

Organisering av hjemmesykepleien – ulike utfordringer

Hjemmesykepleien fikk en mer omfattende rolle i helse- og omsorgssystemet etter innføringen av Samhandlingsreformen i 2012 (1), og en økende eldre befolkning med sammensatte og komplekse lidelser medfører større behov for hjemmesykepleietjenester (1, 2, 3). Antallet eldre, fra 67 år og over, forventes å øke fra dagens 900 000 til 1,4 millioner i 2050 (2).

Innledning

Samtidig som antallet eldre øker i Norge, er det stor mangel på helsepersonell, og i 2035 vil det mangle 28 000 sykepleiere og 18 000 helsefagarbeidere, og innen 2060 vil tallene dobles (4). Kartlegginger viser at omtrent fire av ti ufaglærte både i hjemmetjenesten og sykehjem har utdanning på nivå med ungdomsskolen. Et lavt utdanningsnivå er urovekkende fordi pasienter skrives ut fra sykehusene når de er utskrivningsklare, men ikke ferdig behandlet (1, 3). Det er et politisk mål at eldre skal bo hjemme lengst mulig og samtidig oppleve trygghet i egne hjem (5, 6). Dette setter press på hjemmesykepleien som møter utfordringer på grunn av utilstrekkelig satsning og mangelfull tilrettelegging når det gjelder kompetanse, kapasitet og effektivitet (7, 8). Hjemmesykepleien, ryggraden i omsorgstjenesten, står overfor store utfordringer og det er behov for omstilling dersom tjenesten skal klare å møte nå- og fremtidens behov for omsorgstjenester (9). *I denne artikkelen søker vi å belyse hvilke utfordringer helsepersonell i hjemmesykepleien erfarer i forbindelse med økende antall hjemmeboende eldre med stadig mer komplekse omsorgsbehov, og hvordan disse utfordringene kan imøtekommes.* Hensikten er å synliggjøre helsepersonells kunnskap/forståelse om hvilke endringer som kan bidra til å gjøre hjemmesykepleien bedre i stand til å møte et økende omsorgsbehov.

Både hjemmesykepleien og sykehjem opplever stor mangel på sykepleiere og det er en klar sammenheng mellom mangel på sykepleiere og kvalitet på grunnleggende sykepleie (1). Det fremkommer videre at det er en sterk sammenheng mellom rekrutteringsproblemer og arbeidsmiljøet i syke-

hjem og hjemmesykepleien (10). Husebø (11) påpeker at ansatte i hjemmetjenesten ikke blir tilstrekkelig ivarettatt fordi tilretteleggingen i brukernes hjem er utilstrekkelig. Samtidig viser forskning at ansatte arbeider mer enn de skal, men at de skjuler arbeidsmengden fordi de er urolige for reprimander fra arbeidsgiver (10). Hjemmesykepleiens utfordringer knyttet til mangel på kompetanse og bemanning har bidratt til at oppmerksomheten rettes mot teambaserte tjenestemodeller, og det pågår flere forsøk med tverrfaglige team i Norge. Et av disse er prosjektet HeltOm i Bergen, der det søkes å øke samhandling mellom ulike faggrupper knyttet til hjemmebaserte tjenester. I prosjektet er hjemmesykepleiens tradisjonelle organisering i avdelinger erstattet av fagteam som er inndelt i omsorgs- og helsetjenesteteam (12).

Kontekst

Det er ulike former for organisering av den kommunale hjemmesykepleien i Norge. Dette som følge av at det kommunale selvstyret åpner opp for lokale tilpasninger basert på utfordringer og behov i den enkelte kommune. I vår undersøkelse inngår to kommuner som er lokalisert i samme region. Begge kommunene er politisk styrt etter formannskapsmodellen. Kommune en har ca. 25 000 innbyggere og kommune to har 22 000 innbyggere. Ifølge helse- og omsorgsplanene i begge kommunene skal hjemmesykepleien være organisert slik at det legges til rette for tverrfaglig samarbeid både innad og mellom første- og andrelinjetjenesten. Begge kommunene arbeider ut fra en bestiller-utfører-modell i hjemmesykepleien (9). Det er en egen organisatorisk enhet som tildeler tjenester til pasienter som

FAKTA

Bente Lilljan Lind Kassah*, Professor emerita, Institutt for barnevern og sosialt arbeid, UiT Norges Arktiske Universitet

Hilde Nordahl-Pedersen*, Førstelektor, Handelshøyskolen, UiT Norges Arktiske Universitet

Wivi-Ann Tingvoll*, Dosent emerita, Institutt for helse- og omsorgsfag, UiT Norges Arktiske Universitet

*angir likeverdige forfattere

trenger lovpålagte pleie- og omsorgstjenester. Når bestiller-enheten har vurdert og fattet et vedtak blir vedtaket sendt over til hjemmesykepleien som skal utføre tjenestene (13). Hjemmesykepleien har ansvaret for at de tjenester som pasientene har rett og krav på følges opp, og at kvaliteten på tjenestene utføres i henhold til lovmessige, faglige og etiske krav (14).

Hjemmesykepleien i kommune en er organisert i tre soner med hver sin avdelingsleder som har personalansvar og en faglig leder. Sonene har selvstendig ansvar for den daglige drift med hensyn til personell, fag og økonomi og rapporterer til en enhetsleder, som samordner og rapporterer videre til kommunal sjef innen helse- og omsorg.

