



# Bacheloroppgave

**ADM650 Jus og administrasjon**

**Lovfesting av krav om forsvarlegheit i Helse- og omsorgstenestelova**

**Kristin Ulstein Farstad**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 32**

**Molde, 07.07.2013**



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

| Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6: |   |                                     |
|--|---|-------------------------------------|
| 1.   | Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.   | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2.   | Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3.   | Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4.   | Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5.   | Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6.   | Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>   | <input checked="" type="checkbox"/> |

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Åge Brekk

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 07.07.2013

## **Forord**

Å skrive denne oppgåva har vore både spennande og lærerikt. Eg har fått eit mykje meir nyansert syn på korleis kvardagen til dei tilsette ved sjukeheimen er etter å ha fått intervju dei. Å vere helsepersonell inneber å møte motstridande krav, å måtte gi mykje av deg sjølv, og eg fekk eit godt innblikk i korleis dette kan tære på dei både fysisk og psykisk. Eg vil gjerne takke alle respondentane for at eg fekk intervju dei, og slik tileigne meg all denne nye kunnskapen. Eg vil og takke min rettleiar, Åge Brekk, for god hjelp på vegen med å skrive denne oppgåva, og ikkje minst takk til all familie for barnepass.

## Samandrag

Med innføring av Samhandlingsreforma og påfølgjande ny lov for kommunehelsetenesta, kalla Helse- og omsorgstenestelova, frå 1. januar 2012, har kommunane fått eit mykje større ansvarsområde når det gjeld pasienthandtering, då ein større del av helse- og omsorgstenestene no skal utførast i kommunane istadenfor ved sjukehus. Eg valde å fokusere på det lovfesta kravet om forsvarlegheit og var interessert i korleis arbeidsdagen for dei tilsette, både helsepersonell og leiarar ved korttids- og rehabiliteringsavdelinga ved ein sjukeheim, artar seg etter denne lovfestinga. Eg valde å gjennomføre eit todelt intervju, og årsaka til dette er at leiarar gjerne har eit anna økonomifokus enn helsepersonellet, då det er dei som må fordele knappe ressursar, og eg var interessert i om pasientfokuset på grunn av dette blir annleis. Problemstillinga mi vart difor som følgjer; *Føler dei tilsette ved sjukeheimen i kommune X at tenestene dei tilbyr pasientane er forsvarlege etter § 4-1 i Helse- og omsorgstenestelova?*

For å undersøke dette tok eg utgangspunkt i tre viktige omgrep som spelar inn; kvalitet, kompetanse og økonomi. For å forsøke å belyse problemstillinga intervjuar eg sju respondentar, både helsepersonell og leiarar, i ei sjølvvald kommune. Årsaka til at eg valde ein kvalitativ metode var at eg ønskte å kunne seie noko om respondentane sine opplevingar og erfaringar angående det lovfesta kravet om forsvarlegheit.

## Innholdsliste

|  |    |
|--|----|
| <b>1. Innleiing og problemstilling</b> .....                                     | 1  |
| <b>2. Teori</b> .....  | 2  |
| 2.1 Gjeldande rett .....   | 2  |
| 2.2 Forsvarlegheit i Samhandlingsreforma og i Helse- og omsorgstenestelova ..... | 3  |
| 2.3 Kvalitet .....   | 4  |
| 2.4 Kompetanse .....   | 5  |
| 2.5 Økonomi .....  | 5  |
| <b>3. Metode</b> .....   | 7  |
| 3.1 Etikk .....  | 10 |
| <b>4. Analyse</b> .....  | 11 |
| 4.1 Samhandlingsreforma .....  | 11 |
| 4.2 Lovfesting av kravet om forsvarlegheit .....                                 | 14 |
| 4.3 Forsvarlegheit - etterutdanning .....  | 14 |
| 4.4 Forsvarlegheit - kompetanse .....  | 15 |
| 4.5 Forsvarlegheit – utskrivingsklare pasientar .....                            | 17 |
| 4.6 Forsvarlegheit – tildeling av ressursar .....                                | 18 |
| <b>5. Konklusjon</b> .....   | 20 |
| <b>6. Litteraturliste</b> .....  | 22 |
| <br>   |    |
| Vedlegg 1     Intervjuguide helsepersonell .....                                 | 24 |
| Vedlegg 2     Intervjuguide leiarar .....  | 25 |

## 1. Innleiing og problemstilling

Noreg er eit av verdas rikaste land, og i forhold til folketalet bruker vi meir ressursar til helsetenester enn dei aller fleste land i verda. Sjølv om vi aldri har produsert fleire helsetenester enn vi gjer i dag, og aldri har vore friskare, opplever mange at det ikkje gjerast nok. Opplevinga av knappheit er reell. Vi har ikkje nok helsepersonell til å tilfredstille alle behov og oppfylle alle ønskjer. I tillegg aukar behova med ei aldrande befolkning, behandlingmoglegheitene aukar med betre teknologi og krava til kvalitet aukar i takt med ein stadig betre levestandard (Helsedirektoratet 2012).

Norske kommune vil stå ovanfor mange store utfordringar i åra som kjem, og nokon av desse er her allereie. For å møte desse utfordringane har ulike reformer blitt initiert og drive fram av nasjonale myndigheiter. Ein av desse er Samhandlingsreforma som vart vedtatt i 2010 og gradvis sett i verk frå 1. januar 2012. Hensikta med reforma er å møte dei store utfordringane ein ser for seg innan dagens- og framtidas helse- og omsorgstenester knytt til utviklinga i demografi og sjukdomsbilete, og til behovet for økonomiske og menneskelege ressursar. Hovudstrategien er betre samhandling mellom dei to nivåa i helsesektoren; kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta. Ansvar for å gi gode helse- og omsorgstenester er no i større grad lagt til kommunane, nærare der pasientane bur (Torsteinsen 2012).

Reformer representerer eit interessant forskingsfelt for samfunnsvitskapen generelt og rettssosiologien spesielt. Innan rettssosiologien vil ein vere opptatt av å studere korleis rettsregler fungerer i praksis, ein kan forenkla sett seie at den beskriver og analyserer retten i samfunnet (Mathiesen 2011). På den eine sida spør ein om retten sine tilsikta verknader blir oppfylt, medan ein på den andre sida spør om retten har andre, utilsikta verknader av samfunnsmessig art. Dette er samansette spørsmål, det kan ofte vere uklart om tilsynelatande utilsikta verknader likevel er så utilsikta, eller om dei ikkje vil vere tilsikta i alle fall av nokon interessegrupper i samfunnet. Overgangen mellom det tilsikta og det utilsikta kan altså vere uklar og er ofte spørsmål om ein gradsforskjell (Mathiesen 2011).

I ein rettssosiologisk analyse vil ein altså kunne studere eit stort mangfald av verknader av lover og lovendingar. Som følgje av Samhandlingsreforma vedtok Stortinget 24.06.2011 ei ny lov om kommunale helse- og omsorgstenester, kalla Helse- og omsorgstenestelova. Denne kom som eit av fleire verkemiddel for å understøtte og realisere måla med reforma

(Helse- og omsorgstenestelova 2013). I denne nye lova har vi fått eit lovfesta krav om forsvarleg behandling av pasientar, jf. § 4-1, og det er dette emnet eg har sett mitt fokus på.

Det er to hovudemne som står sentralt i utviklinga av problemstillinga. For det første vil eg sjå nærare på § 4-1 i den nye Helse- og omsorgstenestelova. Her står det at helse- og omsorgstenester som blir tilbydd eller ytast etter lova skal vere forsvarlege. For det andre vil eg sjå på kva som må til for at dei tilsette skal klare å oppnå/overhalde dette kravet til forsvarlegheit. Utifrå oppslag i media er kvardagen til dei tilsette i helsesektoren prega av mangel på kvalifisert personell og knappe ressursar grunna ein stadig pressa kommuneøkonomi. I denne samanheng vil eg sjå på omgrepa kvalitet, kompetanse og økonomi, for på denne måten å forsøke å belyse omgrepet forsvarlegheit.

