sentrale kompetanse- og kvalitetsmessige hovedproblemer:

- Den individuelle kompetansen er altfor knapp
- Den gjøres i liten grad kollektiv.
- Kompetansen brukes i liten grad en ressurs for organisasjonen.
- Individuell kompetanse er systematisk underutnyttet.

La oss allerede her foregripe en av våre viktigste konklusjoner i dette arbeidet. Vi har ikke i denne sammenhengen tid eller plass til å gå nærmere i detalj når det gjelder å påvise mekanismene som påvirker hvorvidt arbeidet i sektoren blir *kompetanse- og kvalitetsorientert* eller ikke, men vi tror likevel vi har gitt et tilstrekkelig analytisk grunnlag. Med dette til hjelp gir vårt empiriske materiale en sterk indikasjon på at diagnosen kan stilles forholdsvis enkelt. Kommuner som har kommet over en kritisk kompetanseterskel (om lag 40% høgskoleutdannede eller mer) oppnår en svært mye høyere kvalitet enn andre kommuner. Mekanismen er at det grunnlaget som dermed skapes løser en mengde andre problemer samtidig, og for en relativt sett svært billig penge. For å formulere det i økonomiske termer: marginalkostnadene ved stadig bedre kvalitet blir progressivt lavere. Konsekvensen på samfunnsnivå er interessant: det helse- og omsorgspolitiske valget om å redusere kostnadene i sektoren nede, er uhyre kostbar men kunne lett vært løst – og dersom den ble det, ville det kunne gi svært store tilleggsgevinster.

5.3 Forebygging

Flere kommuner etablerer tverrfaglige oppsøkende team som kan være spesielt rettet mot hjemmeboende eldre med demensproblemer, eller generelt rettet mot hjemmeboende eldre (70-åring) for å komme tidlig til for å vurdere boligsituasjon, eventuelt behov for hjelpemidler eller dagtilbud. Det tilbys også pårørendesamlinger med kurs i demens, der også etablering av pårørendenettverk utgjør en bestanddel.

Men samtidig reduseres hjelpen de pårørende faktisk får til å håndtere sine eldre demente i det daglige ved at det kuttes stillinger i hjemmesykepleien. Det legges også ned dagtilbud i flere kommuner, og eldre mennesker som kunne opprettholdt sitt fysiske, sosiale og mentale funksjonsnivå ved å nyte godt av dagsentertilbud, blir sittende hjemme. Mange forteller at ensomhet er et stort problem blant eldre. Nedleggelse av dagtilbud for å spare penger må dermed kompenseres for med langt dyrere tiltak fordi de eldre raskere mister sitt funksjonsnivå. Oppgavene som aktivitetene ivaretar på dagsenter overtas ikke av helsepersonell fordi de har mer enn nok med å opprettholde «faglig forsvarlighet». Sykepleierne vi har snakket med vurderer det slik at mange eldre med behov for dagsentertilbud ikke får det.

Bruk av sykepleiernes forebyggende funksjon i eldreomsorgen kan potensielt være svært lønnsomt for kommunen. Det kan for eksempel forhindre sykehusinnleggelser, men det forutsetter mer tid og bedre organisering. Kunnskap om hvordan sår (og forverring av sår) kan forebygges, hvordan feil/underernæring og dehydrering kan reduseres eller forhindres, og hvordan psykiske kriser kan forebygges kan gi stor uttelling, men forutsetter organisatoriske rammene som tillater at kompetansen faktisk tas i bruk. Dette er trolig et betydelig og undervurdert problem. Bruk av tvang er et annet eksempel på uheldige situasjoner som kan forebygges med tilstrekkelig kompetanse, tid og stabilitet i staben.

5.4 Rehabilitering

Rehabilitering er en faglig begrunnet virksomhet som krever mer tid og målrettet arbeidsinnsats enn vedlikeholdsomsorg. I likhet med den forebyggende virksomheten, vil innsatsen belønnes først på et senere tidspunkt i form av friskere og mer selvhjulpne eldre. Når presset øker i helse- og omsorgssektoren, ser vi at den rehabiliterende og den forebyggende virksomheten er blant de første funksjonene sykepleierne nedprioriterer. Det er vanskelig å prioritere å «stå med hendene på ryggen» for at pasienten skal gjøre det han eller hun klarer selv (enten i forbindelse med rehabilitering eller vedlikehold av funksjoner), dersom man vet at det fører til forskyvninger av oppgaver ut over hele arbeidsdagen. Det vil lett kunne føre til omfattende koordineringsproblemer og dermed sette den faglige forsvarligheten på spill.

I flere kommuner er det etablert tverrfaglige *hverdagsrehabiliteringsteam*. De er uttrykk for en satsing på forebygging og rehabilitering som kan bidra til større grad av selvstendighet og raskere og bedre rehabilitering tilbake til et liv i selvstendighet. I en av kommunene mente sykepleierne at hverdagsrehabilitering egentlig bare eksisterte på papiret, og at det i praksis ikke hadde noen betydning for deres pasienter. Hverdagsrehabiliteringsteamet besto kun av fysio- og ergoterapeuter, og sykepleierne mente teamet var alt for lite integrert i resten av avdelingen til at det hadde noen effekt. Denne måten å organisere rehabiliteringsoppgavene er dermed et godt eksempel på det vi peker på som utfordringer med å implementere ny kunnskap, gjøre den tilgjengelig for hele arbeidsfellesskapet, og dermed til en del av den daglige praksisen som kommer flest mulig pasienter

til gode. Forutsetningene som skal til for å få til dette er tilstrekkelig bemanning med kompetanse, og en tidsplan som gjør det mulig å praktisere den.

Utfordringen med å realisert rehabiliteringspotensialet ser også ut til å ha sammenheng med manglende sykehjemsplasser. Rehabiliteringsplasser på institusjon blir gjerne flaskehals for pasientene blir værende der lenger enn behovet tilsier – i påvente av langtids plass på sykehjem. Mange av de som opptar disse plassene burde vært videresendt til langtids plasser på sykehjem fordi de er for syke fysisk eller for demente til å ha rehabiliteringspotensiale. Mange av dem er for demente til å kunne sendes noe annet sted enn på langtids plass – noe flere informanter i alle kommunene rapporterer at det er for lite av. Dette, i tillegg til knapp bemanning, gjør at ansatte som jobber på rehabiliteringsavdeling bruker tiden sin på helt andre ting enn å rehabilitere pasienter. En sykepleier forteller at hun bruker mye av tiden sin til å smøre frokost, stelle pasienter, stelle tøy og sortere og tømme søppel. Situasjonen hun beskriver kan forsterkes av at de demente pasientene kan være fysisk relativt friske, noe som ofte krever høy beredskap.

Problemene med optimal rehabilitering er med andre ord en oppgave som begrenses av antall langtids plasser, og dermed et problem som ikke kan løses ved at oppgaver overføres fra en yrkesgruppe til en annen.

5.5 Innvandrergupper, språk og kultur

Oppgaver som ifølge våre informanter ikke blir godt nok ivaretatt inkluderer å yte god sykepleie overfor pasienter med innvandrerbakgrunn. Her forsterkes problemene og deres kompleksitet på grunn av både språk- og kulturforskjeller. Ofte kan det være psykisk sykdom som forsterker problemet, eller som er hovedproblemet. Avstanden mellom den virkeligheten som sykepleierne møter hjemme hos disse pasientene og bestillerkontoret med sine klare vedtak er stor. Disse sykepleierne forteller at de ofte må gå utenom vedtakene. Hvis de ikke hadde gjort det, hadde mye falt sammen. Et eksempel: De har mange bomturer til disse pasientene fordi pasienten ikke er hjemme når hjemmesykepleien har avtalt å komme. «Hva gjør vi da? Vi kan godt si at jobben er gjort, men hva med konsekvenser for resten av samfunnet? Kan vi få et nytt trikkedrap?»

Dette er også et eksempel på oppgaver som ifølge sykepleierne vi har intervjuet ikke blir godt nok ivaretatt, men som ikke ganske enkelt løses ved at andre overtar oppgavene. Det disse sykepleierne etterlyser er økt kunnskap og beredskap til å løse problemene de står ovenfor daglig.

5.6 Sårstell

En gruppe sykepleiere forteller en historie om en tidligere rusmisbruker som hadde et sår som ikke ville gro. På grunn av manglende kontinuitet i observasjon, vurdering og oppfølging ble såret forverret. Etter tre uker uten sykepleietilsyn var såret blitt kronisk.

5.7 Helhetlig sykepleie og/eller spesialiserte oppgaver

I alle kommunene meldes det om at kompleksiteten i oppgaver har økt betydelig etter at samhandlingsreformen ble innført. Pasientene som skal ivaretas av kommunen er sykere, og de har behov for mer koordinerte tjenester og mer spesialisert kunnskap.

Det ser ut til å være et uløst dilemma mellom behovet for spesialiserte sykepleieroppgaver og sykepleiernes behov for helhetlige vurderinger – vurderinger som de kun kan tilegne seg et holdbart kunnskapsmessig grunnlag for ved å være generalister som observerer pasientene i stell og i daglige situasjoner. Ambisjonen om å ivareta mennesket som en helhet gjør at sykepleierne stort sett er motvillige til å bare ta seg av deler av pasienten.

En sykepleier formulerer denne vurderingen som respons på spørsmålet om hvorvidt sykepleierne kan delegere oppgaver som er knyttet til dagligdagse oppgaver som mat og stell til andre yrkesgrupper:

- Det gjør en forskjell å ha sykepleiebriller på når du snakker med pasientene. Du bruker skjønn til å vurdere behova og tolke (...) det er en oppgave vi ikke kan gi bort (...) stell, morgenstell med god tid, bruke hender, observere hud, om pasienten er ødematøs, om det er surkling, om de er urolige.

På den andre siden er det nettopp tid og mulighet til å ta spesialkompetanse i bruk, eller konsultere den, som etterspørres. Det gjelder for eksempel spesialkompetanse innen kreftomsorg, palliativ sykepleie, sårstell og diabetes. Det ser ut til å være gjennomgående enighet om at for de som har spesialkompetanse, enten det er sykepleiere eller vernepleiere, ergo- eller fysioterapeuter, er den beste organiseringen å ha dem tilgjengelige i det daglige teamet slik at vurderinger og samtaler kan foregå sømløst. I de mindre kommunene forteller sykepleierne at de har god oversikt over hvem som har spesialistkunnskap, og at terskelen er lav for å ta kontakt selv om spesialistene kanskje jobber på en annen avdeling. I en av kommunene vi har undersøkt har det blitt gjort systematiske forsøk med sykepleiere i egen pool. Forsøkene ble kortvarige fordi det viste seg at den ble vurdert som altfor dyr.