I kommune to er hjemmesykepleien delt inn i fire avdelinger med hver sin avdelingsleder, som har ansvar for daglig drift når det gjelder personell, fag og økonomi. For å koordinere og samordne tjenestene i de fire avdelingene er det ansatt en driftskoordinator. Kommunal helse- og omsorgssjef er overordnet leder for hjemmesykepleien.

Alle kommuner har egen database, VAR, som inneholder kunnskapsbaserte faglige prosedyrer på de ulike områdene som hjemmesykepleien skal ivareta og VAR er beslutningsstøtte for de ansatte.

Teoretisk tilnærming

Begrepet formell struktur refererer til hvordan ulike roller og arbeidsoppgaver i organisasjonen

fordeles og koordineres (15). Rollen som leder er sentral i organisasjoner og det er enighet om at utøvelse av ledelse er en prosess der en søker å påvirke andre menneskers tenkning, holdning og atferd for slik å motivere til innsats for å nå felles mål (16). I hjemmesykepleien kjennetegnes lederes handlingsrom av komplekse arbeidsoppgaver, kompetansemangel og knappe ressurser, noe som gjør det utfordrende å ivareta forsvarlig helse- og omsorgsarbeid. New Public Management (NPM) ble innført i kommunene for å effektivisere offentlig sektor (17). Innføring av bestiller-utfører modellen (BUM) i helse- og omsorgstjenesten er et ledd i markedstenkningen som ligger til grunn for NPM, og medførte et skille mellom myndighetsutøvelse/forvaltning og tjenesteutøvelse (17, 18). I mange kommuner ble det opprettet tildelingskontor som fikk ansvar for å tildele tjenesteytende omsorgs tiltak til den enkelte pasient i hjemmesykepleien. Hjemmesykepleien gjennomfører tjenester på bakgrunn av tildelingskontorets vedtak, der tidsbruk hos den enkelte pasient er spesifisert. Lederes handlingsrom i hjemmesykepleien formes slik av politiske beslutninger og lovverk, hierarkisk oppbygning, samt ansattes holdninger og utdanning (19). Når omfattende politiske mål knyttet til den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal ivaretas, kan NPM som styringsverktøy være utfordrende (20). Ansatte i hjemmesykepleien som skal ivareta krevende pleie- og omsorgsoppgaver

Sammendrag

Studien belyser hvilke utfordringer helsepersonell i hjemmesykepleien erfarer i forbindelse med økende antall hjemmeboende eldre med stadig mer komplekse omsorgsbehov, og hvordan disse utfordringene kan imøtekommes. Det er benyttet en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming og gjennomført ni semistrukturerte kvalitative intervju av ledere og ansatte i hjemmesykepleien. Empirien viser omfattende samhandlingsutfordringer mellom hjemmesykepleien og eksterne samarbeidspartnere, praktiske utfordringer i hverdagen, samt bruk av vikarer med begrenset kompetanse, usynlig organisatorisk arbeid og behov for organisatoriske endringer. Funnene tyder på at det er behov for oppgavedeling mellom yrkesgruppene, økt formalisert opplæring og endring i hjemmesykepleiens organisering. Teamarbeid og selvledelse kan også bidra til å styrke pasientomsorgen og frigjøre tid til andre pasientrelaterte oppgaver.

Nøkkelord: Hjemmesykepleien, teamarbeid, selvledelse, usynlig organisatorisk arbeid

Abstract: Organization and facilitation of home-based services

The study sheds light on the challenges health personnel in home care nursing services experience due to the increasing number of elderly people living at home with increasingly complex care needs, and how these challenges can be met. A phenomenological-hermeneutic approach has been used and nine semi-structured qualitative interviews of managers and staff in home care services have been conducted. The data shows interaction challenges between home nursing services and external partners, practical challenges, the use of substitute workers, invisible organizational work and the need for organizational changes in home care nursing services. The findings indicate that there is a need for redistribution of work tasks between the occupational groups, increased formalized training and the use of aids. Teamwork and self-management can also help to strengthen patient care services and make time for other patient-related tasks.

Keywords: Homecare nursing, teamwork, self-management, invisible organizational work





innenfor NPM som organisatorisk rammeverk kan oppleve både krysspress og rollekonflikter i arbeidshverdagen. Krysspress innebærer at en rolleinnhaver opplever motstridende forventninger som kan være vanskelig å imøtekomme og krysspress kan føre til rollekonflikt. Rollekonflikt oppstår når uforenlige forventninger rettes mot en person i en bestemt rolle (21). Styringsprinsippene i NPM har etter hvert blitt møtt med kritikk blant annet for å være for markedsbasert og rigid, noe som er utfordrende innenfor hjemmesykepleien (22). Det er mulig at New Public Governance (NPG) har styringsprinsipper som kan være bedre egnet for hjemmesykepleien. Styringsprinsippene samstyring og flatere struktur gir for eksempel et omfattende handlingsrom for samarbeid mellom ulike faggrupper og profesjoner (23). Samtidig legges det vekt på nære relasjoner mellom ledere og ansatte, og tradisjonelle kontroll- og måleregimer nedtones fordi tillitsrelasjoner er en viktig styringsmekanisme (24). Personlig tillit er relasjonelt betinget og innebærer at aktørene stoler på at den enkelte gjør det som er forventet, og har betydning for den enkeltes opplevelse av sikkerhet (25), noe som er viktig for samarbeid i team.

Samarbeid i team kan forstås som at tre eller flere samhandler for å nå et felles mål (26). Teamarbeid innebærer at den enkelte deltager har ansvar for både eget arbeidsområde og et felles ansvar for de andre deltagerens handlinger (27).

