

***”Hvordan opplever og håndterer sykepleierne
forholdet mellom idealet om konkret omsorg i møte
med pasienten og rammene som ligger i ISF som
styringsform?”***

Elizabeth Sveen Kjølrsrud

Masteroppgave profesjonsetikk og diakoni – studieretning profesjonsetikk

Teologisk fakultet

Universitetet i Oslo

Våren 2006

INNHALDSFORTEGNELSE

FORORD	2
SAMMENDRAG	3
1.0 INNLEDNING	5
1.1. Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Velferdsstaten og universalisme	6
1.3 Problemstilling	7
1.4 Velferdsstatens utvikling	7
1.5 Utviklingen av hjemmebasert omsorg	8
1.6 New Public Management – reformbølgen i offentlig sektor	11
1.7 ISF – innsatsstyrt finansiering	12
1.8 Eksisterende forskning og debattlinjer	13
1.9 Oppgavens oppbygging	15
2.0 VALG AV METODE.....	16
2.1 Begrunnelse for valg av metode – Kritiske refleksjoner	16
2.2 Intervju som metode.	18
2.3 Ethiske hensyn.....	20
3.0 TEORETISKE PERSPEKTIVER	21
3.1 Halvard Vike	22
3.2 Kari Martinsen.....	26
3.3 Kari Wærness	30
3.4 Forskningsspørsmål og antagelser.....	33
4.0 ANALYSEN.....	35
4.1 Hvilke områder fremstår som særlig utfordrende for sykepleierne i deres beskrivelser av sin arbeidshverdag og muligheten til å utøve omsorg i møte med den enkelte bruker?	35
4.2 Hvem rår over tidsbruken, hvor mye tid brukeren skal få?.....	47
4.3 Hvordan er det å arbeide under en ISF-organisering?.....	53
4.4 Hvordan oppleves ordningen med ISF og hvordan håndterer sykepleierne dette?	58
4.5 Hvilke handlingsmuligheter har sykepleierne i møte med de ulike situasjonene de står overfor – og hvordan de løser disse?	62
5.0 DRØFTING	65
6.0 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON	91

LITTERATURLISTE

INTERVJUGUIDE

INFORMASJONSKRIV TIL INFORMANTENE

INFORMERT SAMTYKKE

BREV – GODKJENNELSE FRA PERSONVERNOMBUDET

FORORD

Når tålmodighet er en dyd...

Tusen takk til alle som har bidratt til at jeg nå kan levere min masteroppgave.

Først av alt mange takk til min veileder professor Ulla Schmidt. Takk for din tålmodighet, konstruktive veiledning, raske tilbakemeldinger og oppmuntringer i rett tid.

Også mange takk til Charlotte Kiland for spennende samtaler og tilbakemeldinger vedrørende NPM og ISF. Det har hjulpet meg å se mange spennende nyanser jeg ikke hadde tidligere!

Tusen takk til Bjarne Berg som har vært med i samtaler og diskusjoner omkring mitt tema og gitt meg språklige råd. Tusen takk også til Kurt Nedenes og Lillian Stavrum for kyndig datahjelp når det var nødvendig.

Takk også til alle sykepleierne som stilte villig opp og gjorde denne undersøkelsen mulig for meg. Takk til venner og ”jentene” i særdeleshet og mine barn som tålmodig har latt meg få arbeidsro og oppmuntringer underveis.

Takk til David som stadig inspirerer meg og forteller meg viktigheten av ”hard working”.

Grimstad, mai 2006.
Elizabeth Sveen Kjølrsrud

SAMMENDRAG

Hensikten med denne oppgaven har vært å få en dypere forståelse av hvordan sykepleierne i en kommune som har innført ISF (innsatsstyrt finansiering) opplever forholdet mellom idealet om konkret omsorg i møte med pasienten og de rammene som ligger til grunn for ISF som styringsform.

Jeg har valgt en kvalitativ tilnærming ved å undersøke 10 sykepleieres ulike situasjoner i en kommune som har innført ISF. Ut i fra oppgavens tematikk og problemstilling har jeg vært interessert i å få dybdekunnskap og forståelse for de konkrete dilemmaer og utfordringer sykepleierne har på bakgrunn av deres omsorgsideal i møte med et styringssystem som ISF representerer. Det har vært informantenes subjektive beskrivelser jeg har vært interessert i, deres egne betraktninger og beskrivelser omkring tematikken.

For å belyse denne problemstillingen har jeg brukt ulike teoretiske tilnærminger. Jeg brukte Kari Martinsen og hennes tanker om omsorgsetikk og sykepleie. Hun baserer sin teori i stor grad på Løgstrups lære som identifiserer etisk gode handlinger ut fra en ontologisk synsvinkel. Omsorgsetikken vektlegger den konkrete partikulære situasjonen sykepleieren befinner seg i relasjon med pasienten.

Videre har jeg anvendt Kari Wærness teorier og det hun kaller ”mål-middel-tenkningen” i omsorgsprofesjonene. Hun påpeker at sykepleieren befinner seg i et skjæringspunkt mellom en humanistisk og en medisinsk fagorientering, samtidig som omsorgsprofesjonene stadig går i retning av rasjonalisering og effektivisering hvor det teknisk-økonomiske stadig gjør seg mer og mer gjeldende.

Halvard Vike er opptatt av de dilemmaene velferdsstaten gjør seg gjeldende på med et ønske om et universelt helsetilbud til befolkningen, samtidig som det stadig blir vanskeligere å etterkomme dette tilbudet. Vike kaster lys over sykepleieprofesjonen som han mener er bærere av ”organisasjonens grenser i kroppen”. Sykepleierne står i et krysspress mellom ytelseskrav og ytelsesevne, mener han.

Det er særlig to forhold som kommer tydelig frem av materialet. Gjennom ISF tydeliggjøres dilemmaet sykepleierne står overfor; de befinner seg ansikt - til- ansikt – relasjoner med pasientene. Samtidig må de forholde seg til kommunens helse- og sosialpolitiske motsetninger, rettighetslovgivning, budsjett- og styringsansvar og begrenset kapasitet. Gjennom innføringen av ISF hvor det settes fokus på kostnadseffektivitet og

prioriteringseffektivitet synliggjøres dilemmaet ytterligere. Funnene viser imidlertid at sykepleierne som profesjonelle yrkesutøvere finner strategier for å håndtere det krysspreset de befinner seg i; på den ene siden pasienter/brukere og deres forventninger og på den andre siden lojaliteten til systemet og de krav som stilles i forhold til effektivitetskrav og produktivitetskrav. Sykepleierne opptrer også mer pragmatisk enn jeg hadde forventet. De ses ikke ISF ut fra et ideologisk ståsted, men forholder seg til de politiske og administrative vedtak som foretas i den kommunale ledelsen. Dette kan tyde på at sykepleierne til tross for sin faglige profesjonsidentitet institusjonaliserer seg og tilpasser seg det systemet de arbeider inn under.

1.0 INNLEDNING

1.1. Bakgrunn for valg av tema

Flere og flere kommuner i Norge innfører nå ISF (innsatsstyrt finansiering) i hjemmebasert omsorg. ISF er en mye omdiskutert reform, både i media, i politikk og innad i fagprofesjonene. Debattene innad i velferdsprofesjonene danner grunnlaget for en antagelse om at disse stilles overfor nye situasjoner gjennom implementering av ISF. Det er noen av disse utfordringene jeg ønsker å belyse i min undersøkelse blant sykepleiere i hjemmebasert omsorg i Kristiansand kommune. Tematikken i denne oppgaven er motivert blant annet av aktualiteten og debatten rundt denne reformen.

Innsatsstyrt finansiering (ISF) er et aktivitetsbasert finansieringssystem som tar hensyn til variasjon i pleiebehov gjennom året. Prinsippene i denne metoden er å splitte tjenestene i aktiviteter og henføre kostnader til disse, en såkalt activity based cost metodikk.¹

Norsk sykepleierforbund har valgt å være tilbakeholdne når det gjelder å ta stilling til finansieringsordningene i hjemmebasert omsorg i kommunene. De har vært åpne for å vurdere ulike finansieringsmodeller for å høste erfaring både når det gjelder helse og omsorgstjenestene innen kommunen.

”Empiri er nødvendig for å si noe om hvordan ordningene faktisk fungerer” (Bente Slaatten, forbundsleder, april 06).

Ved å innføre innsatsstyrt finansiering hevder mange at fokus på økonomi da vil bli så stor, at det vil gå på bekostning av den faglige vurderingen. Forkjemperne for ISF argumenterer med at denne modellen er en styrking av rettssikkerheten og gir bedre saksbehandling i kommunene. Man vektlegger også at det vil bli mer rettferdig fordeling av tjenestene. Forholdet til utførerne er den hyppigst nevnte negative erfaringen (Rapport fra RO, desember 2004). Ettersom ISF er så nytt her i landet er der ikke foretatt undersøkelser tidligere hvor profesjonsutøverens situasjon under ISF i kommunale helse og omsorgstjenester står i fokus.

¹ Kjernen i ABC- metodikken er at tjenesteproduksjonen splittes i ulike aktiviteter. Deretter henføres det kostnader til de ulike aktivitetene slik at aktivitetskostnaden fremkommer, og slik danne et grunnlag for bedre økonomistyring. Fokus rettes mot hvilke aktiviteter som er mest kostnadskrevende, for å øke forståelse for kostnadsstrukturen. Siden kostnadene er knyttet til aktivitet, blir sammenhengen mellom kostnadsnivå og kvalitet tydeligere (Rapport Ernst & Young – ”ISF for pleie- og omsorgssektoren”, Kristiansand kommune, 2004). Se ytterligere redegjørelse side 10.

Imidlertid har Vike (Vike, 2002) beskrevet hvordan innføringen av ISF i sykehusene påvirker de ulike helseprofesjonene.

1.2 Velferdsstaten og universalisme

Velferdsstatens effekter av nye styringsformer kommer særlig til syne i arbeid med pleie og omsorg. Dette fordi ambisjonen om universell velferd aldri tidligere har vært kombinert med å skulle foreta en sterk utgiftsreduksjon. To motstridende målsettinger på samme tid – høyere effektivitet og bedre pleie.

Sykepleierne og førstelinjearbeidet de utfører, er ofte det stedet symptomer blir avdekket. Sykepleierne har problemer med å strekke til, og det kan se ut til at denne tendensen bare fortsetter. Det hevdes at det kan se ut til at sykepleierne blir sittende fast i ulike vanskelige situasjoner og dilemmaer det kan være vanskelig å takle, fordi de hele tiden blir minnet på at det trengs mer effektivitet. Alle disse situasjonene angår trolig sykepleierens kvalitet på arbeid, deres yrkesroller, arbeidsmiljø og ledelse. Sykepleierne har basis og historie i en omsorgstradisjon. De blir i sin utdanning opplært til betydningen av en god omsorg og pleie i møte med pasienten. De lærer at gode og nære relasjoner med pasienten er av stor betydning, og at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og verdighet. Sykepleieren er også i sin utdanning opplært til å ivareta pasientens integritet og gi pasienten en helhetlig omsorg, og hun skal vise respekt og omsorg for pårørende. I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det i punkt 7:

”Sykepleieren skal sette seg inn i den målsetting og funksjon arbeidsstedet har, og være lojal mot gjeldende regler og instruksjoner, så langt disse er i samsvar med sykepleiernes yrkesetikk.”

Som man ser er sykepleierne i to roller som kan synes motstridende. På den ene siden stilles de overfor et krav og ønske om omsorg og på den andre siden skal de forholde seg til sin arbeidsgiver som opererer under et annet perspektiv. Kristiansand kommune hvor denne undersøkelsen er foretatt har påberopt seg å operere innenfor et ”rettferdighetsperspektiv” hvor man ønsker å ivareta både et omsorgsperspektiv og et tekniske og økonomiske perspektiv.

Styringsutfordringen i offentlig sektor går hele tiden i retning av å inngå kompromisser mellom kvalitet og ressurser. Disse kompromissene berører mange parter, ikke minst sykepleierne. Det pågår stadig en debatt om kvalitet og tjenestestandarder på

omsorgstjenestene. Diskusjonen om velferdsstatens tjenestestandarder på pleie- og omsorgssektoren har på ny skutt fart ved innføringen av ISF i kommunene. Kommunene opererer med en universalistiske tanke, samtidig med manglende økonomi til å gjennomføre forventningene dette rommer. Den enkelte bruker/pasient bidrar heller ikke til at kommunens regnskap går i balanse. Tvert i mot, brukeren har lovfestede rettigheter på å få den omsorg og behandling han måtte trenge. På bakgrunn av denne utfordringen ønsker jeg å belyse sykepleierens situasjon i møtet med den enkelte bruker og systemet i en kommune på Sørlandet som har innført innsatsstyrt finansiering i hjemmebasert omsorg.

1.3 Problemstilling

Jeg ønsker på bakgrunn av dette å belyse følgende problemstilling:

”Hvordan opplever og håndterer sykepleierne forholdet mellom idealet om konkret omsorg i møte med pasienten og rammene som ligger i ISF som styringsform?”

1.4 Velferdsstatens utvikling

Den første sentrale del i utviklingen av velferdskommunen i Norge i årene mellom 1890 og 1920 er beskrevet av Nagel (1991). I denne perioden skyves flere velferdsoppgaver fra familien som sentral institusjon over til kommunene. Det er likevel først gjennom utbyggingen av velferdsstatene, og særlig den sterke veksten i etterkrigstiden, kommunen får en annen status enn den hadde tidligere gjennom en markert kommunalisering av den offentlige sektoren (Rose 1996). Kommunene begynte nå å engasjere seg i velferdstiltak på mange måter og ble aktive pådrivere i utviklingen av en rekke viktige velferdsordninger. Denne utviklingen ga opphav til begrepet *velferdskommunen*, eller den lokale velferdsstaten. Dette fordi kommunene nå i stor grad ble benyttet som agenter for å implementere mange av de nasjonale velferdsprogrammer (Grønlie 1991). Særlig i perioden fra 1945 til slutten av 70-tallet var sentrale myndigheter aktive pådrivere for at kommunene skulle utvikle ulike velferdstjenester. Fra 80 tallet bar imidlertid den videre utviklingen preg av at kommunene selv var aktive initiativtakere til en rekke ulike forsøk og reformer for å utvikle gode velferdsordninger.

Mange har gjort flere forsøk på å beskrive endringer i kommunenes utviklingspolitikk med hensyn til politisk og administrativ organisering i Norge. (bl.a. Baldersheim 1993; Bäck

2000). Ståhlberg (1996;1998) beskriver også utviklingen av den nordiske velferdsstaten i ulike faser. Den første perioden i etterkrigstiden så man en stor tiltro til offentlig sektor. Senere, på 1980-tallet er tilliten til offentlig sektor fortsatt stor, men kommunenes innflytelse over reformarbeidet blir betydelig sterkere i Norge og samtlige nordiske land. Ståhlberg beskriver dette som en "bottom-up" prosess og det han betegner som en desentraliseringsperiode av velferdsstaten. Imidlertid, ved inngangen til 1990-tallet begynner en ny periode i organiseringen av offentlig tjenesteyting. I denne perioden stilles tiltroen til det offentlige under tvil. Velferdsstatens "gavmilde hånd" medfører at budsjettene fyker i været og mange mener velferdsstaten er kommet til veis ende. Både sykehus og kommuner sliter med å opprettholde tjenestetilbudet, gitt de økonomiske rammene de opererer under. I tillegg åpnes det for konkurranse mellom ulike serviceprodusenter, både offentlige og private. Sentralt i denne markedsinnrettede perioden er blant annet et økt fokus på reformer som vektlegger økonomisk effektivitet og tilrettelegger for bedre politisk og administrativ styring og fordelingseffektivitet blant annet gjennom sterkere fokus på prioritering og dokumentasjon.

1.5 Utviklingen av hjemmebasert omsorg

På grunn av nedbygging av institusjoner, rasjonalisering av sykehussektoren og en generell økning i den eldre befolkningen, har etterspørselen etter hjemmetjenester økt de siste årene. Brukernes forventninger og krav til omfang av tjenester er også stadig økende. I Kristiansand kommune hvor denne undersøkelsen er blitt foretatt, har etterspørselen etter hjemmebaserte tjenester økt med 18 % fra 2002 til 2004 (Årsrapport Kristiansand kommune 2004).

