

Sammenheng

Det har vært mye oppmerksomhet knyttet til rekrutteringsutfordringene for helsesektoren generelt og overfor sykepleiere spesielt. Ikke minst har dette vært en stor utfordring innen eldreomsorgen i kommunehelsetjenesten. Rekrutteringsutfordringene har ofte vært knyttet til spørsmål om alternativ bruk av kompetanse, om lønn, arbeidsforhold og utdanningssystemet. I dette prosjektet er det satt søkelys på sykehjem som har valgt alternative organisasjonsmodeller. Felles for disse sykehjemmene har vært problemer med å rekruttere og holde på sykepleiere. Målet for prosjektet har vært å undersøke hvordan alternative organisasjonsmodeller i sykehjem påvirker bruken av sykepleierne og andre faggruppers kompetanse når også tilbud med nødvendig kapasitet, fleksibilitet og kvalitet skal opprettholdes. Prosjektet har også hatt som mål å systematisere og videreutvikle kunnskap som vil kunne inngå i beslutningsgrunnlaget for organisatoriske endringer i sykehjem.

I prosjektet har vi studert fire sykehjem som case over en periode på 1,5 år. Tre av sykehjemmene har valgt en såkalt utradisjonell organisasjonsmodell. Det fjerde sykehjemmet er tradisjonelt organisert og har fungert som et sammenligningsgrunnlag. Vi har foretatt både kvalitative og kvantitative undersøkelser av sykehjemmene.

Roller i endring

Sykehjemmene varierer med hensyn til hvordan de er organisert og hvordan arbeidsoppgaver er fordelt mellom pleiepersonalet. Ser vi sykehjemmene under ett, har det likevel skjedd endringer langs flere felles dimensjoner. Arbeidsoppgavene som sykepleierne utfører er avgrenset sammenlignet med hvordan sykepleiere tradisjonelt arbeider i sykehjem. Sykepleierne deltar ikke i ordinært stell, men tilkalles når andre pleiere, det vil si hjelpepleiere/omsorgsarbeidere eller pleieassistenter, vurderer det som nødvendig. Dette er eksempelvis ved sårstell og eventuelt-medisinerer. Sykepleierne utfører heller ikke husholdningsoppgaver. Sykepleierne er ved to av sykehjemmene skilt ut i egne organisatoriske enheter, og har ikke fast tilknytning til én avdeling. Sykepleierne i disse casene ivaretar ikke gruppe- eller avdelingsledelsesfunksjoner.

Hjelpepleierne har fått tildelt nye arbeidsoppgaver og ansvarsområder. Ved de tre casene som representerer alternative organisasjonsmodeller, har hjelpepleierne fått oppgaven som gruppeledere. Gruppelederne har pasientadministrativt arbeid, ledelse av pleiepersonalet i gruppen, men deltar også i det praktiske pleie- og omsorgsarbeidet i avdelingen.

Pleieassistenter utfører en rekke arbeidsoppgaver som det kan hevdes krever pleiefaglig kompetanse for å utføre. Ved ett av casene, som også har en høy andel pleieassistenter, er det uttalt strategi å satse på såkalt ufaglærte i faste stillinger. Formalisering av pleieassistentenes rolle gjennom fast ansettelse kan også være en indikasjon på en endring i syn på hva som er ønskelig og nødvendig av formell pleiefaglig kompetanse for å arbeide i sykehjem.

Betydning for kvalitet

De alternative organisasjonsmodellene er alle forskjellige. Vi har med utgangspunkt i fellestrekkene forsøkt å trekke frem hva som synes å være viktige forutsetninger for kvalitet.

Formell kompetanse

Vi mener å kunne se at helsefaglig kompetanse i avdelingen er avgjørende for å sikre kvaliteten i pleien. Når sykepleierne trekkes ut, blir hjelpepleierne og deres kompetanse svært sentral. Det er behov for faglig kompetanse for å kunne gjennomføre pleie på riktig måte, bruke tekniske hjelpemidler riktig, vite hva som er viktig å merke seg i observasjon av pasienter, vurdere pasientens tilstand og tiltakene som gjennomføres. Selv om pleieassistenter kan tilføre pleie- og omsorgsarbeidet perspektiver som supplerer de helsefaglige og sykdomsorienterte, ser vi det som viktig for kvaliteten på tjenesten at personalet i hovedsak har helsefaglig utdanning. Når sykepleierne trekkes ut av avdelingene, stiller det store krav til pleiepersonalet som skal fylle rommet etter sykepleierne og til systemer som skal sikre den nødvendige informasjonsflyten mellom øvrig personell og sykepleierne.

