

Samhandling

– sykepleieledere og bestiller-utfører enhet



Av **Bente Lind Kassah**,*
dr.polit. førsteamanuensis,
Institutt for helse- og sosial-
fag, Høgskolen i Harstad



Av **Wivi-Ann Tingvoll**,*
førstelektor, Avdeling for
helse- og samfunnsfag,
Høgskolen i Narvik



Av **Sven-Tore Dreyer
Fredriksen**, DrPH første-
amanuensis, Avdeling for
sykepleie- og helsefag,
Profesjonshøgskolen,
Universitet i Nordland

Introduksjon

Antall eldre personer over 80 år vil øke fra 218 584 i 2007 til over 500 000 i 2050 (St.meld. nr. 47 (2008-2009), 2009). I gruppen eldre som er åtti år eller mer, mottok 55 prosent pleie- og omsorgstjenester i 2010 (Helsedirektoratets omsorgsstatistikk, 2010). Dette er en utfordring for de kommunale pleie- og omsorgstjenestene, noe som gjenspeiles i offentlig helse- og omsorgspolitik (St.meld. nr. 45 (2002-2003)).

I 2012 ble samhandlingsreformen implementert (St.meld. nr. 47. 2008-2009), og i 2013 ble regjeringens innovasjonsstrategi (Kommunal- og regionaldepartementet, 2013) lagt frem. En viktig målsetting i disse dokumentene er at det fremdeles skal tilbys faglige gode tjenester til tross for den sterke økningen i antall eldre. Samtidig vektlegges økt fokus på pasienters myndiggjøring. Med pasientmedvirkning menes at: «*De som berøres av en beslutning, eller er brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud*» (St.meld.nr. 34. 1996-1997).

Studier om prioriteringer i hjemmesykepleien viser at sykepleierne opplever nettopp det å opprettholde en ønsket faglig standard som en utfordring, og at det å imøtekomme alle pålagte krav er konfliktfylt (Aroskar, Moldow, & Good, 2004;

Siri Tønnessen, 2011; Kassah, Tingvoll & Kassah, 2014). I denne artikkelen rettes fokus mot tildeling av tjenester i pleie- og omsorgstjenesten, fordi tildelingsvedtak har betydning for hvordan den enkelte eldre blir ivaretatt i en pleie- og omsorgstjeneste som er under press.

Bestiller-utførermodellen har fått en sentral plass i organiseringen av pleie- og omsorgstjenester i kommunene (Vanebo, Klausen, & Busch, 2011) og er en del av New Public Management (Bush og Vanebo, 2005). New Public Management (NPM) bygger på teorier og modeller for styring i privat sektor, samt på modeller for markedsstyring, som for eksempel konkurranse om levering av offentlige tjenester (Lian, 2007). Flere kommuner etablerte en egen bestillerenhet da bestiller-utførermodellen ble innført (Bush & Vanebo, 2005). Ansatte i bestillerenheten besitter myndighetsutøvelsen i tildelingsprosessen, vurderer behov, fatter vedtak om tildeling og bestiller tjenester til den enkelte bruker av pleie- og omsorgstjenester i kommunen. Tildelingsenheten har også plikt til å evaluere vedtak om tjenester fordi vedtakene er enkeltvedtak (Lov om forvaltning, 1967). Tjenester som tildeles kan være i eget hjem eller plassert i sykehjem (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Tildelingsenheten ivaretar også kontakten mellom sykehus og kommunes

Abstract

The social support and care units of municipalities provide the contextual base for this study that focuses on the experiences of nursing leaders and their interaction with the services allocation unit. The article aims at contributing to knowledge on how the «service user/service provider» model affects the influence that nursing leaders in a municipality have on service allocation processes, and the views of nursing leaders on how the needs of elderly patients are met in the process of service allocation. The study's methodological base is the phenomenological-hermeneutical

approach. We acquired data for the study using focus groups. The findings indicate that the adoption of the «service user/service provider» model in the municipality's social support and care services contribute to formalizing, and therefore providing a transparent service distribution process. The finding also show that there are changes in decision-making authority of nursing leaders and their possibility to meet the individual needs of their patients.

Søkeord: Bestiller-utførermodell, makt, kompetanse, endrete pleie- og omsorgsbehov, kontinuitet.

BEHOV: Sykepleielederne ser hvilke behov pasientene har for omsorg. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



pleie- og omsorgstjeneste. Lokale enheter i pleie- og omsorgstjenesten har de utførende oppgaver.