Å fortsette livet mest mulig som før var selve nøkkelen til en god alderdom, het det. Siden 1970 har det skjedd store endringer med hensyn til institusjonsplasser i Norge. Det er blitt stadig vanligere at eldre skrøpelige mennesker får hjelp og pleie fra omsorgstjenesten. Sykehjemsplasser er det blitt færre og færre av. I perioden etter 1980 har det blitt økt press på tjenesten, ikke bare som følge av færre sykehjemsplasser, men også på grunn av en generell økning av eldre over 80 år. I tillegg har man økt press på grunn av effektivisering i sykehussektoren som har medført kortere liggetid, og dermed hurtigere utskriving til kommunene. I tillegg står landet fremfor en eldrebølge som vil kreve store utgifter og krav. Kommunene får dermed stadig flere oppgaver som må løses, men hevder at penger ikke følger med til alle de nye oppgavene de får tildelt. "Nødvendig helsehjelp" er kommunene pålagt å gi den enkelte i følge sentrale føringer. (Sosial- og helsedirektoratet, avd. for

kommunale tjenester, april 2003). Hva man legger i begrepet defineres ulikt innenfor de forskjellige kommunene. Sosial- og helsedirektoratet sier at kommunene har plikt til å tilby ”nødvendig helsehjelp” dersom noen har et nødvendig behov for dette. I

Kommunehelsetjenesteloven § 2-1, første ledd står det:

”Enhver har rett til nødvendig helsehjelp i den kommune der han eller hun bor eller midlertidig oppholder seg [...] Kommunen skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet for folkehelsen”.

Der er altså ingen pasienter som ved betaling sørger for at organisasjonen går i økonomisk balanse. Pasientene har derimot lovfestede rettigheter på å få den behandlingen og omsorg de måtte trenge. Sagt på en annen måte: ”kunden” – for eksempel den gamle og pleietrengende, kan ikke ekskluderes selv om han ikke kan betale for tjenestene. I tillegg er det slik at det den kommunale helsetjenesten yter, ikke er et produkt som kan reguleres i henhold til pris, men er et universelt gode uten en klar begynnelse og slutt.

Velferdsstatens førstelinjeansatte trer inn i arbeidssituasjonen i hjemmebasert omsorg med sin faglige bakgrunn som sin viktigste ressurs og motivasjonskilde. De har med seg kunnskap om hva som er god pleie, og ønsket om å utøve sine faglige idealer er sentrale beveggrunner. I større grad enn de fleste andre arbeidstakere realiseres en slik motivasjon i større og mer langvarig nærhet til dem som mottar deres ytelser. Som sykepleier er man ”spesialist” i relasjonelt arbeid. Arbeidet og kvaliteten er også knyttet til en dypere involvering i andre mennesker enn tilfellet er for de fleste andre arbeidstakere. De arbeider i langvarige ”ansikt til ansikt” relasjoner, eller ”kropp-til-kropp” forbindelser. På denne måten kan en si at sykepleierne er spesielt sårbare for de faktorer som kan true kvaliteten i slike relasjoner. Sykepleierne har et ansvar for at pasientenes behov blir ivaretatt, og de har også en utdanningsbakgrunn som er sterkt forankret i individuell etikk. De er underlagt helsepersonelloven og de er underlagt arbeidsgivers styringsrett. Helsepersonelloven § 4 sier:

”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.”

Styringsretten på sin side slår fast arbeidsgivers rett til å lede, fordele og organisere arbeidet til helsepersonellet. I kraft av styringsretten påligger det helsepersonellet som utgangspunkt å følge de instruksjoner som arbeidsgiver og lederne gir. Imidlertid er ikke plikten absolutt.

Sykepleierne har i følge sine yrkesetiske retningslinjer ansvar for en faglig forsvarlighet i møte med pasienten. I dette begrepet ligger det en faglig etisk og rettslig norm for hvordan den enkelte yrkesutøvelse bør utøves i ulike sammenhenger. Helt sentralt i dette begrepet ligger det et krav for sykepleierne å sørge for at pasienten får dekket grunnleggende behov for helsehjelp og ikke blir utsatt for unødvendige skader eller lidelse. Sykepleierne har altså med seg sine yrkesetiske krav som ligger innebygd i rollen som sykepleier. De har med seg en plikt til forsvarlig yrkesutøvelse ved den direkte pasientbehandlingen og det å gi omsorgsfull hjelp. Sykepleierens utdanningsbakgrunn tilsier å yte god faglig pleie på en måte som reduserer eventuelle negative effekter av eksterne forhold.

Kommunens førstelinjetjeneste som er velferdsstatens utøvende ledd har som tidligere anført ansvaret for å gjennomføre det som blir kalt en universell velferdsambisjon. De står i spenningsfeltet mellom ytelseskrav og ytelsesevne. Misforholdet mellom hva befolkningen forventer av kommunale tjenester og det som er mulig å yte, møter sykepleierne hver dag i sin arbeidssituasjon. Dette kan bidra til å skape en situasjon som for sykepleierne kan føre til et lojalitetsproblem i spenningen mellom organisasjon og etikken.

Kommunen derimot er involvert i to mer eller mindre motstridende prosjekter på samme tid. Den må forsøke å holde budsjettene i balanse på den ene siden og den må strekke seg for å imøtekomme behov som kan være svært vanskelig å avgrense. Kommunens kjennetegn blir at den gjør to ting samtidig fordi den er konstituert av to motsatte prinsipper. Dette gjør den vanskelig å styre fordi den blir på denne måten avgrenset og grenseløs på samme tid. For å løse mange av sine utfordringer velger således mange kommuner i Norge å innføre såkalt ISF (innsatsstyrt finansiering). Der er ulik argumentasjon for å gjøre dette. Den kommunen som jeg har foretatt min undersøkelse i, nemlig Kristiansand, innførte ISF med begrunnelse. ”mer rettferdig fordeling blant våre brukere”.

1.6 New Public Management – reformbølgen i offentlig sektor

Mange mener det foregår en stille revolusjon i Norge og andre vestlige land anført av England, Australia, New Zealand og USA. Den bakenforliggende ideologiske forankringen er tuftet på ideer fra New Public Management. Tanken bak denne ideen er at offentlig sektor har vært preget av ineffektivitet, stivbenthet og opptrådt svært uøkonomisk. NPM's bakgrunn bygger på to forhold. Den ene er av økonomisk art og den andre er av ideologisk art. Den ideologiske forankringen bygger på et ønske om nedbygging av offentlig sektor, fristilling og privatisering/konkurransetsetting. NPM har ikke tidligere fått gjennomslag innenfor offentlig helse/hjemmebasert omsorg her i landet, men i løpet av de siste årene har man sett at kommuner rundt omkring i landet "tar etter" NPM-inspirerte ideologiske tanker også i helsevesenet (Eriksen, 1998).

Ideologien bak NPM kan sies å innebære at relasjonen mellom embetsmenn og politikere burde preges av at politikerne innskrenker seg til kun å treffe politiske beslutninger og overlater detaljstyringen og gjennomføringen til byråkratene. NPM representerer tanker om organisering der det skjer en atskillelse av ulike funksjoner ved å introdusere kjøper/selger relasjoner. Videre at det skal legges til rette for at private virksomheter kan konkurrere med det offentlige "markedet". Man snakker om en markeds kontroll mer enn en demokratisk kontroll og om et tydeligere skille mellom den politiske og den administrative ledelse. NPM vektlegger mål og resultater, og utgiftene knyttes til "outputs" som måles kvantitativt (Klausen og Ståhlberg 1998).

I denne oppgaven velger jeg å se innsatsstyrt finansiering som en reform inspirert av NPM-tenkningen. Øgård (2000; 2002; 2005) er en av de mest sentrale NPM forskerne innen kommunal- og regionalforvaltning i Norden og har i sin avhandling og i sin senere forskning operert med tre sentrale kategorier inn under NPM som kan beskrive den nordiske NPM tenkningen på kommunalt nivå: troen på ledelse, mer bruk av indirekte kontroll og bruker-/borgerorientering. Øgård ser NPM som et samlekonsept for å beskrive den reformutviklingen som har funnet sted i nordiske kommuner og regioner de siste tiår. I denne studien forstås ISF som del av denne reformutviklingen kalt NPM, ettersom ISF som reform setter et særlig fokus både på ledelsens betydning i form av fokus på økt effektivitet, disiplinering av arbeidsstyrken gjennom produktivitetskrav og at lederne gis muligheter til å lede gjennom utstrakt bruk av desentralisering. ISF innebærer også mer bruk av indirekte kontroll gjennom delegering av ansvar og myndighet, fokus på kvalitet, resultatstyring og evaluering. I tillegg innebærer ISF reformen en bruker-/borgerorientering i form av brukerundersøkelser.

1.7 ISF – innsatsstyrt finansiering

Kommuner som innfører ISF starter med å skille forvaltning og drift innenfor omsorgstjenesten. Dette innebærer blant annet at ansvaret for tildeling av tjenester flyttes fra hjemmesykepleien i sonene til en nyopprettet enhet for behovsvurdering og tjenestetildeling. Det økonomiske ansvaret for tjenestene legges til denne bestillerenheten. Videre vil det si at den som skal utføre et oppdrag for en bruker, får økonomisk dekning for dette. Innføring av ISF innebærer en stor endring i forhold til rammefordeling av omsorgsbudsjettet. Ved rammestyrt må sonekontoret/omsorgstjenesten i praksis tilpasse driften, det vil si tildeling av hjelp til brukeren innenfor de budsjetttrammer som er tildelt den enkelte sone. Dette medfører at det er budsjetttrammene og ikke behovene som styrer tildelingen av hjelp.

Ved ISF er utfordringen for bestillerenheten å tilpasse kvaliteten på, og omfanget av tjenestene til de rammer som bystyret totalt sett har til rådighet, og til det kvalitetsnivå som er bestemt i følge kommunens tjenestebeskrivelser. Forutsetningen er altså at det følger penger med de vedtak som skal gjennomføres i forhold til brukeren. Innføring av skillet mellom forvaltning og produksjon med ISF innebærer at beslutningene om tjenestenivå og kvalitet blir flyttet fra den enkelte utfører til en politisk beslutning. Dersom den budsjettmessige situasjon blir vanskelig må det fremmes en politisk sak som må vedta nødvendige tilpasninger. Dette kan være å endre kvalitet på tjenestene eller omprioritere midler fra andre områder.

ISF- modellen skiller mellom aktivitetsavvik og effektivitetsavvik. Utgiftene knyttet til aktivitetsnivå er bestillers ansvar. Og utgiftene knyttet til gitt aktivitet er utførers ansvar. Dette kan gjøre rollene mer tydelige, og mange mener at det gir et bedre styringsverktøy. Som tidligere anført følger finansiering med hvert vedtak som fattes i tjenestetildeling. Noen av kommunene som har innført ISF, deriblant Kristiansand, bruker en metode til dette som kalles ABC av det engelske ordet Activity Based Costing et velkjent verktøy innenfor økonomistyring og ledelse ved NPM tenkning. Prinsippet i denne metoden er å splitte tjenestene i aktiviteter og henføre kostnader til dette. Med denne finansieringsformen blir man i stand til å splitte et budsjettavvik i aktivitetsavvik og effektivitetsavvik. Den ansvarlige bestilleren sitt ansvar er å bestille tjenester i forhold til den tilgjengelige budsjetttrammen. Utførernes oppgave er å drive i forhold til de gjeldende prisene. Det er en stor fordel å kunne identifisere om underskudd skyldes høyere aktivitet enn forutsatt, det vil si større etterspørsel etter tjenestene, eller om det skyldes lav effektivitet i resultatenheten. Lav effektivitet er et

utfører/sectorproblem og fremkommer som et negativt effektivitetsavvik. Større etterspørsel enn antatt fremkommer som aktivitetsavvik og er et politisk ansvar.

1.8 Eksisterende forskning og debattlinjer

Eksisterende forskning omkring ISF på kommunalt nivå er for det meste rettet mot det teknisk/instrumentelle området. Det er også lite forskning på ISF og de rammene den setter for de ulike profesjonene som arbeider i kommunal helsesektor. Dette kan ha sammenheng med at reformen kun har eksistert i en relativt kort periode i den enkelte kommune. Vike (2002) beskriver hvordan de ulike profesjonene kommer til rette med innføringen av ISF på sykehusene. Rokkansenteret ved Universitetet i Bergen har et helseforskningsmiljø som særlig fokuserer på ISF reformens innføring i de nye helseforetakene og de implikasjoner dette får for de ulike profesjonene. I noen grad kan dette sammenlignes med sykepleiernes rolle ute i kommunene. Men systemforskjellene mellom kommunene og helseforetakene må kunne karakteriseres som relativt store, både i forhold til budsjettammer, politiske føringer og selve organiseringen av helsetjenesten. Empirien fra ISF reformens implikasjoner for sykepleieprofesjonen kan dermed ikke knyttes direkte til sykepleierne i kommunal helsesektor.

Forskningen til Martinsen og Wærness kan knyttes mer direkte til tematikken i denne studien. Imidlertid er ikke deres forskning knyttet direkte opp mot sykepleieren og hennes rolle i en kommune som har innført ISF. Wærness forskningsinteresser ligger innenfor kjønnsforskning, familie- omsorgs- og sosialpolitikk. Hun har gjennom forskningsprosjekter vist til endringer i betingelser for den uformelle omsorg som fant sted i hjemmene til etterspørselen etter offentlig omsorg. Martinsens kaster lys over den effektivitet og produktivitet som preger helsevesenet i dag. Hun fremhever omsorgen som en motbevegelse, et universelt ansvar til å ta seg av de svake.

En sentral debatt innenfor norsk profesjonsforskning er debatten om det etiske grunnsynet i profesjonsetikken². Harald Grimen ser profesjonsetikk som en form for forvaltningsetikk, mens Per Nordtvedt definerer profesjonsetikk nedfelt i nærhetsetikken. De to er altså uenige i det normative grunnlaget for profesjonsetikken. Grimen ser profesjoner som forvaltere og dermed profesjonsetikk som en type forvaltningsetikk. Han understreker den medisinske etikk

² Dette avsnittet bygger på et foredrag ved professor Harald Grimen og professor Per Nordtvedt ved en debatt om profesjonsetikkens politiske og institusjonelle grunnlag, Høgskolen i Agder, Kristiansand 24.oktober 2005.

der et grunnleggende prinsipp er basert på et prioriteringsprinsipp/ -regler der det hele tiden foretas rasjonelle vurderinger. Grimen er opptatt av ulike varianter av lojalitet. I det dagligdagse livet har vi som mennesker absolutt lojalitet overfor ektefelle, samboer, barn, foreldre osv. Men det gir ikke mening å snakke om absolutt lojalitet overfor pasienter og brukere, klienter osv – i disse tilfellene snakker vi om en betinget lojalitet. Han skiller altså mellom den absolutte lojalitet overfor familie og en betinget lojalitet overfor klientene i det profesjonelle arbeidet. En absolutt lojalitet overfor for eksempel pasienter er ikke mulig samtidig med en absolutt lojalitet overfor den som står deg nærmest. Grimen vektlegger ulike typer av lojalitet. Han ser ingen dramatiske forskjeller mellom moralske regler og ulike typer trafikkregler. Trafikkregler sparer liv på samme måte som prioriteringsregler og organiseringen av helsevesenet eller moralske regler er nødvendige i helsevesenet. Han understreker derfor at nærhetsetikken slik Per Nortvedt snakker om ikke er forenlig med velferdsstatens prinsipp om universalisme. De nedprioriterte må derfor få saklige begrunnelser og forklaringer for hvorfor de blir nedprioritert i en prioriteringskø. Da gir det mening eller blir forståelig for den nedprioriterte.