Problemstillinga blir difor som følgjer;

*Føler dei tilsette ved sjukeheimen i kommune X at tenestene dei tilbyr pasientane er forsvarlege etter § 4-1 i Helse- og omsorgstenestelova?*

For å sikre gyldigheita av undersøkinga har eg vald ei lov som er sett i verk og som difor kan forskast på. Den tilsikta verknaden av lovfesting av kravet om forsvarlegheit vil vere om dei tilsette meiner at tenestene dei yter er klart forsvarlege. Eg skal og undersøke om der er nok kvalifisert personell på jobb til ein kvar tid, då dette er sær viktig med omsyn til forsvarlegheit. Svara som vil kome fram her kan peike på utilsikta verknader. Dette vil kome fram i analysen.

## **2. Teori**

### **2.1 Gjeldande rett**

Relevant for denne oppgåva er;

- Helse- og omsorgstenestelova § 4-1, om krav om forsvarleg behandling av pasientar.
- Helsepersonellova § 48, om autorisasjon.
- Forskrift om medfinansiering av spesialisthelsetjenesten.



## 2.2 Forsvarlegheit i Samhandlingsreforma og i Helse- og omsorgstenestelova

Etter innføring av Samhandlingsreforma har kommunane fått eit større ansvar for førebygging og helsefremjande arbeid, i tillegg til å ta over sjukehusoppgåver. Dei skal ta større ansvar for pasientar som ikkje har behov for spesialisthelsetenester, men som ikkje kan bli skriven ut til heimen. Reforma legg vekt på at det må skje ei kompetanseoppbygging i kommunen for å kunne realisere målet om at dei skal overta fleire av spesialisthelsetenesta sine oppgåver (St.meld. nr. 47 (2008-2009)).

Samhandlingsreforma har fokus på pasientorientering og kostnadseffektivitet, og oppbygginga av kommunehelsetenesta og kommunal medfinansiering av spesialisthelsetenesta er sentral her. Denne reforma er på mange måtar ei storstilt satsing på kommunehelsetenesta, som både skal tilførast ressursar, prioritere den førebyggjande funksjon, og avlaste sjukehusa (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). I Samhandlingsreforma blir det lagt opp til eit forpliktande samarbeid mellom kommune og sjukehus som mellom anna tek for seg samarbeid. Dette avtalesystemet er omtalt i Helse- og omsorgstenestelova, og i forskrifta til denne. Eit kjernepunkt her er omgrepet «utskrivingsklar pasient». Ifølgje § 9 i forskrifta er ein pasient utskrivingsklar «når lege på sjukehus vurderer at det ikkje lenger er behov for ytterlegare behandling i spesialisthelsetenesta». Frå og med det døgnet ein pasient blir erklært utskrivingsklar, overtek kommunen det økonomiske ansvaret (Torsteinsen 2012). Utifrå dette kan ein seie at Samhandlingsreforma stiller norske kommune ovanfor nye og store utfordringar.

Helse- og omsorgstenestelova § 4-1 handlar om omgrepet forsvarlegheit; helse- og omsorgstenester som blir tilbydd eller ytt av kommunen skal vere forsvarlege. Kommunen skal legge til rette tenestene slik at:

- a. den enkelte pasient blir gitt eit heilskapleg og koordinert helse- og omsorgstenestetilbod,
- b. den enkelte pasient blir gitt eit verdig tenestetilbod,
- c. helse- og omsorgstenesta og personell som utfører tenestene blir i stand til å overhalde sine lovpålagte plikter og
- d. tilstrekkeleg fagkompetanse blir sikra i tenestene (Helse- og omsorgstenestelova 2013).

Første ledd inneber ei presisering av at innhaldet i tenesta skal vere forsvarleg når pasienten blir tilbydd eller mottar den. Dette kravet om forsvarlegheit har ein dobbel funksjon. Det er ei rettesnor for tenesta og viser til normer som beskriver korleis tenestene

bør vere. Det fyl av kravet om forsvarlegheit at tenestene må halde tilfredsstillande kvalitet, ytast i tide og i tilstrekkeleg omfang. Plikta til å sørge for forsvarlege tenester stiller krav om at verksemda planlegg og set i verk nødvendige tiltak for å sikre at dei ulike tenestene som ytast til ein kvar tid er forsvarlege. Verksemda skal også sjå til at tiltaka fungerer og er tilstrekkelege. I bokstav b er omgrepet verdigheit vektlagt. Kravet til eit verdig tenestetilbod kan tolkast inn i dagens krav om forsvarlegheit. Eit tenestetilbod som ikkje fyl dei grunnleggande krava om å vere verdig, kan heller ikkje bli oppfatta som forsvarleg. Krava i bokstav c om at kommunen skal legge til rette for personellet slik at dei kan overhalde sine plikter, finn ein også i Helsepersonellova § 16, medan det i bokstav d blir presisert at kommunen skal legge til rette for utvikling av fagkompetanse blant dei tilsette (Helse- og omsorgstenestelov 2013). For å forsøke å utdjupe omgrepet forsvarlegheit vil eg nytte meg av omgrepa kvalitet, kompetanse og økonomi, då eg meiner dette er svært sentrale faktorar som må vere tilstades i størst mogleg grad for at dei tilsette skal ha dei beste forutsetningane for å kunne yte forsvarleg behandling ovanfor pasientane.

### **2.3 Kvalitet**

Opplevinga av kvaliteten på ei teneste skjer i møtet mellom to involverte partar, den som utfører tenesta og den som mottar den (Aasland, Eide, Grelland, Kristiansen og Sævareid 2011). Det er viktig å ha føre seg kva yrkesutøving ovanfor ein pasient faktisk inneber, ein kan dele oppgåvene til helsepersonellet i to grupper. Den første er den behandlande funksjonen der kunnskapen til pleiaren blir nytta til å stelle pasienten, såkalla «ekspertarbeid». Det å vere medmenneske i ein vanskeleg livssituasjon inneber å måtte begripe og motivere pasienten til å leve vidare, dette kan vi kalle «menneskearbeid». Det er ein stor del av helsepersonellet sin kvardag, og kan vere svært krevjande både fysisk og psykisk (Aasland m.fl. 2011). Kvalitet er eit omgrep med eit vidt spekter. Omsorga og pleia kan vere forsvarleg sjølv om den ikkje er av høgste kvalitet. Men dess høgare kvalitet, dess betre er forsvarlegheita. Ein kan sjå store ulikskapar mellom helsepersonellet i kva grad ein klarer å yte behandling av god kvalitet, og dermed forsvarlegheit. Eg er interessert i å finne ut korleis dette «møtet» som eg nemnde ovanfor er på sjukeheimen. Kor god tid har dei tilsette til å få god kvalitet på «møtet»? Pasientane på korttidsavdelinga og rehabiliteringsavdelinga skal kun vere på sjukeheimen i kortare periodar, men i dei periodane dei bur der, er dette faktisk heimen deira. Ei side av saka er å få dekkja behova for mat og pleie, ei anna er den sosiale omsorga, det at helsepersonellet faktisk har tid til å setje seg ned med pasienten og utveksle nokre ord. Å klare å yte omsorg av god kvalitet

heng og saman med grada av kompetanse dei tilsette har. Ei pressemelding frå Helse- og omsorgsministeren hausten 2010 summerte på mange måtar opp det som er kjerna i tenkinga om kvalitet og pasientsikkerheit i dagens helsevesen. Her vart det mellom anna lagt vekt på sikring og vidareutdanning av kompetansen hos helsepersonellet (Aasland m.fl. 2011), og det blir då naturleg å vende over til omgrepet kompetanse.