Sykepleierne vi har intervjuet er alle svært positive til å inkludere andre yrkesgrupper som vernepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter i den daglige omsorgen for pasientene, og å bruke deres kompetanse til å heve kvaliteten på tjenestene.

Forskning som har undersøkt betingelser for vellykket tverrfaglig samarbeid i eldreomsorgen tyder på at tverrfaglig samarbeid ikke er noe som kommer på plass selv om det finnes ulike yrkesgrupper representert i teamet. For å få en best mulig effekt av en tverrfaglig sammensetning trengt det opplæring i å jobbe i tverrfaglige team. Mye tyder også på at holdninger til det å jobbe i geriatriske team kan være nødvendig å reflektere over.

Som vi har omtalt tidligere, viser det seg også at i kommuner/avdelinger der andelen sykepleiere og andre høgskoleutdannede er noe høyere, og hvor kompetanseheving settes i system, er sykepleierne mer positive til hva helsefagarbeidere kan bidra med når det gjelder å påta seg flere oppgaver. Der oppgavefordelingen er klar, og hvor kompetanse er satt på dagorden, er forholdet mellom yrkesgruppene preget av samarbeid og lite konflikt. Der oppgavefordelingen er dårligere definert, og hvor alle gjør alt, er spesielt forholdet mellom helsefagarbeidere og sykepleiere utsatt. I en av kommunene forteller en mellomleder at det er blitt mindre spente relasjoner mellom yrkesgruppene i hennes avdeling etter at de snakket sammen om arbeidsfordelingen. Tidligere ble det forventet av sykepleierne at de skulle gjøre alt det hjelpepleierne gjorde, og at de tok sykepleieroppgavene i tillegg. Etter at avdelingen fikk flere respiratorpasienter måtte de endre på arbeidsfordelingen. Det ble skapt en forståelse for at sykepleierne har andre oppgaver som hjelpepleierne ikke har. Samtidig fikk hjelpepleiere og helsefagarbeidere også nye oppgaver som de fikk opplæring i. Fra å være en avdeling hvor oppgavene var relativt udifferensierte, fikk de etter hvert etablert flere områder hvor ansatte med ulike utdannelse hadde hvert sitt ansvar. Én har ansvar for trykksalvarmer, én er bilansvarlig, én er oksygenkontakt, og avdelingen har eget demensteam, spesifikke ansvarlige

for forflytningsopplæring, syn og hørselsansvarlig, spesialsykepleiere i lindrende behandling samt kreftsykepleier. De ulike spesialteamene og områdeansvarlige reiser på kurs, og de har ansvar for å videreformidle ny kunnskap til sine kolleger.

Våre funn her støttes av forskning på hva som skal til for å få til vellykkede samarbeid. En av konklusjonene ser ut til å være at tverrfaglig samarbeid er avhengig av at alle kjenner sin rolle, og at de har mulighet til å møtes jevnlig slik at de ulike spesialitetene kan veves sammen i det daglige arbeidet. Det understrekes betydningen av å ha uformelle relasjoner til hverandre – at dette øker muligheten for gode oppgavefordelinger. Det samme argumentet viser seg også å ha relevans for en vellykket oppgavefordeling mellom ansatte og pårørende. Det viser seg at manglende mulighet for *small talk* fordi de ansatte er presset på tid, gjør samarbeidet unødvendig vanskelig (Duner 2013). se også Janssen m.fl. med erfaringer fra forsøk med interdisiplinært samarbeid fra Nederland (Janssen m. fl. 2015). De understreker blant annet betydningen av gjensidig tillit, økt innblikk i hverandres oppgaver, autonomi i teamene, og muligheten for å påvirke de kontekstuelle forholdene gjennom deltakelse i lokalpolitiske prosesser. Google m. fl. hevder at kompleksiteten i eldreomsorgen gjør det nødvendig å bevege seg bort fra disiplintankegangen mot mer interdisiplinære forståelsesplattformer dersom kvalitet i omsorgen skal oppnås (Google m. fl. 2005).

5.8 Meningsinnhold og livskvalitet

Et aspekt som vektlegges i alle sykepleierutdanninger er det å se pasienten som en hel person, med behov og potensiale som omfatter det fysiske, det psykiske, det sosiale og det meningsrelaterte. Dette er et område som *alle* sykepleierne vi har intervjuet opplever å komme til kort i forhold til.



Foto Marte Mostrau

En sykepleier forteller:

- Jeg tenker på det med kvalitet. Man opplever ikke at det er så mye kvalitet lenger. Handler masse om at du skal gjøre ting – vedtakene, og det du skal i løpet av den tida å utføre. Mange opplever at kvaliteten egentlig er satt til side. Det handler nå om å tjene penger, og at kvalitet er ikke så viktig. Det å ha tekniske løsninger. Det å ha muligheten til å observere pasienten.....det er svært mange ensomme eldre som vi ser. Det er klart at det skremmer meg litt i forhold til min sykepleietanke da, å ikke ha kontakt med pasienten. For mange er det lille besøket vi har på 10 minutter det eneste besøket pasienten har. Vi får ikke kontakt.

Endring i vedtakene avspeiler utviklingen mot stadig hardere prioriteringer av det som er aller mest nødvendig, sett fra bestillerenhetens side. Når knappheten er stor, er det de konkrete tiltakene som blir stående, mens alt rundt skrelles vekk. Dette skjer uten at kommunen har gitt sine innbyggere beskjed om at fra nå av må de regne med at kvaliteten på sykepleietjenestene blir redusert til et minimum.

- Før hadde vi vedtak på tilsyn. Da gikk det på det å se at alt var i orden, at du hadde fått stelt deg, at du hadde spist og at du hadde fått tatt medisinerne, men det sto ikke alltid så spesifisert. Det får man ikke lenger. Men så får vi komme og gi dem medisinerne da, eller lage frokost, så får de tilsyn. Man kamuflerer det sosiale og trygghetsdelen i noe konkret.

I en annen kommune eksemplifiserer en sykepleier situasjonen med at de «*springer inn*» med inhalatoren til en engstelig KOLS-pasient, og «*springer ut*» igjen. Eller de springer raskt videre etter stellet av terminale pasienter. Andre beskriver situasjonen med at de knapt har tid til å si «*hei*», og at «*Det menneskelig er nærmest borte*». «*De suger seg fast til oss*», sier en sykepleier om de demente pasientene som hun bare må springe raskt innom på vei til neste pasient.

I Rammeplanen for sykepleierutdanningen heter det:

«Studentene skal lære å begrunne sine valg og handlinger både faglig og etisk og kunne utvise kreativitet og ansvar for sine handlingsvalg.»

Gjennom utdanningsløpet vektlegges det etikk, samhandling og verdighet både i teori og i praksis. Den realiteten som møter nyutdannede sykepleiere i kommunehelsetjenesten i tre av disse kommunenes svært langt fra den sosialiseringen som preger sykepleiernes forståelse av hva som er deres rolle. Det er problematisk av minst tre grunner:

For det første er det på det individuelle planet grunn til å tro at de som mottar hjelp fra sykepleiere i kommunenes helse- og omsorgstjeneste opplever engstelse, utrygghet, uverdighet, forvirring og frustrasjon når tjenestene de er avhengige av oppleves uforutsigbare, usammenhengende og knappe.

For det andre eksisterer det en økende inkongruens mellom det myndighetene gjennom sine rammeplaner, utdanningsinstitusjoner og garantier signaliserer på den ene siden, og den praksisen det legges til rette for på den andre siden. Her vil vi minne om *Verdighetsgarantien* som det (med visse unntak) var stor politisk enighet om da den ble vedtatt.

Verdighetsgarantien² er nedfelt i lov om helsetjenesten i kommunene og i lov om sosiale tjenester, og kommunene er ansvarlige for å sette den ut i livet.

Her listes disse punktene opp som definisjon på kvalitet i eldreomsorgen

§ 3 Tjenestens innhold

Tjenestetilbudet skal innrettes i respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel og sikre at medisinske behov blir ivaretatt. For å oppnå disse målsettingene skal tjenestetilbudet legge til rette for at følgende hensyn ivaretas:

- En riktig og forsvarlig boform ut fra den enkeltes behov og tilstand.
- Et variert og tilstrekkelig kosthold og tilpasset hjelp ved måltider.

² Forskrift for en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien). Helse- og omsorgsdepartementet 2010.

- Et mest mulig normalt liv, med normal døgnrytme og adgang til å komme ut, samt nødvendig hjelp til personlig hygiene.
- Tilby samtaler om eksistensielle spørsmål.
- Lindrende behandling og en verdig død.
- Å bevare eller øke sin mulighet til å fungere i hverdagen. Omsorgen skal bidra til habilitering og rehabilitering.
- Faglig forsvarlig oppfølging av lege og annet relevant personell, som sikrer kontinuitet i behandlingen.
- Tilby eldre som bor på helseinstitusjon enerom.

Det er liten grunn til å tvile på at denne garantien kun gjelder et mindretall av eldre hjelpetruende i kommunene (Haukelien 2013).

En siste bekymringsfull side ved dette er det store rekrutteringsbehovet framtidige helse- og omsorgstjenester vil stå ovenfor. Det er paradoksalt at en så stor bekymring som velferdsstatens bærekraftighet representerer, ikke resulterer i flere seriøse forsøk på å gjøre det attraktivt for unge mennesker å søke seg til disse yrkene.

6. Velferdsteknologi

Velferdsteknologi er et av temaene vi har lansert i alle fokusgruppeintervjuene, men som peker seg ut som det temaet sykepleierne har minst å meddele om. Sykepleierne vi har intervjuet er likevel gjennomgående relativt optimistiske med tanke på hva velferdsteknologi kan bidra til av forbedringer i pasienters liv og for deres egen arbeidssituasjon. Flere av dem har erfaringer med at teknologien kan gjøre livet lettere og bedre for pasientene, samtidig som de ansatte får frigjort tid. I noen tilfeller er det ingen motsetning mellom disse, mens i andre tilfeller kan teknologien bidra til å forsterke de problematiske sidene. Vi skal her nevne noen eksempler på teknologibruk som ifølge våre informanter er svært gode hjelpemidler.

Spirometer til hjemmeboende KOLS-pasienter. Ved hjelp av dette måleapparatet kan pasientene selv hold øye med utviklingen av lungekapasiteten. Mange KOLS-pasienter opplever naturlig nok angst i forbindelse med sin sykdom, og de er gjerne gjengangere på sykehusavdelingene. Ved hjelp av dette apparatet reduseres ifølge sykepleierne sykehusinnleggelsene markert.

Elektronisk baderomsvekt som kan leses av uten at sykepleierne behøver å reise til pasientene.

