



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for folkehelsefag
4AVS304

Gentiana Misiraj og Ragnhild H. Sæter
Veileder: Harald Holst

Samarbeid i sykepleie etter innføringen av samhandlingsreformen

Collaboration in nursing after the introduction of the coordination reform

Bachelor i sykepleie, kull 121
Antall ord: 10309

Vår 2012

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	3
1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling.....	3
1.2 Presentasjon av problemstillingen.....	4
1.3 Avgrensning og presisering av oppgaven	4
1.4 Oppgavens disposisjon.....	5
2.0 Metode.....	7
2.1 Litteraturstudie som metode.....	7
2.2 Kvantitative og kvalitative metoder	7
2.3 Litteratursøk	8
2.4 Kildekritikk	9
2.5 Anonymisering	11
3.0 Teoridel	12
3.1 Teoretisk perspektiv på sykepleie	12
3.1.1 Joyce Travelbees sykepleieteori.....	12
3.2 Sykepleierens funksjonsområder.....	14
3.2.1 Den administrative funksjon	15
3.3 Hjemmesykepleien som arena.....	16
3.3.1 Hjemmesykepleien i samarbeid med spesialisthelsetjenesten	17
3.4 Samhandlingsreformen.....	17
3.5 Kommunikasjon	19
3.6 Samarbeid.....	20
3.6.1 Fire sentrale begreper i samarbeid	21
4.0 Hvordan kan sykepleiere i hjemmesykepleien oppnå et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten etter innføring av samhandlingsreformen?.....	23
4.1 Behovet for felles mål	23
4.2 Behovet for kommunikasjon med vekt på holdninger og verdier	24
4.2 Behovet for kompetanse- og informasjonsoverføring.....	27
4.4 Behovet for oppgave- og ansvarsfordeling	29
5.0 Konklusjon	32

1.0 Innledning

Høgskolen i Hedmark tildelte tre hovedtemaer vi kunne velge å fordype oss i for vår bacheloroppgave. Vi valgte temaet sykepleiefaglig forsvarlighet og behovet for koordinerte tjenester etter innføringen av samhandlingsreformen (SHR). Etter innføringen av SHR har vi hatt 10 ukers medisinsk praksis i somatisk sykehus. Før innføringen hadde vi 8 ukers kirurgisk praksis i somatisk sykehus. I tillegg har begge to erfaringer fra 8 ukers praksis og noen få års deltidsjobb i hjemmesykepleien.

I innledningskapittelet presenter vi bakgrunn for valg av tema og problemstilling, presentasjon av problemstillingen og avgrensninger vi har gjort i oppgaven og oppgavens disposisjon.

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Vår motivasjon baserer seg på erfaring i nylig gjennomført sykehuspraksis og jobb i hjemmesykepleien. Vi har opplevd både gode og dårlige erfaringer etter innføringen av SHR. I praksis opplevde en av oss en situasjon som gav rom for ettertanke.

En pasient som mottar daglig hjemmesykepleie hadde hatt ett fall i hjemmet og brukket lårhalsen. Hjemmesykepleien fikk pasienten innlagt på somatisk sykehus hvor hun ble operert. Få dager senere ble sykepleier på ansvarsvakt i hjemmesykepleien oppringt fra sykehuset med beskjed om at pasienten var utskrivningsklar. Dette var klokken 13.00 på fredag ettermiddag. Pasienten hadde da en CRP på 100, og hadde fremdeles store smerter slik at hun ikke kunne belaste beinet. Sykepleier fra sykehuset hadde vært i kontakt med tjenestekontor i kommunen hvor det ble avist korttidsplass og rehabiliteringsplass på grunn av plassmangel.

Hjemmesykepleien hadde på dette tidspunktet ikke fått melding om utskrivningsklar pasient og var ikke klar over at pasienten var ventet hjem. Sykepleier i hjemmesykepleien presiserte at det ikke var forsvarlig at pasienten skulle bli sendt hjem og det endte med at pasienten ble på sykehuset over helgen og det ble sagt at kommunen måtte betale 4000 kroner per liggedøgn. I dette tilfellet lå kommunikasjonssvikten hos sykehuset, da melding med antatt utskrivningsdato ikke hadde blitt sendt. Det ble også satt spørsmålstejn over hvorvidt pasienten var utskrivningsklar. Vi har begge opplevd at det forekommer kommunikasjonssvikt i alle ledd og vi ser at samhandlingsreformen gir ulike utfordringer og stiller nye krav til sykepleiere, spesielt med tanke på samarbeid mellom ulike instanser. Med

bakgrunn i vår erfaring har vi et mål med oppgaven om å få mer kunnskap om hvilket ansvar som stilles til sykepleieren i forhold til samarbeid og kommunikasjon etter innføringen av SHR. Vi vil studere hvordan man kan få til et godt samarbeid mellom sykepleiere i kommune og spesialisthelsetjenesten. En annen grunn for at vi valgte temaet om samhandlingsreformen er at vi som sykepleiere skal holde oss faglig oppdatert. Samhandlingsreformen trådte i kraft 1. Januar og er derfor nytt for de aller fleste i praksis, og vi så muligheten for å lære mer med denne avsluttende eksamensoppgaven.

1.2 Presentasjon av problemstillingen

Vi har kommet frem til følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleiere i hjemmesykepleien oppnå et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten etter innføring av samhandlingsreformen?

1.3 Avgrensning og presisering av oppgaven

SHR er en omfattende statsmelding som tar for seg mange ulike utfordringer som helsetjenesten står ovenfor i dag og i fremtiden. Vi har valgt å ekskludere en del av innholdet og heller fokusere på utfordringer knyttet til samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Med spesialisthelsetjenesten mener vi i denne oppgaven somatisk sykehus.

For å kunne besvare målet i problemstillingen så må vi forklare nærmere hva vi legger i et godt samarbeid. Vi mener at et godt samarbeid må baseres på gjensidig respekt og forståelse, og vi vil derfor trekke inn etiske aspekter i forhold til samarbeid. Vi definerer først samarbeid, og trekker frem at samarbeid, samordning og samhandling er begreper som blir brukt om hverandre. Det er flere etiske begreper som vil kunne være aktuelle i forhold til samarbeid, men vi har valgt å se nærmere på fire begreper som vi mener vil være sentrale.

Partene som samarbeider må kunne kommunisere adekvat seg i mellom. Dette krever at sykepleiere har kunnskap om kommunikasjonsteknikker og evner og vilje til å samarbeide. Vi

vil derfor forklare kort om aktiv lytting og nonverbal kommunikasjon, men vi vil ikke gå i dybden på dette området.

Vi vil benytte det teoretiske perspektivet på sykepleie av Joyce Travelbee. Vi har nevnt hennes hovedlinjer, men en del av hennes teori er direkte rettet mot pasienten og hvilken rolle sykepleieren har ovenfor pasienten noe som gjør at vi har trukket ut mer av hennes teori rettet mot andre fagarbeidere.

Denne oppgaven tar utgangspunkt i et perspektiv fra hjemmesykepleien, men selv om vi har valgt å vinkle det fra kommunens side, så vil vi nevne at et godt samarbeid krever et felles ansvar fra sykehusets side. Vi vil beskrive hva hjemmesykepleie er, men vi har valgt å utelate teori om hva sykepleiere gjør i sitt arbeid med pasienten og pårørende, og heller fokusere på samarbeid med andre fagpersoner og spesialisthelsetjenesten.

Vi vil i oppgaven referere til sykepleieren som hun i teksten. Dette har vi gjort for å forenkle setningsoppbyggingen. Vi har også brukt begrepene pasient og bruker om hverandre, dette skyldes at begrepene blir brukt ulikt i de kildene vi har benyttet. Vi er klar over at begrepene kan gi forskjellige assosiasjoner, men i vår oppgave så vil begrepene henviser til en person som mottar en eller annen form for hjelp av helsetjenesten.

I forhold til et samarbeid mellom hjemmesykepleien og spesialisthelsetjenesten har vi valgt å se nærmere på den administrative sykepleierfunksjonen og utelatt de andre funksjonene, da den vil være av størst relevans for vår problemstilling.

1.4 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er delt inn i fem hovedkapitler. I det første kapitlet innledes og presenteres tema og problemstilling. Her begrunner vi valg av tema og problemstilling, og vi avgrensner og presiserer oppgaven. Neste kapittel omhandler metode. Her kommer det frem hva en litteraturstudie er og hva en metode er, og hvilke litteratursøk vi har gjort. Vi har også kritisert kildene som er benyttet og beskrevet anonymisering.

I kapittel tre beskriver vi ulike teori som har relevans for vår problemstilling. Vi ser i dette kapitlet nærmere på samhandlingsreformen, hjemmesykepleien som arena og hjemmesykepleien i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Videre beskriver vi samarbeid og

fire sentrale begreper innenfor samarbeid, kommunikasjon, teoretisk perspektiv på sykepleie med utdypende om Joyce Travelbees syn og sykepleierens funksjonsområder med utdypende om den administrative funksjonen.

Kapittel fire er drøftingsdelen av oppgaven. Her vil vi diskutere teori opp mot vitenskapelige artikler og egne erfaringer i fire underpunkter som er behovet for et felles mål, behovet for kommunikasjon med vekt på holdninger og verdier, behovet for kompetanse- og informasjonsoverføring og behovet for oppgave- og ansvarsfordeling. Det femte kapittelet er konklusjonen og til slutt kommer litteraturlisten.

2.0 Metode

I dette kapittelet beskriver vi hva en metode er og hvilken metode vi har benyttet i denne oppgaven. Vi presenterer litteratursøk og databaser, forklarer og kritiserer kildene som er benyttet og til slutt forklarer vi om anonymisering.

Metoden sier noe om hvordan vi har gått frem for å komme frem til ny kunnskap. Vilhelm Aubert definerer metode: ”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland, 2007, s. 83).

2.1 Litteraturstudie som metode

Bacheloroppgaven i sykepleie skal i følge retningslinjene bruke litteraturstudie som metode. I en litteraturstudie benyttes litteratur som informasjonskilde. Litteraturstudier skal bestå av bakgrunn, spørsmålsstillinger, formål og hvordan man har innhentet informasjon.