Grimens poeng er å skille mellom allmenmoralen - allmenetikken og den absolutte lojalitet versus den betingete lojalitet og den profesjonelle etikken. De forholder seg til ulike kontekster og ulike sammenhenger. Grimen har fått kritikk for å fremstille profesjonsetikken som kun en prioriteringsetikk. Men Grimen understreker at ikke all profesjonsetikk kun dreier seg om prioriteringer, men at de profesjonelle foretar dette skille fordi de må forholde seg til det grunnleggende prioriteringsprinsippet i medisinsk etikk. Grimen har tatt til orde for at profesjonsetikken er gitt som et politisk institusjonelt samfunnsoppdrag. Nordtvedt derimot, anfører at profesjonsetikken skal ha et nærhetsetisk grunnlag. Nordtvedt begrunner dette med at store deler av forskningen tyder på at det er profesjonsutøverens personlige karakteregenskaper og holdninger som er viktige i møte med pasienten. Og videre at det er allmenmoralen som er en viktig del av den profesjonelle rollen.

Denne debatten er interessant i forhold til tematikken i denne studien. I et helsevesen som stadig omorganiserer eksempelvis gjennom innføringen av reformer som ISF blir trolig prioriteringene enda tydeligere. Det er derfor interessant og studere hvordan sykepleierprofesjonen opplever forholdet mellom idealet om konkret omsorg i møte med pasienten og de rammene som ligger i ISF som styringsform. Prioriteringene blir trolig tøffere, men om en tar utgangspunkt i Grimens resonnementer hvor profesjonene skiller mellom en absolutt lojalitet og en betinget lojalitet vil sykepleierne trolig håndtere dilemmaer mellom ulike prioriteringer på en annen måte enn dersom sykepleierne har utgangspunkt i

nærhetsetikken og en absolutt lojalitet overfor pasientene. Diskusjonen mellom Grimen og Nordtvedt er derfor interessant som en mer overordnet diskusjon i forhold til denne mer konkrete tematikken og problemstillingen i oppgaven.

1.9 Oppgavens oppbygging

Denne studien er bygd opp rundt 6 kapitler. I første kapittel skisseres velferdsstatens utvikling, utviklingen i hjemmebasert omsorg og sykepleierens rolle som yrkesutøver. I tillegg gis en kort redegjørelse for den dominerende reformtenkningen i offentlig sektor, og en mer konkret beskrivelse av den ISF reformen som er implementert i det aktuelle caset i denne oppgaven. I andre kapittel gir jeg en redegjørelse for valg av metode og kritiske refleksjoner rundt mine metodiske valg. Kapittel 3 gir en presentasjon av det teoretiske rammeverket som ligger til grunn for drøftingen. I kapittel 4 gis en presentasjon av sentrale funn og selve analysen. I kapittel 5 drøftes analysen opp mot det teoretiske rammeverket som ligger til grunn. I siste kapittel avsluttes studien med en oppsummering og konklusjon.

2.0 VALG AV METODE

2.1 Begrunnelse for valg av metode – Kritiske refleksjoner

I denne oppgaven har jeg valgt en kvalitativ tilnærming ved å undersøke 10 sykepleieres ulike situasjoner i en kommune som har innført innsatsstyrt finansiering som modell innen hjemmebasert omsorg. Ut fra oppgavens tematikk og konkrete problemstilling er jeg primært interessert i dybdekunnskap og forståelse for de konkrete dilemmaer og utfordringer sykepleierne i en bestemt kommune står overfor som følge av en konkret reform. En kvalitativ studie med bruk av intervjuer og dokumentanalyser er derfor bedre egnet til å frembringe ny kunnskap og forståelse enn de tilnærminger og metoder som ville blitt benyttet om generalisering og hypotesetesting var formålet. Det er informantenes subjektive beskrivelser jeg er interessert i, deres egne betraktninger og beskrivelser rundt denne tematikken som vanskelig ville fanges opp i et spørreskjema.

I tillegg til mine intervju av 10 sykepleiere har jeg også lest dokumenter. Dokumentene har jeg brukt for å tilegne meg bakgrunnsinformasjon for å styrke relevansen fra mitt spørreskjema og for å lese meg opp på tematikken. Sentralt i dette er dokumenter fra Kristiansand kommune som pågikk i tiden 2001 og 2002 under utarbeidelsen av Innsatsstyrt finansiering i kommunen. Kommunen hadde bistand fra KS og Sosial- og helsedirektoratet økonomisk til å utvikle prosjektet. I den forbindelse er dokumenter utarbeidet av konsulentfirmaet Ernst & Young sentrale. Likedan er de politiske dokumentene som var til behandling gjennomgått før ISF ble innført i kommunen. Videre er en rapport fra Stiftelsen Imtec sentral som omhandler "Omstilling i KO". Til sist er rapporten "Alternative finansieringsformer i kommunene". Den omhandler "en sentral i forståelse av ISF i kommunene". Denne ble utarbeidet av en arbeidsgruppe ledet av Kommunal- og regionaldepartementet i 2005.

Dokumentene anses som relevante for min problemstilling hvor jeg belyser sykepleiernes situasjon i en kommune som har innført ISF. Bortsett fra rapporten "Omstilling i KO" er det ingen av dokumentene som belyser sykepleiernes situasjon i den nye organisasjonsmodellen. Denne rapporten gir et bilde av ulike fordeler og ulemper ved innføring av ISF som modell i hjemmebasert omsorg. Rapporten fra Ernst & Young inneholder tekniske og økonomiske begreper i form av ABC- metodikk, effektivitet og omorganiseringer. Rapporten fra Kommunal og regionaldepartementet "Alternative Finansieringsformer i kommunene" er også teknisk/økonomisk oppbygd.

Det er med andre ord ikke dokumentasjon på sykepleiernes ulike situasjoner som kommer frem av disse dokumentene. Imidlertid har ISF som tidligere anført vært anvendt så kort tid i kommunene at det ikke er blitt foretatt lignende undersøkelser tidligere.

Dokumentene har til tross for dette interesse for min undersøkelse. De gir informasjon om hva som er blitt vektlagt i hovedsak når man skal innføre et nytt system i kommunene. De har ikke slik det fremgår av disse dokumentene vært særlig opptatt av sykepleiernes situasjon ute i det praktiske feltet. I seg selv gir dette mye informasjon.

Valg av tema og problemstilling er subjektivt. Det er knyttet både til min faglige interesse som sykepleier og lokalpolitiker. Hovedproblemet kan da være hvordan min subjektivitet påvirker data og innsamlingen av data. Mitt eget verdisyn kan lett virke inn. Dette har jeg i mitt prosjekt vært åpen og bevisst på. Både i mitt møte med sykepleierne og med mitt møte med materialet i analysen og drøftingen. Til tross for dette mener jeg at selve intervjuene av sykepleierne foregikk på en så objektiv måte som mulig. Ingen av sykepleierne kjente meg fra før. De visste kun at jeg var sykepleier og kjente ikke til mitt politiske engasjement i en annen kommune.

Når det gjelder informasjon fra sykepleierne kan der naturligvis også forekomme feilkilder. Forskeren kan aldri være helt sikker på om det informanten svarer er sannheten. Informanten kan svare taktisk, det de tror forskeren er ute etter. I denne undersøkelsen har jeg vært særlig oppmerksom på denne utfordringen. Imidlertid har jeg heller ikke vært ute etter "sannheten". Den får man trolig aldri. Jeg har snarere vært ute etter sykepleiernes subjektive beskrivelser av sin situasjon som sykepleier i hjemmebasert omsorg.

Tematikken i oppgaven har vært en mye omdiskutert debatt lokalt i kommunen, både politisk og administrativt. For å redusere faren for taktisk svaring er intervjuene frivillige og anonymiserte. I intervjuguiden stiller jeg åpne spørsmål for i minst mulig grad å lede eller påvirke respondentene. Likevel vil jeg aldri kunne kontrollere for eventuell taktisk svaring. Andre metoder kan også ha feilkilder. Informanten kan også huske dårlig, blande sammen hendelser de selv har hatt og det andre har hatt osv.

2.2 Intervju som metode.

Mitt valg av metode gjenspeiles i ønsket om dybdekunnskap om sykepleiernes hverdag og ulike situasjoner de er stilt overfor i en kommune som har innført ISF i hjemmebasert omsorg. Jeg har vært opptatt av å få sykepleiernes subjektive virkelighetsbeskrivelse og deres erfaring i forhold til en konkret reform på deres arbeidsplass. Ved å bruke intervju som metode har jeg ønsket å få tak på hva den enkelte sykepleier var opptatt av. Mitt tema som omhandlet ”ISF – hadde det noe å si for sykepleierens hverdag i det praktiske feltet”? Undersøkelsen kunne ikke på noen måte fange opp ”før ISF situasjoner” og gi en god sammenligning av ”etter ISF situasjoner”, men kun gi et bilde av hvordan sykepleierne i dag opplevde sin situasjon i en kommune som hadde innført ISF. Likedan gir min undersøkelse ikke noe bilde av hvordan brukerne opplever denne situasjonen, ei heller hvordan systemet i sin helhet fungerer etter 3-4 år med ISF sett fra administrasjonens side og eventuelt politikernes oppfatning. Det har hele tiden vært sykepleiernes rolle som har vært i fokus. Imidlertid vil disse tre komponentene – bruker- systemet- sykepleierne, henge nøye sammen.

Jeg hadde notert meg relativt få spørsmål i min intervjuguide, et såkalt delvis strukturert intervju. Dette gav meg muligheten til ikke å låse samtalen helt fast, og det gav meg muligheten til oppfølgingsspørsmål på hva informanten formidlet. Hvis sykepleieren ikke svarte på det jeg spurte om, gikk jeg gjerne tilbake til tema senere i intervjuet. På den måten fikk den enkelte sykepleier mer rom for hva hun syntes var viktig å belyse. Jeg hadde også en oppsummering mot slutten av intervjuet hvor jeg prøvde å nøste opp det vesentligste i hva sykepleieren hadde sagt. Ved å velge intervju som metode hadde jeg også muligheten til å hjelpe informanten til å uttrykke seg underveis, og misforståelser kunne lettere avklares. Det skjedde enkelte ganger hvor sykepleieren hadde mange forkortelser og ikke minst i situasjoner hvor informanten hadde uttalelser det kunne være vanskelig å forstå.

Alle sykepleierne som var med i undersøkelsen gav uttrykk for at de synes det var spennende å være med i en undersøkelse. De var etter hvert som undersøkelsen skred frem, også svært interessert i å høre hva de andre sykepleierne mente om dette og hint. Dette ble ikke imøtekommet, da det kunne vært med på å påvirke svarene. Imidlertid gav de alle inntrykk av å stå for sine uttalelser, til tross for om noen hadde andre holdninger. De var også interessert i å vite min mening i enkelte saker, men jeg valgte å sende disse spørsmålene i retur.

Jeg hadde 10 informanter i prosjektet. Etter hvert som intervjuingen fant sted så det ut for meg som at undersøkelsen ”var mettet”. De samme svarene gjentok seg fra sykepleier til

sykepleier. Svarene så ved første øyekast påfallende like ut. De var opptatt av de samme tema, men uttrykte dette på forskjellig måte.

Jeg har intervjuet 10 sykepleiere som jobber i hjemmebasert omsorg i Kristiansand kommune. Før jeg kom så langt foretok jeg en henvendelse til helse- og sosialdirektøren i byen for å få grønt lys til å foreta undersøkelsen. Etter å ha forklart om min bakgrunn som masterstudent og min interesse både som politiker og sykepleier i oppgavens tematikk, fikk jeg tilsendt en liste over alle sykepleierne som jobbet i hjemmebasert omsorg. Ut fra den listen trakk jeg ut tilfeldig valgte sykepleiere fra 5 ulike soner i byen. Jeg kontaktet disse på telefon og spurte om de ville være med på en undersøkelse jeg skulle gjøre. I alt 11 sykepleiere ble kontaktet. En av dem svarte nei uten videre begrunnelse. De resterende fikk tilsendt et informasjonsskriv med informasjon om prosjektet. Der fremgikk også at opplysninger de kom med i undersøkelsen var underlagt konfidensialitet og at alt materiale ville bli makulert når prosjektperioden var over i juni 06. De fikk også opplyst at de når som helst kunne trekke seg fra prosjektet uten å oppgi grunn. Sykepleierne fikk tilsendt en samtykkeerklæring som de returnerte til meg før intervjuet fant sted.

Før jeg kunne starte opp intervjuingen ble Personvernombudet kontaktet og jeg fant det riktig på grunn av sensitive data å søke om godkjenning til å utføre prosjektet. Godkjenning forelå i begynnelsen av januar 06.

Jeg startet undersøkelsen i uke 2. Alle intervjuene ble foretatt på sykepleiernes arbeidsplass bortsett fra to, som ønsket at jeg skulle komme hjem til dem. Sykepleierne hadde ordnet et møterom før jeg kom slik at vi kunne sitte uforstyrret. Alle intervjuene fant sted på slutten av dagen eller timen før de skulle gå på en senvakt. Med andre ord: alle intervjuene fant sted i sykepleiernes fritid.

Sykepleierne som jeg intervjuet er i alderen fra 23 til 53 år gamle. Alle var kvinner. Der var stor spredning i hvor lenge den enkelte sykepleier hadde jobbet i Kristiansand kommune. Jeg intervjuet sykepleiere som hadde vært ansatt i kommunen fra ¾ år til 12 år. Tidsrommet for hvor lenge de hadde vært ansatt i kommunen var ikke et bevisst valg. Dette hadde sammenheng med utvelgelsen som var basert på den tilfeldige utvelgelsen som fant sted etter listen jeg hadde fått fra helse- og sosialdirektøren i Kristiansand kommune.

Jeg brukte båndopptager samt gjorde meg notater underveis i prosessen. Hvert intervju tok en times tid. Intervjuene ble deretter transkribert før jeg satte i gang med min analyse. Bruken av båndopptager så ut til ikke å hemme intervjusituasjonen særlig.

2.3 Ethiske hensyn

Prosjektet er tilrådd av Personvernombudet. Informasjon vedrørende prosjektet er i skriftlig form sendt helse- og sosialdirektøren i Kristiansand kommune for godkjenning, samt alle deltakerne i undersøkelsen. Alle opplysninger som kommer frem er underlagt konfidensialitet. Deltakerne i prosjektet har også muligheten til å trekke seg fra undersøkelsen om de måtte ønske det.

Jeg selv er spesialutdannet sykepleier i psykiatri med arbeid på Sørlandet Sykehus, samt politiker i en kommune som har vedtatt å innføre ISF. Som politiker støttet jeg mindretallet i kommunen hvor jeg sitter som kommunestyrerepresentant da jeg er svært skeptisk til ISF som organisering i pleiesektoren. Min bakgrunn som sykepleier og politiker har vært medvirkende til et ønske om å forstå mer av hva ISF innebærer for sykepleierne i hjemmebasert omsorg. Det må forøvrig understrekes at ingen av informantene kjenner min bakgrunn som politiker.

Til sist bør nevnes at den enkelte sykepleiers uttalelse er anonymisert i den grad det lar seg gjøre. Det fremkommer ikke noe i analysen som kan identifisere den enkelte sykepleier og den sonen hun måtte arbeide i. Likedan er henholdsvis både andre og tredje part (bruker og pårørende) beskyttet slik at det ikke på noen måte kan spores tilbake til den opprinnelige kilden.

I analyse- kapittelet anonymiserer jeg derfor innenfor hvilke soner sykepleierne arbeider. Pasientene og de situasjonsbeskrivelsene sykepleierne i denne undersøkelsen kommer med er skrevet om og anonymisert etter beste evne, slik at ikke det skal være mulig å gjenkjenne verken bruker, pårørende eller utøvende sykepleier.

3.0 TEORETISKE PERSPEKTIVER

Teoretikerne jeg har tenkt å anvende i min oppgave er Kari Martinsen, Kari Wærness og Halvard Vike. De sier alle tre noe om min problemstilling på ulike måter. Martinsen er svært opptatt av individ/individ nivå som sykepleieren befinner seg på. Wærness og Vike ser profesjonene i en mer samfunnsmessig kontekst, og Wærness har gjennom sin forskning også vist til hvordan systemet og strukturene man er underlagt i arbeidsliv er med å styre aktørene. Alle tre gir således en god teoretisk bakgrunn for å forstå profesjonene ved å jobbe i et system som ISF. De ulike teoriene korresponderer godt med problemstillingen. Martinsen mener at hvis man skal ta omsorg alvorlig er det viktig også å være samfunnskritisk. Hun går i rette med det teknisk- økonomiske systemet og sier dette kommer i konflikt med hva sykepleie er og skal være. På bakgrunn av oppgavens problemstilling om innføring av ISF er det interessant å teste hennes teoretiske standpunkter opp mot hva sykepleierne selv mener i dag.