Elektronisk medisindispenser. De som har erfaring med denne understreker at den sikrer glemsomme pasienter mot å glemme medisinerne sine, og hindrer dem i å ta mer enn de skal. I tillegg gir den frihet til pasienter som ønsker å være mest mulig selvstendig uten for mye involvering av hjemmesykepleien, for eksempel hjemmeboende med psykiske lidelser. Ikke minst frigjør den tid for hjemmesykepleierne fordi de ikke lenger trenger å reise hjem til pasienten for å minne dem på at de skal ta medisinerne sine. «Alle» ønsker morgenmedisinen til klokka 09.00, men sykepleieren kan bare være hos en pasient av gangen, følgelig bidrar dette apparatet til at flere får medisinen til rett tid.



GPS, er også en innretning som flere av de vi har snakket med har positive erfaringer med. I mange tilfeller er det pårørende som står for den daglige administrasjonen av GPS 'en, og mange pasienter og pårørende opplever ifølge sykepleierne, en større frihet samtidig som de føler seg tryggere. Det gjelder for eksempel demente pasienter som tidligere måtte følges eller kjøres til dagsenter, eller unge, fysisk spreke med Alzheimers sykdom som fremdeles er i stand til å ta seg turer i fjellet på egenhånd, men som ikke ville kunne gjort det uten den tryggheten som GPS 'en representerer.



E-meldinger ser også ut til å være et verktøy som de fleste har stor nytte av. E-meldinger sendes kryptert via Norsk Helsenett mellom ulike aktører i helsetjenesten. Det kan være mellom sykehuset og kommunen, eller fra hjemmesykepleien til fastlegen. (Line Melby og Ragnhild Hellesø: *Introducing electronic messaging in Norwegian healthcare: Unintended consequences for interprofessional collaboration*. International Journal of Medical Informatics 2014.)

Flere av kommunene er med i nettverk hvor målsettingen er å utvikle gode teknologiske løsninger for morgendagens omsorg. Det bygges også hele omsorgsboligkomplekser hvor teknologien er integrert del av boligen, slik som automatisk lys som slås på når den som bor der setter seg på

sengekanten, alarm på døra til urolige demente pasienter. I tillegg nevnes prosjekter hvor det utvikles dusjroboter, fallalarm, og andre teknologier som potensielt kan bidra til økt selvstendighet og raskere hjelp.

Monitører for respiratorpasienter. I en av kommunene var det fire, snart fem respiratorpasienter samlet på et omsorgssenter. Tidligere var det nødvendig å være fysisk tilstede for å kontrollere at respiratoren fungerte som den skulle. Med de nye monitørene kan sykepleierne følge med på flere pasienter på en gang. Samtidig får pasientene mulighet til å være «alene» uten at det går ut over tryggheten.

Teknologi kan på den ene siden bidra til mer selvstendighet for personer som kan ha nytte av den, samtidig som den kan frigjøre tid for personalet, og på den måten øke effektivitet. Samtidig reises det noen nye problemstillinger knyttet til behov for opplæring, individuelle tilpasninger, vedlikehold og organisering. Hvor mye personalressurser vil det kreve dersom teknologi skal tas i bruk i stort monn? Grensesnittproblemer knyttet til møtet mellom teknikken og den individuelle brukere vil kreve innsats både fra helsepersonell og teknisk personell. Fordi sykdom og hjelpebehov gjerne varierer fra dag til dag, og over tid, vil det ikke være slik at en teknologi som er tilpasset til en bruker vil være ferdig tilpasset for all fremtid. Det vil være behov for oppfølging, evaluering og justering dersom teknologien skal fortsette å være funksjonell over tid. Er det mulig å tenke at det fører til en forskyvning av oppgaver fra helseutdannede til teknisk personalet? Hva har man i tilfelle oppnådd av effektivisering og innsparing?

Fordi teknologi kan bidra til økt selvstendighet og utfoldelse, kan den også skape økt sårbarhet, som med eksemplene vi har nevnt ovenfor, der GPS muliggjør turer alene i fjellet eller på vei til dagsenteret for en personer som ellers ville være avhengig av andres velvilje. Det aktualiserer spørsmål om hvor ansvaret for beredskap skal ligge, og om hvordan det skal organiseres. Skal ansvaret for beredskap ligge hos de pårørende, eller skal det være kommunens ansvar å være klar til å rykke ut på kort varsel dersom det skjer uhell i situasjoner hvor brukeren er avhengig av teknologien, eller der teknologien svikter? Vurdering av hva som er faglig forsvarlig vil måtte gjøres på nye måter. Potensielt kan teknologibruk i omsorgssektoren bidra til å legitimere reduksjon i arbeidskraft ved at det gir nye muligheter til å definere hva som er innenfor faglig forsvarlighet.

7. Erfaringer med oppgavefordeling

Vi har hittil diskutert noen utfordringer og betingelser knyttet til oppgavefordeling mellom sykepleiere og hjelpepleiere/helsefagarbeidere/assistenter/, mellom sykepleiere og andre høgscoleutdannede profesjonsutøvere som ergoterapeuter, fysioterapeuter og vernepleiere, og mellom sykepleiere og merkantilt personale. Er det oppgaver som sykepleiere i dag ikke utfører godt nok, og som kunne vært utført bedre dersom andre aktører tok over?

La oss ta helsefagarbeiderne først. Hvilke oppgaver som utføres av sykepleiere, og hvilke som utføres av helsefagarbeidere, varierer mellom kommunene. Noen steder er oppgavefordelingen klar og tydelig, mens flere steder er oppgavefordelingen blitt til tradisjoner gjennom tilfeldigheter og knapphet på sykepleiere. Hvem som gjør hva kan variere fra vakt til vakt. Den siste løsningen fungerer til liten tilfredsstillelse for alle parter. Uklar oppgavefordeling bidrar til å individualiserer de fleste faglige utfordringer og pulveriserer ansvar. I tilfeller der kompetanse og kvalitet gjennom-syrer hele kommunens prioriteringer, ser vi at også helsefagarbeiderne fikk mulighet til spesialisering og kompetanseheving. Helsefagarbeidere som tar økt ansvar fordi forventningene til hva de kan ta ansvar for er satt i et system, vil kunne frigjøre sykepleierne til å konsentrere seg mer om oppgaver som krever sykepleiekompetanse. Tilstrekkelig grunnbemanning en nødvendig, men i realiteten sjeldent oppfylt forutsetning for å realisere ambisjoner om adekvat bruk av kompetanse og hensiktsmessig arbeidsdeling.

Rehabilitering, vedlikehold av funksjoner og samtaler om psykiske problemer er oppgaver som sykepleiere gjennom sin utdanning har forutsetning for å ivareta på et visst nivå, men det finnes spesialiserte utdannelse som kan utføre disse oppgavene på en bedre måte. Likevel er det ikke videre aktuelt å diskutere om dette er grupper som kan erstatte sykepleiere. Oppgavene må nødvendigvis veves inn i den helhetlige ivaretagelsen som sykepleiere er en vesentlig del av.

Erfaringene oppsummert er at sykepleiere i stor grad ønsker samarbeid med andre mer spesialiserte yrkesgrupper, men at tilgjengeligheten til dem kan vanskeliggjøre optimal nytte og samarbeid. I noen kommuner er for eksempel det psykiske helsetilbud organisert i en egen avdeling som ikke har jevnlig møter med resten av hjemmetjenesten, og sykepleierne i hjemmetjenesten har da liten mulighet til å samarbeid med dem. En sykepleier uttrykte en fortvilelse over situasjonen:

- Vi har behov for samarbeid med diabetessykepleier, psykiatrisk sykepleier, sosionom, ergoterapeuter og fysioterapeuter, men vi står milevis i fra hverandre. I vår kommune finnes det ikke tverrfaglig samarbeid. Jeg føler meg «lost» av og til, for det er så mye som glipper.

Tjenestene kan også være organisert som egne rehabiliteringsteam med fysio-, ergoterapeuter og sykepleiere som i liten grad involveres i det øvrige arbeidet. Dette er imidlertid problematisk fordi det reduserer muligheten for gode overganger og overføring av kunnskap mellom spesialfunksjonene og de øvrige delene av tjenestene. Dette kan i noen grad modifiseres av spesielle faglige arenaer som møter med mellom ansatte i hjemmetjenesten og spesialiserte team.

Våre fokusgruppeintervjuer peker klart på at sykepleiere ikke klarer å dekke de delene av de eldres behov som knytter seg til eksistensielle, åndelige, psykiske og sosiale behov. Dette gjelder både på institusjon og i hjemmetjenestene. I en kommune var sykepleierne klare på at dette ikke var en del

av kommunens oppgave så sant den eldre ikke hadde fått vedtak om (for eksempel) plass på dagsenter.

I flere av kommunene vi har arbeidet i i dette prosjektet, har helse- og omsorgssektoren fått pålegg om å spare flere millioner kroner over neste års budsjett. Flere steder har dagsentertilbud blitt lagt ned. Dette fører til flere udekkede behov som påvirker behovet for sykepleieres innsats, selv om det ikke nødvendigvis er slik at oppgavene overtas av sykepleiere. Men vi har lyttet til mange sykepleiere som forteller om ensomme eldre mennesker som på grunn av manglende stimuli raskt får behov for mer omfattende tjenester fra kommunen – tjenester som trolig kunne ytes bedre og billigere i form av dagtilbud som gjorde det mulig å møte andre mennesker og dermed vedlikeholde sin sosiale, psykiske og fysiske mestringsevne.

- Det er mange som trenger dagsenter som ikke får det. Det å lese avisa sammen med noen, å sette seg ned og spise sammen med noen, duften av vafler..... Mange har ikke nettverk – de er så gamle....

Dette er opplagt en oppgave mange sykepleiere i dag føler ansvar for, og forpliktelse til å bry seg om. Sykepleierutdannelsen legger stor vekt på å sosialisere studentene til å tenke helhet, til å bry seg om hele, og ikke bare deler av pasienten. Mange opplever det som ekstremt stressende å måtte vinke adjø etter fem minutter, og å vite at det var det eneste besøket den gamle fikk den dagen. Her har vi derfor å gjøre med oppgaver som med fordel kan utføres av andre grupper. Både aktiviteter på dagsenter og sykehjem, og frivillige vil kunne ha avgjørende betydning for mange eldres livskvalitet.

7.1 Frivillige

I diskusjonene om frivilliges rolle i blant annet eldreomsorgen forutsettes det ofte et motsetningsforhold mellom staten på den ene siden, og sivilsamfunnet på den andre (Lorentzen 2004). Vi har i andre sammenhenger argumentert for at denne dikotomiske tilnærmingen passer dårlig inn i den norske og nordiske konteksten. Frivillighet, slik den har vært praktisert og oppfattet i Norge er ikke å betrakte som en kontrast til det statlige/offentlige, men som en integrert del av tjenestene, og samtidig det kulturelle og organisatoriske opphavet til eldreomsorg og andre velferdsstatlige tjenester (Vike 2014, 2015) (Trägårdh 1997, 2008).