Det er mulig at NPG's styringsprinsipper kan øke ansattes handlingsfrihet og gi rom for selvledelse. Begrepet selvledelse benyttes ofte innenfor organisasjoner med høyt kvalifisert arbeidskraft, men vi velger å benytte begrepet i forhold til hjemmesykepleien fordi det kan bidra til å belyse utfordringer i den enkelte ansattes arbeidssituasjon. Selvledelse innebærer at ansatte administrerer seg selv, har beslutningsmyndighet og ansvar og kan trolig skape større muligheter for selvregulering og være et grunnlag for nye måter å jobbe på (28). Selvledelse kan forstås som myndiggjøring av ansatte, og ifølge Askheim (29) kan myndiggjøring inneha både en strukturell og en relasjonell dimensjon. Den individuelle dimensjonen omhandler det å bli bevisst hva som hindrer egenkontroll og hvordan komme over hindringene (29, 30). Maktforhold og strukturer som fører til barrierer mot egenkontroll er en del av den strukturelle dimensjonen (29). Ifølge Weber kan makt defineres som:



«ett eller flere menneskers sjanse til å sette gjennom sin egen vilje i det sosiale samkvem, og det selv om andre deltakere i det kollektive liv skulle gjøre motstand» (31). Myndiggjøring innebærer at det skjer en omstrukturering av maktrelasjoner (32), noe som kan være utfordrende for både ledere, ansatte og hjemmeboende. Myndiggjøring av ansatte kan eksempelvis ofte innebære endringer i arbeidsorganiseringen (33).

Metodisk tilnærming

Datamaterialet som ligger til grunn for denne undersøkelsen er innhentet i to mellomstore kommuner og det ble skaffet tilgang til feltet gjennom snøballmetoden (34). Lederne i den enkelte enhet/sone fikk på forhånd tilsendt informasjonsskriv og samtykkeskjema. Lederne spurte sine ansatte om de ønsket å delta og de forespurte takket ja. Informantene fikk informasjon om at de kunne trekke seg når som helst, men alle valgte å gjennomføre intervjuene. To forskere intervjuet to enhetsledere, to sykepleiere, to hjelpepleiere/helsefagarbeider og tre vikarer (ufaglærte). På grunn av uvær ble intervjuene foretatt via teams og det ble brukt lydopptak etter samtykke fra informantene. Intervjuene varte i ca. en time og ble gjennomført våren 2024.

Det ble benyttet en kvalitativ tilnærming med semistrukturerte intervju (34) og intervjuguidens tema var utfordringer knyttet til organisering, kompetanse, samarbeid og vikarbruk. Metoden semistrukturerte intervju ble valgt fordi det er informantenes erfaringer og refleksjoner som er i fokus, noe som kan åpne opp for en dypere forståelse av undersøkelsens tema (35). Semistrukturerte intervju bidrar samtidig til at intervjuet har en viss struktur og samtaleformen er fleksibel. Forskerne har slik mulighet for å følge opp ideer og betraktninger som informantene spontant kan bringe inn i samtalen (36, 34). Semistrukturerte intervju gir også rom for å sjekke ut at informantens utsagn er riktig forstått, noe som kan bidra til å fjerne uklarheter og eventuelle misforståelser fra dataen (34).

Gjennomføring

Intervju via teams kan være utfordrende. Informantene og forskerne får ikke den umiddelbare ansikt til ansikt kontakten som et samlokalisert møte gir. Til tross for god bilde- og lyd kvalitet kan denne intervjukonteksten gi utfordringer knyttet til det å skape en avslappet atmosfære som innbyr

informantene til å snakke fritt om de tema som tas opp. Dette kan ha ført til tap av data selv om forskerne valgte å snakke uformelt om hverdagslige ting i oppstarten for å etablere en viss trygghet i situasjonen.

Etter hvert som vi penset samtalen inn på tema-

«Deres trygghet kan også ha sammenheng med at de ofte benyttet teams i sin arbeidshverdag og var fortrolige med kommunikasjon via lyd og bilde»

ene vi ønsket å få belyst, opplevde vi at informantene villig delte sine erfaringer om utfordringer i arbeidshverdagen. De snakket fritt og det var god flyt i samtalen, noe som tyder på at de var komfortable i intervjukonteksten. Deres trygghet kan også ha sammenheng med at de ofte benyttet teams i sin arbeidshverdag og var fortrolige med kommunikasjon via lyd og bilde. Underveis i samtalen reformulerte og fortettet vi informantens utsagn for å hindre misforståelser og ivareta dataens kvalitet. Vi avsluttet samtalen med å spørre om det var noe de ønsket å tilføye og slik fikk de anledning til å tenke over om det var noe de hadde glemt underveis.

Bearbeidelsen av data

Det ble benyttet en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming i bearbeidelsen av data. Vi gjennomførte meningsfortettinger og utviklet meningsenheter (34). Det enkelte intervju ble gjennomlest og utsagn som omhandlet de ulike tema for undersøkelsen ble avmerket med ulike farger i margin. Videre ble sitatene satt sammen i subtemaer og vi utviklet mulige temaer. Temaene ble så sett på tvers og det ble utviklet felles subtemaer og temaer. Det ble tidlig klart at lederne og alle sykepleierne og helsearbeiderne/hjelpepleierne erfarte utfordringer som var felles. Disse var mangelfull samhandling, praktiske utfordringer, bruk av vikarer og begrenset kompetanse og endring i hjemme-sykepleiens organisering.