Det ligger flere motiver bak innføringen av bestiller-utførermodellen. Økt effektivitet og ressursbesparelser er viktig (Kirchoff, 2010), og man ønsker også å redusere den profesjonelle kontrollen og få til individuelt tilpassete tjenester (Henriksson et al., 2006). Det søkes videre å utvikle et tydelig innhold og kvalitet i omsorgstjenestene (Sosial- og helsedirektoratet, 2004; Stamsø & Hjelmtveit, 2009). En undersøkelse viser at det er de effektivitetsfremmende elementer som fått størst gjennomslag i praktiseringen av modellen (Kommunenes sentralforbund, 2012).

Vektleggingen på effektivitet kan ha sammenheng med ressursmangel i den kommunale omsorgstjenesten, noe som fører til at kvaliteten på tjenestene senkes (Aroskar et al., 2004; Nortvedt et al., 2008; Varcoe et al., 2004). Kirschoff (2010)

sier at vedtakene om tildeling av tjenester først og fremst handler om antall besøk, uten at innholdet i arbeidet er definert, noe som kan ha betydning for kvaliteten i tjenestetilbudet i pleie- og omsorgstjenesten. Manglende prioriteringsveiledere, etiske retningslinjer eller kriterier for prioritering

«Noen opplever å bli hørt, mens andre i liten grad når frem.»

i pleie- og omsorgstjenestene er også en utfordring (Tønnessen, 2014). Dette er problematisk for ansatte i pleie- og omsorgstjenesten som skal utføre faglig forsvarlige sykepleietjenester. Her benyttes faglig forsvarlige sykepleietjenester, som det å beskytte pasienter mot handlinger som ikke er i samsvar med normer om faglig forsvarlig praksis (Norsk Sykepleierforbund, 2008, i Tønnessen 2014).

I denne artikkelen belyses samhandlingen mellom sykepleieledere i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten og den kommunale tildelingsenheten. Det diskuteres hvordan sykepleielederne opplever sin posisjon i samhandlingen, om det er samsvar mellom vedtak og de eldre pasientenes pleie- og omsorgsbehov, samt sykepleieledernes mulighet for å ivareta eldre pasienter når de skal utføre vedtatte tjenester. Hensikten med artikkelen er å utvikle kunnskap om hvordan bestiller-utførermodellen påvirker sykepleielederes mulighet for å utøve innflytelse over tildelingsprosessene, og hvordan sykepleielederne opplever at eldre pasienters pleie- og omsorgsbehov blir ivaretatt i tildelingsprosessene. Videre i artikkelen gis det først en redegjørelse for teoretisk ressurs, en beskrivelse av felt og metode, samt presentasjon av data og diskusjon. Artikkelen avsluttes med en kort oppsummering.

Teoretisk ressurs

En formell organisasjonsstruktur kan betraktes som organisasjonens arkitektur. Den er designet for at aktører skal ivareta sine oppgaver (Senge, 1990). Selznick (1984) omtaler strukturer i en organisasjon som både formelle og uformelle. Uformelle strukturer består av normer og hierarkier av mennesker,

«I samtalene kom det frem nyanserte opplevelser.»

og eksisterer sammen med formell struktur. Den formelle organiseringen av for eksempel informasjon og kommunikasjon i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten er viktig, spesielt for kontinuiteten i pasientforløpet når tildelingskontoret fatter vedtak. Her er det den administrative kontinuitet, som blant annet omfatter informasjonsdeling mellom team, profesjoner og yrkesutøvere, og den informative kontinuitet som innebærer at relevant informasjon om pasienten alltid er tilgjengelig, som er interessant (Freeman et al., 2007). Samhandling er viktig for at administrativ og informativ kontinuitet kan ivaretas. Ifølge Orvik (2004) har samhandling en forpliktende dimensjon, og tillit og respekt betraktes som nødvendig for at samhandlingen skal lykkes. Det er behov for omfattende og bred kompetanse i bestillerenheten innenfor behovskartlegging, kontraktsforhandlinger (vedtak), styring og tjenesteproduksjon (Busch og Vanebo, 2011).

Samhandlingen vil være påvirket av både for-

melle og uformelle maktposisjoner i helsetjenesten. Weber definerer makt 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» (Weber, Fivelsdal, & Østerberg, 2010). Ifølge Engelstad (1999) beskriver makt ubalanse i relasjoner mellom aktører, og makt betraktes som det å bringe frem sosial endring. Det handler om evnen til å få noe til å skje (Engelstad, 2009). Definisjonsmakt kan forstås som en aktørs mulighet til å påvirke hvordan andre oppfatter de meninger som vedkommende forfekter. Dette innebærer at selv om det kan være konkurrerende definisjoner av en situasjon, vil personen med definisjonsmakt få gjennomslag for sine tanker og ideer (Bourdieu & Prieur, 1996). Maktens konsekvenser er avmakt og motmakt, og avmakt oppleves når det ikke er betingelser for å utføre virkningsfulle handlinger (Hernes, 2012).