Bakgrunns litteraturen kan ikke være den samme som innhentingslitteraturen og man bør derfor i redegjørelsen for resultatet i oppgaven benytte vitenskapelige artikler.

Innhentingslitteraturen og bakgrunns litteraturen skal deretter diskuteres opp mot problemstillingen i drøftingsdelen av oppgaven (Olsson & Sörensen, 2003).

Fordelene med litteraturstudie som metode er at det finnes store mengder litteratur som kan innhentes i løpet av kort tid. Ulempen er at man fort kan bli subjektiv i vurderingen av fagstoff. Det vil si at hvis man leter etter noe spesifikt, vil lett kunne finne stoff som underbygger egen oppfatning (Dalland, 2007).

2.2 Kvantitative og kvalitative metoder

Felles for de kvantitative og kvalitative metodene er at de søker en bedre forståelse om enten samfunn, enkeltpersoner, institusjoner eller grupper. Metodene tar sikte på å få en større innsikt i hvordan disse handler og samhandler (Dalland, 2007).

Ordet kvantitativt omhandler antall eller mengde (Kvantitativ, s.a.). Den kvantitative metoden går i bredden for å få frem det som er representativt, og det tas sikte på å identifisere det som er felles. Fordelen med kvantitativ metode er at man kan benytte seg av tall og dermed gi resultater som er målbare (Dalland, 2007). Kvantitet handler om hvor mange og hvor mye og metoden kjennetegnes blant annet ved tilfeldige utvalg, generalisering og strukturerte intervjuer (Olsson & Sörensen, 2003).

Den kvalitative metoden tar sikte på å karakterisere et fenomen og går i dybden på dette. Man ønsker å komme frem til modeller eller beskrivelser som på best mulig beskriver en sammenheng eller fenomenet (Ibid., 2003). Med metoden ønsker man å få frem det særegne og dataene som samles inn skal få frem helhet og sammenheng i forhold til det som utforskes (Dalland, 2007).

2.3 Litteratursøk

Vi foretok søk etter bøker i BIBSYS. BIBSYS er en felles søketjeneste for høyskoler og universitet hvor vi kan søke etter alt fra bøker og tidsskrifter til videoer, studentoppgaver og doktorgradsavhandlinger (Ibid., 2007). Vi har brukt både bøker som er pensumlitteratur og søkt opp andre bøker på skolens bibliotek. De første søkene vi gjorde baserte vi på tema og nøkkelord i vår problemstilling. Etter hvert som vi gjennomgikk forskjellig litteratur, gjorde vi senere søk på enkelte kilder som fantes i referanselisten til den litteraturen. De bøkene vi har benyttet som ikke står som pensum regnes for selvvalgt litteratur og er merket med * i litteraturlisten. Når vi skulle velge hvilke kilder vi ville benytte for å beskrive bakgrunns litteratur så gjennomgikk vi flere bøker rundt det aktuelle temaet og valgte deretter den kilden vi mente beskrev området på en god måte.

Når vi søkte i BIBSYS brukte vi søkeordene samhandling, tverrfaglig, samarbeid, kommunikasjon, Joyce Travelbee, samhandlingsreformen, kvalitative, kvantitative og Harald Holst. Fokuset i oppgaven ligger på samarbeid og ikke på det tverrfaglige samarbeidet, men vi benyttet likevel det søkeordet for å få mer litteratur å bygge oppgaven på. Vi ble anbefalt å søke etter en rapport skrevet av Harald Holst som heter ”Hører de ikke hva vi sier?” Derfor kunne vi foreta dette søket direkte. Denne rapporten er senere utgitt som en vitenskapelig artikkel i Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. For å lokalisere denne artikkelen søkte vi i databasen CINAHL gjennom helsebiblioteket. Søkeordene vi brukte var da Holst som forfatternavn i kombinasjon med Hospitals, Psychiatric/ or Mental Disorders. Den har da tittelen ”A study of collaboration inpatient treatment between the community psychiatric health services and a psychiatric hospital in Norway.

I søk etter vitenskapelige artikler benyttet vi til å begynne med databasen SveMed+ hvor vi søkte på norsk. Vi fikk opp flere artikler og gikk inn på dem for å identifisere de engelske meSH termene. Fordelen med å bruke meSH termer er at disse er som hovedoverskrifter og

omfatter flere synonymer innenfor det søkeordet vi har valgt (Aasen, 2011). Slik vil vi kunne få flere relevante treff når vi søker.

De engelske termene for tverrfaglig, kommunikasjon og kommunehelsetjenesten identifiserte vi til interdisciplinary, communication og Primary health care. Vi søkte videre på samarbeid, og her fant vi ut at samarbeid er et ord som ofte blir brukt synonymt med samordning og samhandling. Det samme gjelder for de engelske ordene cooperation, coordination, collaboration. Dette poengterer også Lauvås & Lauvås (2004) i sin bok tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi. Likevel så ble vi klar over at cooperation er et ord som brukes mere generelt, mens collaboration stiller større krav til innholdet i samarbeidet. Det innebærer at collaboration benyttes oftere i strukturerte yrkesmessige sammenhenger. Videre fant vi ut at meSH termen for samarbeid i tillegg er cooperative behavior som betyr samarbeid mellom to eller flere personer for å nå samme mål.

Vi benyttet deretter ulike databaser i søk etter vitenskapelige artikler med de meSH termene vi kom frem til som beskrevet ovenfor, og i tillegg brukte vi søkeordene nurse/nursing, leadership, hospital og home care service. Vedlegg 1 beskriver hvilke databaser vi har søkt i, hvilke søkeord, begrensninger i forhold til søk, antall treff, antall abstrakte lest og om artikkelen er ekskludert eller inkludert.

2.4 Kildekritikk

De kildene som benyttes må vurderes for å fastslå om de er sanne og de skal være relevante i forhold til problemstillingen. Kildekritikk er de metodene som anvendes til dette formålet (Ibid., 2007).

Vi anser pensumbøker og bøker fra skolens bibliotek som troverdig litteratur fordi biblioteket kjøper kun inn litteratur som er skrevet av fagfolk. I søk etter vitenskapelige artikler ønsket vi ikke å benytte artikler som er mer enn 10 år gamle. En studie som er fra over 10 år tilbake anser vi som utdatert i forhold til at det kan ha kommet mye ny kunnskap på området på den tidsperioden. I tillegg ønsket vi å finne artikler som i størst grad.

Vi har vært bevisste på at vi ønsker å bruke mest mulig primærlitteratur, men i noen tilfeller har dette vært vanskelig fordi vi ikke klarte å innhente kilden. Årsaken var at primærkilden

enten var for gammel eller den var utlånt på skolens bibliotek. En primærkilde er litteratur som forfatteren selv har forsket seg frem til, en sekundærkilde er en kilde som baserer seg på andres bearbeidelse av stoffet. For å unngå andres feiltolkninger eller unøyaktigheter bør man i størst mulig grad benytte seg av primærkilder (Dalland, 2007).

Boken Mellommenneskelige forhold i sykepleie av Joyce Travelbee (1999) er oversatt til norsk ved Kari Marie Thorbjørnsen. Dette skal være en direkte oversettelse, men vi er klar over at ikke alle engelske setninger kan oversettes i direkte mening til norsk slik at noen nyanser kan ha blitt tonet ned. Kari Glavin og Bodil Erdal har skrevet boken tverrfaglig samarbeid i praksis. Den er rettet mot barn og unge, men etter en gjennomgang av boken vurderte vi at mye av fagstoffet kan relateres til alle aldersgrupper og at innholdet i et tverrfaglig samarbeid inneholder mange av de samme elementene som i et samarbeid. Dette gjelder i tillegg for noen av de andre bøkene vi har benyttet om tverrfaglig samarbeid. Vårt valg av sykepleieteoretiker, Joyce Travelbee, skriver om kommunikasjon, men hennes beskrivelser er av eldre dato og vi ønsket å benytte teori fra nyere tid. I kapittelet om kommunikasjon har vi også valgt å benytte flere kilder for å få frem hovedpoenger på en god måte.

Når vi skulle søke etter vitenskapelige artikler ville vi legge til et kriterium om at de skulle være fagfellevurdert. Det vil si at artikkelen er vurdert av minst to andre innenfor samme fagfelt for de blir publisert. Dette gjøres for å kvalitetssikre artikkelen. På bakgrunn av dette ekskluderte vi en del artikler.

I søk etter artikler fikk vi en utfordring. Siden samhandlingsreformen er relativt ny så foreligger det ingen forskning på den direkte så vi måtte søke etter artikler som omhandlet delemner som ville være relevante for vår problemstilling. Studien skrevet av Severinsson og Holst tar utgangspunkt i den psykiatriske helsetjenesten, men studien er aktuell for vår problemstilling da den ser på elementer i samarbeid mellom kommunal- og spesialisthelsetjenesten. Studien er utført i Norge og det gjør resultatet mer relevant med tanke på lovreguleringer og oppbygningen av helsetjenesten. Designet i studien er kvalitativ og baserer seg på dybdeintervjuer av totalt ni informanter. Informantene var psykiatriske sykepleiere, en leder innenfor helse og sosialfaget, en lege og en kulturarbeider.

Vi har benyttet en studie av Tschannen og Lee. Designet i studien er en kvantitativ tverrsnittsareal studie utført på to somatiske sykehus i midtvesten i USA hvor 161 registrerte sykepleiere ble intervjuet om deres oppfatninger rundt kommunikasjon og samarbeid og hvordan miljømessige og demografiske faktorer spilte inn. Vi forstår at det kan være forskjell på sykepleiepraksis i Norge i forhold til USA, men likevel anså vi studiens innhold og resultater som relevante for vår problemstilling. Vi ser det som en fordel at studien er revidert og godkjent i år 2011.

En annen studie vi har benyttet er skrevet av Eddy, Doutrich, Higgs, Spuck, Olsen & Weinberg og utgitt i 2009. Denne studien er også utført i USA, men vi ser likevel innholdet som relevant fordi egenskaper som beskriver en god sykepleieleder vil være like aktuelle i USA som her i Norge. Designet er kvalitativt beskrivende og det ble benyttet fokusgrupper som skulle identifisere hva som kjennetegnet god sykepleierledelse.