## **2.4 Kompetanse**

Kvalitetssans er knytt til kompetanse, det vil seie læring gjennom teori og praksis, og gjennom erfaring i mellommenneskelege forhold. Opplevinga av ansvar er nødvendig for at helsepersonellet skal kunne fremje kvalitet på arbeidet som blir utført (Aasland m.fl. 2011). Det er ifølgje Olsen (2012) viktig å inneha rett kompetanse for å kunne dekke reforma sitt krav allereie før den er sett i verk. Dette vil ofte føre til at dei tilsette er meir positivt innstilt til endringane, og at dei då gjerne føler at dei vil meistre dei nye oppgåvene i samband med reforma. Utfordringa med dette er at det i startfasa av reformer kan vere vanskeleg å vite korleis endringane faktisk kjem til å sjå ut i praksis. Forståinga av kompetansebehovet kan endre seg etter kvart som innhaldet i reforma trer tydelegare fram og ein på denne måten får meir kunnskap om den faktiske endringa som skjer (Olsen 2012).

For dei tilsette i helsevesenet er kravet til kompetanse fastsett i Helsepersonellova, jf. § 48, krav om offentleg autorisasjon. Med Samhandlingsreforma er nok kvardagen til dei tilsette blitt meir utfordrande, då pasientar gjerne er sjukare når dei kjem til sjukeheimen enn før, sidan dei blir sendt hit med ein gong legane meiner det er forsvarleg. Dette vil eg finne ut meir om mi undersøking, eg vil prioritere å spørje om vidareutdanning og kurs for å kartlegge kompetanseutviklinga i kommunen, då dette er høgst aktuelt for å kunne diskutere/konkludere om pasientane mottar ei forsvarleg behandling på sjukeheimen. I kva grad kommunen tilbyr kompetanseutvikling for dei tilsette er berre ein av dei mange faktorane økonomien i kommunen er med på å styre. Det er på tide å vurdere omgrepet økonomi med utgangspunkt i forsvarleg behandling av pasientar.

## **2.5 Økonomi**

Stadige krav til betre økonomistyring i eit kostnadseksponsivt helsevesen, saman med stadige krav om betre helsetenester, verkar saman og set leiarane i helsesektoren i eit kontinuerleg krysspress. Ein finn oppslag i media om ein pressa økonomi i både store og

små kommune der dei må gjere prioriteringar mellom ulike tenester. Korleis vil dette påverke evna til å tilby forsvarlege teneste til pasientar ved kortids- og rehabiliteringsavdelinga ved sjukeheimen? Ambisjonen i Samhandlingsreforma er nett å få til betre tenestekvalitet og ikkje minst forsvarlege helsetenester, samtidig som dei er økonomisk berekraftige (St.meld. nr. 47 (2008-2009)).

Forskrifta om medfinansiering av spesialisthelsetenesta er sentral i samhandlinga mellom kommune og sjukehus. Den regulerer kommunal medfinansiering av spesialisthelsetenesta, og kommunal betaling for utskrivingsklare pasientar. Kommunen skal overta ansvaret for desse pasientane frå første dag. Klarer ikkje kommunen dette må dei betale 4000 kroner for kvar dag denne pasienten blir liggande på sjukehuset, jf. § 13 i forskrifta. Desse økonomiske insentiva skal motivere kommunen til å etablere eigne, billige pleietilbod. Formålet med forskrifta er mellom anna at den skal skape gode pasientforløp og kostnadseffektive løysingar som kan gi pasientar eit like godt eller gjerne betre tilbod i kommunen si helse- og omsorgsteneste som i spesialisthelsetenesta. Forskrifta regulerer ikkje kor eller korleis kommunen skal behandle pasienten, den avgjersla skal kommunen ta i ein helsefagleg forsvarlegheitsvurdering då dette er deira ansvar når pasienten er utskrivingsklar (Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter, lovdata.no). At pasienten skal få forsvarleg behandling er det grunnleggande, jf. Helsepersonellova § 4.

Kommunane har gjerne to hovudutfordringar når det kjem til økonomi. Den eine handlar om korleis dei skal fordele dei tilgjengelege ressursane mellom ulike typar tenester, og den andre handlar om korleis å sikre at ressursane blir nytta på best mogleg måte (Pettersen, Magnussen, Nyland og Bjørnenak 2008). Desse to utfordringane blir avspegla i den enkelte helsearbeidar sin kvardag. Dei fleste opplever eit press for å yte dei tenestene som er etterspurt. Og i ein situasjon med knappe økonomiske rammer vil ein måtte foreta prioriteringar. Og det er denne prioriteringa som i kvardagen ofte blir opplevd som vanskeleg for dei tilsette. Når nokon pasientar får meir omsorg og behandling gitt knappe ressursar, vil dette gå på bekostning av andre pasientar som då får mindre av det same (Pettersen m.fl. 2008). Korleis går dette utover kvaliteten, og dermed forsvarlegheita, til behandlinga pasienten mottar?

Det har kome fram i media at norske kommune lid under mangel på sjukepleiarar. I ei undersøking svarar over halvparten av kommunane at dei har for få sjukepleiarar, og dette skapar problem for gjennomføringa av Samhandlingsreforma. Av dei som svarte at dei mangla fagkompetanse, gjaldt dette sjukepleiarar for 51 prosent av dei. For eit halvt år sidan vart det gjennomført ein tilsvarande undersøking, og då var det 44 prosent som svarte at det var sjukepleiarar det skorta på. Leiar i Norsk Sjukepleiarforbund er ikkje overraska over resultatet, men meiner heller at dette er som forventa; «et av målene med Samhandlingsreformen er at pasientene skulle komme tidligere hjem til kommunen. Vi har fryktet at pasienten er sykere når de kommer hjem, uten at man øker bemanningen slik at pasientene blir tatt godt nok vare på» (Db 2012). Eg vil finne ut korleis dette er i kommunen eg har vald å undersøke, har også dei problem med å få kvalifisert personell til stillingane sine?

### 3. Metode

I mi problemstilling set eg fokus på forsvarlegheitsparagrafen i Helse- og omsorgstenestelova, og eg stiller i tråd med rettssosiologisk forskingstradisjon spørsmål om korleis denne paragrafen fungerer i praksis. Det er kun eit halvanna år sidan denne lova tredde i kraft, og dette skapar nokre utfordringar med omsyn til kva empiri som er tilgjengeleg. Eg har vald å undersøke korleis kvardagen har blitt for dei tilsette i helsesektoren etter innføring av denne nye lova. Mi problemstilling; *Føler dei tilsette ved sjukeheimen i kommune X at tenestene dei tilbyr pasientane er forsvarlege etter § 4-1 i Helse- og omsorgstenestelova?* er ei beskrivande problemstilling då eg ønskjer å beskrive dagens situasjon for dei tilsette.

Eg skal gjere ei undersøking på ein sjukeheim i ei sjølvvald kommune. Her vil fokuset vere på korttids- og rehabiliteringsavdelinga ved sjukeheimen. Eg ønskjer å finne ut noko om korleis kvardagen for dei tilsette har blitt etter Samhandlingsreforma og innføring av Helse- og omsorgstenestelova. Fokuset mitt vil vere på § 4-1 i denne lov, nemleg forsvarlegheit. Det er så langt som eg har sett ikkje noko rettspraksis på dette feltet som seier noko om korleis tilsette i helsesektoren opplever kravet om forsvarlegheit. Eg har heller ikkje funne forsking med ei slik vinkling.

Kvalitative data er empiri i form av ord som formidlar meining, som gjengir personar sine opplevingar og fortolkingar av ein situasjon. Ei kvalitativ undersøking eignar seg til å gå i

djupna av eit fenomen, og blir kjenneteina av openheit. Ei slik undersøking omfattar vanlegvis få einingar, og vil difor som regel ha generaliseringsproblem (Jacobsen 2005). Målet mitt for undersøkinga var ikkje å kunne generalisere, så for å forsøke å finne svar på denne problemstillinga valde eg eit kvalitativt undersøkingsopplegg. Dette skulle gå i djupna på emnet for å få fram ein så heilskapleg beskriving som mogleg om kravet til forsvarlegheit, og eg valde då intervjuforma. Undersøkinga vart ein tverrsnittstudie som skulle beskrive forholda på det tidspunktet undersøkinga vart gjennomført. Den vil ikkje kunne seie noko om årsak og verknad, eller endring i forhold til tidlegare funn, sidan eg ikkje har funne tidlegare undersøkingar gjort om dette spesifikke emne. Respondentane vart derimot spurt om dei har opplevd ei endring før og etter lovendringa i 2012. Dette inneber at vi kan få noko kunnskap om førekomst før og etter, gjennom det som kallast retrospektivt design (Jacobsen 2005). I analysa tok eg sjølvsgt eit forbehold med tanke på om respondentane faktisk hugsa rett.