Fagutøvelse

Når det gjelder mulige konsekvenser for utøvelse av sykepleiefaget, vil vi løfte frem to forhold som vil kunne virke inn på kvaliteten. For det første ser det ut til at etablering av en egen enhet for sykepleierne gir sykepleierne som gruppe økte muligheter til faglige diskusjoner internt i sykepleiergruppen, og at dette oppleves som faglig utviklende. Ulempen med dette er at de sykepleiefaglige diskusjonene kan bli flyttet ut av avdelingen, slik at de øvrige pleiepersonalet i mindre grad blir delaktige i kompetanseoppbyggingen.

Avgrensning av sykepleiernes arbeidsoppgaver og funksjoner innebærer et brudd i den tradisjonelle tenkningen om helhetlig sykepleie, og er dermed en annen måte å se på sykepleien som fag på. Ideen om sykepleieren som den som skal gi pasienten både stell, medisinsk behandling og psykososial omsorg utfordres. Sykepleierne stiller seg kritiske til denne avgrensning av utøvelsen av sykepleiefaget. Dette er også beskrevet nærmere under punktet helhetlig pleie og kontinuitet nedenfor.

Sosialisering og kompetanseoverføring

Vi ser at også andre viktige aspekter ved utøvelse av pleie og omsorg kan være koblet til formalisert utdanning. Dette kan skyldes at formalisert utdanning gjenspeiler en yrkesmotivasjon den enkelte har for å arbeide på feltet, og som påvirker holdninger til arbeidet (Torgersen 1972). Eksempelvis gjelder dette i hvilken grad den ansatte tar ansvar og er forpliktet i forhold til å gi best mulig pleie og omsorg til beboerne. Vi vil også nevne faglærtes bidrag i forbindelse med sosialiseringen av nye medarbeidere inn i pleie- og omsorgsyirket. Vi anser det som viktig at ufaglærte møter et miljø der de ved å arbeide sammen med faglærte får mulighet til å tilegne seg faglige ferdigheter, men også holdninger og verdier som er sentrale i relasjonelt arbeid som pleie og omsorg. I forlengelsen av dette kan også forholdet mellom hjelpepleiere og sykepleiere nevnes. Tradisjonelt sett har sykepleiere og hjelpepleiere arbeidet side om side i sykehjem. En slik arbeidsmåte har lagt forholdene til rette for overføring av kunnskap fra sykepleier til hjelpepleiere. Over tid har mange hjelpepleier opparbeidet betydelig pleiefaglig kompetanse i tillegg til kompetansen tilegnet gjennom den formaliserte utdanningen. Ved å trekke sykepleierne ut av den ordinære pleien, vil læringsarenaen som er beskrevet ovenfor reduseres. En mulig virkning er at hjelpepleierne innenfor en alternativ organisasjonsmodell vil få lavere reell kompetanse enn de har innenfor en tradisjonell modell. Dette kan få betydning for hvordan hjelpepleieren etter hvert evner å fylle rommet etter sykepleierne i den

daglige driften av avdelingen. På den annen side kan det tenkes at det kan kompenseres for dette ved å etablere andre arenaer for overføring av læring. Dersom senere års utvikling med en stadig større andel av beboerne som trenger medisinsk behandling fortsetter, vil behovet for personell med faglig høy kompetanse øke. Dette er med på å forsterke betydningen av helsefaglig kompetanse. Sykepleiernes tilstedeværelse i avdelingene gjør dem også tilgjengelige for det øvrige personalet. Det "å kunne spørre" ser ut til å være viktig i forhold til kvalitetssikring av pleie- og omsorgsarbeidet. Når sykepleierne trekkes ut av avdelingen, oppleves terskelen for å tilkalle sykepleier som høyere. Dersom sykepleierne trekkes ut av avdelingene, er det viktig at de får en posisjon som gir dem mulighet til fortsatt å drive faglig veiledning.

Helhetlig pleie og kontinuitet

Kvalitet i pleie og omsorg er i høy grad knyttet til integrasjonen av ulike arbeidsoppgaver som utføres i sykehjem (Hamran 1992). I sykepleiernes tradisjonelle måte å arbeide på, har det vært vanskelig å skille de enkelte oppgavene fra hverandre fordi behandling og pleie ofte utføres i de daglige oppgavene, og hvor de enkelte oppgavene understøtter hverandre. Eksempelvis benyttes stell som naturlige arenaer for observasjon og sykepleietiltak. Dersom sykepleierne fjernes fra slike situasjoner, ligger det en stor utfordring i å etablere systemer som kan ivareta kontinuitet og helhet i pleien overfor den enkelte beboer. På bakgrunn av våre empiriske undersøkelser, kan vi se ulike løsninger som kan kompensere for noe av bortfallet av kontinuitet for sykepleiernes del. Den ene er å basere seg på bruk av erfarne hjelpepleiere mens en annen variant er å la sykepleierne regelmessig arbeide side ved side om side med annet pleiepersonell i ordinært pleie og omsorgsarbeid.