I tillegg har vi benyttet en rapport fra SINTEF helse som belyser utfordringer i kommunehelsetjenesten. Denne studien er utført i Norge og utgitt i 2003 og har både et kvalitativt og kvantitativt design. Resultatene baserer seg på en intervjuundersøkelse, en kartleggingsundersøkelse, delundersøkelser og en spørreskjemaundersøkelse. Totalt 41 semistrukturerte dybdeintervjuer av både leger og sykepleiere. I spørreskjemaundersøkelsen baserer svarene seg på svar fra totalt 1069 sykepleiere. På grunn av studiens store omfang anser vi resultatene som svært troverdige, men vi ser også at det kan ha skjedd store forandringer i helsevesenet i Norge siden 2003.

2.5 Anonymisering

I oppgaven trekker vi frem egne erfaringer og disse er anonymisert. At noe er anonymisert vil si at de opplysninger som kommer frem i denne oppgaven ikke på noe som helst vis kan spores tilbake til enkeltpersoner (Dalland, 2007). Når vi bruker våre egne erfaringer vil vi omtale dem på en slik måte at det ikke være mulig å identifisere verken personer eller praksissted de stammer fra.

3.0 Teoridel

Her presenterer vi bakgrunnsteori som har til hensikt å gi en kort innføring i de områdene som vil være aktuelle i forhold til vår problemstilling.

3.1 Teoretisk perspektiv på sykepleie

Her presenter vi et teoretisk perspektiv på sykepleie som har til hensikt å klargjøre hva sykepleie er i forhold til vår problemstilling. Teorien beskriver hvilken rolle, funksjon og hvilket ansvar sykepleieren har (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005). «Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet. Sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter» (Ibid., 2005, s. 15).

3.1.1 Joyce Travelbees sykepleieteori

Travelbee legger to forutsetninger for sin teori. Den første er at sykepleieren må inneha tilstrekkelig kunnskap og hun må ha evnen til å omsette denne i praksis. Travelbee hevder at omsorg, vennlighet og gode intensjoner er gode tilleggsegenskaper, men de kan ikke veie opp for manglende kunnskaper. Den andre forutsetningen er at sykepleieren må kunne bygge opp et hjelpeforhold til andre mennesker hvor sykepleieren bruker seg selv terapeutisk. Å bruke seg selv terapeutisk handler om at sykepleieren er bevisst på hvordan hennes egen adferd påvirker andre. Sentralt i Travelbees teori er at sykepleiens hensikt og mål realiseres gjennom et menneske-til-menneske forhold (Ibid., 1999). Sykepleiens mål og hensikt belyser Travelbee gjennom sin definisjon av sykepleie: ”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse” (Ibid., 1999, s. 29).

Travelbee legger vekt på at sykepleieren er en hjelper. Å hjelpe kan forstås som å bidra, bistå eller assistere (hjelp, s.a.). Hun presiserer også at hjelpeforholdet ikke bare gjelder ovenfor pasienten direkte, men alt innen for helse og velvære som påvirker menneskene i samfunnet vil være innenfor sykepleierens interesseområde. Travelbee gjengir at sykepleieren gjennom sitt arbeid med å hjelpe pasienten, også er i kontakt med annet helsepersonell og andre grupper av helsefagarbeidere (Travelbee, 1999).

Travelbee beskriver at sykepleie er en mellommenneskelig prosess fordi all sykepleie alltid indirekte eller direkte handler om mennesker. Videre beskriver Travelbee at alt sykepleieren foretar seg, både det hun gjør sammen med pasienten og for pasienten bidrar til å møte sykepleiens mål og hensikt. En prosess forklarer Travelbee som en erfaring, en hendelse eller gjentatte hendelser mellom sykepleieren og andre individ(er) (Ibid., 1999). En prosess kan også beskrives som en utvikling og et forløp gjennom flere stadier (Prosess, 2012).

Travelbee mener at enhver sykepleiesituasjon er dynamisk (Travelbee, 1999). Dynamisk betyr at noe har en bevegende kraft, er foretaksomt og driftig (dynamisk, s.a.). Ved å beskrive sykepleie som en prosess fremheves det dynamiske ved sykepleiesituasjonene. Når sykepleieren møter andre gjennom sitt arbeid foregår det en kontinuerlig forandring (Travelbee, 1999). ”Å identifisere og å være i stand til å frambringe forandringer på en målrettet, innsiktsfull og omtenkstom måte er en sykepleieaktivitet” (Ibid., 1999, s. 30). Denne forandringen er et resultat av menneskenes påvirkning av hverandre og sykepleieren jobber for å skape forandringer enten i forhold til pasienten, pårørende eller samfunnet. Forandringer som skapes tar utgangspunkt i at det fantes et sykepleiebehov. Travelbee beskriver at et sykepleiebehov er alle behovene sykepleieren kan hjelpe den syke eller pårørende med å mestre eller forebygge. Sykepleieren kan i følge Travelbee (1999) ivareta disse behovene gjennom fem retningsgivende trinn:

- 1) *”Sykepleieren må observere for å kunne avdekke om personen har et behov”* (Ibid., 1999, s. 179).
- 2) *”Sykepleieren får sine antakelser bekreftet eller avkreftet”* (Ibid., 1999, s. 180).
- 3) *”Sykepleieren avgjør om hun kan (eller bør) oppfylle den sykes behov eller om vedkommende bør henvises til andre profesjoner innen helsetjenesten”*(ibid., 1999, s. 180).
- 4) *”Sykepleieren planlegger et forløp av sykepleiehandlinger (basert på bekreftede antakelser)”* (Ibid., 1999, s. 182).
- 5) *”Sykepleieren evaluerer i hvilken grad behovet er ivaretatt* (Ibid., 1999, s. 183).

Vi har valgt å utelate trinn 2, 4 og 5 og heller utdyper trinn 1 og 3 i relevans for vårt tema i oppgaven.

”Sykepleieren må observere for å kunne avdekke om personen har et behov” (Ibid., 1999, s. 179). Dette innebærer at sykepleieren gjennom systematisk observasjon bruker sine kunnskaper, evner og ferdigheter til å kartlegge pasientens tilstand og sykepleieren må kunne vurdere betydningen av observasjonene (Ibid., 1999).

”Sykepleieren avgjør om hun kan (eller bør) oppfylle den sykes behov eller om vedkommende bør henvises til andre profesjoner innen helsetjenesten” (ibid., 1999, s. 180). Det hender at sykepleieren identifiserer helserelaterte behov som kan falle utenfor de behovene som sykepleieren alene kan hjelpe med. Da er det sykepleieren som har ansvar for å henvise til andre i helsetjenesten slik at pasienten får den nødvendige helsehjelpen han eller hun trenger. Sykepleieren har også et ansvar for å følge opp henvisningene og hun skal samarbeide tett med den andre parten i helsetjenesten (Ibid., 1999).

Travelbee presiserer at en sykepleier må inneha ulike kommunikasjonsferdigheter og hun legger vekt på at kommunikasjon er en prosess (egen understreking) hvor partene utveksler tanker og følelser seg i mellom. Prosessen er gjensidig hvor partene påvirker hverandre. Travelbee forklarer også at kommunikasjonsteknikkene bruker sykepleieren i andre situasjoner i sin jobb, for eksempel i kontakt med annet helsepersonell (Ibid., 1999).

3.2 Sykepleierens funksjonsområder

Sykepleierens handlinger og gjøremål grupperes innenfor ulike ansvar og funksjonsområder. Ansvaret og funksjonsområdene er beskrevet i vedlegg til rundskriv nr. 1041/82 av sosialdepartementet: Sykepleiere har et selvstendig ansvar for å ivareta sykepleierfunksjonen og sykepleiere arbeider i alle ledd av helsetjenesten. I tillegg er sykepleieren leder for sykepleiertjenesten og fungerer som koordinator for ulike gruppers deltagelse i tjenesten, og sykepleieren må samarbeide med andre yrkesgrupper og etater (referert i Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005).

Funksjonsområdene blir gruppert i syv forskjellige funksjoner ut i fra hvilken hensikt sykepleieren har når hun utfører dem. De fire første funksjonene er direkte rettet mot pasienten og pårørende. Disse funksjonene er den helsefremmende og forebyggende funksjonen, den behandlende funksjonen, den lindrende funksjonen og den rehabiliterende funksjon. De tre siste funksjonene er den undervisende funksjon, den administrative

funksjonen og den fagutviklende funksjon. Disse er ikke direkte rettet mot pasienten, men heller mot annet helsepersonell og sier noe sykepleierens lederfunksjon (Ibid., 2005).

3.2.1 Den administrative funksjon

Den administrative funksjonen handler om ledelse (Pfeiffer, 2002). Å administrere innebærer å planlegge, fordele ansvar, skape balanse, kontrollere og drive med problemløsning. Å lede innebærer blant annet å skape motivasjon, ha visjoner og kommunisere disse, og å skape engasjement (Jacobsen & Thorsvik, 2002). Jakobsen (2005) beskriver at «Ledelse handler om å samle en gruppe mennesker mot et felles mål» (s. 17). Sykepleiere har i sitt daglige arbeid en lederfunksjon og alle sykepleiere er faglige ledere gjennom hele sin yrkesaktive tid. En faglig leder har ikke personalansvar eller arbeidsgiveransvar, men leder sitt sykepleiefag til en gruppe pasienter i det daglige.

Den faglige sykepleier delegerer oppgaver til de andre ansatte utfra deres kompetanse og følger opp den pleie og omsorgen som blir gitt. Sykepleieren veileder og gir råd og hun kontrollerer iverksatte tiltak og dokumenterer i IKT systemer. Kvalitetssikring er en del av ansvaret til den faglige sykepleieren og hun kartlegger hvilke oppfølgingsbehov medarbeiderne har. Sykepleieren skal også holde seg faglig oppdatert ved å studere ny forskning og fagutvikling (Pfeiffer, 2002). I samarbeid med andre etater innenfor helsetjenesten vil sykepleieren ha en koordinerende funksjon og hun kan være leder for samarbeidet (Jakobsen, 2005). Sykepleiedokumentasjon er en viktig del av arbeidet til den faglige sykepleieren (Dahl, Heggdal & Standal, 2005). I følge helsepersonelloven (2000) har alle som arbeider innenfor pleie og omsorg dokumentasjonsplikt.