Mange av de tjenesteområdene som i dag er en del av de offentlig finansierte tjenestene i den norske velferdsstaten har sitt opphav i initiativ fra frivillige organisasjoner. Eksemplene er mange på frivillige organisasjoner som ut fra lokale behov etablerte tilbud, for eksempel til eldre, som siden ble overtatt av det offentlige (Amoako-Addo 2005, Vike 2014).

Den spesielle historiske bakgrunnen til forholdet mellom offentlig tjenesteproduksjon, frivillighet og sivilsamfunn i Norge, gjør at vi må være varsomme med å importere erfaringer fra samfunn der disse størrelsene tradisjonelt har blitt oppfattet som adskilte og motsetningsfulle. Likevel er det noen interessante funn som kan være relevante for norske forhold, dersom vi sammenlikner med forsiktighet.

Temaer som blir diskutert i internasjonal forskning dreier seg om større grad av involvering og samarbeid mellom de helseansatte og andre grupper kan bidra til bedre kvalitet på tjenestene og bedre livskvalitet for de eldre og deres pårørende – eller om det først og fremst kan bidra til å gjøre tjenestene billigere for det offentlige. Dette er i høy grad en relevant problemstilling i den norske konteksten. Forskningen som er gjort peker på en rekke utfordringer i dette samarbeidet,

blant annet knyttet til økonomi; det diskuteres hvorvidt samarbeid mellom det frivillige og offentlige faktisk fører til både bedre og billigere tjenester, eller om det kanskje fører til bedre livskvalitet og meningsinnhold i livet for de eldre, men at det ikke er mye penger å spare.

I artikkelen *Health Care and the Elderly* diskuterer David Mechanic effekten av såkalte *Health Maintenance Organizations (HMOs)* i USA (Mechanic 1989). HMO er organisasjoner som administrerer helsehjelp for individer som har behov for sammensatte tjenester, deriblant eldre. Ordningen med HMO' er finnes ikke på samme måte her, men noen av funksjonene HMO' ene har overfor disse gruppene kan sammenliknes med kommunenes rolle ovenfor sine innbyggere som har behov for sammensatte tjenester. Noe av bakgrunnen for opprettelsen var å HMO' ene var å utvikle ulike metoder for å redusere kostnader, og samtidig øke kvaliteten på omsorgen, og Mechanic beskriver oppgaven som dilemmafylt. Med forbehold om at dette ikke er direkte overførbart, vil vi likevel trekke frem noen interessante erfaringer fra dette studiet som vi ser er relevante erfaringer også for norske kommuner. En av hovedoppgavene til HMO' ene er altså å administrere tilbudet til eldre på måter som reduserer forsikringsutgifter (gatekeeperfunksjon). Flere studier viser at disse organisasjonene først og fremst rettet seg mot de eldre som hadde minst komplekse behov fordi det gir de beste økonomiske resultatene. De som har størst behov faller utenfor. I teorien skulle de organisere tilbud til de eldre som besto av både medisinske og sosiale behov, men det er de medisinske behovene som prioriteres.

- Too often technical, medical procedures substitute for carefully listening to patient, assisting them to overcome loneliness, isolation, and depression, and helping to strengthen the social supports they require in the community. Many of the new initiatives in the health care system are motivated more by the intent to reduce cost than to improve the quality of care (Mechanic 1989:91).

Diskusjonen om frivilliges bidrag i eldreomsorgen dreier seg også om uforutsette konsekvenser, for eksempel at større ansvarsoverføring fra det offentlige til frivillige organisasjoner også kan føre til ulikhet mellom grupper av eldre. Christine Milligan viser hvordan omstruktureringer i helse- og omsorgstjenestene i Skottland har skapt endringer i den frivillige sektoren, på måter som øker forskjellene mellom eldre på grunnlag av sosiale, geografiske og helsemessige forskjeller (Milligan 1998). De sykeste ser ut til å være de som i minst grad tjener på at frivillige får et større ansvar for oppgaver i eldreomsorgen. Det forteller også sykepleiere i kommunene vi har undersøkt. Det er vanskeligst å rekruttere frivillige til innsats ovenfor de som er psykisk syke, demente eller på andre måter svært krevende, slik denne sykepleieren sier:

- Vi ser at de multisyke – det blir for voldsomt for de frivillige.

Milligan peker på fire hovedfaktorer som påvirker de frivillige tjenestene: 1) økende grad av anbud i helse- og omsorgssektoren, 2) strammere rammebetingelser for frivillig virksomhet, 3) påvirkning fra lokale myndigheter, og 4) utvikling av «The Shadow State»³ (Lake og Newman 2002, Wolch 2014).

³ Statlige omstruktureringer i form av desentralisering, privatisering og liknende prosesser fører til vekst i non profit-organisjoner som en skyggestat med økende ansvar sosiale tjenester og lokalsamfunnsutvikling. Diskuteres som et demokratisk problem blant annet i UK.

I alle kommunene vi har undersøkt forteller de ansatte at de har noe erfaring med samarbeid med frivillige aktører, men det er stor variasjon i hvordan kommunene har organisert seg for å engasjere frivillige, og i hvilke grad av involvering de ansatte har til frivillighetsarbeidet. Det er imidlertid noen utfordringer som ser ut til å gjelde i disse kommunene.

- Frivillige ønsker ikke å binde seg.
- Frivillige ønsker i liten grad individuelle oppgaver ovenfor enkeltpersoner.

Fra andre kommuner og ideelle aktører innenfor helse- og omsorgssektoren ser det ut til å være noen viktige erfaringer som angår involveringen av frivillige, og som vi kort vil nevne her:

1. Frivillig involvering krever organisering.

I kommuner og institusjoner som har lykket med å involvere frivillige, viser seg at frivillighet virkelig kan utgjøre en stor forskjell for de eldre, men det kommer ikke av seg selv. Det krever at institusjonen selv tar ansvar for å legge forholdene til rette slik at frivilligheten kan blomstre. Og det krever at noen har spesielt ansvar for dette arbeidet. Med andre ord: frivillighet kan potensielt gi mye livskvalitet til de eldre, men det må settes av ressurser og tid. Enkelte kommuner har en egen frivillighetskoordinator som arbeider i full stilling med å organisere frivilligheten. Det kan ikke overlates til de frivillige, enten de er individuelt engasjerte eller organisasjoner som driver fram samarbeidet.

2. Frivillighet må ta frivillighetens vesen på alvor.

Med det mener vi at frivillighet må være nettopp det – frivillig og basert på egen lyst. Noen av de vi har intervjuet tenker at frivillige kan bidra med å gjøre det som ikke de ansatte har tid til, for eksempel å følge til lege, eller spise sammen med de eldre. Det er utvilsomt riktig, men forutsetningen er at det er dette de frivillige faktisk har lyst til. Frivillige er ikke i et arbeidsforhold, og de forbeholder seg normalt retten til å trekke seg ut dersom de ikke finner mening og glede i det de gjør. Organiseringen av frivillige må derfor dreie seg om å finne ut hva de frivillige ønsker å bidra med, og så legge til rette for det. Enkelte kommuner og institusjoner har erfaring med å skrive kontrakt med de frivillige om hva de ønsker å bidra med, hva som er deres forpliktelse i forholdet, og hva de får i gjengjeld, ofte symbolsk «betaling» som et måltid, en flaske vin, en årlig fest eller annet som viser at de blir satt pris på.

Involvering av frivillige betyr i svært liten grad å overta oppgaver for sykepleiere. Frivillige kan ikke involveres i pleieoppgaver eller andre oppgaver som krever fagkompetanse. Frivillige overtar heller ikke sykepleierens oppgaver når det gjelder å sørge for de eldre åndelige og sosiale behov, for disse oppgavene har sykepleierne uansett ikke mulighet til å ivareta innenfor de kommunale rammene. Det betyr å bidra til bedre livskvalitet, med den indirekte effekt at mange sykepleiere får mindre dårlig samvittighet for oppgaver de selv ikke har mulighet til å ivareta.

7.2 Pårørende

På samme måte som med bruk av velferdsteknologi er det i liten grad systematiske erfaringer med involvering av pårørende å referere til blant våre informanter. De aller fleste opplever at de pårørende gjør så godt de kan, men at de selv er helt utslitte og ikke i stand til å bidra med mer. Sykepleierne vi har snakket med forteller at flere av de pårørende er på grensa til å være pasienter selv. Derfor er det i mange sammenhenger vanskelig å basere seg på de pårørende som ressurs. Andre studier viser derimot at det finnes mye forbedringspotensial når det gjelder de ansattes ansvar for

å kommunisere med de pårørende, informere dem, og gjøre dem delaktige i den daglige omsorgen. Mange pårørende føler at de er i veien, at de ikke har noen rolle å spille, eller at de har vanskelig for å finne ut hvilke rolle de kan ha etter at hjemmetjenestene er blitt involvert i dagliglivet, eller når den eldre er på institusjon (Bauer m. fl. 2009, Dunér 2010, Eika m. fl. 2014, Hertzberg og Ekman 2000, Hvalvik og Reiersen 2015).

I hvilken grad kan pårørende regnes som en gruppe som kan overta sykepleieres oppgaver? På omtrent samme måte som med de frivillige, er det lite pårørende kan overta av rent faglige oppgaver, selv om pårørende selvsagt er i en annen posisjon i forhold til den gamle, og følgelig kan gjøre oppgaver som krever mer nærhet enn det en frivillig kan. Det ser ut til å være et relativt vanlig fenomen at pårørende har større forventninger til hva hjemmetjenesten kan bidra med enn det de ansatte mener selv at de kan og skal.

- Jeg har sagt til dere i flere uker at mor må ha de øyendråpene.

Eller

- Dere må reparere døra til mora mi.

Sykepleiere forteller at oppvasken kan stå igjen til hjemmesykepleieren kommer etter at hele familien har vært på besøk. Problemet med for høye forventninger til hva hjemmesykepleien har av ansvar ser ut til å være et spesielt stort problem i innvandrerfamilier, spesielt knyttet til at pårørende ikke kjenner til hjemmesykepleie fra sitt hjemland.

I våre informanters erfaring er det ikke et hovedproblem at de har for høye og/eller urimelige forventninger. Svært mange av de pleietrengende eldre er demente, og enkelte kan for eksempel ringe sine pårørende til alle døgnets tider. Terskelen for å komme inn i kommunens tjenester er så høye at de pårørende er lettet for endelig å kunne gi i fra seg ansvar. Mange er i full jobb og/eller bor langt unna.