Kari Wærness har arbeidet med eldreforskning i mange år. Hun snakker blant annet om en omsorgskrise i helsevesenet. Hun snakker om at omsorg er noe vi har rett til å få. Samtidig ser hun på de dilemmaene som har vokst frem ved utviklingen av velferdsstaten hvor en rekke omsorgstjenester ble overført fra familien til det offentlige. Wærness har i sin forskning også vært opptatt av hvordan omsorgsarbeidet best kan organiseres i forhold til kvinners rolle. Hun har satt søkelys på at det til alle tider har vært kvinner som har utført omsorgsarbeide. Før i den enkelte familie og senere et lønnet omsorgsarbeide utenfor hjemmet. Hun viser også til at oppgavene til omsorgspersonalet ute i kommunene blir mer og mer avgrenset. På bakgrunn av dette mener jeg at hennes teorier er viktige bidrag satt opp mot den virkeligheten som gjenspeiler seg i denne undersøkelsen.

Halvard Vike som er hovedansvarlig for ett av bidragene til siste maktutredning, boken "Maktens samvittighet" (2002), er opptatt av velferdsstaten og profesjonene. Han påpeker at innenfor de fleste organisasjoner finnes det grenser. Imidlertid er det ikke slik med velferdsstaten. Han påpeker at kravene til hva velferdsstaten skal gjøre i praksis er grenseløse. Han viser til at det er sykepleieren som bærer organisasjonens grenser i kroppen, samtidig med at det er sykepleieren som har ansvaret i møte med pasienten, men ikke makten over ressursene. Vikes teorier er med å kaste lys over sykepleierens dobbelte rolle og viser på en klargjørende måte de dilemmaer velferdsstaten og sykepleieren står overfor. Vikes tanker er således aktuell til å kaste lys over problemstillingen i denne oppgaven hvor akkurat dette kommer tydelig frem.

3.1 Halvard Vike

Halvard Vike har vært sentral i et av delprosjektene under den siste Makt- og demokratiutredningen, der fokuset har vært kjennetegnet ved lokalpolitiske prosesser. Sammen med en rekke andre bidragsytere har han hatt ansvaret for boken ”Maktens samvittighet – Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten” (2002).

I boken påpekes det at den norske velferdsstaten gjør seg først og fremst gjeldende i kommunene. Vike spør i boken videre om hvordan kommunene skal få kapasitet nok til å gjøre det de er satt til å gjøre. Som det også er påpekt innledningsvis fremhever han den store utilstrekkelighetsfølelsen som befinner seg på grasrotnivå. Til tross for store omorganiseringer, effektivitetstiltak samtidig med bedre økonomiske rammer i kommunene øker opplevelsen av avmakten i det kommunale systemet.

Universelt velferdstilbud

Vike peker på kommunens førstelinjetjeneste som har fått i oppgave å utøve et universelt helsetilbud i befolkningen. Dette innebærer å yte velferd til alle, uavhengig av inntekt, status og bosted. På grunn av den enkelte kommunes manglende evne til å gjennomføre denne velferdsambisjonen opplever man hele tiden å leve med utilfredsstilte krav og forventninger blant sine innbyggere. Kommunene lever med to motsatt og uforenlige målsettinger, nemlig ytelseskrav og ytelsesevne. Kommunene opplever med andre ord dilemmaer og situasjoner der det er opplevde motsetninger mellom moralske krav og andre krav som vanskelig kan forenes.

I boken anfører han at sykepleieren i den enkelte kommune, som arbeider i førstelinjetjenesten, er med å bære organisasjonens grenser i kroppen. Sykepleieren opplever på denne måten situasjonen som et identitetsproblem, samtidig som det blir et lojalitetsproblem, i en spenning som oppstår mellom organisasjonen og etikken, sier Vike. Han spør videre:

”Hvorfor setter ikke sykepleieren og hennes kolleger i kommunens eller sykehusets førstelinje en stopper for dette?” (ibid:14).

Vike anfører videre at det neppe er noe enkelt svar å finne på det spørsmålet. Han fremhever kommunenes vanskelige rolle med å fylle flere motstridende prosjekter samtidig. På den ene siden å holde budsjettene i balanse og på den andre siden å imøtekomme en rekke ulike behov hos den enkelte.

Sykepleierne – ubegrenset ansvar

Vike mener sykepleierne skiller seg fra de fleste andre yrkesgrupper. Dette argumentet underbygger han med å understreke sykepleierens sterke moralske selvjustis som de krever av seg selv og andre. Han viser til at de tar et individuelt ansvar overfor pasienten og handler til beste for han/ henne. Vike støtter seg til Alsvåg (1993, s.112) som hevder følgende:

”Mitt menneskesyn, reflektert eller ureflektert, setter seg gjennom min kropp og kommer fram i møtet med andre. Hva fremmer en god måte å være på? Hvordan utvikle gode sykepleieværemåter? Væremåter som konkretiserer seg i sykepleierens blikk, stemme, hender og holdninger?”

Vike er særlig opptatt av argumentet til Alsvåg (ibid) om at sykepleierens verdisyn uttrykker seg i kroppen. Det medfører at hun ikke bare skal hjelpe pasienten på en profesjonell måte, men at den gode hjelpen skal være et resultat av sykepleierens gode indre. Han viser også til kravet til sykepleierne om absolutt godhet. De skal ha et godt indre, og selv det å la seg forme er ikke nok, men sykepleieren skal ville det. Han viser i boken til Kristoffersen (1993, s.133) som sier:

”Vi påvirker altså pasienten ca. 90% uten ord. Vi forteller alltid pasienten noe, og som regel er vi ikke klar over hva vi formidler. Vi kan omgå sannheten uten ord, men kroppsspråket er ikke lett å skjule”.

Vike anfører at sykepleieren tar på seg ansvaret for at kommunen og sykehuset skal vise et menneskelig ansikt utad. Sykepleiere har også et ubegrenset ansvar idet ideologien deres handler om å ta pasientens hele ansvar hva angår det fysiske, psykiske, det åndelige og det sosiale. I alle disse kravene som sykepleierne står overfor, spør Vike (2002, s.121)

”Hva skjer når et slikt fag, alt overveiende utført av kvinner, med en selvforståelse der ambisjonen om helhetlig omsorg er sentral – og til dels en overordnet, etisk plikt - møter krav om standardisering, effektivitet, prioritering og måling?”

Han viser blant annet til innføring av Innsatsstyrt finansiering og diagnose-relaterte grupper som er innført på sykehusene. Han sier at dette er en måte å standardisere et komplekst

fenomen på og å gjøre ting mer kontrollerbare. Blant annet viser han til at også Zygmunt Bauman har tanker om entydiggjøring, og som igjen har en sammenheng med utvikling av ulike kunnskapsområder og ny teknologi. Vike (2002, s121) siterer Baumann slik:

”Troen på entydighet, og det økende antall eksperter som søker å etablere entydighet på hvert sitt avgrensede område, skaper det Baumann kaller ”det waste of modernity, som er ambivalens”.

Det Bauman hevder er at forsøket på å etablere kontroll over sosiale relasjoner skaper ambivalens. Dette er imidlertid noe helt annet enn det entydige eller entydiggjorte. Men snarere tvetydig og uklassifiserbart. På bakgrunn av dette perspektivet blir det svært interessant på hva man tenker seg om sykepleieidealene som omtaler sin virksomhet med begreper som empati, omsorg og kjærlighet. Vike (2002, s. 122) spør slik:

”Hva når dette konfronteres med entydiggjøringsprosjekter som ISF”

ISF

Intensjonen bak innføringen av ISF som er å gi et bedre styringsverktøy og en bedre administrativ oversikt. Det gir en bedre kontroll over det som produseres og det som investeres. På den måten kan man oppnå en bedre rasjonell planlegging. Vike påpeker at sykepleierens omsorg vanskelig kan plasseres innenfor det økonomiske styringssystemet. Han viser til undersøkelser gjort i sykehus som har innført ISF hvor han ser at det nye økonomiske styringssystemet i sykehuset er utformet som en kvantifisering. Systemet omfatter ikke sykepleierne handlinger da dette ville gjøre det uhyre komplekst. I følge Vike er det allmenn kjent at sykepleierne arbeider hardt, blir utslitte og går i sykemeldinger, men at dette problemet blir håndtert som et annet univers.

ISF i sykehuset innebærer at organisasjonen behandler mange flere pasienter enn før. Dette medfører at arbeidet intensiveres og også blir mer krevende for den enkelte sykepleier. Vike spør hva det egentlig vil si at arbeidet intensiveres, og mener dette resulterer i at det blir mindre tid til hver pasient. Undersøkelsen fra sykehuset han refererer til, viser at sykepleierne i stor grad også ofte overtar enkelte legeoppgaver for å avlaste disse. Men sykepleierne inngår derimot ikke slike ”bufferavtaler” på samme måte med hjelpepleierne (Vike 2002, s.124).

Det fremheves at sykepleierne ikke tar i bruk mekanismer andre yrkesgrupper gjør bruk av, nemlig kompensatorisk avgrensning av eget arbeid. Dermed blir sykepleierne fleksible.

Dette henger sammen med sykepleierens moralske og følelsesmessige engasjement, hevder Vike.

Vike viser til St.meld. nr.44 (195-96) hvor det blant annet ble fremmet forslag om Innsatsstyrt finansiering av de norske sykehusene. Sosial- og helsedepartementet (Sosial- og helsedepartementet 1998) skrev en utredning om ISF og vi kan lese:

”ISF innebærer at for hver innlagte somatiske pasient sykehuset behandler, dekker staten en andel av det det koster å behandle denne pasienten. ISF er rammefinansiering supplert med et element av aktivitetsbasert finansiering.”

Departementet understreker her at det er viktig å se ISF i sammenheng med andre store oppgaver man står overfor. Her vises det til arbeidet til Steine- utvalget og dets arbeid med en NOU- rapport (1997) som ble kalt: ”Pasienten først”. I denne blir en rekke gjøremål ansett som viktige, ikke minst å sette av tid til samtale med pasienten. Vike påpeker at kravene i ISF og i ”Pasienten først” tilsynelatende peker i motsatt retning. Han (Vike, 2002, s. 127) spør:

”Hvordan er det da mulig å gå fullt inn for realiseringen av begge intensjonene samtidig”.

Sykepleierens dilemma

Det fremheves at sykepleierens dilemma kan være å ikke ta seg tilstrekkelig av pasientene som kan risikere å føle seg avvist. På den måten er sykepleierne spesielt utsatt for opplevelsen av å ikke strekke til, og at dette lett kan bli et etisk problem for sykepleierne. Undersøkelsen i sykehuset viser at sykepleierne her i samme grad som i den kommunale omsorgen strekker sin arbeidskraft så langt som mulig for å gi pasientene en god pleie og omsorg. Det kan se ut som at sykepleierne løper fortere, kutter på pauser og jobber gjerne over tiden for å gi pasientene det de trenger, sier Vike. Imidlertid er ikke bildet helt entydig. Ulike perioder kan være mer hektiske enn andre hvor sykepleierne må strekke seg langt. Mange forhold virker inn. Rapporter etter intervjuer i kommunens førstelinjetjeneste vitner om samvittighetsproblemer og stort arbeidspress. Imidlertid, sier Vike (2002, s.118):

”Vi har funnet at ansatte i førstelinjetjenesten i en del tilfeller gjør bruk av det vi kaller ”taktisk tilbaketrekning” fra organisasjonen de er en del av. De er i enkelte situasjoner i stand til å gjøre seg autonome og utilgjengelige for sine ledere.”

Innsatsstyrt finansiering har bidratt til å skape entydighet i sykehusene. Der er målbare kategorier som er med på å måle innsats. Man får mer gjennomsiktighet i organisasjonen og de ulike styringsprosessene blir på den måten mer synlig. Man oppnår også mer forutsigbarhet ved ISF. Et annet problem som sykehusene sliter med er rekrutteringsproblemer. Vike sier at som en konsekvens av dette leier sykehuset inn mange utenlandske sykepleiere og annet personell på korttidskontrakter. Dette medfører ofte en vanskeligere situasjon for de fast ansatte fordi lønningene til vikarene er høyere enn for de som er fast ansatte. Dette truer med å skape enda flere problemer når markedsmekanismene blir tatt i bruk for å øke sykehusets effektivitet og selvkontroll, mener Vike. Han oppsummerer de ulike utfordringene på denne måten:

”Velferdsstatens grunnleggende dilemma er i all hovedsak kun til stede som subjektiv virkelighet nederst i organisasjonen, og dette uttrykkes som et personlig og faglig problem. Derfor er omsorgspersonalet innstilt på å strekke sitt eget arbeid, kjempe mot sin egen kompetanse, å gi mer omsorg på kortere tid, og å løpe fortere i korridorene men samtidig være hos pasientene” (ibid:139).

Og mener vider at dette melder seg som et personlig problem for de ulike yrkesgruppene, ikke minst sykepleierne. Dette fordi deres arbeid ikke er konstruert som en knapphetsfaktor innenfor organisasjonen (Vike,2002, s. 139).

3.2 Kari Martinsen

Martinsen (1989 s. 89) er også opptatt av sykepleiernes vilkår som en knapphetsfaktor i et stadig endret arbeidsmarked og sier:

” Sykepleie lar seg ikke beskrive som en produksjon av en vare, men må forstås som et mellommenneskelig forhold”

Med dette mener hun at oppgaven for sykepleiere er å sette seg inn i og forstå sine medmenneskers forhold, egenart og følelsesverden. Videre også at sykepleieren må være motivert av andres nød og hjelpeløshet. Hun (Martinsen, s. 69,71) sier:

”Omsorg må ytes for den andres skyld, ut fra en holdning som anerkjenner den andres situasjon.”

Kari Martinsen er også i boken ”Samtalen, skjønnnet og evidensen” (Martinsen, 2005) inne på at det er den bedriftsøkonomiske tankegang som styrer i offentlige organisasjoner. Blant annet helsevesenet som i stadig større grad styres etter modeller som industribedrifter. Syke og pleietrengende mennesker omtales nå som kunder og brukere, og behandlingen standardiseres på en slik måte at helsevesenet lettere kan styres av de offentlige myndighetene enn av fagfolk og skjønn. Martinsen påpeker faren med dette og sier det er mange sykdommer og lidelser som ikke kan standardiseres. Og at det også er problematisk og etisk uforsvarlig når man måler mengden av effekt på det arbeidet man utfører. Hun sier:

”Den erfaringsbaserte pleiekunnskapen og syke som ikke kan repareres, er ikke det den bedriftsøkonomiske evidensbaserte helsetjenesten spør etter, selv om den verken makter å bli kvitt de syke som ikke kan repareres, eller å utradere den lavt prioriterte pleiekunnskapen” (ibid:16).

Samtale og dialog

Martinsen tar til orde for samtalen i omsorgsyrkene. Hun viser blant annet til Skjervheim som ville slå vakt om den andres selvforståelse. Skjervheim var en samtalsmann, som insisterte på at samtalen måtte skje mellom to subjekter. Martinsen (2005, s. 39) viser videre også til Løgstrup som også vektlegger samtalen idet han sier:

”Og poenget er at i samtalen skal det svares på den andres tiltale slik at begge blir opptatt av hva den andre sier eller taler om”.

Martinsen påpeker at dette også skal gjelde fagsamtalen, selv om den profesjonelle besitter en fagkunnskap og at det ligger en autorisert makt med det å være i en hjelperolle. Det er viktig å lytte og høre på den andre og hva denne har å meddele. Martinsen viser også i boken til Kierkegaard som påpeker viktigheten i å møte den andre i en gjensidig sårbarhet og utleverthet. Den profesjonelle skal ha en ”mer-forståelse” som skal være til hjelp i relasjon med den som trenger hjelp.