Sykepleiere er også ledere på ulike nivåer innen organisasjoner. Hun blir da betegnet som administrativ leder og har mange av oppgavene den faglige sykepleieren har, men hun har også et arbeidsgiver- og personalansvar. Noen steder kan hun i tillegg ha budsjettansvar. «Som leder er det en sentral oppgave å tydeliggjøre organisasjonens mål og å sørge for at avdelingens mål er i samsvar med disse» (Kristoffersen & Jensen, 2005, s. 186). Sykepleieren som leder må være fremtidsorientert med tanke på hvilke behov pasienter og samfunn kunne trenge i fremtiden og hun har et ansvar for å følge opp politiske vedtak (Jakobsen, 2005).

3.3 Hjemmesykepleien som arena

Hjemmesykepleie er all pleie og omsorg som blir gitt til mennesker i deres eget hjem. Alle som har behov for sykepleie uansett årsak og alder har rett på hjemmesykepleie. Tjenesten har en behandlende, rehabiliterende, helsefremmende og lindrende funksjon. Et overordnet mål i hjemmesykepleien er at brukeren skal bo hjemme så lenge det er ønskelig og forsvarlig. Hjemmesykepleien skal bidra til at brukerne skal kunne leve godt og mestre hverdagen i sitt eget hjem (Fjørtoft, 2006). I følge kommunehelsetjenesteloven (1982) er hjemmesykepleie er en lovpålagt kommunal helsetjeneste som er gratis for brukerne.

De siste ti årene har det vært en kraftig økning i antall brukere som mottar hjemmesykepleie og antallet er forventet at skal øke også i fremtiden. I 2010 var det 174 659 som mottok hjemmetjenester og 67 397 mottok bare hjemmesykepleie (Statistisk sentralbyrå, 2011). Det er store individuelle forskjeller på hvem brukeren i hjemmesykepleien er. Utviklingen viser at brukerne er sykere og mer pleietrengende enn tidligere. Dette stiller større krav til hjemmesykepleien i forhold til oppfølging og spesialisert behandling (Fjørtoft, 2006).

Hjemmesykepleien er i mange tilfeller et kontaktpunkt i mellom tjenester. Det vil si at hjemmesykepleien har mange aktuelle samarbeidspartnere. Viktigst er brukeren selv og deres pårørende. Dernest samarbeider hjemmesykepleien med andre instanser på tvers av tjenester og ulike etater. Samarbeidspartnerne kan være:

- tjenester i kommunehelsetjenesten, for eksempel andre hjemmetjenester, sykehjem, helsestasjon, lege og rehabilitering
- andre kommunale etater, for eksempel skole, sosialtjenesten eller barnevernet
- ulike deler av spesialisthelsetjenesten
- trykgeetaten, inkludert hjelpemiddelsentralen
- frivillige organisasjoner (Fjørtoft, 2006, s. 201).

Helsehjelpen som brukere av hjemmesykepleie mottar skal være preget av kontinuitet, og den skal være samordnet og helhetlig. Derfor stilles det krav til hjemmesykepleieren i forhold til samarbeid og samhandling (Ibid., 2006).

3.3.1 Hjemmesykepleien i samarbeid med spesialisthelsetjenesten

I følge spesialisthelsetjenesteloven (1999) omfatter spesialisthelsetjenesten sykehustjenester, medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester, tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet, medisinsk nødmeldetjeneste og transport med ambulanse til og fra undersøkelse eller behandling. Staten har det overordnede ansvaret for spesialisthelsetjenester (Ibid., 1999). Hjemmesykepleien er helt avhengig av å kunne samarbeide med spesialisthelsetjenesten. Mange brukere blir innlagt i sykehus og skrevet ut igjen til hjemmet regelmessig, og brukere får oppfølging av spesialisthelsetjenesten mens de bor hjemme. Det er derfor viktig at hjemmesykepleien og spesialisthelsetjenesten overfører kunnskap og kompetanse, samt relevant informasjon seg i mellom (Fjørtoft, 2006).

3.4 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen (SHR) er en av de største helsereformene som er vedtatt av stortinget etter år 2000. Den trådte i kraft 1. Januar 2012 og skal gradvis innføres (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). ”Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte” (Ibid., 2009, s. 13). Det finnes bestemmelser om plikt til samhandling i ulike tjenestelover. Likevel er ikke samhandling regulert i egen lov og bestemmelsene har ikke bidratt til tilfredsstillende samhandling.

Pasientene skal få rett behandling, på rett sted, til rett tid, noe som er grunnpilaren i SHR. Dette er også det overordnede målet i den norske velferdsmodellen. Alle skal gis et likeverdig tjenestetilbud uansett sosial bakgrunn, økonomisk ståsted, etnisitet, alder, bosted eller kjønn. Hvordan tjenestene utvikles vil preges av helsetjenestens verdigrunnlag som er respekt for enkeltindividet og et helhetlig menneskesyn. Hvordan regjeringen skal oppnå disse målene er gjennom tydeligere politisk utforming i forhold til kompetanse, forskning, utdanning og fagutvikling (Ibid., 2009). Samhandlingen skal forsterkes ved andre strategiske tiltak som innebærer utvikling av IKT-systemer, sørge for at det er kompetent helsepersonell i alle sektorer og utvikle samarbeidet mellom tilgrensende tjenester, slik at pasienter får en mer helhetlig prosess gjennom de offentlige helsetjenestene.

SHR hensikt er å forsøke å løse utfordringene vi står ovenfor innenfor helsevesenet. Regjeringen antyder at pasienter i fremtiden vil i større grad ha behov for koordinerte tjenester. Koordinerte tjenester innebærer at en pasient mottar flere tjenester fra ulike tjenestesteder, over kortere eller lengre tid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Befolkningen i Norge vil frem mot år 2050 øke kraftig i antall eldre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). En fremskrivning av statistisk sentralbyrå (2010) viser at befolkningen vil fortsette å øke. Det har passert 5 millioner innbyggere i 2012 og det er antatt det vil være rundt 7 millioner mennesker i Norge i år 2060. Samme fremskrivning viser at det vil bli en dobling i antall eldre over 67 år.

Det har blitt en økning i antall eldre som har sammensatte og kroniske sykdomstilstander. Men også sykdommer knyttet til livsstil og levevaner er i sterk vekst. Dette omfatter i hovedsak kreft, diabetes, demens, kols og psykiske lidelser. Det vil si at det er en tilvekst av både yngre og eldre pasienter som vil ha behov for koordinerte tjenester. Kommunene skal få en ny fremtidig rolle og pasienter skal i større grad behandles ute i kommunen. Et sentralt poeng er kommunen skal kunne se helse- og omsorgstjenestene i sammenheng med andre tjenesteutøvere, for eksempel spesialisthelsetjenesten slik at det kan etableres gode samhandlingsrutiner. Det skal tilrettelegges tjenestetilbud som har til hensikt å utsette eller hindre sykdomsutvikling. Regjeringen planlegger å stifte en lovpålagt plikt om at pasienter med behov for koordinerte tjenester skal ha en person som vil fungere som kontaktpunkt mellom tjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Helsetjenesten preges i dag av et stort fokus på behandling av sykdommer, og for liten innsats for å forebygge og begrense sykdom. Årsakene til dette er flere, men mange kommuner har ikke hatt forutsetningene for å etablere gode faglige organisasjoner. Rent praktisk har heller ikke forebygging og tidlig innsats blitt prioritert. Det er til dels strukturelle mangler i behandlingsskjeden mellom sykehus og kommunehelsetjeneste, og helsetjenesten er dårlig tilpasset kroniske sykdommer. Kommune har ikke i dag tilstrekkelige tjenester og resultatet blir i mange tilfeller at pasienter som er utskrivningsklare blir liggende på sykehus og vente på en plass i kommunen. Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten er et av virkemidlene i SHR. Kommunen har fått et økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter. Dette skal fremme riktigere bruk av spesialisthelsetjenesten og stimulere kommunene til å vurdere bruk av andre ressurser (Ibid., 2009).

Gjennom SHR skal spesialisthelsetjenesten ytterligere utvikles slik at de kan gi enda mer spesialisert behandling, og noen oppgaver som tidligere ble håndtert av spesialisthelsetjenesten vil flyttes ut til kommunene. Det vil si at kommunehelsetjenesten skal få mer ansvar og arbeidsoppgaver, og mer kompetanse skal flyttes ut til kommunen. «Med kompetanse menes de kunnskaper, ferdigheter og evner som den enkelte medarbeider anvender for å utføre bestemte arbeidsoppgaver» (Glavin og Erdal, 2000, s.62, sitat fra Olsen). Gjennomføringen av denne ansvarsflyttingen skal skje gradvis og kommune skal få tildelt de nødvendige resursene de trenger før de blir pålagt mer ansvar. Legetjenestene i kommunene skal bli bedre. Fastlegene skal styringsmessig knyttes tettere til kommunene og det skal legges til rette for en vekst i antatt leger som arbeider kommunalt. Dette er tiltak som skal fremme samhandling i helsetjenesten (Ibid., 2009).

Det skal utvikles systemer og utforminger som gir rammer for hvordan tjenestene blir gitt til den enkelte. Et verktøy for å sikre god samhandling er at det skal utarbeides forpliktende samarbeidsavtaler mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Avtalene skal utformes slik at spesialisthelsetjenesten forplikter seg til å bistå kommunen med nødvendig kompetanse og kunnskapsoverføring (Ibid., 2009).

En manglende helhet skyldes blant annet at det ikke finnes gode nok organiserte beslutningssystemer for helse- og omsorgstjenestene på politisk- eller systemnivå. Hvilke områder innenfor helse og omsorg som har størst behov eller må prioriteres, er for lite organisert, og det blir i for liten grad gjort helhetlige vurderinger i forhold til den demografiske utviklingen. Deltjenestene er ikke godt nok tilpasset hverandre og prioriteringer innen for helse- og omsorgstjenesten skal derfor videreutvikles gjennom Nasjonal helseplan (Ibid., 2009).