En forutsetning for å få til et godt samarbeid mellom kommunen og pårørende er at de har arenaer hvor de kan snakke sammen og bli kjent med hverandres muligheter og begrensninger. Et par av kommunene har innført faste møter med pårørende hvor de informerer om hva kommunen kan bidra med, hva som finnes av ulike tilgjengelige tjenester, og hva kommunen *ikke* kan bidra med. En av kommunene har utviklet et «hvem gjør hva-skjema», der den enkelte familie inngår avtale med kommunen om hvem som skal ha ansvar for å utføre hvilke oppgaver. Dette innebærer for mange pårørende å få vite at kommunen kan bidra med mer avgrensede tjenester enn de hadde forventning om. Ord og uttrykk som *realitetsorientering*, og *nedjustering av forventninger* synes å bli stadig oftere brukt.

Konsekvenser av kommunenes avgrensingspolitikk vil selvfølgelig bidra til større forskjeller mellom de som har ressurser i form av pårørende og nettverk som kan bidra, eller som har mulighet til å kjøpe seg private tjenester for å kompensere for det kommunene ikke lenger ser som sin oppgave å bidra med. Denne utviklingen kan se udramatisk ut, men det er viktig for oss å understreke at den *ikke* er forenelig med den velferdsstatlige universalismen. Dersom tjenesten blir avgjørende påvirket av status, bosted, økonomi og pårørendes vilje og evne til å stille opp, er de ikke lenger universelle slik vi definerer dette prinsippet. Konsekvensen av at universalismen undergraves er sannsynligvis utvilsomme: befolkningens oppslutning om offentlige helse- og omsorgstjenester vil svekkes avgjørende.

7.3 Psykisk helse

Det mest konkrete eksempelet på institusjonalisert oppgavefordeling i helse- og omsorgssektoren (som angår sykepleiefaglige temaer) finner vi i avgrensningen av psykisk helse som et eget tjenestoområde med eget søknadsapparat. Enheten for psykisk helse er mer eller mindre løst knyttet til de øvrige oppgavene og de øvrige teamene i det kommunale helse- og omsorgsapparatet. De som jobber her ser ikke ut til å være ridd av de samme dilemmaene som de ansatte i de ordinære tjenestene, og opplever ikke det samme kapasitetspresset som de andre delene av omsorgstjenestene, til tross for at de klart erkjenner at behovet for deres tjenester på langt nær er oppfylt. De jobber ikke i turnus på kvelder og helger, og følgelig er det de øvrige omsorgstjenestene som overtar denne pasientgruppen i de tidsrommene dersom det oppstår behov. I motsetning til i de øvrige helse- og omsorgstjenestene, er altså de som jobber med psykisk helse i stand til å kontrollere pågangen av behov som skal dekkes gjennom køordninger eller gjennom å begrense tilbudet. De psykiatriske sykepleierne forteller at brukerne tidligere kunne få oppfølging over flere år, men at dette nå er innskjerpet. Nå inngår brukerne avtaler om å motta hjelp et visst antall ganger. Det forventes en aktiv deltakelse fra de som mottar tjenestene:

- Vi stiller større krav til brukerne. At de er motiverte.

Vi oppfatter det som en svært viktig observasjon at tjenesteytere med ansvar for psykiske helsetjenester ikke i særlig grad opplever et kapasitetspress. I en av kommune vi har undersøkt forteller sykepleieren som representerer psykisk helse at det er et problem at de som jobber i hjemmetjenestene for øvrig er for dårlige til å koble inn psykisk helse når det trengs. Hun mener det skyldes at de har en så hektisk hverdag at de ikke har tid til å ta initiativ til mer tverrfaglig samarbeid som inkluderer psykisk helse.

- Vi blir lite brukt.

I en annen kommune forteller sykepleierne at terskelen for å bli henvist til psykisk helsehjelp er så høy at du må være i fare for ditt eget liv for å bli henvist. For eksempel vil det være en gyldig grunn for henvisning dersom den eldre er så forvirret at hun går ute om nettene i bare nattkjolen.

I en tredje kommune forteller sykepleierne at det ikke er mange som får avslag hos dem. Derimot er det er mange brukere som ikke får det de ønsker. De får for eksempel 10 samtaler. «Vi starter med en gang i uka, så annenhver uke, så en gang i måneden». I den samme kommunen opplever de en økning av avslag fra DPS, og pasientene blir henvist til psykisk helsehjelp. Mangfoldet av problematikk har økt også her, blant annet ved at aldersgruppen nå er utvidet til også å gjelde de som er under 18 år. Psykisk helseteam i kommunen får også henvisninger fra NAV og BUP, og mange av pasientene som får hjelp er unge med store relasjonsskader etter omsorgssvikt.

- Vi har et mangfold av problemer. Sorg, schizofreni, ettervern i barnevern.
- Vi bruker ressursene på de som trenger det mest. Vi prioriterer unge som har omsorg for barn.

Det betyr at de eldre med behov for psykisk helsehjelp må dele ressursene med nye grupper som har behov for mye hjelp, uten at kapasiteten er økt i henhold til behovet.

Likevel er altså vårt inntrykk fra alle kommunene at de som jobber med psykisk helse ikke opplever kapasitetspresset på kroppen på samme måte de øvrige omsorgstjenestene. Dette er svært interessant. Vi ser her at det er innført avgrensningsmekanismer og køordninger på tjenester som sykepleiere er ansvarlige for, og dette skiller seg avgjørende fra den grunnleggende tilgjengelighetsorienteringen de kommunale helse- og omsorgstjenestene så langt har vært preget av. Køordninger og avgrensningsmekanismer kjenner vi godt til fra sykehusene, og de er som vi vet gjenstand for stor oppmerksomhet og offentlig debatt. Avgrensningene innenfor de kommunenes psykiske helsehjelp har derimot, så vidt vi kan se, foregått uten at det har skapt offentlig debatt – til tross for at de bryter radikalt med hevdvunnen praksis og allmenn rettferdighetssans. Vi ser det som det tydeligste og mest betydningsfulle eksempelet på hvordan offentlige velferdstjenester er i ferd med å bli underlagt avgrensingsregimer med sterke innslag av behovsprøving. Dette er et avgjørende brudd på det som hittil har vært velferdsstatens udiskutable verdigrunnlag, nemlig universalismen.

8. Oppsummering

Oppgavefordeling i komplekse, kompetansekrevende arbeidsprosesser kjennetegnes som oftest av en spesifikk spesialiseringslogikk. Det innebærer i praksis at oppgaver som krever mer kompetanse enn den «ren arbeidskraft» kan utføre, skilles ut og knyttes til den delen av personellet som besitter den relevante kunnskapen. Jo mer kompetanse slike oppgaver krever, og jo flere disse oppgavene er, desto mer utvikles tendensen til at dette personellet arbeider spesialisert, det vil si primært eller bare med denne typen oppgaver. Konsekvensen er at oppgavene splittes opp og krever kompensasjon i form av koordinering og integrasjon. Derfor utvikles spesialisert kompetanse langs minst to akser samtidig: én som følger oppgavenes kompleksitet (og kunnskapsutviklingen på feltet) og en annen som følger behovet for kompensasjon og integrasjon. Den siste av disse innebærer at spesialisert kompetanse utvikles i nær relasjon til hverandre. Sykepleiefaglig spesialisering er nært knyttet til hvilke behov som spesialisering av legefunksjoner skaper. Slike prosesser utvikles i sin tur i samspill med selve arbeidsprosessen og andre typer forløp, for eksempel behovet for pasientflyt og samarbeid mellom ulike institusjoner med komplementære oppgaver som ivaretar pasienter i ulike faser. Den avgjørende drivkraften i kompetanseintensive arbeidsprosesser er som oftest et produkt av den gevinsten (i kvalitet og effektivitet) man oppnår ved å legge til rette for at den mest «krevende» (dyreste og mest teknologikrevende) spesialistkompetansen kan bli realisert. Det krever betydelige investeringer som man forventer å få avkastning for – flere pasienter blir helbredet og flere typer lidelser kan behandles. En viktig del av denne investeringen er etableringen av den omfattende infrastrukturen som er nødvendig for at den mest krevende kompetansen ikke skal sløses bort i form av venting og uvirksomhet, forstyrrende tilleggsoppgaver og så videre.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene kjennetegnes av en svært rask utvikling mot økt kompleksitet og spesialiseringsbehov. Bakgrunnen for dette er kjent, og det er ikke behov for å beskrive den her. Samhandlingsreformen er kanskje det sentrale stikkordet. Likevel er det flere avgjørende forskjeller mellom den prosessen vi beskrev ovenfor og disse tjenestene. Vår erfaring er at disse vesentlige forskjellene ofte blir oversett. Derfor vil vi legge vekt på å klargjøre dem. Dette er avgjørende for at vi skal kunne danne et realistisk bilde av vilkårene for framtidig oppgavefordeling og de strategiene som kan og bør ligge til grunn for dem. Vi (spiss)formulerer her hva vi mener med dette.

8.1 Avgrensning og absorbering

Spesialiserte arbeidsprosesser er utvetydig knyttet til avgrensingsfunksjoner. Effekten av høykompetent innsats blir spolert dersom eksterne og i prinsippet uvedkommende forhold gjør at den må brukes til andre oppgaver enn det som er hensikten. Derfor må antall pasienter kontrolleres og stilles i kø. Institusjonen må derfor ha myndighet og praktisk mulighet til å definere mengden av oppgaver som kan løses ut fra tilgjengelig spesialistkompetanse. I helse- og omsorgstjenestene er det motsatt. Mengden av oppgaver kan vanskelig avgrenses, og det er ikke tilgjengelig kompetanse, men behovene i befolkningen som er den avgjørende drivkraften. Det mest særegne ved disse tjenestene er at de har som oppgave å realisere velferdsstatlig universalisme. Alle med behov har rett til tjenester, og institusjonen har få virkemidler til rådighet for å avgrense etterspørselen.