Martinsen mener at samtalen har dårlige kår i helse- og sosialvesenet i dag. Hun mener pasienten ikke lenger blir sett og urørlighetssonen (Løgstrup) blir ikke respektert. Den profesjonelle er den som mener den best forstår pasienten og vet best på forhånd. Og at den profesjonelle ikke lytter til pasienten på en slik måte som er nødvendig. Martinsen (Martinsen, 2005, s. 42) viser til begrepet ”kuldebølge” i helsevesenet:

”Honnørord i kuldebølgen er: produktivitet, effektivitet, rasjonalisering, standardisert kunnskap, gjennomstrømming av pasienter og en uopphørlig informasjon som er hurtig, anspent og overfladisk. Pasienten objektivieres og depersonaliseres, den profesjonelle lukker seg til og får et målende øye. Det er den distanserte ufølsomhet. Også her krenkes pasientens urørlighetssone.”

I den forbindelse trekker Martinsen frem det moderne samfunnets konstruksjon av tid som blir så avgjørende. Hun påpeker at uret og klokkeslettet er det som er tegnet på den moderne tid. Idealer som presisjon og effektivitet og intensivering i arbeidet er de faktorene som er viktige og som gjelder. Hun sier at kvaliteten blir regnet som hvor effektiv man klarer å være. Alle disse faktorene er med å påvirke samtalen, sier hun.

Martinsen har også tidligere vært inne på disse tanker. I boka ”Pleie uten omsorg som hun har forfattet sammen med Kari Wærness (1991, s. 1) spør disse innledningsvis:

”Er sykepleien på vei bort fra sykesenga? Blir omsorgen for syke og trengende borte i en høyt teknisk og utviklet pleie og behandling? Er sykepleierne blitt administratorer og forskere som må overlate den utøvende pleie og omsorg til andre yrkesgrupper?”

Martinsen og Wærness er opptatt av problemene i helse- og sosialsektoren og mener vi må snakke om en omsorgskrise. Det er særlig innen omsorgen for kronisk syke og gamle at manglene er størst. De kaller det ”den omvendte omsorgs lov”, da de ser en tendens til at den som trenger det mest, får minst. Dette henger igjen sammen med, sier de, at det her er minst målbart å se et resultat av profesjonenes arbeid. Forfatterne kaller sykepleieprosessen ” den nye positivismen i sykepleien” (Martinsen og Wærness 1991:114).

Som kultur er dette en teknisk-instrumentell kunnskap. Innvendingen til forfatterne er at det legges vekt på at kvalitet skal måles og at den kvalitative forskningen skal sikres kvantitativt. Også språket som skal være eksakt, er med på å skape avstand.

Forfatterne (1991, s. 115) sier:

”Et slikt språk skaper avstand. Det formidler ikke kjærlighetens varme. Relasjoner blir beregnelige, følelser og intuisjon må bort, for det kan vi ikke beregne. Blikket blir distansert – klassifiserende og dissekerende.”

Forfatterne mener positivismen har ingen grenser og respekt for det konkrete som konkret, men tvert imot endrer det og ødelegger det. De fremhever at den profesjonelle skal møte den andre med ”det gode blikk og varsomme hender”(ibid, s. 120).

Også i boken ”Den omtenkssomme sykepleier” skriver Martinsen om betydningen som Løgstrup påpeker at vi må stille oss åpne i møte med den andre. Vi ikke må se på den andre som en ting som sykepleieren kan forholde seg uengasjert i. Hun mener det er viktig for sykepleieren å ha fagkunnskap og lære å leve riktig i forhold til avstand-nærhet ovenfor pasienten. Det faglige skjønnnet er viktig og hun sier at den omtenkssomme sykepleier forstår betydningen av sansningen og erfaringen i møte med den andre. Hun fremhever at det er viktig å ta i bruk alle våre sanser. Martinsen (1993, s. 10) sier:

”Dette er integrert i sykepleierens ferdigheter, i hendenes følsomme grep.”

Språket

Hun fremhever også språket og dets betydning. Ord kan være fastlagt i begrepssystemer hvor disse har en avgrenset og gjerne fastlagt betydning. Da kan ordene brukes klassifiserende, mener hun. På den måten viser skjønnnet oss at ordene ikke alltid kan settes fast i begreper, fordi man da ødelegger skjønnnets vurderingsevne.

Herdis Alsvåg skriver i boken (Martinsen, 1993, s. 111-112):

”Mitt syn på andre og meg selv og naturen avspeiler seg i min livsførsel, i mitt forhold til mine medmennesker. Ser jeg på andre som utbyttable individer som jeg kan nyttiggjøre for å realisere meg selv, for å realisere egne mål, vil det nedfelle seg i mitt forhold til andre. Det nedfeller seg i min måte å snakke til andre på, i mitt blikk og i min måte å ta hånd om andre på.”

Martinsen (2003, s. 97) er opptatt av hvorvidt kjærlighetens gjerninger i sykepleien er mulige. Hun viser til at kjærligheten har vanskelig med å komme til uttrykk i vårt samfunn og at den har vanskelige kår. Det foregår i dag en form for tenkning som skal finne sammenheng og sette alt sammen i et system. Martinsen mener kjærligheten ikke kan standardiseres, systematiseres og rubriseres. Det er en fare at kjærligheten er truet fordi vi da ikke ser den andres annerledeshet. Løgstrup og Levinas snakker også om en fordring i møte med den andre. Den andres ansikt blir truet under slike vilkår, hevder hun. Hun er opptatt av hvilke kunnskaper vi trenger i sykepleien for å kunne ta imot den andre. Hun sier (ibid, 2003, s.99):

”I en vitenskapsbasert profesjonalitet er faren større for at kjærligheten virkelig står på spill. Denne profesjonaliteten er bærer av vår støyende og kjærlighetstruende kultur. Avstanden til den andre er stor. Den andres ansikt over-sees”.

Hun mener man må vinne tilbake den personorienterte profesjonaliteten som mer er bygget på praktisk kunnskap. Bare på denne måten vil man kunne ta vare på omsorgen og kjærligheten, mener hun (Martinsen, 2003,s.99).

”Da vil vi ikke erobre hverandre, men ta imot hverandre i et ellers kjærlighetstruet og individualistisk samfunn”

Sykepleiernes historie har vært i en spenningskonflikt mellom ulike kallsoppfatninger. Spenningen kan uttrykkes som en konflikt mellom livsanskuelse og tro i kallet. Martinsen (1997) viser i boken ”Øyet og kallet” til en artikkel fra Weekendavisen. Artikkelen fremhever at det personlige engasjement betyr mye. En må investere noe av seg selv og en må være forpliktet til å gjøre sitt beste for dem en er satt til å hjelpe og pleie, fremfor å se på seg selv som en lønnsarbeider. Artikkelen (Weekendavisen 7-13 mars 1997) understreker:

”Og så er vi tilbake ved Florence Nightingale, der klandrede mange av sine medsøstre for blot at blive sykeplejerker for at tjene gud og komme til himlen. Den går ikke. Det skal være interessen for den syge, der driver værket. Deri ligger kaldet”.

Martinsen (2005) snakker videre om at man kan snakke om kall på mange måter. Hun peker blant annet på det sekulariserte kallet som består av ytre gjøremål og at sinnelaget ikke er med, men kun en vektlegging av metoder. Hun advarer mot det fordi det bare blir en instrumentell måte å være på og at det hele blir teknikk.

3.3 Kari Wærness

Kari Wærness er også opptatt av mål-middel-rasjonalitet i omsorgsprofesjonene. Her påpekes det at omsorgsprofesjonene stadig går i retning av rasjonalisering og effektivisering. Det påpekes en fare ved at vi får en krysning mellom å tenke naturvitenskapelig og en mål-middel tenkning i helsevesenet. Sykepleieprofesjonen befinner seg i skjæringspunktet mellom en humanistisk og en medisinsk fagorientering. Sykepleieres arbeidsoppgaver innenfor blant annet hjemmebasert omsorg lett kan dreie seg om oppgaveorientering. Dette medfører at

sykepleieren har liten tid og liten mulighet til å utvikle en relasjon til brukeren. Thorsen og Wærness (1999, s. 31-32) hevder:

”Tjenesten kan utøves overfor personene, ikke i samarbeid med dem. Tjenesten kan gis som et stykke arbeid, ikke som et omsorgsarbeid der brukeren inngår i en omsorgsrelasjon. Tjenesten kan gis uten brukerorientering og brukerinnyttelse, i en atmosfære av umyndiggjøring. Den kan uttrykke en mål-middel-rasjonalitet”.

Forfatterne i boken mener det er viktig at omsorg må basere seg på en annen aldringsmodell enn den naturvitenskapelige. Omsorg skal være en relasjon i et møte med et annet menneske. Viktigheten av å se det andre menneske og samværets betydning blir avgjørende i møte med det andre menneske, påpeker de.

New Public Management

I boken omtales også reformbølgen i offentlig sektor som er kalt New Public Management, og omtaler denne reformen som en reform som bygger på en oppfatning om at problemer i det offentlige kan løses ved hjelp av effektivisering og omorganisering. Innenfor denne modellen blir igjen omsorgskvalitet noe som kan og bør administreres, måles og evalueres. Forfatterne av boken mener det er noe foruroligende i måten å forholde seg til kvalitet på i dagens eldreomsorg. Kvalitet knytter seg da til en form for filosofi, kvalitetsledelse og kvalitetskultur. Thorsen og Wærness (1999, s.108) sier:

”Begrunnelsene for kvalitetsarbeid kan også synes tvetydige, man skal samtidig bli mer brukerorientert og kostnadseffektiv. Kvalitetsarbeid skal føre til en innsats som både er bedre og billigere, eller i alle fall ikke mer kostnadskrevende.”

Man lager mål på kvalitet etter en indikatortilnærming, og viser til en produksjonsmodell for omsorg. Man opererer med input-out-put, sier de ved å endre, effektivisere og organisere, input, ut fra en antakelse om at man oppnår bedre output i forhold til å bedre tjenestene til brukerne. Imidlertid, hevder forfatterne, er det en tvetydighet og mangfold som er de iboende trekk ved omsorgstjenester. Dette fordi man møter ulike situasjoner og ulike valg man må ta hvor der ikke finnes enkle svar hos den enkelte bruker. Et eksempel er den enkeltes autonomi og pleiernes ansvar. Også i forhold til tid og fordeling av ressurser finnes der ingen mulighet å standardisere. De mener den rådende modellen som mål-middel-tenkningen representerer, hvor kvalitet også har helheten som ideal, ikke fanger opp kompleksiteten på en god nok måte. De mener at for å løse konkrete hverdagslige problemer kreves en tenkemåte som er

mer kontekstuell og beskrivende snarere enn en formell og abstrakt. Wærness (1999, s. 55) sier:

”Den generelle kunnskap som er interessant og anvendbar for politikere og administratorer, er til liten hjelp for førstelinjearbeiderne.”

Omsorgsrasjonalitet er viktig

Hun påpeker at omsorgsrasjonalitet, i motsetning til den byråkratiske og vitenskapelige rasjonaliteten, tilsier en personlig kjennskap og også en evne til innlevelse i den enkeltes situasjon. Dette er viktig, mener hun for god utøvelse av omsorg. Imidlertid er disse kvalifikasjonene lite ansett i dagens offentlige hjelpeapparat. Omsorgsrasjonaliteten vektlegger fagkunnskaper og ferdigheter i møte med brukeren. Den forutsetter at den profesjonelle kan være en bevisst og medfølende aktør. Wærness påpeker at den modellen som råder i helse og omsorg er den formålsrasjonelle og rasjonelle. Denne modellen fanger ikke opp begreper som usikkerhet, angst, medfølelse eller ambivalens, mener hun.

Omsorgsrasjonalitet er viktig fordi den innebærer at en søker å styrke den omsorgstrengende selvhjulpent så langt det er mulig og man må være forberedt på at den som trenger hjelp snart kan trenge enda mer hjelp. Dette er i følge Wærness vesentlige trekk som man lett kan overse, eller i alle fall er villig til å ta konsekvensene av. Hun spør videre: (ibid s. 56)

”Er det overhodet mulig å utvikle en planleggingsrelevant samfunnsforskning som erkjenner betydningen av omsorgsrasjonaliteten og betydningen av det stadig tilbakevendende problemet med å prioritere mellom det Gilligan (1982) definerte som henholdsvis omsorgsmoral og rettighetsmoral”?

Og videre:

”Etter min vurdering er det i alle fall en forutsetning for en slik forskning at den på mange måter må bryte med det rasjonalistiske paradigmet som dominerer i organisasjonsforskning og offentlig planlegging”.

Den teknisk- økonomiske rasjonaliteten

Imidlertid ser Wærness at mange sykepleiere velger en profesjonsstrategi som svekker omsorgsrasjonalitetens vilkår ute i felten. Imidlertid fører dette til at man følger den teknisk-økonomiske rasjonalitetens logikk på bekostning av omsorgsrasjonaliteten. Dette igjen

fremmer en formålsrasjonell forståelse av omsorgsarbeidet. Wærness viser til en undersøkelse hvor en kvinnelig sykepleier uttaler det slik: (Wærness, 1999, s. 59).

”Jeg ser mange brukere burde få mer hjelp til det sosiale liv. Mange burde kommet seg mer ut i sol og frisk luft og fått mer mosjon. En del hadde trengt ferieopphold andre steder enn i institusjon. Jeg er i tvil om vi skal gå inn i denne type tjenester. Vi trenger å definere hva som er sykepleie. Jeg tenker helse som det man trenger for å klare seg.”

Som det fremgår snakker både Kari Martinsen og Kari Wærness om et omsorgsarbeid som verken kan eller bør standardiseres, fordi kvaliteten på omsorgen i stor grad er avhengig av den personlige relasjonen mellom hjelper og klient, og at det derfor er grunnleggende at omsorgsutøveren har tilstrekkelig frihet i sin arbeidssituasjon til fleksibelt å kunne tilpasse sine tjenester til den enkelte omsorgsmottakers særlige behov.

3.4 Forskningsspørsmål og antagelser

Med utgangspunkt i de ulike teoretiske tilnærmingene presentert ovenfor vil jeg foreta en presisering av forskningsspørsmål og antagelser som ligger til grunn for selve analysen og drøftingen.

1) Hvilke områder fremstår som særlig utfordrende for sykepleierne i deres beskrivelse av sin arbeidshverdag og muligheten til å utøve omsorg i møte med den enkelte bruker?

Hva sier sykepleieren om møtet med brukeren? Hva beskriver de i forhold til ulike situasjoner der de utøver omsorg for den enkelte bruker? Hvilke konkrete situasjoner beskriver de som utfordrende? Opplever de å imøtekomme den enkelte brukers behov og forventninger med hensyn til omsorg og pleie?

2) Hvem rår over tidsbruken, hvor mye tid den enkelte bruker skal få?

Under ISF er det et brukerkontor som tildeler tjenestene. Er sykepleierne ute i sonene enige i vedtakene som fattes? Hvis sykepleieren er uenig med brukerkontoret, vil det da skapes et dårlig forhold mot dette kontoret? Eller vil det skape en utfordring i forhold til utøvelsen av god pleie ovenfor den enkelte bruker? Under ISF er tjenestene priset. Det er rimelig å anta at dette vil medføre ekstra press og stress på den enkelte sykepleier. Vil det det? Hvordan vil den enkelte sykepleier oppleve ”stoppeklokkesituasjonen”?

3) Hvordan er det å arbeide under en ISF-organisering?

Hva sier sykepleierne om ISF som styringsform? Hvilke konkrete utfordringer ligger det i dette for sykepleierne? Medfører det andre rutiner? Vil i så fall dette by på utfordringer for sykepleierne som kan "kollidere" med deres omsorgsideal? I så fall – på hvilken måte?

4) Hvordan oppleves ordningen med ISF og hvordan håndterer sykepleierne dette?

Hvilke konsekvenser beskriver sykepleierne innføringen av ISF har på deres arbeidshverdag? Hvordan kommer dette i så fall til syne?

Kan det tenkes at brukerne ønsker flere tjenester fra hjemmetjenesten og at sykepleierne gir dette for å være "snille"? Vil i så fall dette "trykket" være redusert under ISF-systemet?

5) Hvilke handlingsmuligheter og rom har sykepleierne når de står overfor ulike dilemmaer på arbeidsplassen?

Finnes det "møteplasser" for å diskutere ulike problemstillinger? Eller må de ta med seg dilemmaene med seg hjem? Finnes det arbeidskultur for å løse dette i fellesskap?