Nokre av ulempene med å velje intervju som metode er at den er ressurskrevjande. Intervjua kan ta lang tid, og på grunn av at eg må velje færre respondentar, gjer at eg kan få eit problem med eit representativt utval. Ei anna ulempe er at den informasjonen eg samlar inn kan vere vanskeleg å tolke på grunn av sin nyanserikdom, samt at dei ulike data kan vere svært komplekse. Det siste problemet eg må passe meg for er nærleiken ein kan oppleve til det emnet ein undersøker, for ikkje å bli «fanga» av det eg undersøker (Jacobsen 2005). For å summere opp er problemstillinga om korleis kravet til forsvarlegheit blir opplevd av dei tilsette i helsesektoren eit emne som gjerne kan belysast, og som kan vere nyttig å få fram ein nyansert beskriving av. Difor passar den kvalitative metoden godt til denne problemstillinga.

Tidsrommet for undersøkinga er 1. januar til 1. juli 2013. Eg gjennomførte ei todelt intervjurunde, og då med nokre få ulikskapar mellom intervjuguidane. Den eine var til leiarane ved sjukeheimen, den andre til dei tilsette. Årsaka til dette er at dei har ulike utgangspunkt for å svare på spørsmåla. Leiarane har eit anna økonomifokus då dei skal fordele knappe ressursar i ein stadig pressa kommuneøkonomi, medan helsepersonellet har eit anna pasientfokus då det er dei som møter pasientane dagleg og skal arbeide under ressursar som ofte kan følast for knappe.

Når eg vel å gjennomføre denne undersøkinga med intervju som metode, får eg ei tilnærming som er induktiv. Det blir også kalla open metoden, der eg forsøker å legge så få føringar som mogleg på den informasjonen som blir samla inn (Jacobsen 2005). Her kan eg altså ende opp med kunnskapar om meir enn det som opphavleg var planlagt, og eg kan justere spørsmåla undervegs når eg ser korleis intervjuet går. Intervjuguiden har likevel ein god struktur, dette fordi eg som ein fersk undersøkjer hadde god bruk for denne strukturen for å sikre at vi kom inn på dei emna eg ønskte å belyse. Fordelen var også at eg ikkje samla inn data som vart alt for komplisert å analysere. Eg følgde ikkje intervjuguiden til punkt og prikke, då nokre av svara frå respondentane gjorde det nødvendig å bytte om på spørsmålsstillinga. Val av stad for intervjuet er viktig, sidan konteksten intervjuet føregår i, kan påverke innhaldet i intervjuet. Dette kallast for konteksteffekten (Jacobsen 2005).

Totalt gjennomførte eg sju intervju. Eg kontakta avdelingsleiar for å forhøyre meg om moglegheita til å få gjennomføre intervju med nokre av dei tilsette ved sjukeheimen. Ho lufta denne førespurnaden for dei tilsette, og vidareformidla til meg fem namn som var interessert. Eg tok kontakt med desse personleg for å bekrefte at dei var interessert i å bli intervjuet og for å avtale intervjutid. Eg gav dei eit notat om kva emne oppgåva skulle handle om, forsikra anonymitet og avtalte tid for intervju med den enkelte der eg tok omsyn til arbeidstider og korleis arbeidsdagen deira såg ut (møter, stell, måltid og så vidare). Intervjua vart gjennomført i tidsrommet 2. mai til 4. juni 2013. Intervjua føregjekk på respondentane sin arbeidsplass, og då inne på arbeidskontoret til helsepersonellet. I nokre tilfelle vart intervjuet forstyrra av at respondenten vart ringt opp eller måtte ut for å hjelpe ein pasient, då var det om å gjere og forsøke å få i gang igjen samtalen på nytt. Ved å sitte på kontoret til helsepersonellet fekk eg også sjå innblikk i korleis den hektiske arbeidsdagen til dei tilsette ved sjukeheimen kan vere.

Før eg starta intervjuet spurte eg respondentane om godkjenning til å ta opp intervjuet. Dette gjer det enklare å ha fokus på intervjuobjektet og dei svara han gir. På denne måten kan eg få stilt oppfølgingsspørsmål om det blir gitt svar som oppfordrar til det, sidan eg då ikkje er for opptatt med å notere alt som respondenten svarar og slik kanskje unngår å gå glipp av ulike nyansar i svara som blir gitt. Bruk av opptak sikrar også undersøkaren direkte, ordrette sitat, som kan gi undersøkinga meir tyngde (Jacobsen 2005). Responsen her var einsidig, det var ingen som motsette seg lydopptak. Forutsetninga var sjølvstakt at eg sletta opptaket etter at eg hadde transkriberte opptaka. Eg gav respondentane

moglegheita til å få intervjuet tilsendt på e-post for godkjenning etter eg hadde reinskrive det. Alle intervjuar varte mellom 30-60 minutt, og som ei avslutning spurte eg om respondenten hadde andre tankar/meiningar angående emnet mitt som eg ikkje hadde stilt spørsmål om.

Moglege undersøkingseffekt er viktig å vurdere, men i denne undersøkinga finn eg ikkje nokon openbare faktorar som kan gi særleg effekt. Det er ikkje mogleg å vite på førehand om dette emnet kan føre til at nokon kan ha eit engasjement angående saka som igjen vil føre til over- eller underrapportering. Måten eg utformar spørsmåla mine på kan og gi ein uforutset effekt. I tillegg vil det å bli undersøkt i seg sjølv gi ein undersøkingseffekt, og dette kan bli ein tanke forsterka når eg valde å nytte intervju som metode, og dermed er tilstades ved undersøkinga (Jacobsen 2005).

Eg meiner at undersøkinga og problemstillinga mi oppfyller krava om å vere spennande, enkel og forskbar (Jacobsen 2005). Det er grunn til å tru at intervjuar vil gi valide data i forhold til problemstillinga, det er også rimeleg å anta at svara vil vere pålitelege. Eg trur respondentane i denne undersøkinga vil ønske sjølve å svare så korrekt som mogleg, då dette er eit emne som det er i deira interesse å få korrekte svar på, samtidig som det kan vere ein fordel for dei at denne problemstillinga bli sett i eit mest mogleg korrekt lys i det offentlege.

### **3.1 Etikk**

Av etiske årsaker er det viktig at intervjuobjekta blir orientert om undersøkinga sitt formål, kven det er som skal gjennomføre den, at det er frivillig å delta, samt at den er anonym (Jacobsen 2005). Det kan vere spørsmål i denne undersøkinga som kan vere vanskeleg å svare på, då fordi ein føler ein angir eventuelle medarbeidarar eller arbeidsgjevar. Så utifrå ei etisk vurdering er ikkje dette eit heilt uproblematisk emne, men eg meiner eg ikkje trakkar over etiske grenser sjølv om undersøkinga utfordrar visse personlege plan. Når det gjeld personvern vil eg ikkje spørje etter personopplysningar i denne undersøkinga, samt at den er anonym, difor meiner eg at eg ikkje vil støyte på personvernproblem her.

Det er i hovudsak tre krav som er knytt til forholdet mellom forskar og dei det blir forska på. Det første kravet er informert samtykkje (Jacobsen 2005). Alle i denne undersøkinga vart informert om at deltakinga var frivillig, både skriftleg og munnleg. Dei fekk sjå ein



oversikt over emne eg skulle undersøke, og eg forsikra meg om at dei ville delta i undersøkinga når eg møtte dei personleg for å avtale tid for intervju.

Det andre kravet er respondentane sin rett til privatliv (Jacobsen 2005). Moglegheita for at andre kan identifisere enkeltpersonar i datamaterialet er ein trussel mot privatlivet til respondenten. For å sikre anonymiteten til dei tilsette, har eg vald å gjere både personellet og kommunen anonym. Dette fordi det då ikkje skal gå an å kome fram til kven respondentane er, og det var eit av krava frå personellet for å få gjennomføre intervju.