8.2 Helhet, generalistidealer og spesialisering

Helse- og omsorgstjenestene i kommunene har i de seinere år blitt stadig mer spesialisert, men det er likevel ikke hensynet til spesialisert kompetanse som har vært hoveddrivkraften i utviklingen. Dette står i dramatisk motsetning til prosessen vi beskrev ovenfor. Spesialisingsbehovet møter sterk konkurranse fra et motsatt prinsipp, nemlig generalistidealet. Selv om enkelte funksjoner som legefunksjoner, fysioterapifunksjoner og ergoterapifunksjoner ofte blir rendyrket, forekommer det svært sjelden at de som utgjør tjenestenes kompetansemessige ryggrad – sykepleiere – opptrer som rene spesialister. Noe av grunnen til dette finner vi sykepleiefaget selv. Helhetstenking er en kjerneverdi i fagtradisjonen, og de fleste sykepleiere synes å være opptatt av at de fleste oppgaver i møtet med pasienten løses best dersom kunnskapen om pasienten er basert på fyldige sykepleieobservasjoner. Faget er sterkt relasjonelt i sin orientering. Men en langt viktigere grunn er det faktum at generalistidealene som gjør seg gjeldende blant beslutningstakere og ledere i kommunene – idealer som ofte vinner solid gjenklang i sykepleiefaget – er tilpasset det vi tidligere har kalt *kapasitetsproblemet*. Kapasitetsproblemet i kommune er en direkte konsekvens av velferdsstatlig universalisme, og er et karakteristisk og trolig unikt kjennetegn ved den norske velferdsstaten (og relativt høy grad ved den danske og svenske). Det uttrykkes ved at mengden av oppgaver som skal løses verken lett kan avgrenses eller er tilpasset den reelle kapasiteten i tjenestene. Derfor er kravet til fleksibilitet ekstraordinært stort, trolig langt større enn i noen annen del av det moderne, kompetanseintensive arbeidslivet. Av den grunn er det svært ofte et stort behov for at sykepleiere er klare til å gjøre andre oppgaver enn det de er best til. Mens spesialisering i sykehusene har utgangspunkt i at spesialistkompetansen er en knapp ressurs og en kapital som investeres, drives kommunale helse- og omsorgstjenester samtidig av et press mot å bruke all tilgjengelig arbeidskraft for å løse de mest presserende – som oftest ikke-kompetanseintensive – oppgavene. Derfor veksler sykepleiere typisk nok kontinuerlig mellom spesialistoppgaver og generelle oppgaver. Dette kan være relativt uproblematisk, men det har som oftest en rekke uheldige, uintenderte konsekvenser. Fordi denne tilpasningen er svært effektiv, er det fristende å utnytte den, spesielt når kommuneøkonomien gjør det nødvendig å «snu på krona». Det er vanlig at denne prosessen kommer ut av kontroll uten at det nødvendigvis blir lagt merke til. Sykepleier blir under slike regimer nødt til å bruke stadig mer tid på oppgaver som innebærer at den dyreste arbeidskraften brukes til å gjennomføre «trivielle» oppgaver. En annen konsekvens er at kvalitet blir et sekundært hensyn; et produkt av eventuell «ekstra» tid.

8.3 Kvalitet

Slagordet «kvalitet lønner seg» passer ikke nødvendigvis godt i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. For at kvalitet skal lønne seg, må en rekke forutsetninger være på plass. For det første må kvaliteten være gjenkjennbar. For det andre må noen være i stand til å (1) føre tilsyn med den, (2) kunne påpeke når det er unødvendig høy eller for lav og endelig (3) kunne iverksette tiltak for å gjenopprette nødvendig kvalitetsbalanse. Konkurranse og salg av tjenester gir ofte sterke incentiver til å skape en slik infrastruktur. I den typen tjenester vi snakker om her, er myndigheten til å styre ressurser på den ene siden, og erfaringen av kvalitet på den andre, svært løst koplet og i tillegg styrt av motsatte prinsipper som kommunen er pålagt å følge samtidig. Forholdet mellom ressurser, tilgjengelig kompetanse, behov og kvalitet følger derfor i realiteten helt andre prinsipper enn for eksempel i høyspesialiserte sykehus. Ressursene må avgrenses, men når behovene øker samtidig, blir kompromisset skapt i den fleksible tilpasningen og arbeidsfordelingen arbeidskollektivet skaper. Vår erfaring er at denne prosessen i oppsiktsvekkende liten grad faktisk er styrt av politiske vedtak og ledelsesstrategier. Det er trolig en viktig grunn til at kritiske diskusjoner om

kvalitet som oftest er svakt utviklet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Konsekvensen for det opplevde behovet for økt kompetanse er omfattende. Spesialisert kompetanse framstår som «dyr» i møtet med det overveldende behovet for å møte kapasitetspresset, spesielt fordi den truer med å redusere fleksibiliteten. I normativt orienterte samtaler om behovet for økt kompetanse og spesialisering ser man påfallende ofte bort fra denne praktiske sammenhengen.

8.4 Fleksibilitet, kvalitet og spesialisering

Spørsmålet hva som er de mest hensiktsmessige oppgavene for henholdsvis sykepleiere og annet personell støter altså mot en gjenstridig kommunal virkelighet – en virkelighet som er tett knyttet til den velferdsstatlige universalismen vi omtalte ovenfor. Derfor mener vi at et realistisk perspektiv på oppgavefordeling må ta utgangspunkt i det vanskelige forholdet mellom fleksibilitet, kvalitet og spesialisering.

Tre fundamentale premisser må tillegges særlig vekt. Det er for det første et utvetydig faktum at tjenestene står overfor et massivt behov for spesialisering. Stadig flere oppgaver krever langt høyere kompetanse enn før. For det andre er det like klart at hovedtyngden av den kompetansen som trengs er sykepleiefaglig. Selv om andre faggrupper er uhyre viktige og trolig vil måtte utgjøre en relativt større andel av kompetansen i framtida, er det sykepleiefaglige oppgaver det er desidert størst knapphet på. For det tredje viser våre funn at mange kommuner i dag har en så lav andel sykepleiere i tjenestene at de ikke på noen måte kan løse oppgavene med en god nok kvalitet.

Vi har imidlertid samtidig observert et annet, interessant fenomen: kommuner som har kommet over en kritisk terskel av sykepleiefaglig kompetanse løser oppgavene sine med langt større kvalitet og effektivitet enn kostnadene denne investeringen skulle tilsi. I denne forstand er det ingen tvil om at det lønner seg å investere i kvalitet. I de kommunene som ikke har nådd denne kritiske terskelen har vi ikke sett overbevisende argumenter for at den rådende situasjonen er akseptabel. Derimot har vi møtt generelle henvisninger til svak kommuneøkonomi og samtidig et uttrykt ambisjon blant ledere om å redusere forventningene til den kvaliteten kommunen kan yte.

En kompetansedekning som består av minst 40% høgskoleutdannede (et anslagsvis tall) gir ikke et brukbart utgangspunkt for bedre kvalitet via økt spesialisering. Under slike omstendigheter er det likevel mulig å omrokere en del oppgaver og styrke tjenestene med mer hensiktsmessig bruk av den eksisterende kompetansen, og selvsagt styrke frivilliges bidrag, men mer ambisiøse tiltak vil nødvendigvis primært måtte innebære å flytte kompetansen rundt. Styrket kvalitet i noen tjenester vil nødvendigvis måtte redusere kvaliteten i andre. Vi tar her hensyn til det faktum at sykepleierens rolle i de kommunale helse- og omsorgstjenestene ikke er rollen som faglige «bestillere» som utformer en standard som andre, mindre utdannet personell får i oppdrag å utføre. I Norge er det hevdvunnen tradisjon for at sykepleiere er sterkt delaktige i de fleste tjenester og de fleste brukerne. Selv om mye kunne oppnås dersom de i større grad fikk anledning til å opptre som faglige ledere og koordinatører, er denne typen funksjoner helt avhengig av at de er delaktige nok i det daglige arbeidet til at de har intim kunnskap om hva de eventuelt leder. Uansett er det helt urealistisk at de kan ta en slik rolle i regimer der sykepleiere er alene «på vakt» og der tjenestene i deler av uka utføres helt uten sykepleiefaglig kompetanse til stede. Flere sterke argumenter støtter denne antakelsen, og flere av den knytter seg til ansvar. Kvalitet i helse- og omsorgstjenestene hviler i eksepsjonelt høy grad på at alle arbeidstakere som jobber med pasienter ikke bare tar direkte ansvar for pasienter i møte med dem, men også at de følger godt nok med til at de oppdager ansvar som av en eller annen grunn *ikke* blir tatt, og følger det opp. Faren for «ansvarsoversvømmelse»

er større her enn i andre deler av arbeidslivet, og forhold som skaper unntak fra normale og stabile bemanningssituasjoner er mange – på samme måte som forhold som endrer behov blant pasienter er det. Under slike betingelser er det en avgjørende fordel å ha nok faglig kompetent personale som oppfatter seg som faglig og moralsk forpliktet av en innforstått kvalitetsstandard. «Hemmeligheten» er at det skapes uformelle forpliktelser som er sterke nok til at arbeidsfellesskapet kan håndtere en rekke uforutsette situasjoner uten at evnen til å ta ekstra ansvar forvitrer.

Flere av våre informanter understreker at en vesentlig effekt av høy kompetanse er at arbeidsmoralen stiger. Gjensidige forventninger virker da langt sterkere.

8.5 Strategiske tiltak

En viktig konklusjon i vårt arbeid er at dersom kvalitetshensynet skal tas på alvor i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i Norge i tiden framover, er dagens tilgjengelige kompetanse for lav. Den effektiviteten alternative former for arbeidsfordeling vil gi, vil nødvendigvis gå tapt i form av redusert kvalitet. Men dersom en slik økt satsning blir realisert, sannsynliggjør vårt materiale at en rekke interessante ting kan gjøres med det sannsynlige resultat at effektivitet og kvalitet økes samtidig. Vi ser denne tendensen klart uttrykt på alle områdene vi har undersøkt. Her er noen eksempler:

- Samarbeid med andre faggrupper gir ofte dramatisk økt kvalitet. Når sykepleiere og ergoterapeuter inngår i team for å legge til rette for hjelp til selvhjelp, vinner man mye på en gang. Dersom disse faggruppene arbeider hver for seg fordi det mangler kompetent personell som kan sikre kontinuitet, forsvinner ikke bare gevinsten; store ressurser (og kvalitet) går tapt i forsøk på å kompensere for dårlig koordinering.
- Å ta i bruk velferdsteknologi for å øke pasienters selvstendighet og livskvalitet framstår som en attraktiv mulighet på stadig flere områder. Men oppgaven med å ivareta ansvaret som følger med, krever i de fleste tilfeller høy helsefaglig kompetanse. Sårbarheten øker som oftest dramatisk, og det krever at økt bruk av teknologiske hjelpemidler støttes av en infrastruktur som kan møte de behov som oppstår når situasjoner endrer seg blant brukere som normalt befinner seg utenfor synsranden.
- Frivillige og pårørende representerer et stort potensial i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette gjelder særlig brukernes livskvalitet. Men en avgjørende forutsetning for å realisere dette potensialet er at det finnes spesialiserte funksjoner som kan koordinere deres innsats sammen med dem. Det er viktig å være klar over at deres innsats ikke primært er å betrakte som et tilskudd og en avlastning, men et bidrag som øker kompleksiteten og ansvaret i tjenestene betydelig. All erfaring tyder på at suksesshistoriene på dette området har bakgrunn i at betydelige ressurser og kompetanse blir avsatt til å vende institusjonen mot komplekse, planleggingskrevende oppgaver som kommer i tillegg til de (langt mer interne og ofte uformelt koordinerte) oppgavene som allerede er til stede. Men erfaringen viser samtidig at kvalitetsgevinsten er vanskelig å overvurdere.
- Å overlate oppgaver til merkantilt personale viser seg i denne undersøkelsen overraskende ofte å være lite attraktivt i sykepleiernes øyne. Mange mener det simpelthen skaper merarbeid. Dette kan oppfattes som et symptomatisk perspektiv. Forutsetningen synes å være at merkantilt arbeid og koordinering faktisk i praksis krever en systematisk kunnskap av mer sykepleiefaglig (eller annen) art som gjør at «vinninga går opp i spinninga». De tar da

tilsynelatende ikke hensyn til at slike barrierer trolig kunne vært løst relativt enkelt dersom det merkantile personellet for eksempel fikk rutinemessig orientering og oppdaterte lister. Vår erfaring er at denne typen perspektiver uttrykker sykepleieres og andres erfaring av sin arbeidshverdag som i liten grad planstyrt, men mer styrt av akutte behov.