Stabilitet i personalgruppen

Overføring av kunnskap, holdninger og verdier fra sykepleiere til hjelpepleiere og pleieassistenter eller fra hjelpepleiere til pleieassistenter som et sentralt moment (se også ovenfor). For det første krever en slik kompetanseoverføring tid. Dette betyr at det må etableres læringsarenaer som er virksomme over lengre tid. For det andre krever læring generelt og veiledning spesielt at det er etablert tillit mellom menneskene som arbeider sammen med kompetanseheving som mål. For eksempel må sykepleierne oppleve at det er legitimt å veilede pleieassistenter selv om sykepleierne for en stor del av tiden ikke nødvendigvis arbeider side om side med pleieassistentene. Høy turnover blant personalet vil arbeide mot en slik kompetanseheving.

Organisering og ledelse

Kvaliteten på tjenesten er også avhengig av organisering og ledelse. De alternative organisasjonsmodellene innebærer en avgrensning i sykepleiernes arbeidsinnhold ved at de trekkes ut av posisjonen som leder for pleiepersonalet, en rolle som tradisjonelt sett også har vært besatt av sykepleiere. Dette reiser diskusjonen om betydningen av helsefaglig kompetanse i en lederposisjon. Vi ser de utfordringer som er knyttet til å gå inn i lederposisjoner med en annen fagbakgrunn, og nødvendigvis med mindre pleiefaglig formalkompetanse enn hva sykepleierne har. Det behovet for lederutviklingsprogrammer – og "støtte til de som tar på seg lederansvar" – som påpekes i St.meld. nr. 50 (2001-02) blir derfor særlig relevant i lys av disse alternative modellene for organisering av sykehjemmene (St.meld nr 50 (2001-02)).

Videre synes det klart at behovet ledere med god forståelse av organisasjoner og ledelse – og med dette sosiale *systemprosesser* – er til stede i organisasjoner som står overfor utfordringer av den typen sykehjemmene gjør. I en slik systemforståelse ligger en erkjennelse av at sykehjemmene har *systemkarakter*, dvs. at måten de fungerer på er resultat av mange faktorer (Slagsvold 1999). Blant disse faktorene er f.eks. både økonomiske ressurser og personalressurser, ulike sider ved organisasjonsstrukturen, etablerte rutiner og forhold ved pasientgruppen. Disse faktorene vil kunne være svært ulike sykehjemmene i mellom. Og de bør tas med i vurderingen av hvilken organisasjonsmodell man vil velge og hvordan man implementerer denne.

At institusjonene har systemkarakter innebærer at kvaliteten på tjenestene også er et resultat av mange faktorer, og at forholdet mellom hver enkelt faktor og kvalitet ikke er entydig eller kan ses uavhengig av de øvrige faktorene. Dette er også en medvirkende faktor til at det er vanskelig å sette en norm for antall personale i sykehjem, og tilsvarende for andel sykepleiere i en sykehjemsavdeling. Vår studie indikerer at kvaliteten på tjenesten som ytes, ikke er direkte koblet til antall sykepleiere pr beboer eller antall ansatte totalt pr beboer. Hvilken organisasjonsmodell som velges, hvordan organisasjonsmodellen fortolkes og etterleves at personalet, hvilken realkompetanse personellet har, og hvilke arenaer som eksisterer over tid i forhold til kompetansebygging og holdningsskapende arbeide, er alle eksempler på faktorer som er viktige i forhold til kvalitet. Når det gjelder organisasjonsmodell som en slik faktor, vil samme modell kunne gi ulike resultater når den implementeres i ulike sykehjem.

I denne rapporten har vi i stor grad ført diskusjoner rundt sentrale felles elementer i de alternative organisasjonsmodellene, og på denne måten gjort sammenligninger mellom tradisjonell organisering og én rendyrket alternativ modell. I virkeligheten vil organiseringen av sykehjemmene som inngår i denne studien kunne framstilles som modeller som ligger mellom disse ytterpunktene. Gode lokale løsninger for organisering av sykehjem kan finnes langs skalaen, men det finnes ikke én oppskrift som vil fungere like godt alle steder. Utvikling av organisasjonsmodeller må ta utgangspunkt i de lokale forhold, og de rammer disse setter. Hvordan de ulike organisasjonsmodellene fungerer i praksis, vil videre avhenge av hvordan aktørene i organisasjonen fortolker den formell strukturen, og hvor rigid strukturen oppfattes å være. I rapporten har vi diskutert mulige lokale organisatoriske tiltak som svar på utfordringene som den kommunale pleie- og omsorgssektoren står overfor. Mange av utfordringene er imidlertid felles for et stort antall kommuner, og må i stor grad betraktes som nasjonale og grunnleggende strukturelle av karakter. Lokale organisatoriske tiltak synes derfor å måtte suppleres med nasjonale.