Felt og metode

Kommuneledelsen i en middels stor bykommune ble tilskrevet med forespørsel om intervju av sykepleieledere for sykehjem og hjemmesykepleie. Søknaden ble innvilget. I kommunen der undersøkelsen fant sted er det en tildelingsenhet som har ansvar for å forvalte oppgavene i pleie- og omsorgstjenesten. Ansatte ved tildelingsenheten vedtar og tildeler tjenester til eldre pasienter som har et pleie- og omsorgsbehov. Sykepleieledere i sykehjem og hjemmesykepleien mottar vedtakene og iverksetter disse.

Det ble invitert 22 sykepleieledere med 3–15 års erfaring, og alle svarte positivt på henvendelsen. Informantene ga informert samtykke og ble informert om at de kunne trekke seg fra undersøkelsen når som helst. Informantene ble valgt fordi de innehar overordnet ansvar for driften av pleie- og omsorgstjenesten. Sykepleielederne skal legge til rette for og etterse at vedtakene fra tildelingsenheten blir gjennomført, og har ansvar for å ta kontakt med tildelingsenheten ved endring i eldre pasienters pleie- og omsorgsbehov.

Det ble benyttet fokusgrupper som datasamlingsmetode (Wibeck, 2011). Dette fordi diskusjoner omkring avgrensede temaer gir muligheter for nyansert informasjon om informantens opplevelser. Diskusjoner kan gi rom for utvikling av kunnskap som kanskje ikke hadde framkommet i personlige intervjuer fordi gruppedynamikk kan påvirke informantens refleksjonsprosesser (Ibid, 2011). Det ble dannet fire fokusgrupper, to med ledere fra



SPARING: New Public Management bringer markedstenkning inn i helsetjenesten. Illustrasjonsfoto. Colourbox.

sykehjem og to med ledere fra hjemmesykepleien. Temaene i de første fokusgruppene omhandlet tildeling av tjenester ved utskrivelse av eldre pasienter med sammensatte behov fra sykehus til pleie- og omsorgstjenesten. Data fra de første fokusgruppene ble analysert, og det framkom utfordringer knyttet til samhandlingen i tildelingsprosessen. Dette ble tema for diskusjonene i andre runde i fokusgruppene. I samtalen kom det frem nyanserte opplevelser, samtidig som felles erfaringer utkrystalliserte seg. Det er mulig at informantene holdt tilbake informasjon som de ikke ønsket å dele i gruppen, noe som kan innebære tap av data. Samtalene i fokusgruppene ble tatt opp på bånd og transkribert. Dataene er analysert ved hjelp av Lindseth og Norbergs fenomenologisk-hermeneutisk forståelse (Lindseth & Norberg, 2004). Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Empiriske funn og diskusjon

Det overordnede temaet som framkom i analysen er at bestiller-utførermodellen i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten bidrar til formalisering og endring i beslutningsmyndighet og i mulighetsrommet for å ivareta eldre pasienters pleie- og omsorgsbehov. Dette framkom gjennom følgende subtema; endring i beslutningsmyndighet, behov for samhandlingsarena, oversiktlig tildelingsprosess og at organiseringen påvirker ivaretagelsen av pasienter.

Formalisering og beslutningsmyndighet

Informantene gir uttrykk for at tildelingsenhetens sentrale funksjon har bidratt til en forutsigbar tildelingsprosess. En informant sier det slik: «Vi har opplevd den gamle og den nye ordningen. Det er mindre

komplisert nå. Vi har en fast adresse vi kan henvende oss til». Funnene viser videre at tildelingsprosessen er mindre ressurskrevende enn tidligere og oppleves som ressursbesparende og konfliktdepende. En informant omtaler tidligere bruk av ressurser og sier: «Før var det lederne i sykehjem og åpen omsorg som satt i vedtaksteam og valgte ut hvem som skulle få plass, men nå får de bare beskjed ... Vi brukte mye mer ressurser i denne tildelingen før. Det var fellesmøte hver uke, så var det møte i distriktet hvor det var vi som sendte ut vedtaket». En annen informant sier: «Det var tidligere konflikter når vi var presset og hadde mange tunge pasienter». En tredje vektlegger: «Det har lettet tjenesten og tjenesteutøvelse som er ute i hjemmesykepleien. Vi har fått tid til andre oppgaver. I den modellen vi hadde før var det en dragkamp mellom hjemmesykepleien og institusjonen om hvem som skulle ha lette brukere osv. Mye tid gikk med til å drøfte dette ikke bare på ledernivå, men også på tjenestenivå. Det unngår vi nå. Vi får tildelt brukeren etter de vurderinger som er gjort på et sentralt kontor og det blir en rettferdig fordeling og de som trenger tjenesten faktisk får det».