Etiske betraktninger

Alle informantene underskrev informert samtykke, hvor det blant annet framkom at informantene skulle anonymiseres og at de kunne trekke seg fra studien når som helst. Studien er godkjent av SIKT, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Presentasjon av data

1. Mangelfull samhandling

Empirien viser at det er mangelfull samhandling mellom hjemmesykepleien, koordinerende enhet og spesialisthelsetjenesten, fastleger og apotek.

Informant 4 forteller for eksempel at det er tidkrevende bare å få klarlagt en resept for en pasient: «(...) bare det å få en resept, kan jo ta kjempelang tid, hvis man sender en PLO og ikke får svar (...) så må man ringe til legesenteret og legesenteret svarer ikke alltid på telefonen, så da er det liksom å ringe og ringe og ringe og i verste fall kjøre dit og si at vi må få den resepten i dag. Og så når den er kommet, så er det å kjøre ned på apoteket, hente opp den medisinen, få forordninga, legge inn i Profil, må få en sykepleier til å kontrollere det og så legge det i dosetten. En så liten ting som en medisin uten resept, kan jo ta kjempelang tid». Informant 4 forteller videre at det ofte ikke er samsvar mellom medisinlistene og feil i epikrisene.

Informant 2 forteller om utfordringer i forhold til samarbeid med koordinerende enhet og sier: «(...) så det bildet som koordinerende enhet har er ikke lik det bildet vi har. Så jeg syns at koordinerende enhet har for mye makt. (...) Det har noe med at vi stoler for lite på pasientene og koordinerende enhet stoler for lite på oss.

Informant 5 fortsetter: «Vedtakene stemmer ikke helt med dagens virkelighet».

Informant 3 fortsetter:

«Sykehuset har vips arena og vi har profil. I mitt hode hadde det vært det beste å ha noe å la det samme sånn at man kunne unngått dokumenteringen så veldig mange ganger. At når du får pasienten så kunne det ligget inne i systemet allerede».

Empirien kan forstås som om at det er store samhandlingsutfordringer mellom hjemmesykepleien og samarbeidspartnere.

2. Praktiske utfordringer

Våre funn viser at de ansatte i hjemmetjenesten har mange og varierte utfordringer i arbeidshverdagen på grunn av manglende tilrettelegging.

Informant 4 forteller følgende om utfordringer i arbeidshverdagen:

«Det er egentlig mange ting som er utfordrende, alt fra praktiske ting, sånn som at vi ikke har parkeringsplasser, at vi har dårlige fremkomstmidler, at vi har lite tid, lite folk på jobb, veldig mye administrative oppgaver.»

Informantene forteller at det er de selv som har ansvar for å rengjøre bilene. Informant 8 forteller: «Vi må vaske bilene innvendig og driftsordinator er nøye på at vi har rene biler. (...) Vi har ansvar for å ta bilen til et bilpleiefirma, og vi må koordinere vasking og dekkskifte med hverandre slik at det er to pleiere involvert og det tar mye av pasientenes tid».

Informant 7 forteller: «Det er ugunstig med organisering av mattransport. Vi må levere middagen til hjemmeboende og det kan være opptil femten middager vi må kjøre ut, istedenfor å bruke en sjåfør eller andre til å gjøre den jobben. Det burde vært en bedre arbeidsfordeling».

Vi tolker funnene slik at pasientenes tildelte tid 'spises opp' av dårlig tilrettelegging når det gjelder praktiske oppgaver som ansatte må utføre.

3. Bruk av vikarer og begrenset kompetanse

Funnene viser at både fast ansatte og vikarer erfarer stress og uforutsigbarhet i arbeidshverdagen, og de forteller om begrenset opplæring og faglig påfyll.

Informant 4 forteller: «Men det som gjør hverdagen kaotisk og utfordrende det er jo at vi har lav grunnbemanning og at ting ikke blir fulgt opp fordi det kanskje kommer vikarer og nye folk på jobb som ikke har tråden i ting. Så stopper det egentlig litt opp og kanskje ikke blir fulgt opp så godt det kanskje burde. (...) Det gjelder jo alt fra små ting som er, ernæringscreening til legekontakt og oppfølging av medisiner».

Både fast ansatte og vikarene ønsker også økt fokus på opplæring av vikarer. Informant 9 sier: «(...) det burde være mer formalisert opplæring da det er utfordrende (...) vi har mange dårlige pasienter». Informant 8 forteller: «Det er en del vikarer i helgene. Vi får ikke faglig påfyll. Får ikke kurs i hjerte lunge redning eller klinisk observasjon. Men, vi har utstyr for å måle blodsukker, blodtrykk og saturasjon, og det forventes at vi skal bruke det. (...) Jeg føler meg ikke trygg hvis jeg kommer til en pasient som ligger bevisstløs.»

Informant 8 fortsetter: «Opplæring av vikarer er to til tre opplæringsvakter, og det er begrenset



hva som læres. (...) Vikarer bør også få tilgang til VAR. (...) Vi googler og bruker YouTube for å finne løsninger».

Informant 8 forteller at andre forhold som skaper usikkerhet er rapportering: «Men, vet ikke hva som skal rapporteres og sies fra til sykepleier om. Vi skal si fra om bivirkninger på medisiner, men hva skal man si når man ikke vet hva som er normalt?». Informant 9 sier: «Jeg har jobbet som ufaglært over lengre tid her og føler meg utrygg i faglige spørsmål ...utdanner meg til helsearbeider nå».