Selv om behovet for spesialisering av sykepleiefaglig og annen kompetanse er åpenbart og allment erkjent, foreligger det (fortsatt) sterke barrierer mot at kommunene kan eller vil ta konsekvensen av det. I skarp motsetning til alle andre deler av det moderne, kompetanseintensive arbeidslivet er det atskillig motvilje mot å investere i økt kompetanse – selv om behovet kan være tydelig erkjent. Få kommuner stimulerer til systematisk kompetanseoppbygging, og det er helt vanlig å møte sykepleiere med spesialistutdannelse som verken får adekvate arbeidsoppgaver eller lønnskompensasjon. Innsikten vi kan trekke ut av dette burde være åpenbar: kommunenes evne og vilje til å investere i en mer robust helse- og omsorgssektor er i mange tilfeller så begrenset at de ikke engang utnytter kompetanse de nærmest har fått gratis. Fra et kommunalt synpunkt kan økende spesialisering nok være helsefaglig ønskelig, men oppfattes i realiteten som styringsmessig og økonomisk truende. Til alt hell disponerer de et helsefaglig personale som så langt har latt seg tilpasse generalistbehovet, og som har vært forsiktig med å følge kvalitetsidealer på den måten som for det øvrige helsevesenet nærmest har vært selvsagt og derfor ukontroversielt.

Som vi var inne på ovenfor, er det også sterke sykepleiefaglige argumenter som taler mot spesialiseringstiltak som setter helhet og kontinuitet i fare. I en av kommunene vi har arbeidet i dette prosjektet har de interessante erfaringer fra spesialiseringseksperimenter. For noen år tilbake ønsket man å styrke sykepleiefaglige funksjoner i tjenestene og satset på fagsykepleiere som gikk «i pool», altså utenfor turnus. Deres oppgave var å kvalitetssikre tjenestene ved å drive faglig ledelse, noe opplæring og systematisk kvalitetssikring og spesialiserte oppgaver. Ordningen hadde enkelte fordeler, slik våre samtalepartnere i kommunen ser det, men ulempene var flere. Hovedproblemet var at disse faglederne ikke ble skikkelig integrert i tjenestene de skulle lede; de ble i for stor grad stående utenfor og fikk ikke nær nok kunnskap til arbeidsprosessene og pasientene til at de kunne utnytte sin rolle på en måte som ble oppfattet som praktisk hensiktsmessig. Trolig er det mye å lære av dette forsøket. Når spesialiserte sykepleiere og andre høgskoleutdannede grupper nødvendigvis må få en viktigere rolle å spille i framtidens helse- og omsorgstjenester, vil det trolig være en stor fordel om de er så tett på primærtjenestene som overhodet mulig. Løsningen man trolig bør søke vil bestå av strategier som forener dette med frigjort tid til å utføre spesialistoppgaver etter behov, både planlagt og akutt.

8.6 Konklusjoner

I denne rapporten har vi diskutert oppgavefordeling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene med utgangspunkt i et empirisk materiale. Våre funn og vår diskusjon må ses på bakgrunn av det vi kan kalle «den stille revolusjonen» i samtidens norske velferdsstat: den såkalte «Samhandlingsreformen». Sykepleiere vi har intervjuet forteller om en massiv økning i mengden av oppgaver. Enda mye viktigere enn mengden er imidlertid kompleksiteten og den voldsomme økningen i kompetansebehovene og former for ansvar som har fulgt med. Sykepleieres erfaring er i hovedsak at i den grad de har lyktes med å holde tritt med de nye, store utfordringene, skyldes dette i all hovedsak at de jobber mer intenst og mer fleksibelt enn før. Samtidig har alle kommunene økt og forsterket den samlede kompetansen i tjenestene. Likevel vurderes kompetansen og antall ansatte jevnt over som for liten.

Samhandlingsreformen danner en viktig bakgrunn for denne undersøkelsen fordi den representerer en dramatisk endringsprosess som institusjonene som har ansvaret for å håndtere den, knapt var forberedt på. Diskusjonen om oppgavefordeling foregår derfor i en veldig spesiell kontekst. Ansatte i helse- og omsorgskommunene jobber intenst med å forsøke å respondere på effekter som allerede har inntrådt. Vår hovedkonklusjon er at den kompetansen og det personell som trengs for en god diskusjon om hvordan god arbeidsfordeling burde se ut, på langt nær er til stede. Sykepleieres tilpasning er ikke primært et resultat av nennsom og solid planlegging, men mer en pragmatisk (og i noen sammenhenger nærmest desperat) tilpasning til en påført situasjon. Det er relevant å peke på at allerede lenge før Samhandlingsreformen (2012) var sykepleiere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene involvert i en omfattende prosess med å påta seg ikke-sykepleiefaglige oppgaver som annet personell tok seg av før de ble effektivisert bort, framfor alt «husmor»-, vaktmester- og mer eller mindre merkantile koordineringsfunksjoner. Dersom rasjonell, planlagt arbeidsfordeling skal kunne realiseres i praksis, må derfor mye grunnlagsarbeid gjøres først. Samhandlingsreformen har trolig ført til den mest omfattende overføring av ansvar i den moderne norske velferdsstatens historie, samtidig som satsingen på økt kompetanse har vært ytterst moderat. Nå er det framfor alt oppgaver leger og sykepleierspesialister tidligere utførte på sykehus sykepleiere i de kommunale hjemmetjenestene overtar i massiv skala.

Et annet premiss vil legge spesiell vekt på i konklusjonen, er at sykepleierrollen i framtida må bestå av et *særskilt* kompromiss mellom generalist- og spesialistorientering. Vi legger vekt på «særskilt» fordi dette kompromisset knapt ligner på andre profesjonsutøveres, kanskje med unntak av lærere. Lærere må nødvendigvis ha bred kjennskap til sine elever dersom ansvaret de har for deres opplæring skal gi mening, og det begrenser hva som kan delegeres til andre. Samtidig må de være spesialister i relasjon til de samme elevene. Sykepleiere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene har behov for mye mer spesialisert kompetanse enn de i dag besitter, men kan i svært begrenset grad jobbe som spesialister i de strenge betydningen av ordet – og de som eventuelt kan det, vil uansett være et lite mindretall.

Vi går tilbake til spørsmålene vi stilte innledningsvis:

1. Hvilke oppgaver blir i dag ikke utført godt nok – og som kunne blitt utført bedre dersom de hadde blitt utført av andre?
 - Ergo- og fysioterapeuter har en åpenbar rolle å spille. De utfyller sykepleiere og kan overta en del oppgaver, men må uansett jobbe i tett kontakt med sykepleiere.
 - Andre oppgaver kan med fordel overføres til andre – uten den at begrunnelse at de ikke utføres godt nok. Problemet er snarere at disse oppgavene ikke har noe med sykepleiefaglig kompetanse å gjøre, men er overført til dem fordi beslutningstakere har antatt at de sparer penger på det.
2. Er det muligheter for å fordele fremtidige oppgaver og ansvar annerledes, gjennom for eksempel bruk av teknologi i helsetjenesten i kommunene?
 - Velferdsteknologi kan som sagt komme til å bety svært mye for denne typen tjenester framover, og kan bidra til å dempe ressursbehovet. Det er imidlertid viktig å huske den store gevinsten den kan gi, framfor alt har med livskvalitet å gjøre. For at den skal bli realisert, må teknologien omgis med en beredskapsmessig infrastruktur. Den økte autonomien brukere kan realisere, vil være avhengig av at noen – på faglig grunnlag – kan vurdere om endringer i relasjonen mellom brukeren og teknologien

som gir ham/henne økt autonomi er relevant. Dette er en karakteristisk sykepleiefaglig vurdering (eventuelt en vernepleiefaglig eller ergoterapeutisk). Den avgjørende forskjellen teknologien utgjør er at den sykepleiefaglige kompetansen primært blir en beredskapsfunksjon. Velferdsteknologien bidrar trolig i liten grad til å endre helse- og omsorgstjenestenes grunnleggende struktur, selv om den på avgjørende måter kan endre ressursbruk, livskvalitet og ansvars- og maktrelasjoner.