3.5 Kommunikasjon

Kommunikasjon er vesentlig i alle former for samarbeid, og for å kunne lykkes i samarbeidet må vi ha kunnskaper om kommunikasjon (Glavin & Erdal, 2000). Vi bruker kommunikasjon som et middel for å oppnå noe (Lingås & Herheim, 2008). *”Virkelig kommunikasjon oppstår når vi lytter med forståelse”* (Steiro, 2006, s. 23, sitat fra Rogers). Begrepet kommunikasjon stammer fra det latinske ordet *comunicare* ” som betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med” (Eide & Eide, 2007, s. 17). Håkonsen (2009) har definert

begrepet: ”Kommunikasjon er en type samhandling der to eller flere mennesker sender og mottar budskap, og der begge parter både presenterer seg selv og budskapet sitt, og der de tolker den andre” (s. 218). Et budskap kan være synonymt med informasjon, og denne informasjon kan være både verbal og nonverbal (Eide & Eide, 2007).

For å kunne kommunisere profesjonelt må sykepleieren beherske visse kommunikasjonsferdigheter. Aktiv lytting er en kommunikasjonsferdighet som deles inn i to hovedkategorier, nonverbal og verbal (Ibid., 2007). Aktiv lytting handler om å forstå hva den andre mener og oppmerksomhet rettet mot den andre parten. Målet med aktiv lytting er å forstå den andres atferd og å tolke nonverbale signaler i det som sies, slik at helheten kommer tydeligere frem (Håkonsen, 2009). Den nonverbale delen av aktiv lytting er alt fra øyekontakt og håndbevegelser til berøring, stillhet og kroppsholdning. Den verbale delen handler om å stille spørsmål, bruke pauser, oppmuntre, parafrasere, speile følelser og sammenfatte (Eide & Eide, 2007). Holst (2001) trekker frem at «kommunikasjon vil være avhengig av den verbale og nonverbale kontakten...»(s. 26).

En dialog kan kjennetegnes ved at den er et samarbeidsprosjekt der deltagerne streber mot et felles mål. Deltagerne i en dialog går inn med en bevissthet om at alle har noe å komme med og de erkjenner at oppgaven er både å komme med egne innspill, og å hjelpe andre til å bidra med sine (Svare, 2006). Ordet dialog stammer ... «fra gresk der *dia* betyr gjennom, *logos* betyr ord, tale, fornuft» (Kinge, 2012). En dialog beskrives i Store Norske Leksikon (2012) som en samtale mellom to eller flere mennesker. Men ikke alle samtaler er dialoger (Kinge, 2012).

3.6 Samarbeid

Samarbeid er et vanlig ord i det dagligdagse språket vårt, og det kan være vanskelig å gi ordet en klar definisjon (Lauvås & Lauvås, 2004). Vi skal se nærmere på ordets betydning. I følge Falk & Torp (1994) stammer sam fra oldnorsk og ordet sam kan bli brukt som adjektiv, verb eller substantiv og kan betegne fellesskap, forbindelse, overensstemmelse og ensartethet (Sam, s.a.). I etymologien forstås arbeid synonymt med strev. Videre beskrives arbeid som en sysselsetting, et yrke, et gjøremål eller en anstrengelse (Arbeid, s.a.). Askheim definerer samarbeid som «Innsats fra flere aktører og bruk av flere virkemidler innenfor en enhetlig strategi, definert ut fra en felles målsetning» (Siteret i Skare, 1996, s. 176).

Samhandling, samarbeid og samordning er begreper som ofte blir brukt om hverandre i arbeid i organisasjoner (Lauvås & Lauvås, 2004). Samhandling beskrives som en «sosiologisk betegnelse på samspill eller vekselvirkning mellom to eller flere aktører som handler i forhold til hverandre» (Samhandling, 2012). I følge Knoff kan samordning defineres til å omfatte: «en systematisering eller organisering av det hver enkelt utøver gjør ovenfor en og samme problemstilling/klient/pasient, slik at alle tiltak er vel tilpasset hverandre og ikke motvirker hverandre» (sitert i Lauvås & Lauvås, 2004, s. 53). Knoff beskriver videre at samordning må ha et mål. Målet må være å oppnå synergieffekter. Det vil si slik at hvert enkeltstående tiltak forsterker hverandre gjensidig, og effekten samlet sett skal være større enn resultatene som hadde blitt oppnådd om tiltakene hadde blitt utført hver for seg (referert i Lauvås & Lauvås, 2004).

3.6.1 Fire sentrale begreper i samarbeid

Hvordan vi tilnærmer oss andre og hvilke motiver vi har når vi går inn i samarbeid med andre kan beskrives som samarbeidsetikk. Et godt samarbeid bør kjennetegnes av verdier som ansvar, respekt, åpenhet og tillit (Eide, Grelland, Kristiansen, Sævareid & Aasland, 2011). I et godt samarbeid forutsetter at de involverte parter tar ansvar. Ansvar kan beskrives som en «forpliktelse til å stå til rette, gjøre rede, bære utgiftene for noe» (Tranøy, 2011).

Respekt er en verdi som må være til stede i enhver god relasjon. Å vise respekt innebærer at man tar andre på alvor og anerkjenner den enkeltes synspunkter og erfaringer. Man kan se en sak fra andres perspektiv og kunne svare på andres utspill med egne meninger og forståelser. Hvis et samarbeid preges av respekt er det enklere å være både enig og uenig. Uenighet og ulike syn kan ses på som en ressurs som leder an til faglige diskusjoner og refleksjoner rundt en sak (Glavin & Erdal, 2000).

Åpenhet i samarbeid kan ses på som en tilbøyelighet til å si ting som de er. Grad av åpenhet kan fortelle mye om en relasjon er god eller ikke (Eide et al., 2011). Det å være åpen vil ikke være vanskelig hvis alle involverte er enig og det er et velfungerende samarbeid. Det er når flere ulike syn og oppfatninger kommer frem kan problemer med åpenhet oppstå (Glavin & Erdal, 2000).

Tillit spiller en viktig rolle innenfor samarbeid og tillit kan ses på to måter. Den ene formen for tillit er den tillitten som oppstår spontant, den andre utvikles og oppstår over tid (Kristiansen, 2011). I et samarbeid vil tillit til egen kompetanse og engasjement være betydningsfullt, men også tillit til andres kompetanseområder (Glavin & Erdal, 2000).

4.0 Hvordan kan sykepleiere i hjemmesykepleien oppnå et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten etter innføring av samhandlingsreformen?

I denne delen av oppgaven skal vi gi et svar på problemstillingen ved å diskutere bakgrunnsteorien opp mot vitenskapelige artikler og egne erfaringer. Hensikten med en diskusjonsdel i en oppgave er å vise hva man har lært av sitt eget prosjekt og vise evnen til kritisk og systematisk refleksjon (Dalland, 2007). Vi vil se nærmere på hvilke utfordringer, og hva som fremmer et samarbeid mellom hjemmesykepleien og spesialisthelsetjenesten. Diskusjonen er delt opp i fire underkapitler, henholdsvis behovet for felles mål, behovet for kommunikasjon med vekt på holdninger og verdier, behovet for kompetanse- og informasjonsoverføring og til slutt behovet for oppgave- og ansvarsfordeling.

4.1 Behovet for felles mål

Hjemmesykepleien er i kontakt med spesialisthelsetjenesten i forbindelse med innleggelse og utskrivelse, og ved oppfølging av brukere fra hjemmet. Sykepleiere i hjemmesykepleien må derfor etablere et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten (Fjørtoft, 2006). I likhet presiserer regjeringen i SHR at spesialisthelsetjenesten og kommunen må etablere et godt samarbeid, og de legger til at dette samarbeidet må styrkes ytterligere i fremtiden.

Samarbeidet mellom instansene skal ha til hensikt å gi brukeren et helhetlig pasientforløp og å møte brukeres behov for koordinerte tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). For å kunne oppnå et godt samarbeid beskriver Askheim at det må det foreligge en felles målsetning (sitert i Skare, 1996). Dette er i tråd med hva Glavin & Erdal (2000) hevder. De beskriver at hvis de ulike partene har et felles mål for samarbeidet, vil det være enklere å identifisere felles strategier og metoder. Holst & Severinsson (2003) legger i likhet vekt på i sin studie at kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har behov for å komme frem til en felles forståelse seg i mellom for å oppnå et godt samarbeid.

Fjørtoft (2006) beskriver at for å oppnå felles mål må hjemmesykepleien etablere en dialog med spesialisthelsetjenesten, partene må lytte til hverandre, utveksle erfaring og kunnskap, og det må skapes en felles forståelse av brukerens situasjon. Jakobsen (2005) legger i tillegg vekt på at ledelsen har et ansvar i forhold til å etablere felles mål og beskriver at «sykepleielederen har ansvar for å lede tjenesten slik at tjenestetilbudet holder høy kvalitet, og slik at den faglige utviklingen skjer i tråd med endrede behov for tjenesten» (s. 149). Vi forstår det derfor dithen at den administrative sykepleieren i hjemmesykepleien har det overordnede ansvaret for å

legge til rette for at det kan oppnås felles mål med spesialisthelsetjenesten etter innføringen av SHR, mens den faglige sykepleieren har ansvaret for å følge det opp i praksis. Vi forstår at det er gjennom kommunikasjon og dialog at man kan oppnå felles mål og vi vil utdype kommunikasjon i neste kapittel.

Regjeringen setter lys på en utfordring knyttet til felles mål og samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Utfordringen er at i spesialisthelsetjenesten ligger fokuset og målet på medisinsk helbredelse, mens i kommunehelsetjenesten legges det mest vekt på brukerens funksjonsnivå (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Regjeringen legger videre til at det er en utfordring for samarbeidet at «de ulike aktørene har i liten grad ansvar for å legge til rette for en god veksling med andre aktører. Alle måles og belønnes på det de gjør innenfor egen «søyle» - og ikke på det gjør på tvers» (ibid., 2009, s. 22). Dette er i tråd med hva vi selv har erfart. Vi erfarte i våre 18 ukers somatisk sykehuspraksis at fokuset i en viss grad lå på hva sykehuset kunne gjøre for pasienten der og da, og ansvaret etter utskrivelse ble mere tilsidesatt. Likevel så har vi opplevd at det er store individuelle forskjeller og at noen sykepleiere engasjerer seg i mye større grad om tiden etter utskrivelse enn andre. Vi ser at disse utfordringene kan være en av grunnene til at samarbeid blir vanskeligere og dermed blir grunnlaget for å etablere felles mål også vanskeligere. På en annen side så erfarte vi i vår siste 10 ukers praksis i sykehuset som var etter innføringen av SHR, at det har blitt iverksatt tiltak som skal fremme felles mål og samarbeid. Ett av tiltakene var at vi skrev skjema til kommunen hvor vi kartla pasientens funksjonsnivå hvis det var forventet at pasienten skulle ha behov for kommunal hjelp etter utskrivelse. Vi gjorde oss også erfaringer med å melde pasienter innlagt innen 24 timer, og melde dem tilbake til kommunen da de var utskrivningsklare. Da måtte vi også etablere telefonisk kontakt med kommunen og beskrive pasientens forløp mens han/hun var innlagt. Vi erfarer at disse tiltakene fremmer et samarbeid og muligheten for å etablere et felles mål, ikke bare fordi vi er mere i direkte kontakt med kommunen, men at det blir ett større fokus på det helhetlige pasientforløpet.