Funnene kan forstås som om at hyppig bruk av vikarer og mangelfull opplæring bidrar til at både ansatte og vikarer opplever stress og uro i arbeidshverdagen.

4. Fokus i tjenesteutøvelsen

Empirien viser at informantene er opptatt av hva som skal være fokus for måten de arbeider på og hvordan samhandlingen skal være internt i tjenesten og mellom ansatte og pasienter. De tar opp utfordringer knyttet til både fordeling av arbeidsoppgaver, kunnskaps- og erfaringsdeling og vurderinger rundt pasientens egenomsorg og mestring. Informantene sier at det er behov for endring i arbeidsfordelingen mellom yrkesgruppene.

Informant 2 forteller: «(...) enkelte sykepleieroppgaver som er klassiske sykepleieroppgaver, burde

tas ut og bli rendyrka. Og så kan man se på de andre oppgavene som ting som både sykepleiere og helsefagarbeidere kan gjøre. Og så er det visse ting som assistenter kan gjøre. Det er jo et samspill hele tiden. Men sykepleiere trenger ikke å gjøre alt».

Informantene trekker også inn tidsdimensjonen som en viktig faktor for den tjenesteutøvelsen de er i stand til å yte. Informant 2 fortsetter: «Men hvis vi skal bli gode sykepleiere, må vi få tid til å bli kjent med pasienten. Sørg for at pasienten får den hjelpa han skal ha. Ellers blir de kasteballer inn og ut fra primært spesialisthelsetjenesten».

Flere informanter forteller om at stress påvirker deres fokus i pasientomsorgen. Informant 2 forteller: «(...) jeg har sprunget siden klokka åtte. (...) Jeg får ikke tid til å tenke, bare gjøre.»

Informant 5 forteller at opplevelse av for dårlig tid medfører at: «(...) du stresser som en tulling. (...) Og så går du med høyt stressnivå hele tiden. Det har det vært i senere tid, sånn var det ikke før».

Samtidig legger flere av informantene vekt på at økt bruk av hjelpemidler kan bidra til å styrke den enkelte pasient sin selvstendighet, samtidig som det er tidsbesparende. Informant 8 forteller:

«Vi er blitt kvitt en del brukere ved å lære dem å ta på seg støttestrømper. De hadde tilsyn hver dag, nå har de en dag i uken. (...) Evondos maskinen som

deler ut medisin er også tidsbesparende. Mange er også fornøyd med multidoser, og da er vi innom bare annenhver uke».

Flere informanter gir uttrykk for at selvledelse i arbeidshverdagen er viktig. Informant 2 forteller: «Og ut fra selvledelse er det slik at det er meg som skal kunne lede meg selv i hverdagen. Men pasientene skal også lede sin egen helse.»

«Empirien viser at hjemmesykepleierne også befinner seg i en situasjon der praktiske oppgaver som rengjøring og avising av biler vinterstid, ansvar for dekkskifte og mattransport er utfordringer som krever koordinering og intern og ekstern kommunikasjon»

Vi tolker funnene slik at det er behov for økt fokus på oppgavedeling mellom yrkesgruppene, samtidig som bruk av hjelpemidler og selvledelse kan bidra til å styrke pasientomsorgen og frigi tid til andre pasientrelaterte oppgaver.

Diskusjon

Samhandlingsutfordringer og mangelfull praktisk tilrettelegging

Empirien viser at det er omfattende samhandlingsutfordringer mellom hjemmesykepleien og andre samarbeidspartnere som kommunal ledelse, fastlege, apotek, sykehus og tildelingskontor. Hjemmesykepleierne bruker mye tid på å skaffe nødvendige medisiner og følge opp rutiner i forbindelse med godkjenning og utdeling av medisiner til sine brukere. Kjøring mellom hjemmesykepleie, lege og apotek tar mye tid og empirien tyder på at samhandlingen er mangelfullt koordinert. Empirien viser at hjemmesykepleierne også befinner seg i en situasjon der praktiske oppgaver som rengjøring og avising av biler vinterstid, ansvar for dekkskifte og mattransport er utfordringer som krever koordi-

nering og intern og ekstern kommunikasjon. Dette er tidkrevende, men nødvendige aktiviteter for at pleie- og omsorgsarbeidet skal bli ivaretatt. Informantene gir uttrykk for at de praktiske oppgavene kan andre aktører uten vansker gjennomføre, da det ikke krever helsekompetanse. Dette arbeidet kan betraktes som usynliggjort organisatorisk arbeid for å ivareta kontinuitet og helhet i arbeidet med pasientene og betydningen av den uformelle koordineringen kommer ikke frem. Dette funnet gjenspeiles også i annen forskning (37). Organisatorisk arbeid kan karakteriseres som «limet» i arbeidet med pasienter og bidrar til høy kvalitet i tjenesteutøvelsen (38).

Roller som ansatt i hjemmesykepleien kan slik preges av krysspress fordi ansatte forventes å ivareta både organisatorisk arbeid og oppgaver som ikke ligger inn under deres kompetanseområde, samtidig som de skal ivareta pålagte pleie- og omsorgsoppgavene. Krysspress kan gå over til rollekonflikt når motstridende forventninger til rollen varer over tid, og når rolle innehaverne opplever at det ikke er mulig å fjerne motstridende krav og forventninger (21). Krysspress og rollekonflikt kan trolig være årsaker til utmattelse og sykemeldinger som skaper utfordringer i hjemmesykepleien. Rolleavklaring vil trolig kunne bidra til å fjerne oppgaver som ikke hører inn under hjemmesykepleiens arbeidsområde og kan bidra til å dempe krysspress og rollekonflikter.