4.0 ANALYSEN

Analysen vil bli foretatt ut i fra mine forskningsspørsmål som er presentert på side 30 og 31.

4.1 Hvilke områder fremstår som særlig utfordrende for sykepleierne i deres beskrivelser av sin arbeidshverdag og muligheten til å utøve omsorg i møte med den enkelte bruker?

Rutiner

Sykepleieren begynner sin arbeidsdag henholdsvis klokken syv eller klokken åtte om morgenen. Klokken åtte er det rapport fra kvelds- og nattevaktene. Sykepleieren får utdelt lister over hvem de skal besøke i løpet av dagen. Denne er vanligvis laget ferdig av sonelederen i den enkelte sone. Så er det fordeling av biler og nøkler før sykepleieren i halv ni- ni- tiden starter ute i felten. Sykepleieren oppgir sjelden hvor mange de besøker frem til de går til lunsj i tolv-tiden. Det avhenger av pleietyngde på den enkelte bruker de besøker. Enkelte oppgir at de kan ha femten brukere, mens andre sier de kan ha fem brukere før lunsj. Klokken tolv har de pause en halv time før de går i rapport klokken ett. Så er der nye lister og sykepleieren drar ofte ut til noen brukere for å hjelpe til med blant annet middagsoppvarming, før de går hjem klokken to eller tre. I denne tiden skal også den enkelte sykepleier gjøre en del kontorarbeid, som det å kontakte leger, det å skrive endringer til brukerkontoret/EBT, de skal legge medisindosetter, bestille utstyr som bleier og bandasjer m.m. I tillegg har man også alarmer å betjene når disse går. Til sist skriver sykepleieren rapport til senvaktene før de går hjem.

Den første timen ute i felten opplever sykepleieren er svært hektisk. Alle brukerne trenger å komme opp av senga og få stelt seg. En av dem sier det slik:

”Jeg skulle ønske vi var 15 stykker som begynte klokken åtte. For det er så mange som ønsker å få hjelp tidlig, så tidlig som mulig, og klokken ni er ikke tidlig nok. Enkelte dager ringer de og lur på hvor vi blir av, og så får du plutselig en alarm oppi alt det her og så må vi prioritere det. Så er plutselig klokken ti elleve!

Sykepleieren beskriver en arbeidsdag som er hektisk og utfordrende. Enkelte situasjoner er tilbakevendende hos sykepleierne. I fortsettelsen vil jeg konkret belyse hvilke arbeidsoppgaver og situasjoner som den enkelte sykepleier gjennomgående trakk frem i undersøkelsen. Situasjonene jeg beskriver i oppgaven var tema alle informantene løftet frem i

intervjusituasjonen, men de snakket om disse situasjonene på forskjellige måter. Jeg har valgt å bruke betegnelsen ”sykepleierne” da dette representerer en stemme i materialet mitt.

Autonomi

En utfordring som sykepleierne var opptatt av er respekten for brukerens selvbestemmelse. Undersøkelsen viser at sykepleierne er opptatt av dette. De beskriver situasjoner hvor de møter en bruker som verken vil spise eller dusje. Enkelte oppgir at de prøver å overtale brukeren til å utføre disse tingene, men at det ikke alltid lar seg gjennomføre. I tillegg som nevnt ovenfor, er det gjerne en pårørende som mener brukeren trenger mer stell enn denne selv ønsker. Sykepleieren må da i slike situasjoner ha en fleksibel holdning til de oppgavene hun er satt til å gjøre. En måte er å velge til neste skift kommer på med å utføre enkelte oppgaver. En annen måte, er slik en sykepleier sa det:

”Kommer du inn til et menneske med demenssykdom og primæroppgaven vår er å passe på at de får mat, og vedkommende sier ”jammen jeg har jo nettopp spist”, og det sier jo mange da. Og da sier jeg...jeg skjønner det, men er det ikke greit at jeg lager litt likevel? Skal jeg smøre noen gode smørbrød og liksom...ja...og det får vi som regel. Sitter der og prater og har det hyggelig mens vi spiser og sånne ting.”

Og hun tilføyer:

”Men å få de i dusjen når de har dusjet dagen før, det synes jeg er vanskelig. Jeg liker ikke det der med å si...nei, jeg kan ikke få meg til å si til et menneske, enten det er sånn eller sånn, at ”nei, det har du ikke!”. Da gjør jeg det ikke, da hopper jeg heller over den dusjen og så forsøker jeg en annen dag.”

Sykepleieren var også opptatt av det å være i brukerens eget hjem. Brukeren har riktignok søkt om en tjeneste fra kommunen som danner utgangspunkt for besøket, men sykepleieren beskriver en situasjon som for dem er viktig å ikke tråkke over, nemlig å la brukeren ha størst mulig brukermedvirkning. Utfordringene ligger oftest i møte med brukere som har demenssykdom og ivaretagelsen av grunnleggende behov blir svært sentrale. Eksemplet som ble nevnt ovenfor gir en illustrasjon over problematikken sykepleieren møter. Også i psykiatrien kan sykepleieren møte ulike utfordringer som berører brukerens autonomi. Sykepleierne i undersøkelsen sier de kan slite litt her. De beskriver det kan være lett å tråkke over. Samtidig kan de godt forstå at det ikke kan være lett for den enkelte bruker at det kommer et helt fremmed menneske inn og sier hun skal hjelpe til med en dusj. Mange av brukerne har også forskjellige sykepleiere som kommer til dem, og de må kunne forholde seg

til alle disse. De yngste sykepleierne i undersøkelsen var de som syntes dette var vanskeligst. De fortalte om at de eldre sykepleierne fortalte at det sjelden var problemer med å få en bruker for eksempel til å dusje. De undret seg over dette, men mente det kunne være at det var lettere for brukeren å få hjelp av en voksen dame i stedet for en ung jente. En av de yngre sykepleierne sa det også slik:

”Det er flere som ikke jeg... som andre får til å hjelpe, kanskje fordi de sier, ja du må være streng! Og du må vise at du vil hjelpe henne. Men jeg syntes det er kjempevanskelig, spesielt når du trækker over og sånn...jeg tror det er lettere når en er oppe i 40-50 års alderen”.

Tidsaspektet ble også belyst som en faktor i forhold til brukerens autonomi. Sykepleieren forteller at de innenfor sin arbeidsdag av og til kan være fleksible i forhold til tidsbruken. De beskriver at de fra tid til annen kan ommøblere lista de har fått utdelt ved arbeidshagens begynnelse. Om en bruker en dag ønsker et senere besøk fordi de vil sove lenger eller av andre årsaker, prøver også sykepleierne å imøtekomme dette så langt det lar seg gjøre. Sykepleierne mener dette er viktig å få til siden de møter brukeren i sitt eget hjem. Men det hender selvfølgelig at dette vanskelig kan imøtekommes på grunn av et stort tidspress. Praktiske årsaker kan også være et hinder. Dette kan blant annet være at man befinner seg rent geografisk i brukerens nærområde og det vil være langt å dra tilbake timer senere.

Sykepleieren utviser en stor grad av fleksibilitet. De gir brukeren en brukerinnyflytelse med sin fleksibilitet i den grad de kan klare dette praktisk mulig. Frykten for at sykepleierne driver en mål-middel-rasjonalitet som motstanderne av ISF hevdet kunne skje under nye reformer i kommunene kan se ut til å ikke å være noe overdrevet. De har riktignok sine lister over hvem de skal rekke i løpet av dagen, men prøver å legge kabalen slik at alle blir fornøyd. Ingen av sykepleierne uttrykte frustrasjon for å kunne gjøre dette. Det kunne tyde på at de gjorde det med glede om det lot seg gjøre. Det kunne se ut til at denne holdningen lå i hele deres habitus, uten at det var aktuelt å stille seg spørrende til dette. Dette var noe de selvfølgelig gjorde om det lot seg løse. Igjen synes det tydelig at omsorgen for den enkelte var drivkraften og motivasjonen bak den enkeltes sykepleiers tankegang.

Når det gjelder sykepleieres handlingsrom i forhold til å ivareta brukerens medbestemmelsesrett og autonomi ved å arbeide under et ISF system ser ikke dette ut til å spille en vesentlig rolle. Sykepleieren forholder seg trolig på samme måte som før ISF ble innført til brukeren. Autonomispørsmålet er en utfordring sykepleieren må takle på best mulig måte uansett system de er underlagt.

Psykiatri

Sykepleierne gav uttrykk for at møte med psykiatriske brukere bød på mange ulike situasjoner de måtte løse. Ingen av sykepleierne i undersøkelsen hadde tilleggsutdannelse i psykiatri. Kristiansand kommune har egne psykiatriske sykepleiere, men sonene hadde brukere med psykiatriske lidelser i tillegg til somatiske problemer. Sykepleierne gav uttrykk for usikkerhet i hvordan man skulle forholde seg til dette. En av utfordringene var at de kom til en bruker som ikke ville ta medisinene sine. En sykepleier sier det slik:

”Hun ville ikke ha medisiner og ville ikke ha noe med psykiatrien i det hele tatt. Hun... når vi nevnte noe om at hun kanskje trengte hjelp til følelsene sine, så ble hun bare sint, og ja... hun var redd for den delen da. Og da ville hun ikke ha hjelp og hun ville heller ikke ta de medisinene som kunne hjelpe henne. Så det var jo en utfordring å få henne til å ta dem, men hun tok dem aldri. Det verste var når hun hallusinerte om ting som gjorde henne vondt, så var det ikke noe vi kunne gjøre for henne...”

Og tilføyer:

”Hun var såpass klar og, at hun hadde skjønt det om vi hadde gjort noe ulovlig, som for eksempel å blande det i maten”.

Det kom tydelig frem i undersøkelsen at brukere av tjenesten med psykiske lidelser var en utfordring for sykepleierne. Ingen av disse hadde tilleggsutdannelse i psykiatri og de var usikre på hvordan de skulle forholde seg til disse. Imidlertid var sykepleierne klar på at de ikke kunne ”lure” den enkelte bruker til for eksempel å ta medisinene. De visste da at de tråkket over. Det kommer ikke frem av undersøkelsen at sykepleierne var redd i møte med brukerne, men snarere en avmakt på hva de skulle gjøre. Det kunne se ut som de var dårlig trent i å håndtere hvordan man forholdt seg til brukere som strevde på det mentale plan. Kanskje dette fordi psykiatrien også ser ut til å ha andre utfordringer enn det medisinske? Flere gav uttrykk for at det er vanskelig å vite hvordan man skal forholde seg til brukere med psykiske problemer. En sykepleier sa det slik:

”Det er liksom at det tar tid, det er liksom ikke noe som kan løses med et sårskift, ikke sant? Et sårskift kan også ta tid, men da ser du fremgang!”

En slik uttalelse understreker igjen at sykepleierne ikke helt vet hva de skal gjøre og hvordan de skal forholde seg når de ikke bare skal ”skifte på et sår”. Det kunne synes tydelig at de likte dårlig disse situasjonene. Dette kan ha flere logiske forklaringer. Sykepleierne er vant med konkrete gjøremål, slik som sårskift, sprøytesetting, vask og stell. De ser resultatene med en gang. Dette er noe de behersker. Opplevelsen av ikke å beherske arbeidet sitt er noe ingen trives med. Så også for sykepleierne. Imidlertid er arbeidet i organisasjonen lagt opp slik at dette er en av de arbeidsoppgavene sykepleierne skal utføre. Kommunen har psykiatrisk team, men allikevel er der oppgaver som faller på sonene, spesielt i helger og på kveldstid. Der kom ikke frem i undersøkelsen om der fantes veiledning med de psykiatriske sykepleierne på hvordan de skulle håndtere disse situasjonene. Jeg tolker det dit hen at dette tilbudet ikke er tilstede om annet enn sporadisk. En gang snakket en sykepleier om veiledning av psykiatrisk sykepleier, men dette var i forhold til vanskelige saker i forhold til pårørende. Dette var også trolig en sporadisk hendelse snarere enn noe man hadde som tilbud til sykepleiere som arbeidet ut i fra den enkelte sone.

Å håndtere brukere med psykiske lidelser uten den nødvendige kompetanse syntes slitsomt. Sykepleierne hadde den faglige omsorgen i fokus i sitt arbeid, men i møte med denne type brukere kunne det virke som det Martinsen og Wærness (1991) omtaler som ”det gode blikk og de varsomme hender” ikke var tilstrekkelig. Sykepleieren opplevde de ikke gjorde en god nok jobb, og at dette kunne slite på dem. Igjen kan det se ut til at organisasjonen bruker sykepleieren til å bære organisasjonens grenser i kroppen (Vike, 2002).

Terminalpleie

Terminalpleie er også en av de situasjonene sykepleierne beskriver som en utfordring i sitt arbeide. De opererer alene i felten og må i stor grad stole på seg selv. I tillegg til brukeren har de også pårørende de må ta seg av. En sykepleier i undersøkelsen beskriver en situasjon hvor hun måtte sitte hos en bruker hele natten. Hun gikk av vakt en søndag morgen og hadde ingen å drøfte situasjonen med før hun drog på jobb tirsdag morgen. Det opplevde hun som en tøff situasjon, men samtidig mente hun at hun hadde vokst på den erfaringen ved at hun hadde våget å gå inn i situasjonen og være tilstede. En annen sykepleier beskriver det slik:

”Men det er jo ikke noe som er så givende da, som terminal pleie, synes jeg. Du blir satt inn i hvordan livet er... Tenker på din egen familie, din egen død, ikke sant? Du lærer veldig mye av det.”

Terminalpleie er en økende oppgave for kommunens førstelinjetjeneste. Det har sammenheng med flere ting. Ikke minst ønsker mange å få død hjemme i motsetning til bare for noen år tilbake. Dette gir sykepleierne i kommunen utfordringer de ikke har hatt tidligere.

Sykepleierne i undersøkelsen opplevde det var godt å kunne hjelpe brukeren og hans/hennes familie i livets siste fase. Samtidig at de opplevde det som en stor utfordring. De opererer helt alene ute i felten. I helgene har de ikke mange kolleger å rådføre seg med. Samtidig vet de at de kan henvende seg til sykehuset for råd og hjelp. Allikevel vet de at de faglige vurderingene de til enhver tid foretar er viktige. Hva om der ikke er nok smertestillende til brukeren? Hvordan skal jeg få hentet nye medisiner i så fall? Hvor mye medisiner må jeg gi brukeren for at han skal være smertefri? Slike spørsmål og vurderinger må sykepleieren hele tiden håndtere på en riktig og god måte. De sier det er givende å arbeide med terminalpleie. Ingen gir uttrykk for store vanskeligheter med å håndtere en liv-død- situasjon. De er opptatt av å lindre, hjelpe og være til hjelp og støtte for både brukeren og hans/hennes pårørende. Omsorgen for den andre ser ut til å være helt sentral.

Sykepleierne gir uttrykk for at arbeidsdagen er hektisk. De fleste gav også uttrykk for at de likte dette. Imidlertid var der situasjoner innimellom da de kunne ønsket å ha mer tid. Spesielt når de kom til brukere som trengte terminalpleie og ikke kunne være der så lenge de ønsket fordi der var andre brukere som også ventet. En sykepleier sier det slik:

”Jeg hadde en pasient som var generelt...ja, som hadde dårlig allmenntilstand. Det var vanskelig å si hva det var for noe. Egentlig klarte han ikke helt å uttrykke det selv og legen skulle komme dagen etterpå. Han har egentlig trygghetsalarm... Bor alene gjør han og ja...en kjenner litt på det at en har dårlig tid. Det er ikke noe kjekt å gå, for han har ikke mulighet for å kontakte oss igjen hvis det skulle være noe. Men for meg var det helt fysisk umulig å være der fordi jeg hadde mange andre som ventet. Det syntes jeg var vanskelig!”