Dette kan forstås som om at bestiller-utførermodellen bidrar til å forenkle og formalisere tildelingsprosessen, blant annet fordi det er innført en fast adresse for henvendelser og vedtak angående tjenester i pleie- og omsorgstjenesten. Bestiller-utførermodellen har ført til endringer i den formelle organisasjonsstrukturen. Tildelingsenheten fungerer som et bindeledd mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, samt mellom omsorgsenhetene i kommunen. Dette kan bety at bestiller-utførermodellen bidrar til at det utvikles formelle strukturer (Selznick, 1984) som gir en klar

ansvars- og oppgavefordeling i tildelingsprosessen. Funnene tyder på at dette medfører en raskere og mere hensiktsmessig overføring av pasienter til, og i, pleie- og omsorgstjenesten enn tidligere. Dette kan bety at det er etablerte rutiner for formell informasjonsflyt som bidrar til at førstegangsved-

«Førstegangsvedtakene kan gi økt systemtillit.»

tak fattes på bakgrunn av behovskartlegging grunnet i medisinsk, sosial/kontekstuell og relasjonell kompetanse. Ifølge Busch (et al, 2011) er nettopp omfattende kompetanse hos ansatte i tildelingsenheten avgjørende for ivaretagelse av oppgavene. Sykepleieledernes opplevelse av rettferdig tildeling av pleie- og omsorgstjenester kan forstås som om at tildelingsenheten besitter en instrumentell samhandlingskompetanse, ansatte søker å løse faglige problemer på en målrettet måte (Orvik, 2004). Det synes som om både den informative og administrative kontinuitet ivaretas (Freeman et. Al. 2007) i disse vedtaksprosessene.

Det er mulig at bestiller-utførermodellen virker konfliktdepnende og ressursbesparende fordi færre aktører og nivåer i pleie- og omsorgstjenesten involveres i tildelingsprosessene. Det aktualiseres muligens færre konkurrerende oppfatninger av eldre

pasienters pleie- og omsorgsbehov, fordi definisjonsmakten er tillagt tildelingsenheten (Bourdieu & Prieur, 1996). Dette innebærer at disse aktørene får gjennomslag for sine definisjoner av eldre pasienters pleie- og omsorgsbehov. Våre funn tyder på at førstegangsvedtakene kan gi økt systemtillit. Aktører som kommer i kontakt med tildelingsenheten vet hva de kan forvente av systemet (Kassah & Kassah, 2009). Systemtillit skaper forutsigbarhet og er en forutsetning for trygghet (Ibid. 2009).

Endringer i vedtaksmyndighet i tildelingsprosessen har ifølge våre informanter gjort vedtakene mer rettferdige, noe som også framkommer i KS (2012) sin undersøkelse. Sykepleielederne framhever at behovskartleggingen (Busch et. al., 2011) som foretas i tildelingsenheten gir mer likhet i tildelingen av pleie- og omsorgstjenester. Det er mulig at bestiller-utførermodellen styrker ivaretagelsen av likebehandlingsprinsippet som innebærer at «like tilfeller skal behandles likt, og ulike tilfeller kan behandles ulikt» (Beauchamp & Childress, 2013). Tildelingsenhetens definisjonsmakt kan betraktes som sentralisering av makt i vedtaksprosessen, noe som kan hindre en pulverisering av ansvar. Tildelingsprosessen har betydning for sykepleieledernes myndighetsposisjon fordi sykepleielederne har liten innflytelse over denne.

Pleie- og omsorgsbehov

Våre funn viser at implementeringen av bestiller-utførermodellen har ført til endring i bruk av sykehjemsplasser. Flere langtidsplasser er gjort om til korttidsplasser. En informant sier: «Sykehjem A har 18 korttidsplasser. [...]Vi begynte med ni, men mener vi nå er i mål i forhold til det vi mener er rett for oss. Det er en dreining av tjenesten for å møte den enkeltes behov». En annen sier: «Ved å få muligheten til å få komme på en korttids plass og få behandling der når de er dårlig, har vi sett at de i ettertid med god behandling og pleie har kunnet komme seg hjem til egen bolig.» En sykepleieleder vektlegger at: «Det å få bo hjemme kan være veldig positivt for den enkelte». Andre informanter gir uttrykk for at eldre pasienter opplever det å bo hjemme som utrygt og ønsker faste sykehjemsplasser. En sier det slik: «Mange, spesielt de som bor alene, ønsker å komme på sykehjem. De er rett og slett engstelige».