Funnene tyder på at til tross for at hjemmesykepleien har formidlet sine behov til overordnet kommunal ledelse, blir deres behov i liten grad imøtekommet. Ut fra hjemmesykepleiens perspektiv kan dette tyde på at samhandlingen preges av en viss makt-ubalanse (31). Det kan være flere årsaker til dette. Kampen om knappe ressurser er velkjent, men det kan også skyldes at hjemmesykepleien og kommunal politisk ledelse har ulik situasjonsforståelse når det gjelder hjemmesykepleiens utfordringer. Ulik situasjonsforståelse kan ha sammenheng med at det ofte er et kommunalt administrativt ansvar å fremme forslag til tiltak i formannskap og kommunestyre og politikerne kommer ofte ikke inn før i den avsluttende beslutningsfasen. Manglende deltagelse i utredningen av vedtak vedrørende hjemmesykepleien kan muligens bidra til at hjemmesykepleiens situasjonsforståelse i liten grad når frem til politikerne. Dette tyder på at det er stor avstand mellom hjemme-

sykepleien, som ivaretar pleie- og omsorgsarbeidet og kommunalt politisk beslutningsnivå (39). Ledelsen i hjemmesykepleien kan på denne måten befinne seg i en situasjon preget av avmakt da de har begrenset mulighet for å utøve handlinger som kan ha virkning på beslutninger som fattes (40). Ledere i hjemmesykepleien har få eller ingen midler å benytte som motmakt for å utvikle mer balanse i maktrelasjonene mellom overordnet kommunal politisk ledelse og ledere i hjemmesykepleien. Forskning viser at avdelingsledere i hjemmesykepleien mangler støtte fra overordnet ledelse og erfarer at de står alene med ansvaret for tjenesteutøvelsen (41).

Empirien tyder på at hvis samhandlingen mellom hjemmesykepleien og overordnet politisk ledelse skal bidra til at hjemmesykepleien skal kunne ivareta et økende antall eldre med sammensatte og komplekse lidelser er det behov for en felles situasjonsforståelse. Det kan være nødvendig at både hjemmesykepleien og overordnet politisk ledelse deltar i utredningsfasen når utfordringer i hjemmesykepleien skal behandles. Dette fordi samhandling kan bidra til å utvikle en felles situasjonsforståelse, noe som er sentralt for at det skal skje en gjensidig tilpasning (42).

Vikarbruk og mangelfull opplæring

Empirien tyder på at det er et gap mellom det som forventes av vikarene og det de blir opplært til å utføre av arbeidsoppgaver, og vikarer benytter både google og YouTube for å få informasjon om hvordan håndtere ulike utfordringer. Noen har også utstyr som de kan benytte for å måle blodsukker, blodtrykk og saturasjon, men får lite opplæring i hvordan det skal gjøres. Det forventes videre at vikarene skal rapportere til sykepleiere om pasientenes tilstand og mulige bivirkninger av medisiner. Empirien viser at dette kan være utfordrende da de har begrenset opplæring i hva de skal se etter, med mindre de er i gang med, eller har en helsefaglig utdanning. Det er med andre ord ulike og mangfoldige forventninger som rettes mot vikarrollen i hjemmesykepleien og den enkelte vikar kan oppleve både krysspress og rollekonflikt (21), noe som er emosjonelt belastende over tid. Empirien viser at manglende opplæring i observasjon av helsetilstand og medisinske bivirkninger skaper usikkerhet, og viktige tilstander i den enkeltes helse kan slik gå upåaktet hen til pasienten får besøk av ansatte med fagkompetanse. Dette kan ta tid, spesielt i helgene, da vikarbruken er høy. Manglende opplæring kan ha betydning for ivaretagelse av pasientsikkerhet og kvalitet i tjenesteutøvelsen og



kan bidra til utrygghet hos vikarene når de skal ivareta sine arbeidsoppgaver.

Empirien tyder på at hvis hjemmesykepleien skal bli i stand til å møte nå- og fremtidige utfordringer, vil kompetanseheving være et viktig virkemiddel. Forskning viser at kommunene satser mye på korte kurs og adhoc-opplæring (43), men det er mulig at formalisering av opplæringen for vikarer kan bidra til at både krysspress og rollekonflikter dempes. Det er hyppig bruk av vikarer i helse- og omsorgstjenesten, og mangel på helsepersonell tilsier at vikarbruken vil vedvare. Samtidig kan styrket opplæring blant vikarene bidra til å skape trygghet for de fast ansatte fordi de får bedre grunnlag for sine faglige beslutninger. Ved å styrke vikarenes kompetanse kan den personlige tilliten mellom fast ansatte og vikarer styrkes fordi fagansvarlige vet at vikarene er i stand til å ivareta sine arbeidsoppgaver. Det fremkommer i empirien at også fast ansatte har behov for å styrke sin kompetanse for å møte økte faglige krav i tjenesteutøvelsen.