Det tredje kravet er korrekt presentasjon av data (Jacobsen 2005). Dette betyr at undersøkaren i størst mogleg grad må gjengi resultat fullstendig og i rett samanheng. For å forsøke å oppnå dette kravet vart det skrivne fullstendige referat frå intervju. Desse vart igjen sendt ut på e-post til respondentane, slik dei fekk moglegheit til å kommentere den, eventuelt kome med rettingar, før datainnsamlinga vart lagt til grunn for det vidare arbeidet.

## **4. Analyse**

I analysen om korleis den utvalde kommune møter det lovfesta kravet til forsvarlegheit vil eg både sjå på kva førebuingar som har blitt gjort, og kva opplevingar helsepersonellet har, i forhold til iverksetjing av Samhandlingsreforma og Helse- og omsorgstenestelova.

Respondentane er ei blanding av hjelpepleiarar og sjukepleiarar i korttids- og rehabiliteringsavdelinga (respondent 1-5), medan det blant leiarane er avdelingsleiarar (respondent 6-7).

Analysen er bygd opp på bakgrunn av dei emna som er presentert i intervjuguiden; Samhandlingsreforma og omgrepet forsvarlegheit, og desse dannar hovudkategoriane i analysen. Intervjuguiden til leiarane og dei tilsette har nokre nyanseforskjellar i spørsmålsstillinga, så eg vil ha eit skilje mellom svara til dei tilsette og svara til leiarane.

### **4.1 Samhandlingsreforma**

Først vil eg presentere data om korleis respondentane opplevde førebuingar til reforma. Eg fekk inntrykk frå dei fleste respondentane at kommunen gav lite informasjon om denne før den tredde i kraft. Fleire kunne tenke seg at det hadde blitt kalla inn til møte der dei fekk vite kva som no kom til å bli endra og kva reforma faktisk innehalddt:

*«Det var ikkje noko informasjonsmøte for dei tilsette i forkant av reforma, vi fekk heller ikkje vite noko om kva denne reforma faktisk handla om. Det einaste eg visste om denne var det eg fann ut på eiga hand og det som kom fram i samtale med andre. Eg syns kommunen kunne ha vore meir på bana med konkret informasjon om korleis kvardagen eventuelt ville ha blitt endra for oss» (Respondent 3)*

*«Vi handla etter denne reforma allereie før den trådde i kraft, mellom anna henta vi pasientar heim rimeleg kjapt og vi sette allereie intravenøs behandling på pasientane. Dette er nok noko av grunnen til at kommunen valde å ikkje gi oss noko særleg informasjon. Dei tenkte vel at vi visste det vi trengte å vite. Eit informasjonsmøte syns eg likevel hadde vore på sin plass» (Respondent 4)*

Når det gjaldt talet på tilsette vart ikkje årsverka auka, men ein av leiarane fortalde at dei har tatt av vikarbudsjetten og latt dei som ønskjer det få gå opp i stilling. Dette har ført til at dei sjeldan leiger inn personell ved sjukdom, då dei har fleire faste tilsette å bruke om det skulle verte behov for det. Dette er nok ein positiv faktor då mindre vikarar betyr mindre utskifting av personell som pasientane møter. Dei føler nok ein større tryggleik om dei møter igjen omtrent dei same pleiarane og ikkje stadig nye ansikt som kjem for å stelle og behandle dei.

Alle respondentane var einige om at den største endringa etter innføring av Samhandlingsreforma er at pasientar kjem mykje tidlegare heim frå sjukehuset, og då med større medisinske behov enn før. Dei tilsette var her svært einige, dei har ikkje merka det store trykket av utskrivingsklare pasientar, dette fordi dei byrja å praktisere etter denne reforma før den tredde i kraft og styrte dermed unna den brå overgangen. To av respondentane kommenterte at dei merka eit større trykk frå sjukehuset, då dei tilsette der gjerne vil ha pasientar ut fort. Det har hendt at dei har ville hatt dei ut for fort:

*«Også før denne reforma tok vi allereie heim pasientar rimeleg kjapt, vi vart difor ikkje overrumpla over pasientmengda då 24timers regelen angående utskrivingsklare pasientar tredde i kraft» (Respondent 5)*

*«Sjukehuset vil ha pasientane sendt vekk svært fort. Ofte legg dei utskrivninga til helg, og då er vi færre sjukepleiarar på jobb. Pasientar kjem også gjerne utan epikrise (eit legeskriv som inneheld m.a. kva medisinar pasienten skal ha), og det er eigentleg ein føresetnad for at vi skal ta i mot dei. Men vi kan ikkje akkurat berre sende pasienten tilbake til sjukehuset grunna denne mangelen, men eg syns det vitnar om lite respekt av sjukehuset. Det verkar som dei gjerne berre vil ha pasientane ut av døra og ut av deira ansvarsområde, utan å tenke på at vi skal forsetje behandlinga her på avdelinga»*  
(Respondent 3)

Leiarane gav uttrykk for mykje av det same som dei tilsette. Kommunen har praktisert etter det nye lovverket før iverksetjinga, så kvardagen vart ikkje så veldig annleis. Det dei la vekt på som er endra er eit større fokus på klokka og klokkeslett enn før. Dette kom av 24timers regelen om utskrivingsklare pasientar og dagbøtene kommunen vil få om dei ikkje klarte å ta imot pasienten innan 24 timer.

*«Vi noterer oss tidspunkt på ein heilt annan måte enn før. No må vi ha på plass tidspunktet for innmelding av ein pasient frå sjukehuset slik at vi veit kor god tid vi har på oss til denne pasienten kjem. Sidan dagbøter no blir praktisert, er det viktig at vi veit om vi har overhaldt tidspunkt eller ei. Vi har opplevd at sjukehuset har skrive ut pasientar før dei eigentleg er klar, og vi vil ikkje måtte betale bøter fordi sjukehuset er for rask i avtrekkaren»* (Respondent 6)

Nær alle meinte at arbeidskvardagen har blitt meir spennande og utfordrande, då dei no må utføre meir medisinske oppgåver som før vart gjort på sjukehuset. Noko gjorde dei allereie før reforma, men etter denne vart det enda meir. Det var kun ein av respondentane (respondent 2) som var negativ til dette. Eg vil legge til at denne respondenten var nær pensjonsalder, og det er i dette tilfellet nærliggande å tru at endringar ikkje vart like godt mottatt sidan respondenten er nær ved å avslutte ei lang yrkeskarriere.

*«Vi hadde mykje å gjere før også, og no har det berre blitt meir. Vi får så krevjande pasientar, medisinsk sett. Eg syns det fungerte godt slik vi hadde det før»* (Respondent 2)

*«Reforma har verkeleg vore positiv. Eg føler vi har blitt eit «mini-sjukehus», då vi no gjerne får pasientar omtrent rett frå operasjonsbordet. Arbeidsoppgåvene har blitt meir utfordrande, og vi får praktisert meir medisinske oppgåver enn før» (Respondent 1)*

#### **4.2 Lovfesting av kravet om forsvarlegheit**

Når det gjeld lovfesting av kravet om forsvarlegheit var det eit delt syn mellom dei tilsette. Tre av respondentane meinte at det var på høg tid at dette kravet vart formalisert, medan dei to andre ikkje såg behovet. Pasientbehandlinga endra seg ikkje på grunn av dette, og dei meinte at det ikkje var nokon grunn for å lovfeste eit slikt krav. Dei som var positiv meinte at det var svært viktig at eit slikt krav var på plass, då med tanke på at pasientane no har ein lovfesta rett til verdig behandling.