Dette kan forstås som om at endringene i bruk av sykehjemsplasser har både positiv og negativ betydning for eldre pasienter. Organiseringen gir en viss fleksibilitet i tjenestetilbudet til eldre, slik at flere pasi-



ENDRING: Når behovene endrer seg, er kommunikasjonen med bestillerkontoret viktig. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

enter kommer hjem etter korttidsopphold og kan bo hjemme lengst mulig. Eldre som bor i egne hjem kan opprettholde sine sosiale nettverk, samtidig som det kan oppleves som trygt å leve i kjente omgivelser. Den eldre som har et sosialt nettverk kan snakke om opplevelser og begivenheter som har vært, og er viktige i den enkeltes liv (Daatland, 2008). Dette kan styrke den eldre identitet og selvfølelse (Daatland & Solem, 2011; Gurgens, Sagen & Solbjørg, 2014). Flere korttidsplasser kan bidra til sterkere myndiggjøring (Kassah & Kassah, 2009) hvis pasienten ønsker å bo hjemme.

Funnene viser også at eldre ønsker å bo i sykehjem fordi de er utrygge og ensomme i sine hjem. Dette kan ha sammenheng med at når hjemmetjenesten presses er det spesielt tiden som brukes til kommunikasjon og personlig omsorg som reduseres (Bowers, Luring, & Jacobson, 2001; Parry-Jones & Soulsby, 2001; S. Tønnessen, 2011), og pasienters åndelige behov nedprioriteres (Nortvedt et al., 2008). Ventetid for å få fast sykehjemsplass kan medføre redusert myndiggjøring og livskvalitet. Sykepleielederne vektlegger at situasjoner preget av et presset tjenestetilbud og lang ventetid er belastende både for pasienter og ansatte i pleie- og omsorgstjenesten. Dette kan betraktes som en avmaktssituasjon (Hernes, 2012), fordi sykepleielederne har ikke betingelser for å utføre virkningsfulle handlinger for å bedre eldre pasienters situasjon. Det kan derfor stilles spørsmål om tildelingenshetens definisjonsmakt tjener pasienter og ansatte i pleie- og omsorgstjenesten når behovene endrer seg etter førstegangsvedtak. Annen forskning viser også at det er utfordrende for tildelingensheten å gjøre vedtak som tar hensyn til raske endringer i behovet for tjenester (KS, 2012).

Samhandling når pleie- og omsorgsbehovet endres

Empirien viser at sykepleielederne ofte må kontakte ansatte ved tildelingensheten for å endre tildelte tjenester når pleie- og omsorgsbehov endrer seg. Sykepleielederne vektlegger at de er avhengige av at tildelingensheten lytter når eldre pasienters pleie- og omsorgsbehov endres hvis de skal kunne gi faglig forsvarlige tjenester (Tønnessen, 2011; 2014). Funn viser at sykepleielederne har forskjellig erfaring med hvor lydhør ansatte i tildelingensheten er når de søker å ta kontakt for å ivareta endringer etter førstegangsvedtak. En informant sier: «Vi er avhengige av at tildelingskontoret lytter til oss og ser nødvendigheten av å endre ressursene til den eldre pasi-

enten når det er behov for det». En annen vektlegger: «Skulle det dukke opp spørsmål i ettertid [...] tar vi kontakt med tildelingskontoret og setter oss sammen med dem og pårørende og ser på det». Dette viser at sykepleielederne kan initiere dialog hvis de ut fra faglig skjønn opplever at eldre pasienter får endring i pleie- og omsorgsbehov. Bestiller-utførelsesmodellen kritiseres for å redusere mulighetene for å utøve faglig skjønn, noe som kan vanskeliggjøre det å ta individuelle hensyn og å gi helhetlige tjenester (Tønnessen, 2011; 2014). Her tyder det imidlertid på at uformell kommunikasjon og uformell samhandling til en viss grad ivaretar sykepleieledernes mulighet for å bli hørt når de utøver faglig skjønn (Ibid, 2011; 2014) etter førstegangsvedtak.