- Frivillig innsats fortjener spesiell oppmerksomhet i denne sammenhengen. På grunnlag av intervjuene vi har gjennomført i dette prosjektet, samt ny kunnskap fra andre prosjekter vi nylig har gjennomført på dette området, har vi grunn til å slå fast at frivillig innsats kan bety vesentlige bidrag til de kommunale helse- og omsorgstjenestene i framtida. Som vi har sett er sykepleieres erfaring jamt over at til tross for at «sosiale og åndelige behov» er en del av lovpålagte forpliktelser helsepersonellet har, er det stort sett helt urealistisk å tro at det kan følges opp i praksis. Det betyr at andre må bidra på dette området, og det er mange gode grunner til at frivillige kan fylle vesentlige behov her. Samtidig er det viktig å understreke at frivillig innsats trolig primært kan bety vesentlige heving av livskvalitet, og sannsynligvis ingen vesentlig kapasitetsavlastning. Erfaringen fra kommuner som lykkes virkelig godt i å mobilisere frivillig innsats er at det er behov for betydelige ressurser for å administrere den. Det er flere gode grunner til dette, men det ligger utenfor rammene for denne rapporten å diskutere disse i større detalj.
3. Hva er forutsetningene for at man skal kunne fordele oppgavene annerledes? Hvilke mål må være de primære, hva er de organisatoriske og kompetansemessige forutsetninger, og hvilke etiske betraktninger må gjøres?
- Vi har argumentert for at utviklingen av den rådende oppgavefordelingen i de kommunale helse- og omsorgsoppgavene ikke i særlig grad har skjedd ut fra krav om at grunnleggende organisatoriske, kompetansemessige og etiske forutsetninger må være på plass på forhånd. Tjenestenes fundamentale kjennetegn er at de formes ut fra premisser som legges andre steder, og at deres primære funksjon er å absorbere ansvar uten store ekstra kostnader. Som vi har forsøkt å vise i denne rapporten, er det et stort behov for å rette langt større oppmerksomhet mot disse forutsetningene enn det som så langt har blitt gjort.
 - Målene må framfor alt knyttes til kvaliteten på tjenestene. Dette gjøres selvsagt i dag også, men det store behovet for endring på dette området dreier seg om rangeringen mellom kvalitet og ressurser. Dersom kvalitet er en absolutt referanse, settes de nødvendige ressurser og kompetanse inn for å realisere den – uten henvisning til at det er praktisk vanskelig. Det er neppe en overdrivelse å hevde at de praktiske utfordringene (manglende kompetanse og personell, og dårlig økonomi) har en helt spesiell tendens til å framstå som noe i likhet med naturlover i helse- og omsorgssektoren. Dette synes å skape en sterk pragmatisk innfallsvinkel til kvalitet: den er ønskelig å realisere, men ikke helt realistisk.
 - Vår erfaring er at kompetanseplanlegging er i oppsiktsvekkende liten grad knyttet til de reelle behovene som Samhandlingsreformen faktisk har skapt. I mange kommuner er det vanlig at selv ledere ikke vet hvor stor andel sykepleiere tjenestene rår over. Dette er ikke nødvendigvis overraskende, siden andelen sykepleiere, deres kompetanse

og deres kompetanse incentiver viser seg å være tettere knyttet til betraktninger om hva kommunen ser seg råd til enn det den faktisk har behov for.

- De etiske dimensjonene ved dette problemkomplekset er svært utfordrende, men det er forholdsvis enkelt å identifisere dem. De dreier seg i liten grad om at eventuelle nye former for oppgavefordeling vil forskyve grenser som innebærer at kompetanse, intervensjon og ansvar koples fra hverandre på måter som kan true kvalitet og brukers helse. Vi vil selvsagt ikke se bort fra at dette eventuelt kan komme til å bli relevant i noen grad, men innenfor den horisonten vi opererer i her og nå, handler de etiske problemstillingene om kvalitetsutfordringer som allerede er akutte og direkte resultat av manglende kompetanse og personell.

Samhandlingsreformen har etter vårt syn skapt et fundamentalt dilemma i den norske velferdsstaten. Den har i løpet av svært kort tid ført til en voldsom oppgaveoverføring mellom andrelinje- og førstelinjetjenestene. Et viktig resultat er at det eksisterer en omfattende mangel på sykepleiefaglig kompetanse i de aller fleste norske kommuner. Å vurdere oppgavefordeling er derfor vanskelig uten samtidig å ha med forutsetningen om at avstanden mellom situasjonen her og nå på den ene siden, og et faglig, organisatorisk og produktivetsbasert forslag til rasjonell arbeidsdeling på den andre, er veldig stor. Problemet i dag er som sagt først og fremst en svært alvorlig mangel på kompetanse, framfor alt av sykepleiefaglig art. Videre har vi argumentert for at den kompetansen som finnes, brukes i svært høy grad på måter som svekker så vel kvalitet som effektivitet. Forsøket på å bruke sykepleiere som generell arbeidskraft har vært utvetydig mislykket, og prisen norske kommuner betaler er høy.

9. Referanser

- Haukelien, H., Vike, H. og Bakken, R. (2009). *Kompetanse og faglig infrastruktur i helse- og omsorgstjenestene. Evaluering av prosjektet Etter- og videreutdanning i kommunehelsetjenesten*. (EVUK). Rapport, b. nr. 252. Bø: Telemarksforskning.
- Vike, H., Haukelien, H., Bakken, R. og Løyland, K. (2004). *Kvinnelig bemanning. Om vilkårene for faglighet og kvalitet i pleie- og omsorgsyrkene*. Oslo: Norsk Sykepleieforbund.
- Amoako-Addo, Y. (2005). *The Role of Voluntary Organizations in the Care of the Elderly in Norway*. Journal of Aging & Social Policy, 2005
- Bauer, M., Fitzgerald, L., Haesler, E. og Manfrin, M. (2009). *Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practice? A review of the evidence*, 18. Oxford, UK.
- Bruun Wyller, T., Haukelien, H., Engebretsen, L. S. og Aakre, M. (2014). *Senger til alle!* Tidsskriftet Sykepleien, 2014
- Dale, B. og Hvalvik, S. (2013). *Administration of care to older patients in transition from hospital to home care services: Home nursing leaders' experiences*. 2013
- Duner, A. (2013). *Care planning and decision-making in teams in Swedish elderly care: A study of interprofessional collaboration and professional boundaries*. Journal of Interprofessional Care, 2013, Vol.27(3), p.246-253, 3/2013
- Dunér, A. (2010). *Motives, experiences and strategies of next of kin helping older relatives in the Swedish welfare context: a qualitative study*. International Journal of Social Welfare, 1/2010
- Eika, M., Espnes, G. A., Söderhamn, O. og Hvalvik, S. (2014). *Experiences faced by next of kin during their older family members' transition into long-term care in a Norwegian nursing home*. Journal of Clinical Nursing, 15-16/2014
- Ericson-lidman, E., Norberg, A., Persson, B. og Strandberg, G. (2013). *Healthcare personnel's experiences of situations in municipal elderly care that generate troubled conscience*. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2/2013
- Evertsson, P. og Rosengren, K. (2014). *Political experiences of changing the focus in elderly care in one municipality*. Journal of Nursing Management, 2014
- Google, C., L., Parham, I., A., Cotter, J., J., Welleford, A., E. og Netting, E., F. (2005). *A Professional Development in Geriatric Interdisciplinary Teamwork: Implications for Managed Care and Quality of Care*. The Journal of Applied Gerontology, No.2/2005
- Haukelien, H., Vike, H. og Bakken, R. (2009). *Kompetanse og faglig infrastruktur i helse- og omsorgstjenestene. Evaluering av prosjektet Etter- og videreutdanning i kommunehelsetjenesten*. (EVUK). Rapport, b. nr. 252. Bø: Telemarksforskning.
- Haukelien, H. (2013). *Omsorg og styring. Kjønn, arbeid og makt i velferdskommunen.*: Universitetet i Bergen, Institutt for sosialantropologi.

- Helsedirektoratet *Helsepersonelloven med kommentarer*. Oslo: Helsedirektoreatet.
- Hertzberg, A. og Ekman, S. I. (2000). 'We, not them and us?' *Views on the relationships and interactions between staff and relatives of older people permanently living in nursing homes*. Journal of Advanced Nursing, 3/2000
- Hjelmbrekke, S., Løyland, K., Møller, G. og Vardheim, I. (2011). *Kostnader og kvalitet i pleie- og omsorgssektoren*. TF-rapport, b. nr. 280. Bø i Telemark: Telemarksforskning.
- Hvalvik, S. (2013). *Nurses' Experiment of Caring for Older Persons in Transition to Recieve Homecare: Being Somewhere in Between Competing Values*. Hindawi Publishing Cooperation. Nursing Research and Pracice, 2013
- Hvalvik, S. og Reiersen, I. Å. (2015). *Striving to maintain a dignified life for the patient in transition: Next of kin's experiences during the transition process of an older person in transition from hospital to home*. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 2015
- Janssen, B. M., Snoeren, M. W. C., Van Regenmortel, T. og Abma, T. A. (2015). *Working towards integrated community care for older people: Empowering organisational features from a professional perspective*. Health policy, 1/2015
- Josefsson, K., Hansson, M. og Josefsson, K. (2011). *To lead and to be led in municipal elderly care in Sweden as perceived by registered nurses*. Journal of Nursing Management, 4/2011
- Lake, R., W. og Newman, K. (2002). *Differential citizenship in the shadow state*. Geojournal, 2002
- Lorentzen, H. (2004). *Fellesskapets fundament: sivilsamfunnet og individualismen*. Oslo: Pax.
- Ludvigsen, K. og Danielsen, H. (2014). *Ny oppgavefordeling mellom personellgrupper i helse- og omsorgssektoren: veien å gå for å sikre framtidens velferdstjenester?* Rapport (Uni Research Rokkansenteret), b. 2-2014. Bergen: Uni Research Rokkansenteret, Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier.
- Mechanic, D. (1989). *The Quality of Aging: Strategies for Interventions*. American Academy of Political and Social Science, 1989
- Milligan, C. (1998). *Pathways of dependence: the impact og health and social care restructuring - The voluntary experience*. Soc. Sci. Med., 6/1998
- Stolt, R. og Jansson, P. (2006). *Den privata äldreomsorgsmarknaden: etablering, utveckling, konkurrens*.
- Stolt, R. og Winblad, U. (2009). *Mechanisms behind privatization: A case study of private growth in Swedish elderly care*. Social Science & Medicine, 5/2009
- Stolt, R., Blomqvist, P. og Winblad, U. (2011). *Privatization of social services: Quality differences in Swedish elderly care*. Social Science & Medicine, 4/2011
- Trydegård, G.-B. (2012). *Care work in changing welfare states: Nordic care workers' experiences*. Social, Behavioural and Health Perspectives, 2/2012

Trägårdh, L. (1997). *Statist Individualism: On the Culturality of the Nordic Welfare State*. I: Sørensen, Ø. og Stråth, B. (red.) *The Cultural construction of Norden*, s. XII, 315 s. Oslo: Scandinavian University Press.

Trägårdh, L. (2008). *Det civila samhällets karriär som vetenskapligt och politiskt begrepp i Sverige*. Tidsskrift for samfunnsforskning, 2008

Vike, H., Haukelien, H., Bakken, R. og Løyland, K. (2004). *Kvinnelig bemanning. Om vilkårene for faglighet og kvalitet i pleie- og omsorgsyrkene*. . Oslo: Norsk Sykepleieforbund.

Vike, H. (red.). (2014). *Folkestyre og forvaltning: Det offentlige Telemark*. Telemarks historie. Oslo: Fagbokforlaget.

Vike, H. (2015). *Likhetens natur*. Norsk Antropologisk tidsskrift, 1/2015

Wolch, J. (2014). *The Power of Geography (RLE Social and Cultural Geography): How Territory Shapes Social Life*. Hoboken: Taylor and Francis.