Organisatoriske endringer i hjemmesykepleien

Innenfor hjemmesykepleien har ansatte en arbeidssituasjon der de arbeider mye alene i pasientenes hjem, og kravene til handling i kritiske situasjoner er umiddelbar. Dette innebærer at ansatte har et stort ansvar og fatter beslutninger som angår pasientens liv og helse. Ansattes arbeidssituasjon ser ut til å være preget av en viss selvledelse (28), men deres mulighet for å administrere seg selv er begrenset av det strukturelle systemet som domineres av formelle vedtak om tidsbruk, ressursknapphet og av andre praktiske oppgaver som egentlig ikke er innenfor hjemmesykepleiens ansvarsområde. Det er trolig et behov for å endre den formelle strukturen som hjemmesykepleien arbeider innenfor og dermed skape økt handlingsrom for selvledelse. Strukturelle endringer kan for eksempel innebære at utfordringer knyttet til samhandlingen mellom tildelingskontoret og hjemmesykepleien imøtekommes, slik at gapet mellom tildelte tjenester og pasientenes reelle behov reduseres. Dette vil kunne dempe det usynlige arbeidet som hjemmetjenesten utfører og synliggjøre faktisk arbeidsmengde. Dette innebærer trolig en utjevning i maktforholdet mellom partene slik at sykepleiernes handlingsrom for å fatte beslutninger og administrere seg selv i arbeidssituasjonen styrkes. Utjevning av makt kan slik bidra til per-

sonlig myndiggjøring for hjemmesykepleien (29, 32). Empirien tyder på at det også er behov for en oppgavedeling mellom for eksempel helsefagarbeidere og sykepleiere, men en oppgavedeling krever formalisert opplæring og kompetanseheving av helsefagarbeidere. Organisatoriske endringer kan slik gi rom for økt selvledelse (28) og kan trolig bidra til å dempe rigiditeten i systemet og gi en mer forutsigbar arbeidshverdag fordi den enkelte har mulighet for økt selvadministrasjon. Selvledelse vil få betydning for den tradisjonelle lederrollen fordi ansatte blir medansvarlig for planlegging, beslutningstaking og evaluering, noe som gir både større handlingsrom og ansvar for ansatte enn tidligere (28). Dette vil kunne bidra til lederne får frigjort tid til veiledning og andre ledelsesoppgaver.

Det er mulig at selvledelse kan knyttes til samarbeid i team. Dette fordi samarbeid i team kan styrke helhetsbildet av den enkelte pasients omsorgsbehov, da det gir rom for refleksjon i en tverrfaglig kontekst. Teamarbeid kan føre til økt bevissthet om pasienters muligheter og fokusere forebyggende og helsefremmende arbeid i hjemmesykepleien, noe som kan føre til økt myndiggjøring av pasienter. Det er mulig at organisatoriske endringer i hjemmesykepleien betinger et fokusskifte fra styringsprinsippene i NPM til NPG, da NPG legger vekt på samstyring og arbeid i team (24). Samstyringen som foregår i team vil utgjøre rammer for den enkelte selvledelse og kunne begrense opplevelsen av å være alene med ansvaret i utøvelsen av tjenesten. Dette fordi deltagerne i teamet har et felles ansvar for beslutninger som fattes, noe som kan bidra til trygghet for den enkelte ansatte.

Oppsummering og avsluttende kommentar

Studien tyder på, ut fra hjemmesykepleiens perspektiv, at samhandlingsutfordringer mellom politisk ledelse og ledere i hjemmesykepleien kan skyldes blant annet ulik situasjonsforståelse av hjemmesykepleiens ressursbehov når lovpålagte tjenester og oppgaver skal ivaretas. Dette impliserer at samhandlingen mellom hjemmesykepleien og politisk ledelse kan være tjent med å starte i utredningsfasen av hjemmesykepleiens ressursbehov slik at det gis mulighet for å etablere en felles situasjonsforståelse, som gjør samhandling mulig. Samtidig er det trolig behov for formalisering av kompetansehevede tiltak, oppgavedeling, rolleavklaring og

synliggjøring av tid og ressurser brukt på usynlig organisatorisk arbeid. For å imøtekomme fremtidens utfordringer er det trolig behov for organisatoriske endringer som bidrar til strukturell og personlig empowerment og teamledelse med basis i styringsprinsippene i NPG. Teamarbeid vil slik kunne legge rammer for selvløse blant ledere og ansatte i hjemmesykepleien. ■