4.2 Behovet for kommunikasjon med vekt på holdninger og verdier

Regjeringen legger i SHR forutsetninger for at instansene skal samhandle og kommunisere mer enn tidligere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Glavin & Erdal (2000) presiserer at kommunikasjon er essensielt i et samarbeid og dette samsvarer med Holst (2001) som presiserer at kommunikasjon må ses på som et sentralt begrep for å oppnå samarbeid.

Travelbee (1999) beskriver at kommunikasjon er essensielt både ovenfor et samarbeid med pasienten, men også i forhold til sykepleierens kontakt med andre innenfor helsetjenesten. Hun beskriver videre at sykepleiere må inneha kunnskaper om kommunikasjonsteknikker i sin yrkesutøvelse. Holst (2001) beskriver i likhet at i kommunikasjon med andre bør man benytte seg av nonverbal kommunikasjon for å oppnå en større forståelse. Steiro (2006) beskriver at en utfordring i forhold til kommunikasjon og aktiv lytting er at mange fagpersoner har en tendens til å snakke til og ikke med den andre parten (egen understreking). Vi har i likhet med Steiro (2006) erfart i noen situasjoner at sykepleiere har snakket til og ikke med den andre parten. Men vi har også møtt sykepleiere i praksis som har en svært god evne til å lytte aktivt og vi har en forståelse av at dette er viktige egenskaper en sykepleier bør ha med seg for å kunne kommunisere og samarbeide med andre.

Tschannen & Lee (2011) studerte faktorer som påvirket sykepleieres holdninger ovenfor kommunikasjon. I studien kom det frem at arbeidserfaring og ekspertisenivå utgjorde en forskjell på resultatene om hva de tenkte var viktige faktorer innenfor kommunikasjon og samarbeid. Eide & Eide (2004) beskriver i likhet at profesjonalitet i helsefaglig kommunikasjon bør kjennetegnes kunnskap og ferdigheter, og legger til tre andre punkter som er etikk, empati og målorientering. Svare (2006) trekker og frem at målorientering er viktig i en dialog. Men Glavin & Erdal (2000) hevder at «dialogen er til en viss grad personavhengig» (s. 64). Dette er i tråd med våre egne erfaringer. Vi har opplevd at det var store forskjeller på hvilken informasjon som ble gitt, og hvordan den ble gitt av forskjellige sykepleiere. Særlig har vi opplevd at det var store forskjeller på hvilken holdning sykepleiere hadde i forhold til å kommunisere med den andre parten. Travelbee (1999) trakk frem at sykepleieren må etablere et mellom-menneskelige-forhold når hun skal kommunisere, men våre erfaringer er at mesteparten av kommunikasjonen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten foregår over telefon, og vi ser at det mellom-menneskelige-forholdet ikke vil kunne være realistisk å etablere i praksis eller at kommunikasjonen ikke vil kunne bli optimal fordi vi ikke ser hverandre i person. Likevel vil man i følge Holst (2001) kunne oppnå tilfredsstillende kommunikasjon uten direkte visuell kontakt hvis kommunikasjonen er bundet opp definerte mål for samarbeidet. Vi forstår det derfor slik at hjemmesykepleien og spesialisthelsetjenesten må avklare i dialogen hva som er målet med kommunikasjonen.

Tschannen & Lee (2011) hevder at kommunikasjon i et samarbeid fremmes av at organisasjonens verdigrunnlag baseres på respekt, tillit og teamwork. Fjørtoft (2006) trekker

frem de samme verdiene når hun beskriver kommunikasjon og samarbeid i helsetjenesten. Glavin & Erdal (2000) og Eide et al. (2011) legger begge i likhet vekt på de samme verdiene i kommunikasjon, men drar i tillegg frem ansvar og åpenhet som viktige verdier. Kristiansen (2011) hevder at «å tiltale hverandre med respekt kan være begynnelsen på en gjensidig utviklingsprosess» (s. 88). En utviklingsprosess er nettopp hva regjeringen ønsker med SHR for å sikre kontinuitet i pasientforløpet mellom ulike instanser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Travelbee (1999) presiserer at sykepleie er en dynamisk prosess, og sykepleieren ønsker å skape forandring. Vi har en forståelse av at utviklingsprosessen i samarbeidet mellom hjemmesykepleien og spesialisthelsetjenesten i stor grad avhenger av sykepleierens evne til å bevare denne dynamiske prosessen.

Fjørtoft (2006) beskriver at sykepleiere må vise respekt og interesse for hverandres fagområde og det forutsetter at de har kunnskap om hva som er de andres spesialområde. Tschannen & Lee (2011) beskriver i sin studie at et samarbeid må baseres på gjensidig tillit. Dette samsvarer med hva Glavin og Erdal (2000) hevder og utdyper videre «...for å oppnå tillit er det nødvendig at man tør være direkte og saklig (s. 45). Tschannen & Lee (2011) legger i samsvar vekt på at åpenhet er en viktig del av kommunikasjon mellom sykepleiere. Sykepleieren skaper åpenhet i relasjoner ved å innta holdningen om at «jeg kan ta feil, andre kan ha rett» (Jakobsen, 2005). Tschannen & Lee poengterer likevel at den litteraturen som er gjennomgått ikke gir noe bevis for at det finnes en enkelt kommunikasjonsstrategi som har bevist utfall for pasientsikkerheten. Vi har også erfart tilsvarende i praksis. Det vi har opplevd i praksis etter innføringen av SHR er at de ansatte tilsynelatende har for lite kunnskap om SHR og at holdningene til reformen var preget av til dels frustrasjon med tanke på at det var mere papirarbeid og telefoner som skal tas. En annen erfaring vi har gjort oss er at pasienten nå skrives tidligere ut av sykehus og hjemmesykepleien opplever et større press i forhold til at dårligere pasienter kommer tilbake til hjemmet. Vi opplever at dette er faktorer som påvirker kommunikasjonen mellom partene, og vi mener at dette kan skyldes at SHR er ny for de fleste og det er snakk om en tilvenningsfase på operativt nivå. Likevel har vi også erfart at SHR har bidratt til et godt samarbeid i noen tilfeller. Det som preget det gode samarbeidet var at det forelå en gjensidig interesse for pasientens beste og kommunikasjonen baserte seg på respekt, forståelse og åpenhet. Vi vil også legge til at vi har erfart at engasjement i pasientsituasjonen og innsats fra sykepleiere for å komme frem til en løsning, ofte gav resultater i praksis.

4.2 Behovet for kompetanse- og informasjonsoverføring

Regjeringen presenterer i SHR at 50 % av pasienter mellom 80 og 90 år gamle som er innlagt i sykehus mottar også hjemmetjenester. I tillegg legger regjeringen vekt på at pasienten skal behandles på best mulig effektive omsorgsnivå og at det er behov for kompetent helsepersonell i alle sektorer og at kompetansen og ressursene må fordeles mellom de ulike aktørene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Fjørtoft (2006) legger i likhet vekt på at «personalet og deres kompetanse er nok den viktigste ressursen i hjemmesykepleien» (s. 166). Hun beskriver videre at det må være mange nok ansatte og de må være kompetente for å kunne sørge for forsvarlig oppfølging av brukerens behov. Vår erfaring fra praksis i flere ulike kommuner er at det er svært ulikt hvor stor kompetanse som finnes, men at det i større grad er kursaktivitet og fokus på kompetanseøkning på de fleste steder.

Arbeidsgiverforeningen Spekter (2011) støtter regjeringens intensjon i SHR i forhold til å legge flere oppgaven ut til kommunen. Men og de peker på at dette kan gi store utfordringen i forhold til rekruttering- og kompetanseoverføring, spesielt for små kommunene. Dette er et dilemma som ble påpekt av Torunn Janbø, president i den norske legeförening, allerede i 2010. Hun hevdet at den kommunale medfinansieringen vil føre til store forskjeller i behandlingstilbudene og at de små kommunene heller betaler seg ut til spesialisthelsetjenesten i stedet for å bygge opp tilbudene lokalt (Helljesen, 2010). Regjeringen på sin side har tatt høyde for dette i SHR og beskriver at det skal foretas risikovurderinger av kommunene, slik at de ikke skal utsettes for en uakseptabel risiko. De beskriver videre at det er de små kommunene som er utsatt, og regjeringen planlegger å løse utfordringene blant annet ved interkommunalt samarbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). I forhold til det interkommunale arbeidet foreligger det også utfordringer som blir belyst av ordfører Ørjan Bue i Åsnes kommune og ordfører Kjell Konterud i Våler kommune hvor det er tatt opp til drøfting hvor legevaktsentralen skal ha plassering. De presiserer: «Et hovedpoeng med samhandlingsreformen er at man skal tilføre distriktene kompetanse. Det gjør man ikke ved å legge ned en legevaktsentral» (Viggen, 2012, s. 1). I dette tilfelle kan legevaktsentralen bli flyttet til Kongsvinger som er en større nabokommune og Åsnes kommune vil miste sin legevaktsordning (Ibid., 2012). Denne saken er et tilfelle som motstrider regjeringens intensjoner forhold til at de vil styrke kompetansen ut til kommunene fordi nedleggelse av legevaktsentraler vil føre til mindre legekompentanse i de små kommunene og heller flytte kompetansen ut til de større kommunene. På dette området har vi selv liten erfaring, men vi har erfart at det også vil foreligge utfordringer i forhold til å få flere leger til å arbeide i små

kommuner. Dette har vi en forståelse av at kan ha en direkte konsekvens ovenfor hjemmesykepleien som på sin side er avhengig av et tett samarbeid med fastlegene. Og vi ydmykt mener at hvis det er mangel på legekompentanse i kommunen kan dette ha en direkte innflytelse på samhandlingen videre fra hjemmesykepleien til spesialisthelsetjenesten. Vi har en forståelse av at det finnes flere utfordringer i forhold til samhandling og overføring av kompetanse til kommunene etter innføringen av SHR. Utfordringene mener vi handler om lokale fordelinger av kompetanse og å innhente tilstrekkelig kompetanse til de små kommunene, da små kommuner er et mindre attraktivt sted å arbeide for de med spesialkompetanse enn de store kommunene.