Det kan se ut som tidspresset i møte med den enkelte bruker i livets siste fase er det som volder det største problemet for sykepleieren. Det å skulle gå fra en bruker som kanskje ligger der helt alene. Sykepleieren blir igjen innhentet av ulike forventninger til hva hun skal og må gjøre. Der er flere brukere som venter og hun må i noen tilfeller velge å dra. En sykepleier forteller at de ofte har god støtte fra en ektefelle eller familie i en slik situasjon. Ingen skal være nødt til å ligge og dø alene. Men påkjenningen ved å forlate en svært syk bruker er ofte vanskelig. Igjen viser det at sykepleieren bærer med seg organisasjonens grenser i kroppen. Det kan synes som de stilletiende aksepterer og godtar situasjonen slik den er. På den annen side er det å dø hjemme ofte brukerens eget valg, samtidig som

sykehusene sender pasienter raskere hjem enn tidligere. Når pasienten er ferdigbehandlet er det i prinsippet kommunenes ansvar å overta pasienten og tilby denne plass enten på et sykehjem eller i hjemmebasert omsorg. Sykehusene som også har sitt ISF- system genererer på denne måten ytterligere press på kommunene til å ivareta sine egne innbyggere også i livets siste fase. Dette blir igjen sykepleierens hverdag ute i felten i hjemmebasert omsorg hvor de stadig får sykere brukere de må forholde seg til.

Høyt tempo

Den enkelte sykepleier i hjemmetjenesten er vant med høyt tempo. Innføringen av ISF har medført at de også må bruke tiden sin på mer dokumentasjon. Imidlertid strekker de seg langt i møte med den enkelte bruker. De er opptatt av å gjøre en god jobb til tross for den knappe tiden de har til rådighet.

En sykepleier mente at de ikke trodde brukerne merket så mye til tidspress, kanskje med unntak av helger da det var redusert bemanning på jobb. Ellers mente en annen sykepleier at brukerne fikk den tiden fra hjemmetjenesten som de hadde behov for. En av sykepleierne uttrykte det slik:

”Vi har ikke sånn at jeg kan sløse med tiden, men jeg kan det av og til.”

Denne uttalelsen står imidlertid alene, men taler for seg. Det er altså ikke helt beksvart for sykepleierne. De løper, men liker å ha høyt tempo. Og av og til kan de sløse med tiden. ISF ser ikke ut til å ha torpedert sykepleiernes handlingsrom mer enn tidligere. Riktignok vet den enkelte at det nå er hver enkelt bruker som gir inntekt til sonene, i motsetning til før, hvor hver enkelt sone hadde sitt budsjett som de hadde blitt tildelt. Alle informantene i undersøkelsen sa de likte å ha mye å gjøre. Informantene var fra begynnelsen av tyveårene frem til begynnelsen av femtiårene. Om det hadde blitt et annerledes resultat med informanter over 55-60 år er ikke mulig å si noe helt klart om. Vanligvis tenker man seg det. På den annen side var det enkelte av sykepleierne som ikke var i full jobb. De ønsket imidlertid høyere brøker i sine stillinger. Spørsmålet en da kunne stille seg er om de hadde ønsket et slikt høyt tempo med en 100 % stilling. Det gir ikke oppgaven svaret på. En indikator kunne vært å se på sykefraværet, noe som jeg ikke har gått inn og sett på i denne oppgaven. Det ville i så fall blitt en helt annen tilnærming enn den jeg har valgt å forholde meg til.

En sykepleier har tidligere uttalt at det kunne være liten tid mellom hver bruker hvis det var lange kjøreavstander. Da kunne det være liten tid til den oppsatte tid til den enkelte brukeren. Dette kunne se ut til å variere fra sone til sone. Enkelte soner hadde lengre kjøreavstander enn andre. Imidlertid, bortsett fra lange kjøreavstander som en sykepleier mente de hadde, og mer tidsbruk til dokumentasjon (er omtalt senere) synes det ikke som ISF spiller så stor rolle i forhold til sykepleierens tempo.

Alarmer

En annen situasjon og arbeidsoppgave sykepleieren har, er å rykke ut når det går alarmer. Slike situasjoner kan ofte være stressende for den enkelte. Når de vet at den enkelte bruker ikke har andre muligheter til å nå dem på skapes ofte usikkerhet i hva problemet kan være når alarmen går. En sykepleier sier at en aldri kan vite hva som møter dem når de kommer frem til brukeren. Situasjoner den enkelte kan stå overfor kan være alt fra at brukeren spør hvor mye klokka er til alvorlige situasjoner hvor det kan stå om livet. For enkelte sykepleiere skaper disse situasjonene et ekstra stress i en travel hverdag. En sykepleier forteller også at mange ikke våger bruke alarmen, men bruker i stedet telefonen. Alarmen forårsaker at mange ikke helt klarer å slappe av. En av dem sa det sånn:

”Det gjør at jeg aldri helt slapper av, men på en positiv måte. Jeg går ikke og er redd eller stresset, det er ikke noe negativt stressmoment, men det var det i begynnelsen. Man vet jo aldri hva som møter en”.

Sykepleierne i førstelinjetjenesten har mange ulike oppgaver. De er på en måte gode ”all-roundere” i felten. De skal takle alle ulike lidelser. De står alene i møte med den enkelte bruker. De må ofte ta avgjørelser i løpet av kort tid og de må håndtere øyeblikkelig hjelp-situasjoner parallelt med dette. De kan stå midt i et stell med en bruker. Det er helg, og det er lite bemanning. De vet ikke hva som venter dem. Det kan være alt fra et spørsmål om hva klokka er til hjertestans. Disse utfordringene er og har vært en del av sykepleierens hverdag i hjemmebasert omsorg i mange år, uansett hvordan man har organisert tjenestene.

Sosial kontakt

Når det gjelder sosial kontakt og tid til samtale med brukeren hadde sykepleierne mange synspunkter å komme med. En sykepleier sa at hvis brukeren bare hadde kontakt med hjemmebasert omsorg og ikke hadde noen pårørende, prøvde de å legge til rette for at brukeren kunne komme seg ut ved å være behjelpelige med å for eksempel bestille taxi og

hjelpem dem til denne. Imidlertid mente sykepleieren at hvis den enkelte bruker hadde noe spesielt på hjertet så hørte de selvfølgelig på hva de hadde å meddele. Men tid til sosial kontakt generelt mente de ikke var hjemmetjenestens oppgave. Sykepleierne sa det sånn:

”Jeg ser ikke at samtale og gi sosial kontakt er vår oppgave. For det er klart, vi kunne jo sittede der hele dagen og vært sosial! Jeg anser ikke at det er vår jobb! Kanskje de kunne hatt en besøksvenn?”

En sykepleier mente den sosiale kontakten blir innlemma i stellet, mens de steller, kler dem og lager frokost til dem. Imidlertid hender det at de setter seg ned fem minutter og begrunner det med at dette betyr så mye for brukeren. Dette perspektivet er interessant fordi mange mener at det nettopp er sykepleierens oppgave å ta tid til sosial kontakt. Det er en av de momentene som blir hevdet imot for eksempel ISF at man ikke får tid til nettopp denne biten. Så forholder det seg altså slik at sykepleieren selv ikke mener det er deres jobb. En sykepleier henviser til en besøksvenn som et riktigere alternativ. Denne mener de fletter samtalene inn i stellet med brukeren.

En annen sykepleier mener at de fleste brukerne gjerne ønsker seg mer tid til den sosiale biten. For som hun sier:

”Når du først setter deg, så vil de jo så gjerne at du skal sitte der mye lenger. Men det kan vi ikke. Og man tildeler ikke tid til sosial kontakt.”

Her viser sykepleieren at det ikke gis rom for sosial kontakt under ISF. Om det har vært rom for denne biten tidligere har jeg ikke gått inn på å undersøke i denne oppgaven da jeg kun ser på sykepleierens situasjon i dag under ISF systemet. Denne uttalelsen kan innebære at sykepleieren stilltiende aksepterer at det ikke finnes rom og økonomi for dette i dagens situasjon. Imidlertid er det ikke alltid like enkelt.

Sykepleierne kjenner ofte at de er det eneste kontaktnettet brukeren har. Det er enkelte brukere ingen andre går til. De kan sitte hele dagen og bare vente på et besøk, og det er dagens høydepunkt. Da opplever de det ofte vanskelig når brukeren spør:

”Må du virkelig gå”.

På denne måten kan det synes tyngre for sykepleieren ute i felten enn de som jobber institusjonsbasert. Da vet de at brukerne alltid har noen i nærheten.

Noen opplever at de må passe seg fordi det kan være lett å ikke opptre profesjonelt i møte med brukeren. De kan bli gode venner og noen kan oppleve at de får mange besteforeldre. Da er det vanskelig å sette grenser i forhold til den sosiale kontakten. Men som en av dem sier:

”Det blir litt feil hvis vi skal erstatte familie som ikke bor i byen. Det er jo ikke det som er meningen med hjemmesykepleien.”

Pårørende

Sykepleieren beskrev flere av sine utfordringer. En av dem som gikk igjen mange ganger var forholdet til pårørende. Mange av dem gav uttrykk for at de kunne grue seg til å gå til bestemte hjem. En av fordelene ved å være stor sone, mente de, var da at flere kunne dele på disse oppgavene. Arbeidet man i en liten sone hadde man ikke den muligheten. Noe av utfordringene som en sykepleier trekker fram er at de opplever at pårørende kan slite seg ut, og at en korttids plass hadde vært godt å kunne tilby i perioder. Imidlertid opplevde de fleste at det var få korttids plasser til disposisjon i kommunen. En annen utfordring var ofte at pårørende hadde urimelig store krav til hva sykepleieren skulle gjøre. Det kunne gå på tid og det kunne gå på at brukeren og dens pårørende hadde forskjellig syn på hvor mye pleie brukeren trengte. Eksempler som ble trukket frem kunne være at pårørende mente at mor eller far trengte dusjes mer enn var tilfelle. Sykepleieren måtte ofte da snakke med pårørende og si at det var viktig for deres forhold til brukeren at de ikke gjorde mer enn vedkommende selv ønsket. Sykepleieren opplevde seg ofte presset til å måtte ta parti for pårørende, noe som de syntes ble helt galt. Dette ville de derfor heller ikke gjøre. Andre tilfeller kunne være at pårørende hadde sitt spesielle syn på hvordan brukeren skulle pleies. Andre utfordringer var når brukeren ikke ønsket at sykepleieren skulle bruke hjelpemidler i arbeidet sitt. Eller at pårørende ikke ønsket at dette skulle brukes. Dette kunne være tilpasset seng eller heis i forbindelse med stell av brukeren. En sykepleier sa det slik:

”Vi har jo krav på det, sånn at det blir jo først å prøve å få dem til å skjønne behovet vårt og så.. at vi ikke kan gå der hvis vi ikke får heis eller seng, hvis det er det det er behov for. Fordi vi... nei vi prøver å få dem til å skjønne at vi ikke kan ødelegge ryggene våre. Det er en utfordring!”

Dette kunne være svært belastende for den enkelte sykepleier som selv opplever at hun ikke kan ”ta igjen” når hun opplever seg presset i ulike retninger. En sykepleier sier:

”Vi har hatt litt veiledning på dette...med psykiatrisk sykepleier som sier vi ikke skal finne oss i hva som helst faktisk. At vi skal møte pasienter og pårørende med respekt, men vi må vente å få respekt tilbake”.

En annen situasjon en sykepleier trekker fram er at pårørende vil at sykepleieren skal ta et ekstra besøk om kveldene til mor eller far. Brukeren selv ønsker ikke dette eller har bedt om dette, og sykepleieren føler hun kommer i en skvis på denne måten. Det kan være at pårørende er engstelig for at mor eller far ikke tar hjertemedisinen sin og ønsker at hjemmesykepleien skal sørge for at dette skal bli gjort. Så kommer de uventet til brukeren og brukeren uttrykker overraskelse fordi sykepleieren kommer. Sykepleieren sier da:

”Da må jeg jo si at datteren din har ringt og er engstelig”.

Imidlertid synes de fleste at det er koselig at sykepleieren dukker opp. Spesielt hvis hun har tid til å sette seg ned, for de fleste er veldig ensomme, sier en sykepleier.

En sykepleier fremhevet imidlertid at pårørende som oftest kunne være en stor ressurs for brukeren og hjemmesykepleien. Når brukerne hadde pårørende i nærheten opplevde også sykepleieren en type avlastning i forhold til brukeren. En av dem sa det slik:

”Heldigvis hadde hun en datter i nærheten, så jeg ringte henne og ba henne ta et tilsyn i løpet av kvelden. Akkurat da kjente jeg det hadde vært godt å gå på et tilsyn til, men det var helt fysisk umulig for meg å gjøre når det var så mye annet jeg skulle gjøre i tillegg.”

Samtidig stiller den enkelte sykepleier seg tvilsom til om det er hennes jobb å erstatte familie. De mener det ikke kan være hjemmesykepleiens jobb og ansvar. En sykepleier trekker også frem de nære båndene de kan få til brukerne som ikke har familie. Mange av brukerne sier de blir som et barn eller barnebarn for dem. Sykepleierne kan være de eneste de ser i løpet av dagen og brukerne får et svært personlig og nært forhold til sykepleierne. Om dette sier en sykepleier:

”Det er jo både trist og det er veldig godt å vite at man gir noe, at faktisk så gjør man en forskjell, at kanskje hele dagen er avhengig av det besøket, det kvarteret om morgenen. Man smører kanskje litt frokost til dem eller leverer medisiner. Altså små ting i den store sammenhengen, men så utrolig store ting for dem. Så det er vel det som gjør at man holder ut det her...”

En sykepleier beskriver at det er mange utfordringer i forhold til pårørende og at dette utgjør en ekstra belastning for dem i deres arbeid. Hun trekker frem at flere korttidsplasser kunne

vært en løsning for slitne pårørende, men at dette var en mangel. Samtidig hadde den enkelte sykepleier ofte for store forventninger hengende over seg fra pårørende. En sykepleier sa hun trengte veiledning fra psykiatrisk sykepleier da dette ofte ble for tungt og hun ikke visste hvordan en enkelt sak kunne håndteres. Samtidig var hun engstelige for å være for streng i forhold til pårørende da hun var redd at pårørende for eksempel kunne gå til media og klage på behandlingen de fikk av kommunen. Den enkelte sykepleier går selv inn og tar ansvar og strekker seg så langt hun makter for å innfri de forventningene som ligger der. Ingen av sykepleierne i undersøkelsen definerte situasjonen på en annen måte, ved for eksempel å si at "hadde kommunen gjort sånn og slik, så hadde det ikke blitt så vanskelig for oss". Nei, de tvert imot gikk selv inn i de vanskelige situasjonene etter beste evne. Sykepleiernes faglige idealer ser ut til å være det sentrale i møte med bruker og deres pårørende. De er opplært til å være "spesialister" i relasjonelt arbeid, de vet at arbeidet innebærer dypere involvering med andre mennesker og de ønsker å leve opp til disse idealene. Ingen stiller spørsmål om det kanskje skulle være noen andre som kunne løse dette for dem. Og hele tiden være midt mellom ulike forventninger kunne gjøre dem motløse og trette, men de opplevde at dette var deres jobb. Hva er det da som driver sykepleieren? Noe av dette var tydelig for den enkelte sykepleier. De visste at brukeren ofte var mye alene. Som oftest ble de godt mottatt og de opplevde at brukeren så frem til møtet med den enkelte sykepleier. Sykepleieren opplevde at kun de små ting som det å smøre litt mat eller bare det å være tilstede fem minutter kunne bety alt for den enkelte bruker. Utfordringene med pårørende var i de fleste tilfeller ikke så belastende at det fikk mer fokus enn den gode kontakten de hadde og ønsket å ha med den enkelte bruker av tjenesten. Dessuten var sykepleieren takknemlig overfor pårørende, og så ofte på disse som en viktig ressurs i den enkelte brukers liv. Imidlertid kan slike situasjoner være en god illustrasjon på kommunens universelle velferdsambisjon hvor sykepleieren står kontinuerlig i spenningsfeltet mellom ytelseskrav og ytelsesevne. Altså, misforholdet mellom hva befolkningen forventer av kommunale tjenester og det som er mulig å yte.

Utfordringen som den enkelte sykepleier kan møte i forhold til bruker er trolig ikke en ny utfordring de har fått på grunn av innføringen av ISF. Disse utfordringer er nok konstante uansett system sykepleieren arbeider under. Et unntak kan trolig være hvis det er slik at det er blitt færre sykehjemsplasser/korttidsplasser etter innføringen av ISF. Da kan presset på den enkelte sykepleier trolig øke. Oppgaven har imidlertid ikke som mål å belyse denne problemstillingen.