*«Det er viktig at krava til dei tilsette i helsesektoren er lovfesta, og eg syns det er godt med tanke på pasientane å vite at dette no er ein viktig del av lova» (Respondent 3)*

*«Eg har ikkje endra pasientbehandlinga mi noko etter dette, og det trur eg ikkje nokon andre har heller. Vi har alltid behandla pasientane forsvarleg, så eg ser ikkje poenget med at dette no har blitt lovfesta. Vi gir pasientane den behandlinga dei har behov for» (Respondent 2)*

Leiarane var udelt positiv og syns det absolutt var på sin plass at krav til forsvarleg behandling no er ein del av lovverket. Ein årsak til at dette kan vere at leiarane har meir ansvar og formelle arbeidsoppgåver knytt til lovverket, og difor er meir positive til at alle krav som er nødvendige i pasientbehandlinga blir lovfesta.

#### **4.3 Forsvarlegheit - etterutdanning**

Eg vil no gå over til å analysere kva respondentane svarte angående omgrepet forsvarlegheit, og då først om etterutdanning og kurs. Først spurte eg respondentane om dei har blitt tilbydd etterutdanning for å møte dei nye krava. Alle svarte ja til dette, men ikkje alle hadde nytta seg av det. Dei meinte kommunen forsøkte å møte nye behova som no har dukka opp angående pasienthandtering, og dette vart gjenspegla i tilboda om ekstra utdanning. Leiarane bekrefta dette, og sa at einaste begrensing dei tilsette møtte var om det var for mange som ville vidareutdanne seg innanfor det same. Til dømes når det gjaldt rehabilitering. Kommunen hadde allereie to tilsette som hadde tatt denne

vidareutdanninga, med støtte frå kommunen. Då to til spurte etter det same, måtte dei seie nei. Dei gir gjerne permisjon utan løn for å legge til rette for at dei tilsette skal få ta utdanninga, men dei kan ikkje gi permisjon med løn om dei ikkje har behova for at dei tilsette skal ta den utdanninga. Dei tilsette ga uttrykk for forståing angående dette. Når det gjeld kurs var både tilsette og leiarar einige; gjerne meir kurs og for fleire. Det som stoppa var økonomien og knappe ressursar frå kommunen si side. Leiarane vil gjerne gi så mange som mogleg kurs, då dette vil visast igjen i pasientbehandlinga. Dei tilsette gav og uttrykk for at kurs sette i gang både nye idear og tankar, og motiverte til å gjere ein ekstra innsats.

*«Kurs er veldig givande. Ein er til tider trøtt og lei av arbeidet, og å få delta på eit inspirerande kurs motiverer til ein ny og betre innsats. Leiinga er flink til å fordele kursa mellom dei tilsette, då eg veit at ressursane er begrensa. Dei gjer det beste dei kan ut av midlane som er sett av til dette» (Respondent 1)*

Ein av leiarane gav uttrykk for at ein gjerne skulle sendt fleire på kurs:

*«Ein ser verkeleg igjen den positive effekten kurs har på dei tilsette. Dei kjem tilbake med ein ny gnist som igjen smitter over på pasientane. Vi skulle gjerne hatt fleire ressursar til dette, for slik situasjonen er no må ein velje ut nokre få som for delta på kvart kurs. Vi skulle så gjerne ha sendt fleire» (Respondent 7)*

#### **4.4 Forsvarlegheit - kompetanse**

Når det gjeld kompetanse på avdelingane meiner dei samla sett at dette er godt. Dei får gitt pasientane den behandlinga som dei har krav på, og gjerne litt ekstra omsorg også, det går gjerne på den sosiale biten. Samtlege tilsette fortalte meg at ved kvart måltid sette dei tilsette seg ned saman med pasientane og tok seg ei brødkive eller ein kopp kaffi. Ein av årsakene til dette er at mange eldre har problem med å få i seg maten, men når dei set saman rundt eit bord og pratar, går det mykje lettare. Det dei hadde noko å utsetje på var talet på sjukepleiarar, noko som var for lågt, og det merka dei på desse to avdelingane. Dei sjukepleiarane eg intervjuar skrytte av flinke hjelpepleiarane og sa at dei ofte må gjere arbeid som høyrer til ein sjukepleiar fordi dei rett og slett ikkje rekk over alle pasientane. Etter intervju med leiarane kom det fram at årsaka til dette var mangel på kvalifiserte søkarar. Stillingane er der, men ikkje søkarane. Det er dermed ikkje økonomien i kommunen som gjorde at der er få sjukepleiarar på vakt (innsparingar), men rett og slett at

der ikkje er sjukepleiarar som søker på stillingane. Årsakene til dette kan sjølvstund vere mange. Ein av leiarane meinte at ein grunn kan vere at det kviler eit stort ansvar på dei sjukepleiarane som vel å arbeide i kommunen, og for mange nyutdanna kan dette vere skremmande. Ved eit sjukehus har ein legar og andre sjukepleiarar i ryggen heile tida. Ein annan mogleg årsak kom fram i intervjuet med respondent 3:

*«Utdanna sjukepleiarar trur det er kjedeleg å jobbe på sjukeheim. Og det veit eg, for eg var ein av dei. Eg skulle i alle fall ikkje arbeide på ein sjukeheim når eg var ferdigutdanna. Men så var det her eg fekk praksis, og då fekk eg verkeleg opp auga; arbeidet er jo både spennande og utfordrande! Her blir gjort mykje meir medisinsk behandling enn eg trudde, den vanlege oppfatninga blant sjukepleiarstudentar følte eg var at det arbeidet som blir gjort på ein sjukeheim er mating og bleieskift. Dette er langt ifrå sanninga» (Respondent 3)*

I helger og ferietider merker dei tilsette at det er eit høgare press enn vanleg på dei sjukepleiarane som er på jobb, og ein blir ofte hastande mellom pasientar. Hjelpepleiarar må då gjerne trå til og gjere arbeid som eigentleg skal gjerast av sjukepleiar, og om ikkje det går så i alle fall under kontroll av ein sjukepleiar. Dei fleste la imidlertid vekt på at dei ikkje følte det gjekk ut over forsvarlegheita, men at det til tider kunne gå utover kvaliteten på behandlinga. Denne blir ikkje optimal når dei tilsette på vakt må stresse rundt for å rekke alle bebuarane. Same resultat fann eg igjen hos leiarane, det er ekstra vanskeleg å få tak i kvalifisert personell til ferieavviklinga og i helger er det ofte knapt med tanke på sjukepleiarar på vakt.

*«Dei tilsette jobbar stort sett kvar tredje helg. Noko oftare er dei ikkje interessert i, og difor kan det vere litt knapt med sjukepleiarar. Men dette går ikkje utover forsvarlegheita. Kvaliteten på behandlinga er kanskje ikkje på topp, men den er heilt klart forsvarleg» (Respondent 6)*

*«Stort sett har vi nok kvalifisert personell på vakt til ein kvar tid, men det hender det er litt knapt. Dette syns eg går utover behandlinga til pasientane, då dei kun får det dei treng, men ingenting meir. Dei bur her tross alt, og har behov for at vi har tid til å sjå dei, om du skjønner» (Respondent 5)*

*«Eg trur hjelpepleiarane kan oppleve det som utrygt å innimellom måtte gjere arbeid som høyrer til ein sjukepleiar, dei har då ikkje den faste sjukepleiaren å støtte seg på når dei skal gjere det medisinske. Dei gjer mykje av det same som oss, men dei treng nokon som koordinerer, kontrollerer og tek avgjerslene. Og slik trur eg dei fleste hjelpepleiarane vil ha det, altså ein sjukepleiar å støtte seg på, det følast meir forsvarleg» (Respondent 1)*

I samband med dette spurte eg og etter sjukefråveret blant dei tilsette. Her hadde ikkje leiinga sett noko endring etter 01.01.2012, så det er ikkje grunnlag for å seie at innføring av reforma, som kan ha ført til eit større arbeidspress, har ført til fleire sjukmeldingar blant dei tilsette.

#### **4.5 Forsvarlegheit – utskrivingsklare pasientar**

Eg var interessert i å finne ut om dei sendte pasientar ved avdelinga heim for tidleg, for slik å lage plass til nye pasientar som var utskrivingsklare frå sjukehuset. Avdelingane har begrensa med rom, så kva gjer dei når det plutseleg kjem to pasientar frå sjukehuset som dei eigentleg ikkje har plass til? Svara her var eintydige positive, både frå leiarar og tilsette, ingen blir sendt heim utan at det er nøye vurdert til å vere forsvarleg.