Fjørtoft (2006) hevder at det er behov for å utveksle informasjon begge veier, men at hjemmesykepleien ofte har mest informasjon om brukerens funksjonsnivå. Hun beskriver videre at det er viktig at hjemmesykepleien må foreta en god observasjon og kartlegging av pasienten, slik at informasjonen er adekvat når den skal overføres videre til spesialisthelsetjenesten. Travelbee (1999) presiserer i likhet at observasjon er en sykepleieaktivitet. Fjørtoft (2006) forklarer at det er både sykepleiere, fagarbeidere og assistenter som arbeider og foretar observasjoner i hjemmesykepleien. Vi forstår med dette at kompetansenivå er varierende og kan være en utfordring i hjemmesykepleien. I forhold til de andre ansattes kompetansenivå beskriver Pfeiffer (2002) i den sammenheng at den faglige sykepleieren har ansvaret for å følge opp andre ansatte. Ansvaret består i å delegere oppgaver utfra deres kompetansenivå og å følge opp observasjonene i etterkant (ibid., 2002). Vi har igjen blandede erfaringer i forhold til observasjoner fra praksis og vi har opplevd individuelle forskjeller på sykepleierens evne til observasjon. Noen steder har vi videre erfart at det arbeider ufaglærte i hjemmesykepleien og kvaliteten på observasjon kan ha blitt dårligere, mens andre steder har vi sett at hjelpepleiere og andre fagarbeidere har vært en stor ressurs. Vi forstår det slik at kompetansenivå i hjemmesykepleien kan være en utfordring for sykepleierne. Dette på grunn av det vi påpekte ovenfor når det kommer til overføring av informasjon om kliniske observasjoner og pasientens funksjonsnivå til spesialisthelsetjenesten.

Fjørtoft (2006) beskriver at en av årsakene til at informasjonsoverføringen til spesialisthelsetjenesten er dårlig dokumentasjon. Hofstad og Norvoll (2003) bekrefter i samsvar i sin rapport at dokumentasjon i hjemmesykepleien er en utfordring. Forfatterne utdyper årsakene til utfordringene i forhold til dokumentasjon og hevder at for lav

sykepleierbemanning, for lav grunnbemanning, stor deler av ufaglærte og utilstrekkelig samlet kompetanse blant personalet er vesentlige faktorer (Ibid., 2003). I likhet har vi erfart fra praksis i hjemmesykepleien at det har vært utfordringer i forhold til dokumentasjon og videreføring av informasjon, særlig med tanke på at informasjonen ofte kan være basert på flere andre ansattes observasjoner. Vi har erfart at det som er dokumentert i pasientens journal ikke alltid er godt nok beskrevet og vi har en oppfatning av at det kan skyldes kompetansemangel. I motsetning til Hofstad og Norvoll (2003) som trekker frem for lav bemanning som en årsak, har vi erfart at dette ofte ikke er hovedårsaken til dårlig dokumentasjon i hjemmesykepleien. Vi trekker heller frem at det kan være mange pasienter å forholde seg til og at det til dels er dårlig kontinuitet i forhold til at den samme ansatte følger opp den enkelte pasienten. Erfaringsmessig har vi opplevd at det blir bedre dokumentert når både den administrative og den faglige sykepleieren har gode holdninger til dokumentasjon og minner de ansatte på viktigheten med dokumentering. Vi mener at når sykepleierne tar et overordnet ansvar for observasjoner og oppfølging, sammen med god dokumentasjon bedrer dette informasjonsoverføringen til spesialisthelsetjenesten.

4.4 Behovet for oppgave- og ansvarsfordeling

Sammenfattet beskriver regjeringen i SHR en helsetjeneste som er under utvikling (Helse- og sosialdepartementet, 2009). Fjørtoft (2006) peker i likhet på at helsetjenesten stadig utvikler seg, nivåene forandrer seg og at det dermed kan oppstå gråsoner i forhold til hvem som har ansvaret for hva. For å sikre at pasienten får helhetlige og sammenhengende pasientforløp legger regjeringen vekt på at det er nødvendig med gode samhandlingsverktøy. Et samarbeidsverktøy regjeringen presenterer er at de vil lovfeste krav om at det utarbeides samarbeidsavtaler mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten som har til hensikt å klargjøre hvem som har ansvar for hvilke oppgaver (Helse- og sosialdepartementet, 2009). Fjørtoft (2006) legger i likhet vekt på at det er nødvendig med gode samarbeidsrutiner mellom hjemmesykepleien og spesialisthelsetjenesten slik at det fremgår klart hvem som har ansvar for hva. Hvis ansvar og oppgavefordelingen er avklart beskriver Fjørtoft (2006) at samhandling mellom tjenestene og fagpersonene vil bedres. Dette samsvarer med vår egen oppfatning. Vi har opplevd at pasienter har blitt innlagt i sykehus med sykdomstilstander som kunne ha blitt behandlet i kommunen og erfaringsmessig ser vi behovet for disse avtalene. Vi mener at en oppgave og ansvarsfordeling er ett av de viktigste tiltakene i SHR som kan fremme et samarbeid mellom hjemmesykepleien og spesialisthelsetjenesten.

I en del av samarbeidsavtalene beskrives retningslinjer for innleggelse i sykehus. Det legges blant annet vekt på at det skal klargjøres hvordan sykehuset kan kontaktes og hvilke pasientopplysninger som skal sendes med, og at disse fortrinnsvis bør sendes elektronisk (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Vi har erfart at fra hjemmesykepleien at det ikke foreligger en klar avtale her. I noen tilfeller har vi opplevd å måtte forholde oss til både legevakt og sengepost per telefon etter innleggelse og det har vært ulikt hvilke pasientopplysninger som blir spurt etter. At regjeringen beskriver at pasientopplysningene fortrinnsvis bør sendes elektronisk har vi erfart at er en utfordring. Dokumentasjonssystemene vi har benyttet i kommunene er ikke lik det systemet som blir benyttet på sykehuset og pasientopplysninger kan ikke overføres elektronisk. I stedet blir pasientopplysninger anonymisert og sendt med faks. Regjeringen (2009) beskriver i SHR at de skal utvikle IKT systemene og vi har begge erfart at arbeidskollegaer i hjemmesykepleien etterlyser et felles dokumentasjonssystem for å forenkle samarbeidet og vi mener derfor at dette er et viktig område som må utvikles videre.

Som sykepleier og administrativ leder har man ansvaret for å informere og sørge for å oppdatere de ansatte i forhold til nye lovverk (Pfeiffer, 2002). Regjeringen peker i likhet på at det ledelsesmessige ansvaret må være tydelig plassert og om man skal lykkes i et samarbeid innad i- og mellom de ulike nivåene. Vi forstår det slik at i hjemmesykepleien vil da avdelingsleder ha ansvaret for at de ansatte blir informert om og setter seg inn i samarbeidsavtalene. Eddy, Doutrich, Higgs, Spuck, Olsen & Weinberg (2009) trekker i likhet frem i sin studie at avdelingslederen har et informasjonsansvar, men de legger også vekt på at avdelingslederen må ha evnen til kommunisere visjon, må være engasjert og måtte kunne motivere. Jakobsen (2005) trekker også frem at dette er viktige egenskaper en leder må inneha for at de ansatte også skal bli engasjert i aktuelle saker. Dette samsvarer med hva mener vil være viktig i forhold til å informere de ansatte om samarbeidsavtaler. En av oss har ingen erfaring med at arbeidsplassen har lagt vekt på samarbeidsavtaler, mens den andre har ved en tilfeldighet kommet over avtalene i en informasjonssperm på kontoret i hjemmesykepleien. Vi har ikke mye erfaring fra hjemmesykepleien og vi tar høyde for at vi ikke har deltatt på alle personalmøter, men de få årene vi har vært deltidsansatt har vi ikke opplevd at lederen har informert om samarbeidsavtaler, heller ikke etter innføringen av SHR. Vi vil også påpeke at vi mener at ikke ansvaret ligger fullt og helt på avdelingslederen, fordi vi som faglige sykepleiere også har et ansvar for å holde oss faglig oppdatert. Vi har en forståelse av at det er

knyttet utfordringer til oppfølging av politiske innføringer i praksis på grunn av manglende oppfølging i praksis.

5.0 Konklusjon

I følge Dalland (2007) skal man i konklusjonen samle trådene og vise den nye kunnskapens betydning i forhold til den formulerte problemstillingen i oppgaven.

Et samarbeid mellom hjemmesykepleien og spesialisthelsetjenesten etter innføringen av SHR innebærer utfordringer på flere plan. Etter gjennomgang av valgt litteratur valgte vi å trekke frem fire hovedpoenger i diskusjonsdelen. Et behov for et felles mål er et gjennomgående prinsipp som blir trukket frem av flere forfattere, og vi så at både organisasjonenes oppbygning og fokus er en utfordring for å etablere felles mål. Ansvaret for å etablere felles mål ligger både på politisk nivå, hos ledelsen i hjemmesykepleien og hos de faglige sykepleierne. På organisatorisk nivå vil de felles målene kunne utarbeides gjennom en god kommunikasjon mellom de ulike instansene og vi trakk deretter frem elementer i kommunikasjonen. Respekt, tillit, åpenhet og ansvar er sentrale verdier i kommunikasjon mellom sykepleiere, men at det mellom-menneskelige-forholdet som Travelbee legger vekt på kan i praksis ikke la seg etablere, noe som mulig kan hemme en optimal dialog. Vi oppdaget også at dialogen til dels er personavhengig og at sykepleieres grad av engasjement i pasientsituasjoner har innvirkning på kommunikasjonen.