Andre sykepleieledere opplever det å få kontakt med tildelingensheten som utfordrende, og en sier: «Vi får dem sjelden i tale så vi prøver å ordne opp så godt som vi kan». Formelt etablerte kommunikasjonsstrukturer som i liten grad fungerer, eller fravær av sådanne, gir disse sykepleielederne en svak stemme når de krever å bli hørt, noe som kan ha negativ innflytelse på deres evne til å få noe til å skje (Engstad, 2009). Sykepleielederne kan bli avhengig av personlige tillitsrelasjoner og/eller av at ansatte i tildelingensheten evner å imøtekomme deres forespørsler. Funnene viser at i slike situasjoner tar sykepleielederne ansvar og gir de pleie- og omsorgstjenester de har mulighetsrom for, samtidig som hjemmetjenesten har begrensede ressurser (Siri Tønnessen, 2011). Uten formelle kommunikasjonsstrukturer som fungerer kan ordningen bidra til at deres innspill i liten grad blir tatt til etterretning og pasienten kan bli skadelidende. Både sykepleieledernes ledelsesposisjon og eldre pasienters myndiggjøring (Kassah og Kassah, 2009) kan sies å være svekket i denne sammenheng. Dette er betenkelig fordi myndiggjøring styrker den eldre pasients identitet

«Sykepleieledere opplever det å få kontakt med tildelingensheten som utfordrende.»

og livskvalitet. Skal medvirkning praktiseres, må den som benytter tjenesten være delaktig, og tradisjonelle maktforhold der helsepersonell tar de fleste beslutninger må endres (Askim, Rohweder, Lydersen, & Indredavik, 2004).

Samhandling (Orvik, 2004) mellom sykepleieledere og ansatte i tildelingsenheten er nødvendig fordi aktørene ved tildelingsenheten er avhengige av tjenesteutøvernes observasjoner og vurderinger av tildelte tjenester i forhold til pleie- og omsorgsbehov. Mangelfull samhandling vil gjøre det vanskelig å ivareta den administrative og informative kontinuiteten (Freedman et. al. 2007), som er nødvendig for å sikre faglig forsvarlighet (Tønnessen 2011; 2014). En del kommuner har endret praksis fra tidfestede vedtak til tjenestebeskrivende tiltak for å inkludere det faglige skjønn, og tjenesteyternes skjønnsmessige vurdering av tjenestemottakers behov har fått en sterkere plass (KS).

Behov for flerfaglig samhandling

Ifølge informantene er det behov for økt faglig kompetanse for å få til et helhetlig tilbud til den eldre pasient. Dette fordi endringene i kjølvannet av samhandlingsreformen bidrar til at kommunene har ansvar for eldre pasienter med mer sammensatte og komplekse lidelser enn tidligere (Tingvoll, Kassah & Kassah, 2014). Kompetanseutfordringene møtes med at ansatte i pleie- og omsorgstjenesten henvender seg til spesialisthelsetjenesten. En informant sier: «Nei, sykehjemmet har ingen kontakt med de pasienter som ligger på sykehuset, hvis det da ikke er prosedyrer eller annen opplæring som er nødvendig. Da er det slik at vi drar opp til sykehuset for å lære det, eller det kan være personell fra sykehuset som kommer hit». Personalet får da praktisk opplæring i spesielle prosedyrer, sammensatte sykdomstilstander og truende funksjonssvikt. Svakheten ved

«Det er behov for styrket samhandling.»

en slik ordning er at personalet ofte ikke får tilgang på den dybdekunnskapen som de har behov for når de skal gi faglig forsvarlige tjenester (Tønnessen, 2011). Dybdekunnskap gir analytiske redskaper for å vurdere komplekse situasjoner og omfatter mer enn den tekniske kunnskapen som formidles i kortere opplæringsøkter. Det kan stilles spørsmål ved om slike ordninger innfrir kravene i helsepersonelloven om faglig forsvarlighet (Lov om helsepersonell, 2012).

Sykepleielederne uttrykker at bestiller-utførermodellen har gitt utfordringer i relasjon til fastlegene som de mener ofte har liten innsikt i tildelingsprosessene. En informant sier: «Det som jeg opplever er at det henger igjen hos fastlegen. De

sier at ho fru Hansen må ha sykehjemsplass. Jeg må si at de vet ikke bedre. Det er verken fastlegen eller sykehuset som tildeler tjenesten eller det nivået ho skal på i pleie- og omsorgstjenesten». Utsagnene kan forstås som at det mangler en felles forståelse av tildelingsprosessen. Fastleger kan ha svak innsikt i hvor vurderings- og beslutningsmyndigheten i organisasjonen ligger, noe som tyder på at det er behov for å etablere formelle kommunikasjonsstrukturer som involverer også disse aktørene hvis den administrative og informative kontinuitet skal ivaretas (Freeman et al., 2007).

Manglende samhandlingsarenaer og aktørens behov for samhandlingskompetanse (Orvik, 2004) er en utfordringer i tildelingsprosessen. Fastleger som ikke henvender seg til riktig instans, kan bidra til at uformelle strukturer som opprettholder dysfunksjonelle formelle strukturer knyttet til enkeltvedtak i pleie- og omsorgstjenesten vedlikeholdes.