*«Om alle romma er opptatt og vi får beskjed om at ein pasient til er på veg, lager vi eit dobbeltrom. Så enkelt er det. Vi sender ikkje pasientar heim som ikkje er klar for det. Klart at ved ei rehabiliteringsavdeling opplever vi at utskrivne pasientar kjem attende til sjukeheimen, men dette er heilt naturleg ved ei slik avdeling. Vi må stadig vurdere om pasienten kan gjere eit forsøk på å klare seg heime, det blir berre vanskelegare å reise heim om dei blir her på avdelinga for lenge og blir vande med å kunne få hjelp til det meste» (Respondent 4)*

*«Vi har opplevd re-innleggingar grunna for tidleg heimsending, men dette har ikkje vore fordi det har vore fullt på avdelinga og vi har sendt pasienten heim før det eigentleg var forsvarleg. Dette er ei rehabiliteringsavdeling, av og til må vi sende pasientar heim som vi er usikre på om klarer seg heime, rett og slett fordi dei må prøve. Og då hender det at pasienten må re-innleggast om det ikkje gjekk å bu heime. Men dette er ikkje uansvarleg, dette er slik behandlingsoppdraget er» (Respondent 7)*

Angående kompetansenivået i kommunen for å kunne ta imot alle sorter utskrivingsklare pasientar, var dette godt. Dess meir vidareutdanning blant dei tilsette, dess betre kompetanse til å kunne ta imot pasientar med ulike behandlingsbehov. I dei tilfella det var snakk om å få pasientar som kravde ekstra medisinsk behandling, brukte dei å kome frå sjukehuset for å lære opp dei tilsette i korleis dei skulle utføre desse handlingane. Dette verker og som ein positiv faktor med tanke på at kommunikasjonen mellom sjukeheim og sjukehus fungerer.

#### **4.6 Forsvarlegheit – tildeling av ressursar**

Når det gjeld tildeling og bruk av ressursar, har dei tilsette og leiarane eit noko ulikt syn. Men eg vil understreke at der var stor forståing blant dei tilsette at ressursane er begrensa, og alle skrytte av gode leiarar som gjorde det beste dei kunne for at alle skulle vere tilfredse. Dei opplevde stort sett og å bli høyrd, og når dei gav beskjed om at talet på tilsette var for få til å kunne yte forsvarleg behandling ovanfor pasientane, henta leiarane inn vikarar. Resultata viser at det ikkje var noko særleg ulikt pasientfokus mellom desse to grupper av respondentar. Leiarane har sjølv sagt eit heilt anna økonomifokus enn helsepersonellet då dette er ein del av arbeidet deira, men utifrå det eg kunne lese av datamaterialet går ikkje dette utover fokuset dei har på pasientar og at dei har det best mogleg ved sjukeheimen. Det som var ulikt i svara blant leiarar og helsepersonell var at eit par av respondentane meinte at leiarane ignorerte dei når dei etterlyste ekstra ressursar. Leiarane derimot var klar på at nokre tilsette er aldri fornøgd, og meiner alltid at dei er for få på vakt:

*«Nokre tilsette vil alltid ha fleire hender til å hjelpe seg, og klagar over det same uansett om der er fire eller sju pasientar. Vi kjenner dei tilsette såpass godt at vi veit at når ein viss person spør etter ekstra ressursar er det verkeleg behov, og då gjer vi det vi kan for å få tak i dette. Når visse andre spør etter det tek vi det med ei klype salt, då vi veit at denne personen alltid vil ha ekstra folk på vakt. Og det går ikkje, vi har visse budsjett å halde oss til. Det går stort sett bra, men det hender vi ser på dei tilsette at dei har for mykje å gjere og er slitne. Eg føler ikkje at dette går utover pasientane, for dei tilsette strekker seg langt for at dei ikkje skal merke noko på ressursmangelen og vel heller å sette inn eit ekstra gir»*  
(Respondent 7)



Samtlege respondentar, både tilsette og leiarar, var opptatt av at det gjerne skulle ha vore meir fysioterapi. Der er alt for få tillagte timar til bruk blant pasientane ved desse to avdelingane, då dei ser kor stor framgang pasientar som får behandling har. Dei trur mange hadde kunne reist tidlegare heim, og slik spart kommunen for utgifter ved å ha dei buande i kortare tidsrom ved avdelinga, om dei berre hadde fått tildelt meir pengar til dette formålet.

Når eg spurte etter dagbøter var funna imponerende. Kommunen hadde ingen dagbøter i 2013 og kun to bøter i 2012. Dei hadde rett nok eit par saker til behandling no, der kommunen har klagt på det dei meinte var ei urettmessig tildeling av bot. Det er saker der sjukehuset skriver ut pasientane før dei eigentleg er klar, og tida før kommunen då har tatt i mot pasienten har gått over 24 timar. Kommunen meiner då det blir feil at dei skal betale bota sidan feilen ikkje ligg hos dei. Eg spurte om moglege årsaker til så lite bøter, og svara var at dei rett og slett var godt forberedt før Samhandlingsreforma vart tredd i kraft. Ein annan faktor er at dei heller lagar til eit dobbeltrom ved sjukeheimen enn å la pasienten vere på sjukehuset etter at han er utskrivingsklar. Økonomisk sett er det mykje pengar å spare på dette for kommunen, og når det gjeld forsvarlegheit er det nærliggande å trur at pasienten har det betre ved å ligge på dobbeltrom ei kortare periode ved sjukeheimen, når alternativet er å ligge på fleirmannsrom ved sjukehuset når ein faktisk er utskrivingsklar og eigentleg kan kome attende til heimkommunen.

Det siste spørsmålet eg stilte respondentane var om dei opplever krysspress. Då tenker eg at dei tilsette kanskje opplever krysspress mellom behova til pasientane i forhold til kravet om ressursbruk frå leiinga, og at dei i leiinga muligens opplever krysspress mellom kravet om fleire ressursar frå dei tilsette og kravet om å stramme inn på ressursbruken frå kommuneleiinga. Her svarte alle respondentane at dei inni mellom kjente på desse motstridande krava, men at det ikkje var av ei så alvorleg grad at det vart ei belastning for dei. Det var heller det at dei tilsette ønskjer å gjere så mykje meir for pasientane, og at dei ser kor mykje betre og større framgang ein kunne hatt i behandlinga av pasientane om ein berre hadde hatt litt større ressursar. Men dei viste stor forståing ovanfor leiarane som skal fordele det som kan oppfattast som knappe ressursar, og som må stå til ansvar ovanfor dei i administrasjonen som skal fordele dei økonomiske midlane dei har på så mange ulike poster.

Avslutningsvis vil eg sjå på dei tilsikta og moglege utilsikta verknader av lovfesting av kravet om forsvarlegheit. Samla sett kan eg seie at respondentane meldte om at tenestene dei yter er klart forsvarlege, dermed er den tilsikta verknaden nådd. Eg var også interessert i å finne ut om sjukepleiarar meiner arbeidet har blitt for omfattande og krevjande etter lovfestinga, men dette fann eg ikkje noko belegg for. Dei ønskjer derimot dei nye utfordringane velkomen. Dermed finn eg ikkje nokon tydelege utilsikta verknader av lovfestinga. Resultatet frå denne undersøkinga kan ikkje generaliserast, då eg valde ein kvalitativ metode der eg intervjuar få respondentar i ei enkelt kommune. Likevel er resultatene spennande sidan dette er eit emne som opptek mange, og då særleg dei som arbeider i helsesektoren.