Med SHR vil regjeringen øke kompetansen i kommunene og her belyste vi eksempel fra tre nærliggende kommuner som hadde en pågående konflikt i forhold til nedleggelse og flytting av legevaktsentral. Vi så at de var utfordringer i forhold til å innhente kompetanse til kommunen og lokale kompetansefordelinger. Vi så at dette var et stort område å drøfte og det er helt klart at vi ikke har fått belyst alle områdene tilstrekkelig i denne oppgaven, men vi mener det hadde vært interessant å studere videre. Siden mye av kompetanseoverføringen ligger på det politiske nivå vil vi ikke kunne klare å gi et godt svar på problemstillingen på dette området.

Etter innføringen av SHR har sykepleiere fått et større ansvar i forhold til informasjonsveksling. Informasjon som overføres baseres på observasjoner og dokumentasjon og vi trakk frem at det er en utfordring for hjemmesykepleien at det er mange som observerer og dokumenterer, også ufaglærte som kanskje ikke god nok helsefaglig kompetanse. Vi trakk også frem at ledelsen i hjemmesykepleien har et ansvar for å minne de ansatte på viktigheten av dokumentering. Regjeringen beskriver i SHR at de skal lovfeste at kommunen og spesialisthelsetjenesten inngår samarbeidsavtaler. Disse avtalene skal klargjøre hvem som har

ansvar for de ulike oppgavene og vi har en oppfatning av disse avtalene er et sterkt virkemiddel for samhandling. Likevel så vi at det foreligger utfordringer i forhold til oppfølging av avtalene både fra ledelse og personalet, men poengterte i tillegg at vi selv ikke har tilstrekkelig med erfaring til å kunne kommentere dette ytterligere.

Litteraturliste

Aasen, I. E. (2011). *Medical Subject Headings (MeSH) oversettes til norsk*. Helsebiblioteket.

Lokalisert på

<http://www.helsebiblioteket.no/For%2bforskere/Medical%2bSubject%2bHeadings%2b%28MeSH%29%2boversettes%2btill%2bnorsk.60439.cms> *

Arbeidsgiverforeningen Spekter. (2011). *Forsatt mye uavklart om samhandlings- reformen og nasjonal helseplan*. Lokalisert på

http://www.spekter.no/modules/module_123/proxy.asp?C=416&I=4391&D=2&tabmid=575&mid=575a613 *

Bredeland, E., Linge, O., A., & Vik, K. (2002). *Det handler om verdighet: Ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk. *

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg.). [Oslo]: Gyldendal Akademisk.

Dialog. (2012). I G. Kjøll (Red.), *Store norske leksikon*. Lokalisert 27. april 2012, på <http://snl.no/dialog> *

Dynamisk, (s.a.). *I Norske synonymer*. Lokalisert på

<http://www.ordnett.no/search?search=dynamisk&lang=no> *

Eddy, L. L., Doutrich, D., Higgs, Z. R., Spuck, J., Olson, R. & Weinberg, S. (2009). *Relevant Nursing Leadership: An Evidence-Based Programmatic Response*. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 6(1). DOI: 10.2202/1548-923X.1792 *

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, S. B., Grelland, H. H., Kristiansen, A., Sævareid, H. I., & Aasland, D. G. (2011). *Fordi vi er mennesker: en bok om samarbeidsetikk* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget. *

Eide, S., B. (2011). Åpenhet og samarbeid. I S. B. Eide, H. H. Grelland, A. Kristiansen, H. I. Sævareid & D. G. Aasland. *Fordi vi er mennesker: en bok om samarbeidsetikk* (2. utg., s. 91-98). Bergen: Fagbokforlaget. *

Falk, H., & Torp, A. (1994). *Etymologisk ordbog: over det norske og det danske sprog* (3. utg.). Oslo: Bjørn Ringstrøms Antikvariat. *

Fjørtoft, A-. K. (2006). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget.

Glavin, K., & Erdal, B. (2000). *Tverrfaglig samarbeid i praksis: til beste for barn og unge i Kommune-Norge*. Oslo: Kommuneforlaget. *

Helljensen, V.(2010, 18. oktober). For små kommuner for helsereformen. *NRK*. Lokalisert på <http://www.nrk.no/nyheter/norge/1.7341249> *

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

Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak: Nasjonal veileder. Lokalisert på http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/veiledninger_og_brosjyrer/2011/samhandlingsreformen---lovpalagte-samarb.html?id=661886

Helsetilsynet (2003). *Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud*. Lokalisert på: http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/Rapporter2003/pleie_omsorgstjenesten_kommunene_rapport_102003.pdf *

Hjelpe. (s.a.). I *Norske synonymer*. Lokalisert på <http://ordnett.no/search?search=hjelpe&lang=no> *

Hofstad, G. E. & Norvoll, R. (2003). *Kommunehelsetjenesten – gamle og nye utfordringer. En studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien*. SINTEF. Lokalisert på <http://www.sintef.no/Publikasjoner-SINTEF/Publikasjon/?pubid=SINTEF+A6364> *

Holst, H. «Hører de ikke hva vi sier?»: *En studie om samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern*. (Høgskolen i Hedmark Rapport nr. 1, 2001). Elverum: Høgskolen i Hedmark. *

Holst, H., & Severinsson, E. (2003). A study of collaboration inpatient treatment between the community psychiatric health services and a psychiatric hospital in Norway. *Journal of Psychiatric and mental Health Nursing*, 10, 650-658. Lokalisert på <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b09d9cfe-8b58-4ac8-806e-bacabdbda108%40sessionmgr11&vid=2&hid=10> *

Jacobsen, D. I. Thorsvik, J. (2002). *Hvordan organisasjoner fungerer: Innføring i organisasjon og ledelse* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget. *

Jakobsen, R. (2005). *Klar for fremtiden: - om kvalitet, endring og teamarbeid i sykepleieleidelse* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kinge, E. (2012). *Tverrfaglig samarbeid omkring barn: En kilde til styrke og håp?* Oslo: Gyldendal Akademisk. *

Kommunehelsetjenesteloven, LOV-1982-11-19-66. § 1-3. (2011). Lokalisert på <http://www.lovdata.no/oll/hl-19821119-066.html>

Kristiansen, A. (2011). Respekt i samarbeid. I S. B. Eide, H. H. Grelland, A. Kristiansen, H. I. Sævareid & D. G. Aasland. *Fordi vi er mennesker: en bok om samarbeidsetikk* (2. utg., s. 85-90). Bergen: Fagbokforlaget. *

Kristiansen, A. (2011). Tillit i samarbeid. I S. B. Eide, H. H. Grelland, A. Kristiansen, H. I. Sævareid & D. G. Aasland. *Fordi vi er mennesker: en bok om samarbeidsetikk* (2. utg., s. 99-106). Bergen: Fagbokforlaget. *

Kristoffersen, N., J., Nortvedt, F., & Skaug, E., A. (Red.). (2005). *Grunnleggende sykepleie: Bind 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., & Jensen, K. O. (2005). Sykepleier i organisasjon og samfunn. I Kristoffersen, N., J., Nortvedt, F., & Skaug, E., A. (Red.). *Grunnleggende sykepleie: Bind 4*. (s. 184 – 235). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kvantitativ. (s.a.). *I medisinsk ordbok*. Lokalisert på <http://www.ordnett.no/search?search=kvantitativ&lang=no> *

Lingås, L., G., & Herheim, Å. (2008). *Kommunikasjon og samarbeid: - utvikling av relasjonskompetanse*. Oslo: Cappelen Damm. *

Lov om helsepersonell, LOV-1999-07-02-64 § 21. (2010). Lokalisert på <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html>

Pfieffer, R. (2002). *Sykepleier og leder: den administrative og den faglige sykepleielederens funksjon*. Bergen: Fagbokforlaget. *

Prosess. (2012). I G. Kjøll (Red.), *Store norske leksikon*. Lokalisert 20. April 2012, på <http://snl.no/prosess> *

Sam. (s.a.). I *Norsk Ordbok*. Lokalisert på <http://www.ordnett.no/search?search=sam&lang=no> *

Samhandling. (s.a.). I *Store Norske Leksikon*. Lokalisert 26. april 2012, på <http://snl.no/samhandling> *

Skare, S. (1996). *Flerkulturelt barnevernsarbeid*. (2. utg). Lokalisert på http://www.nb.no/utlevering/contentview.jsf?urn=URN:NBN:no-nb_digibok_2008072900120#&struct=DIV240 *

Solerød, H. (2012). Demografi. *Store norske leksikon*. Lokalisert 12. April 2012, på <http://snl.no/demografi> *

Spesialisthelsetjenesteloven, LOV-1999-07-02-61. § 2.1a. (2011). Lokalisert på <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-061.html#map002>

Statistisk sentralbyrå. (2011). [Tabell]. *5 Mottakarar av heimetenester, etter type teneste. 1992-2010*. Lokalisert på <http://www.ssb.no/emner/03/02/pleie/tab-2011-07-08-05.html> *

Steiro, T. (2006). *Bedre kommunikasjon: - praktiske teknikker og konkrete eksempler for effektiv kommunikasjon*. Stjørdal: Læringsforlaget. *

Svare, H. (2006). *Den gode samtalen: Kunsten å skape dialog*. Oslo: Pax forlag. *

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget. *

Tranøy, K., E. (2011). I H. Holmen (Red.), *Store norske leksikon*. Lokalisert 26. april 2012, på <http://snl.no/ansvar> *

Tschannen, D., & Lee, E. (2011). The Impact of Nursing Characteristics and the Work Environment on Perceptions of Communication. *Nursing Research and Practice*. doi: doi:10.1155/2012/401905 *

Tverrfaglig. (s.a.). I *Norsk Ordbok*. Lokalisert på <http://www.ordnett.no/search?search=tverrfaglig&lang=no> *

Viggen, S. (2012, 2. mai). En prøvelse for Solør. *Østerledningen*, s. 1 *