Litteratur

- Gautun, H. (2020). En utvikling som må snus. Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien. Rapport nr.14. Velferdsforskningsinstituttet NOVA, OsloMet – storbyuniversitetet.
- Aursand, P. (2023). Eldrebølgen skaper stor usikkerhet for helsesektoren. Statistisk sentralbyrå. Hentet fra: <https://www.ssb.no/arbeid-oglonn/sysselsetting/artikler/eldrebolgenskaper-stor-usikkerhet-for-helsesektoren>
- Kassah, B.L.L., Tingvoll, W-A. og Kassah, A. K. (red.). (2014). Samhandlingsreformen under lupen. Kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene.
- SSB (2019). Norge vil mangle 28 000 sykepleiere i 2035. Sykepleien. Hentet fra: <https://sykepleien.no/2019/05/ssb-norge-vil-mangle-28-000-sykepleiere-i-2035>
- Meld.St.24 (2022-23). Fellesskap og meistring – Bu trygt heime-reformen. Helse- og sosialdepartementet.
- Meld. St. 15 (2017–2018). Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre. Helse- og sosialdepartementet.
- Haukelien, H., Vike, H. og Vardheim, I. (2015). Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Rapport nr.362. Telemarkforskning.
- Birkeland, A. (2013). Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie. Sykepleien Forskning 8(2):116-122. DOI: <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0049>.
- Meld.St.7 (2019-2020). Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Helse og omsorgsdepartementet.
- Gautun, H., Øien, H. og Bratt, C. (2016). Underbemanning er selvforsterkende. Konsekvenser av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem. NOVA Rapport 6.
- Husebø, B. (2023). Det må satses på hjemmetjenestene. Tidsskrift for den norske legeforening, no.2. Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/2023/01/aktuelt-i-foreningen/det-ma-satses-pa-hjemmetjenestene>
- Følstad, G. og Lefevr, H.F. (2023). Sluttrapport Prosjekt HeltOm 2.0., Bergen kommune.
- Tønnesen, S., Kassah, B.L.L. og Tingvoll, W-A. (2016). Hjemmesykepleien i samhandling med spesialisthelsetjenesten. Sykepleien forskning 11(1): 14-22. DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.56496>
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Hentet 15. Juli 2013, fra www Lovdata.no
- Selznick, P. (1984). Leadership in administration: a sociological interpretation. Berkeley, Calif.: University of California Press.
- Yukl, G. (2013). Leadership in Organizations, 8th edition. Pearson.
- Busch, T. og Vanebo, J. O. (red.). (2001). Modernisering av offentlig sektor. Universitetsforlaget.
- NOU (2005). Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste, 2005:3. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Schönfelder, W., Andersen, S. T. og Kane, A. A. (2018). Muligheter og begrensninger for profesjonsutøvernes handlingsrom i de kommunale barneverntjenestene. I: W.Schönfelder, S. T. Andersen og A. A. Kane (red.), Handlingsrom i barnevernet. Muligheter og begrensninger for profesjonsutøveren (s.175-280). Fagbokforlaget.
- Kassah, B. L. L., Nordahl-Pedersen, H. og Wølner, M. R. (2024). Mellomledere i spesialisthelsetjenesten – emosjonelt arbeid og organisatoriske endringer. Tidsskrift for Arbejdsliv, 26(3).
- Martinussen, W. (2008). Samfunnsliv. Innføring i sosiologiske tenkemåter, 2.utg., Universitetsforlaget.
- Kirkhaug, R. (2013). Verdibasert ledelse. Betingelser for utøvelse av moderne lederskap. Universitetsforlaget.
- Røiseland, A. og Vabo, S. I. (2016). Styring og samstyring, governance på norsk. Fagbokforlaget.
- Bentzen, T. Ø. (2016). Tillidsbasert styring og ledelse i offentlige organisasjoner: i springet fra ambisjon til praksis. Doktoravhandling. Roskilde Universitet.
- Kassah, B. L. (2007). Tillit og kontroll i det nye arbeidslivet. Tidsskrift for samfunnsforskning, 48(4):579-589. DOI: <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-291X-2007-04-05>.
- Sjøvold, E. (2022). Teamet – utvikling, effektivitet og endring i grupper. Universitetsforlaget.
- Hjertø, K. B. (2013). Team. Fagbokforlaget.
- Martinsen, Ø. L. (2015). Selvløse. I: Martinsen Ø. L. Perspektiver på ledelse. Gyldendal akademisk.
- Askheim, O. P. (2003). Fra normalisering til empowerment. Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede. Gyldendal akademisk.
- Kassah, A. K., & Kassah, B. L. (2009). Funksjonshemming: sentrale ideer, modeller og debatter. Fagbokforlaget.
- Weber, M. (1971). Makt og byråkrati. Gyldendal akademisk.
- Askheim, O. P. og Starrin, B. (2007). Empowerment: i teori og praksis. Gyldendal akademisk.
- Fredriksen, S-T. D., Kassah, B. L. L. og Tingvoll, W-A. (2021). Utfordringer i tverrfaglig samarbeid. Kommunal helse- og omsorgstjeneste samt kommunalt barnevern. I: Kassah, B. L. L., Nordahl-Pedersen, H. og Tingvoll, W-A. (red.). Handlingsrom for profesjonalisert velferd. Kommunale tjenester for helse, omsorg og barnevern. Cappelen Damm Akademisk.
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2015). Det kvalitative forskningsintervju. Gyldendal akademisk.
- Van Manen, M. (1990). Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy. State University of New York Press, Albany.
- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (2011). The SAGE Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Bjørnnes, T. D. (2024). Organisatorisk arbeid i hjemmesykepleien opplevs som ekstraarbeid. Sykepleien, 112(94545):e-94545. DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2024.94545>
- Allen, D. (2019). Sykepleiernes usynlige arbeid: organisering av sykehus og pasientomsorg. Fagbokforlaget.
- Kattouw, C. E. og Wiig, S. (2018). Organiseringen av hjemmesykepleien kan gå ut over sikkerhet og kvalitet. Sykepleien Forskning 13(74391) (e-74391) DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.74391>
- Hernes, T. (2012). Process, Sensemaking, and Organizing (Perspectives on Process Organization Studies). Oxford University Press.
- Jordal, K., Saltveit, V. og Tønnesen, S. (2022). Nursing leadership and management in home care: A qualitative scoping review. Journal of Nursing Management. DOI: <https://doi.org/10.1111/jonm.13872>
- Orvik, A. (2015). Organisatorisk kompetanse. Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse. Cappelen Damm Akademisk.
- Haukelien, H., Vike, H. og Vardheim, I. (2015). Samhandlingsreformens konsekvenser i kommunale helse- og omsorgstjenester. Rapport 362 ISBN978--82-7401-829-7