## **5. Konklusjon**

Sett under eitt kan vi seie at dei tilsette og intervjuar på korttids- og rehabiliteringsavdelinga stort sett var fornøgde med innføring av Samhandlingsreforma og dei nye krava dette inneber. Dei følte at dei får bruke kompetansen sin på ein anna måte enn før, då dei medisinske utfordringane har blitt fleire og meir krevjande. Nokre av dei tilsette kalla sjukeheimen for eit «mini-sjukehus» grunna alle dei medisinske oppgåvene som no blir utført sidan dei får pasientar heim tidlegare, og då med større og meir samansette medisinske behov, enn før. Kommunen har problem med å bemanne dei ledige sjukepleiestillingane, då der ikkje er kvalifiserte søkjarar. Dette er alvorleg med tanke på forsvarlegheita ovanfor pasientane, dei er avhengige av både god pleie og behandling av kvalifisert personell. Det har ikkje kome til det punkt at det er kritisk ved denne sjukeheimen, men det kan nok vere slitande på dei tilsette sjukepleiarane som stadig må yte ekstra for å rekke å behandle alle pasientane i løpet av ei vakt. Respondentane kunne gjerne ønske seg fleire på vakt til ein kvar tid, men dei fleste er klar over at leiarane gjer det beste dei kan med dei ressursane dei har tilgjengelege. Både tilsette og leiarar er aldri i tvil om at behandlinga pasientane mottar er forsvarlege, men kvaliteten på behandlinga kan vere varierende. Dette har både med talet på tilsette på vakt, og talet med kvalifiserte tilsette på jobb. Utifrå funna mine er det vanskeleg å sjå at det fokuset leiarane må ha på økonomien for å få ressursane til å strekke til går ut over pasientane. Avslutningsvis vil eg seie at behandlinga pasientane får ved sjukeheimen er så langt det er mogleg å vurdere utifrå datamaterialet forsvarlege, og helsepersonellet står på så godt dei kan for å få ressursane til å strekke til på best mogleg måte. Respondentane mine var tydelege på at dei

meiner at tenestene dei yter er forsvarlege, difor kan eg konkludere med at i mi undersøking er den tilsikta verknaden av lovfestinga av kravet om forsvarlegheit nådd.

## 6. Litteraturliste

Helsedirektoratet (2012) *Prioriteringer i helsesektoren. Rapport 2012*. Oslo: Helsedirektoratet

Helse- og omsorgsdepartementet (2008) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. St.meld.nr. 47 (2008-2009). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Helse- og omsorgstjenesteloven med merknader og forskrifter (2013) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Oslo: MEDLEX Norsk Helseinformasjon

Jacobsen, Dag Ingvar (2005) *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskaplig metode*. 2. utgåve. Kristiansand: Høyskoleforlaget

Mathiesen, Thomas (2011) *Retten i samfunnet*. 5. utgåve. Oslo: Pax Forlag AS

Olsen, Trude Høgvold (2012) Kapittel 7: «Kompetansebehov og kompetanseutvikling» i Torsteinsen, Harald (red.) *Resultatkommunen. Reformen og endring*. 1. utgåve. Oslo: Universitetsforlaget

Pettersen, Inger Johanne, Jon Magnussen, Kari Nyland, Trond Bjørnenak (2008) *Økonomi og helse. Perspektiver på styring*. 2. utgåve. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag

Torsteinsen, Harald (2012) Kapittel 16: «Resultatkommunen i møte med nye utfordringer» i Torsteinsen, Harald (red.) *Resultatkommunen. Reformen og endring*. 1. utgåve. Oslo: Universitetsforlaget

Aasland, Dag G., Solveig B. Eide, Hans H. Grelland, Aslaug Kristiansen og Hans Inge Sævareid (2011) *Kvalitet og kvalitetsopplevelse*. 1. utgåve. Bergen: Fagbokforlaget

### **Nettsider som er brukt i oppgåva:**

Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter FOR-2011-11-18-1115

[http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/for/sf/ho/ho-20111118-1115.html&emne=kommunal\\*%20%2b%20medfinansiering\\*&&](http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/for/sf/ho/ho-20111118-1115.html&emne=kommunal*%20%2b%20medfinansiering*&&) (lest 15.03.2013)

Gd.no. 2012. Stor sykepleiemangel i kommunene. 7. oktober,

<http://www.gd.no/nyheter/article6273138.ece> (lest 15.03.2013)

Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). LOV-1999-07-02-64

[http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-064.html&emne=HELSEPERSONELLOV\\*&&](http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-064.html&emne=HELSEPERSONELLOV*&&) (lest 20.03.2013)

## Vedlegg 1 Intervjuguide helsepersonell

### **Innleiande spørsmål**

1. Har du nokon spørsmål angående dette intervjuet?
2. Få bekrefta at vedkommande arbeider ved korttid- eller rehabiliteringsavdelinga
3. Kva er din faglege bakgrunn og kva er di stilling?
4. Kor lenge har du vore i yrket?

### **Samhandlingsreforma**

5. Merka du førebuingar før innføring av Samhandlingsreforma?
6. Kva endringar har skjedd etter denne reforma, kva vil du seie er positivt/negativt?
7. Kva syns du om at forsvarlegheitskravet har blitt lovfesta i helse- og omsorgstenestelova?

### **Forsvarlegheit (kvalitet, kompetanse, økonomi)**

8. Har du fått tilbod om vidareutdanning/kurs for å møte eventuelle nye behov som har kome?
9. Opplever du at kompetansenivået blant dei tilsette er godt på avdelinga? Får pasientane den behandlinga dei har behov for?
10. Kva legg du i omgrepet «forsvarleg tenesteyting»? Vurderer du tenestene de yter som forsvarlege?
11. Opplever dykk at de sender pasientar for tidleg heim grunna plassmangel på avdelingane?
12. Merkar du noko til økonomien i kommunen? Ein får stadig høyre om ein pressa kommuneøkonomi, og eg lurar på korleis dette opplevast for dei tilsette.
13. Opplever du krysspress (motstridande krav) mellom leiinga og pasientar?
14. Er det noko anna du ønskjer å legge til av informasjon angående pasientomsorg med tanke på mitt emne?

## Vedlegg 2 Intervjuguide leiarar

### **Innleiande spørsmål**

1. Har du nokon spørsmål angående dette intervjuet?
2. Få bekrefte at vedkommande arbeider ved korttid- eller rehabiliteringsavdelinga
3. Kva er din faglege bakgrunn og kva er di stilling?
4. Kor lenge har du vore i yrket?

### **Samhandlingsreforma**

5. Korleis førebudde dykk avdelinga og dei tilsette på innføring av Samhandlingsreforma?
6. Vart talet på tilsette auka på avdelingane for å møte dei nye krava?
7. Kva endringar har skjedd etter denne reforma, kva vil du seie er positivt/negativt?
8. Kva syns du om at forsvarlegheitskravet har blitt lovfesta i helse- og omsorgstenestelova?

### **Forsvarlegheit (kvalitet, kompetanse, økonomi)**

9. Får dei tilsette tilbod om vidareutdanning/kurs for å møte eventuelle nye behov?
10. Opplever du at kompetansenivået blant dei tilsette er godt på avdelinga? Får pasientane den behandlinga dei har behov for?
11. Fins det nokon gong tvil om kommunen har rett kompetanse til å ta imot ein pasient som er utskrivingsklar?
12. Korleis er sjukefråveret blant dei tilsette? Har dette endra seg etter 01.01.2012?
13. Korleis fungerer kommunikasjonen mellom kommunen og sjukehuset med tanke på utskrivingsklare pasientar? Meiner du at sjukehuset tek omsyn til kva kompetanse som fins i kommunen når dei skriv ut pasienten (forsvarleg behandling)?
14. Kva legg du i omgrepet «forsvarleg tenesteyting»? Vurderer du tenestene de yter som forsvarlege?
15. Opplever dykk at de sender pasientar for tidleg heim grunna plassmangel på avdelingane?
16. Korleis opplever du økonomien i kommunen?
17. Klarer kommunen å ta imot utskrivingsklare pasientar frå dag ein, altså har ein nok kapasitet ved avdelingane? Kor mange dagbøter har kommunen fått?

18. Opplever du krysspress (motstridande krav) mellom kommuneadministrasjonen og dei tilsette?
19. Er det noko anna du ønskjer å legge til av informasjon angående pasientomsorg med tanke på mitt emne?