Oppsummering

I artikkelen belyses samhandlingen mellom sykepleieledere i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten og den kommunale tildelingsenheten. De empiriske funn viser at tildelingsenheten fungerer som et bindeledd mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Dette ser ut til å gi en klar ansvars- og oppgavefordeling, noe som kan tyde på at det er utviklet en instrumentell kompetanse (Orvik, 2004) ved førstegangsvedtak i tildelingsenheten. Bestiller-utførermodellen bidrar til en formalisert tildelingsprosess som virker ressursbesparende og konfliktdepende.

Empirien viser videre at endring fra faste langtidsplasser i sykehjem til korttidsplasser både har positive og negative følger for den eldre pasienten. De som ønsker det kan bo i eget hjem lengre enn tidligere, mens de som er engstelige og ønsker langtidsplass, opplever dette som vanskelig. Dette kan få negativ innflytelse på den eldre pasients myndiggjøring (Kassah et. al. 2009).

Studien viser videre at sykepleielederne har forskjellige opplevelser av samhandlingen med tildelingsenheten når det er behov for endring i pleie- og tjenestetilbudet. Noen opplever å bli hørt, mens andre i liten grad når frem, og dette påvirker deres mulighet for å få til endringer i pleie- og tjenestetilbudet (Engstad 2009). Dette kan ha sammenheng med formelle kommunikasjonsstrukturer (Selznick, 1984) som fungerer dårlig eller ikke er til stede.

De empiriske funn viser også at det er behov

for styrket samhandling og utvikling av en felles forståelse mellom fastleger, tildelingsenhet og sykepleieledere hvis den informative og administrative kontinuitet skal ivaretas (Freedman et al, 2007).

Studien viser også at det er behov for økt kompetanse og at kompetansebehovet løses gjennom praktisk opplæring, og den dybdeknnskap som er nødvendig blir da ofte fraværende. ■

Referanser:

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen: rett behandling - på rettsted - til rett tid. Oslo: Departementet; 2009. (St.meld. nr. 47 (2008-2009)).
2. Helsedirektoratet. Samhandlingsstatistikk. Oslo: Direktoratet; 2010. (IS-1958).
3. Sosialdepartementet. Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene. Oslo: Departementet; 2003. (St.meld. nr.45(2002-2003)).
4. Kommunal- og regionaldepartementet. Nye vegar til framtidens velferd: regjeringasin strategi for innovasjon i kommunesektoren. [internet] 2013. (lest 26.02.2014). Hentet fra: <http://www.regjeringen.no/pages/38287227/velferd.pdf>.
5. Sosial- og helsedepartementet. Resultater og erfaringer fra Regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmete og veien videre. Oslo: Departementet; 1997. (St.meld.nr. 34 (1996-1997)).
6. Aroskar MA, Moldow DG, Good CM. Nurses' Voices: Policy, practice and Ethics. *Nursing Ethics*. 2004; 11(3):266-276.
7. Tønnessen S. The Challenge to provide sound and diligent care: a qualitative study of nurses' decisions about prioritization and patients' experiences of the home nursing service. [PhD avh.]. Oslo: Universitetet i Oslo; 2011.
8. Tingvoll WA, Kassah BLL, Kassah AK. Helse- og omsorgstjenesten: et overblikk. I: Samhandlingseformen under lupen. Kassah BLL, Tingvoll WA, Kassah AK, red. Bergen: Fagbokforlaget; 2014. S. 17-29.
9. Busch T, Johnsen E, Klausen KK, Vanebo JO. Modernisering av offentlig sektor: trender, ideer og praksiser. 3.utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
10. Busch T, Johnsen E, Klausen KK, Vanebo JO. Modernisering av offentlig sektor. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2005.
11. Lian OS. Når helse blir en vare: medikalisering og markedsorientering i helsestjenesten. Kristiansand: Høyskoleforlaget; 2007.
12. Forvaltningsloven. Lov om behandlingsmåten i forvaltningen. [internet]. 1967/2014. (lest 26.02.2014). Hentet fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10?q=forvaltningsloven>.
13. Sosial- og helsedirektoratet. Kvalitet i helse- og omsorgstjenestene: veileder til forskrift og kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. [internet]. 2004. (lest 26.02.2014). Hentet fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/kvalitet-i-pleie-og-omsorgstjenesten/Publikasjoner/kvalitet-i-pleie-og-omsorgstjenesten.pdf>.
14. Kirchoff J. De skjulte tjenestene. [Avhandling (dissertation)] Karlstad: Karlstads universitet; 2010.
15. Henriksson L, Wrede S, Burau V. Understanding professional projects in welfare service work. *Gender, work and organization*. 2006; 13(2):174-192.
16. Stams MA, Hjelmtveit V. Velferdsstaten i endring. Oslo: Gyldendal akademisk; 2009.
17. Kommunenes sentralforbund. Kostnader og gevinster knyttet til bestiller-utfører-modellen. [internet]. 2012. (lest 28.02.2014). Hentet fra: http://public.deloitte.no/dokumenter/Deloitte_KS_rapport_080812.pdf.
18. Nortvedt P, Pedersen R, Grothe KH, Nordhaug M, Kirkevold M, Slettebo A, Andersen B. Clinical prioritisation of healthcare for the aged - professional roles. *J Med Ethics*. 2008; 34(5): 332-335. Doi: 10.1136/jme.2007.020693.
19. Varcoe C, Doane G, Pauly B, Rodny P, Storch JL, Mahony K, Starzomski R. Ethical practice in nursing: working the in-betweens. *Journal of Advanced Nursing*. 2004; 45(3): 316-325.
20. Tønnessen S. Prioritering i hjemmesykepleien/mot prioriteringskriterier i helse- og omsorgstjenestene. I: Samhandlingseformen under lupen. Kassah BLL, Tingvoll WA, Kassah AK, red. Bergen: Fagbokforlaget; 2014. S. 69-84.
21. Senge PM. *The fifth discipline*. New York: Doubleday; 1990.
22. Selznick P. *Leadership in administration: a sociological interpretation*. Berkeley, California: University of California Press; 1984.
23. Freeman GK, Woloshynovych M, Baker R, Boulton M, Guthrie B, Car J. Continuity of care: what have we learned since 2000 and policy imperatives now? [internet] 2006. (lest 28.02.2014). Hentet fra: <http://www.hpm.org/Downloads/Bellagio/Articles/Continuity/138-final-report.pdf>.
24. Orvik A. Organisatorisk kompetanse i sykepleie og helsefaglig samarbeid. Oslo: Cappelen akademisk forlag; 2004.
25. Fivelsdal E, Østerberg D. Makt og byråkrati: essays om politikk og klasse, samfunnsforskning og verdier. Oslo: Gyldendal akademisk; 2010.
26. Engelstad F. Om makt: teori og kritikk. Oslo: Ad notam Gyldendal; 1999.
27. Engelstad F. Hva er makt? Oslo: Universitetsforlaget; 2009.
28. Bourdieu P, Prieur A. Symbolsk makt: artikler i utvalg. Oslo: Pax; 1996.
29. Hernes G. Makt – det alle ønsker og ingen vedstår seg. I: Pedersen W, Næss HE, red. Merkesteiner i norsk sosiologi. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
30. Wibeck V. Fokusgrupper: om fokuserte gruppintervjuer som undersøkingsmetode. Lund: Studentlitteratur; 2011.
31. Lindseth A, Norberg AA. A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2004; 18(2): 145-153.
32. Kassah AK, Kassah BL. Funksjonshemming: sentrale ideer, modeller og debatter. Bergen: Fagbokforlaget; 2009.
33. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford/University Press; 2013.
34. Daatland SO. Aldring som provokasjon: tekster om aldring og samfunn. Bergen: Fagbokforlaget; 2008.
35. Daatland SO, Solem PE. Aldring og samfunn: innføring i sosialgerontologi. Bergen: Fagbokforlaget; 2011.
36. Gjørnum RG, Sagen LM, Solbjørg HK. Kultur og helse i remisensarbeid: om aktivt medborgerskap. I: Samhandlingseformen under lupen. Kassah BLL, Tingvoll WA, Kassah AK, red. Bergen: Fagbokforlaget; 2014. S. 203-224.
37. Bowers BJ, Lauring C, Jacobson N. How nurses manage time and work in long-term care. *Journal of Advanced Nursing*. 2001; 33(4). S. 484.
38. Parry-Jones B, Soulsby J. Needs-led assessment: the challenges and reality. *Health and social care in the community*. 2001; 9(6):414-428.
39. Askim T, Rohweder G, Lydersen S, Indredavik B. Evaluation of an extended stroke unit service with early supported discharge for patients living in a rural community. A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*. (2004); 18 (3): 238-248.
40. Tingvoll WA, Fredriksen SD. Individuell tilrettelegging for eldre pasienter etter sykehusopphold. *Vård i Norden*. 2011; 31(3): 40-44.
41. Helsepersonelloven Lov om helsepersonell m.v. [internet]. 1999/2014. (lest 26.02.2014). Hentet fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>