Det er altså flere ulike situasjoner og utfordringer sykepleieren trekker frem for å beskrive sin hverdag ute i felten i møte med den enkelte bruker. Enkelte av disse utfordringene kan ses i sammenheng med ISF som styringsform. Sykepleierne beskriver ulike situasjoner som

oppleves utfordrende. Terminalpleie er en av disse oppgavene de har å forholde seg til og som de beskriver. At sykepleieren stadig får sykere brukere i hjemmene medfører ekstra store krav og forventninger både fra brukeren selv og hennes/hans pårørende. Her må sykepleieren ofte balansere mellom vanskelige overveielser med hensyn til den omsorg og pleie hun skal utføre. Tiden kan ofte oppleves knapp og dette kan sette sykepleieren i en vanskelig situasjon. Høyt tempo er noe som preger hverdagen til sykepleieren, men det kan se ut til at de klarer å forholde seg til dette på en god måte. De beskriver også utfordringer i møte med psykiatriske pasienter og er usikre på hvordan håndtere dette, uten at de opplever dette går på bekostning av deres omsorgsideal. Men snarere kanskje en opplevelse at "de ikke får gjort noe" i møte med den enkelte bruker. Sykepleierne beskriver også at de er opptatt av å ivareta brukerens autonomi og gir eksempler på hvordan de håndterer dette. Sist, men ikke minst, beskriver sykepleierne at det under ISF ikke gis mulighet til sosial kontakt. Imidlertid opplever ikke sykepleierne selv dette som problematisk i forhold til det omsorgsideal de representerer.

4.2 Hvem rår over tidsbruken, hvor mye tid brukeren skal få?

Kristiansand kommune har innført ISF i hjemmebasert omsorg som tidligere anført. I praksis betyr dette at det såkalte brukerkontoret/EBT skal bestemme tidsbruken den enkelte sykepleier får hos brukeren. Tidsbruk er også et viktig aspekt i forståelsen av hva god omsorg innebærer. Mange hevder at omsorgsidealet skal inneholde det å "ta seg tid" og ikke bare være opptatt av effektiv tidsutnyttelse.

Sykepleierne i undersøkelsen uttrykte at det på forhånd var blitt lite informasjon om hvordan det nye systemet skulle virke og hvilke konsekvenser dette ville få for dem. Mye av informasjonen kunne de lese i media. De fleste sykepleierne var engstelige for hvordan dette ville slå ut for deres arbeidssituasjon. De gjorde seg mange ulike tanker. Hvordan ville det bli når det var helt andre enn de selv som skulle avgjøre tidsbruken hos den enkelte bruker. Hva om de så var uenige i vurderingene til det nyopprettede EBT kontoret? Hva skulle de gjøre da? Situasjonen i min undersøkelse viste at sykepleierne ute i sonene 3 år etter innføringen av ISF løste dette på sin egen måte, og som de stort sett var fornøyd med. En av dem sa det slik:

"Hvis jeg kommer til en bruker og han trenger mer tid enn vi har fått tildelt til han, tar jeg mer tid".

Sykepleieren gir altså uttrykk for at hun bruker den tiden som er nødvendig hos hver enkelt bruker. Dette i seg selv er interessant når man leser dokumentene og intensjonene til

kommunen som i utgangspunktet har bestemt at det er EBT som skal avgjøre tidsbruken hos den enkelte. Man kan undres over hva som har skjedd underveis i prosessen på disse få årene.

Sykepleieren selv var opptatt av å gjøre en god faglig jobb i møte med den enkelte. For, sa en annen:

”Hvis man er et medmenneske slutter man ikke med det selv om vi får stoppeklokkeomsorg”.

Denne uttalelsen kan tyde på at sykepleieren har med seg sin sykepleiefaglige identitet uansett hva slags regime de måtte arbeide under. Den kan også tyde på at den sykepleiefaglige biten er helt sentral for sykepleieren. Uttalelsen kan også indikere at personlige egenskaper til den enkelte sykepleier ikke er noe man kan bytte ut til enhver tid det måtte passe. På den måten sier informanten noe om egne holdninger som relativt stabile på tross av nye systemer arbeidsgiver måtte pålegge dem. Dette går på mange måter dypere enn en rent pragmatisk innstilling overfor både brukeren og arbeidsgiveren. Sykepleierens holdninger er konstante, mener denne sykepleieren.

Slik det fremgår av sykepleierens uttalelser kan det se ut til at å arbeide under et ISF- system kan gis anledning til egne faglige vurderinger med hensyn til tidsbruk. For som de sier:

”De hører på oss når vi dokumenterer hvorfor vi vil ha det sånn som vi vil ha det”.

Slik sykepleieren uttaler det, kan det se ut som at EBT godtar sykepleierens vurderinger. Sykepleierne argumenterer faglig i møte med EBT, og får altså brukerendring når de dokumenterer dette. På den måten kan det se ut til at sykepleierne ikke opplever at det er andre enn dem selv som avgjør brukerens tid. Slik det ser ut til å fungere i Kristiansand kommune i dag er EBT et kontor som i utgangspunktet skulle gjøre alle vurderinger av den enkelte bruker ute i felten. Av en eller flere grunner ser dette ut til å ikke virke etter hensikten. Sykepleieren er selv ”i styringa” med hensyn til tidsbruken. Det som sykepleieren har fått i tillegg er ny og ekstra dokumentasjon til EBT. Bortsett fra den faglige vurderingen som sykepleieren argumenterer for, er det vanskelig å få øye på andre motiver som måtte drive sykepleieren til å nærmest ”ta skjeen i egen hånd” i møte med den enkelte bruker. Om det er en taus protest mot systemet hvor sykepleierne sier ”vi gjør som vi alltid har gjort” er der ikke dekning for å si. Sykepleieren viser med dette at hver enkelt bruker ikke kan ”standardiseres” slik systemet legger opp til. De ser hver enkelt bruker og vurderer sin

tidsbruk individuelt. Dette i motsetning til ISF- systemet som har standarder og tidsbruk som entydig definerer ulike prosedyrer. Denne tar lite hensyn til individuelle variasjoner hos den enkelte og heller gis det ikke rom for at dagene ikke alltid er like for den enkelte bruker som sykepleierne møter ute i felten. Dette gjør sykepleieren noe med i måten de ”løser” denne utfordringen på. Det kan se ut som de ikke aksepterer denne troen på entydighet hos brukerne sine.

En sykepleier i undersøkelsen var imidlertid inne på om ISF var en måte å kontrollere profesjonen på. Imidlertid var hun ikke sikker på dette, men fortalte at noen sykepleiere i sona hun arbeidet i, hadde diskutert dette da innføringen fant sted. Hun sier det slik:

”Ja, vi har nok diskutert det litt, men når det ble snakk om det med stoppeklokke, altså helt konkret at vi skulle bruke stoppeklokke, så ble det jo mer diskusjon på .. herlig land, skal vi bruke enda mer tid på sånn! Altså, hvor går grensen nå? Og da, tenkte vi at det var helse og sosial som skulle styre over oss, for å si det sånn. Men jeg tror det egentlig ikke.”

Dessuten, sier hun:

”Jeg teller ikke minutter. Men det kan ikke gå utover alle breddegrader altså!”

Igjen viser dette at sykepleieren ikke forholder seg til annet enn at den enkelte bruker må få den tiden han trenger. Samtidig viser sykepleieren at hun ikke på noen måte vil sløse med tiden. Men arbeidet som trengs å gjøres rent faglig, det blir gjort.

En sykepleier mente også at brukerkontorets funksjon hadde ”sklidd ut” og at man stort sett befant seg der man var før. Dette kunne det være ulike grunner til, mente hun. En av årsakene kunne være at brukerkontoret hadde for mye å gjøre. En annen sa det slik:

”EBT, jeg tror de har slitt med mye sykmeldinger og mye lav bemanning, så det var vel egentlig meninga at de skulle foreta mer vurderingsbesøk og mer hjemmebesøk i begynnelsen, men altså..det er jo nå opp til oss hva vi synes og ikke synes. Det er jo veldig ofte de ikke foretar...eller går på hjemmebesøk for å se om det virkelig er nødvendig.”

Og en annen sykepleier sa det på denne måten:

”Jeg tror ikke at de (EBT) så omfanget hvor stort dette ble, virker det som.”

Sykepleierne mente at tildelt tid var en utfordring, men at en etter hvert ble vant med det også. ISF innebærer ikke noe særlig nytt for sykepleierne i forhold til å arbeide med et visst tidspress på seg. Noen antydte at det i begynnelsen var en skepsis blant sykepleierne da de leste i avisen at man skulle gå med et kort som skulle avlese tidsbruken hos brukeren. Hvordan skulle dette gjøres rent praktisk, var et av spørsmålene. Imidlertid ble ikke dette tilfellet for Kristiansand kommune. Erfaringene med EBT så langt viste noe helt annet.

En sykepleier sa det slik:

”Jeg har ikke merka noe etter innføringen av ISF. Brukerne må jo ha den hjelpa de trenger uansett. Og, det er det som er fint med ISF, brukerne få den tiden de trenger”.

Denne uttalelsen er på mange måter oppsiktsvekkende tatt i betraktning all den motstand ISF har fått blant de ulike profesjonsutøverne, omtalen i media, kamp fra ulike fagforbund og ikke minst rent politisk. Sykepleieren sier at hun rett og slett ikke har merka noe etter innføringen av ISF.

Innføringen av ISF kan se ut til å ikke ha medført de helt store endringene for sykepleierne når det gjelder verken tidsbruk eller EBT sin rolle. For sykepleieren som leste i avisene, da ISF skulle innføres, at de måtte gå med et stemplingskort hos hver enkelt bruker de skulle besøke, til dagens realitet er det lang avstand. Sykepleierne sier selv at de vurderer tidsbruken hos hver enkelt etter faglig skjønn. Forholdet til brukerkontoret sier den enkelte ikke så mye om, annet enn at de sender B-notater når det er brukarendring, noe som ofte forekommer. Sykepleierne sier selv at de stort sett får godkjent disse endringsmeldingene av EBT-kontoret. De gir også uttrykk for at det ofte er de selv også som foretar disse vurderingene, da EBT har for mye å gjøre. Sykepleierne vet at pengene følger brukeren og at den sona de tilhører får penger etter hvor mange brukere de anvender tiden sin hos. Derfor er det for dem også viktig å hele tiden være à jour med tidsbruken hos den enkelte. For ellers ”*jobber vi jo gratis*”, som en av dem uttrykte det. Det som kan synes å være en utfordring for noen er lange kjørestrekninger uten at det er lagt tilstrekkelig med tid i det, selv om sykepleieren synes det er godt med en pust mellom hver bruker. Men igjen, der følger ikke nok penger med til dette ble det hevdet.

På det konkrete spørsmålet om hvordan sykepleieren opplever at det er andre enn dem selv som avgjør hvor mye hjelp den enkelte bruker skal få, synes svaret rimelig klart. Sykepleieren opplever ikke at det er andre enn dem selv som avgjør tidsbruken hos den enkelte bruker.

De opplever selv å være i styringa med hensyn til tidsbruk. Det betyr ikke at den enkelte sykepleier ”utnytter” denne situasjonen. Slik det ser ut, foretar de hele tiden en avveining i tidsbruk på faglig basert vurdering.

På bakgrunn av dette kan det synes at brukerkontoret kan være et unødvendig ledd som mer skaper et ekstra arbeid for sykepleierne i form av mer administrativt arbeide. Dette ble også konkret hevdet av en av informantene. Sykepleieren får altså mer kontorarbeid med å fylle ut B-notater for hver gang tidsbruken hos den enkelte bruker endres. Og som de sier:

”de hører alltid på oss”.

En hevdet innvending mot ISF som går på effektivitetstanken og at man fjerner sykepleieren fra en individualisert omsorg under ISF, synes ikke være aktuell problematikk. Tvert i mot. Sykepleieren vurderer brukeren ut i fra sine faglige kvalifikasjoner. Høyt tidspres er de vant med og som de sier:

”hvis brukeren trenger mer tid, så sender vi bare en melding til EBT”.

Denne innvendingen ser dermed ut til å ikke slå til i denne undersøkelsen. Hver enkelt bruker fikk en individualisert omsorg i følge den enkelte sykepleier. Likedan var de store lojalitetsproblemene i forhold til arbeidsgiver og bruker ikke tydelig fremme. Sykepleierne var ikke opptatt av dette i sine fremstillinger. Hvorfor de ikke var det, er usikkert å si så mye om. Men en forklaring kan være at siden de fikk den tiden de trengte etter å ha skrevet brukerendring til EBT var ”problemet” løst. De fikk således en akseptasjon fra sin arbeidsgiver til å gi brukeren det som sykepleierne mente var faglig forsvarlig. Heller ikke sykepleierens idealer så ut til å lide under ISF- systemet. De opplevde selv å yte god og riktig omsorg for den enkelte bruker. Skrekkbildene fra media om standardisering, effektivitet og måling av den enkelte bruker var ikke sykepleierens opplevelse av sin egen hverdag. Også innvendingen mot entydiggjøring av det enkelte menneske var fremmed for sykepleierne i møtet med den enkelte. De tok den tiden de trengte til den enkelte bruker etter den enkeltes individuelle behov. Riktignok sa de der var grenser, men brukeren og hans/hennes behov ble individuelt vurdert.

På bakgrunn av dette, kan det se ut som den enkelte sykepleier i hjemmebasert omsorg snarere har styrket sin rolle etter innføringen av ISF slik det fungerer i Kristiansand kommune i dag. Sykepleierens store grad av fleksibilitet overfor EBT og ute i felten tilsier dette.

Fordi, som en av dem sier det:

”Jeg har aldri hørt om noen som ikke får mer tid om vi begrunner det faglig”.

Hva om det ikke hadde vært slik? En sykepleier påpekte akkurat dette med å si:

”Hvis det hadde fungert som det skulle fungere, så hadde det nok vært noe helt annet”.

Slik det kan se ut er dette det springende punktet. ISF fungerer i dag ikke slik sykepleieren var redd for det ville bli og slik intensjonen opprinnelig var. De synes at ISF slik det fungerer i dag er bra. Men det er altså fordi det ikke fungerer! EBTs funksjon er slik det fremgår ikke slik man hadde en intensjon om, nemlig at det var derfra man foretok beslutningene om tidsbruk. I stedet fremgår det at det ofte er sykepleieren selv som avgjør tidsbruken. Og de vurderer selv ut fra en faglig begrunnelse. Sykepleierne er med andre ord autonome i sine avgjørelser. De må ikke gå på akkord med sine sykepleiefaglige vurderinger. De kan yte omsorg slik de selv mener er den riktige måten å yte omsorg på og lojalitetsproblemer i forhold til sin arbeidsgiver versus bruker er ikke tema. Også innvendingen mot en pasient - objektivisering kan synes vanskelig å få øye på. (Martinsen, 2005) snakker om *”den distanserte ufølsomhet”* og er kritisk og engstelig for denne i helsevesenet i dag. En slik tolkning er det vanskelig å finne belegg for i undersøkelsen, men det er likevel verdt å stille spørsmål ved dette.

Fungerer systemet mot sin hensikt kun etter sykepleierens ”pipe”? Eller ligger der ukjente faktorer til stede som det er vanskelig å få øye på? Det er kun sykepleierens røst som har fått komme til syne i undersøkelsen. Det har hele tiden vært hensikten. Men hvordan ville situasjonen ha vært om spørsmålene hadde vært rettet mot brukergruppen, eller mot systemet selv. Er det kun fordi systemet ikke fungerer som det skal at sykepleierne fremdeles sier at ISF faktisk er ok? Eller kan det tenkes at sykepleierne ikke er så opptatt av holdning til utøvelsen av yrket sitt og slett ikke er så opptatt av objektivisering og depersonalisering hos den enkelte bruker. En annen mulighet er at sykepleierne selv er så institusjonalisert inn i det styringssystemet de tilhører at de ikke er bevisst ”hvem som styrer hva”. Sykepleierne har tidligere uttrykt frustrasjon i forhold til psykiatrioppgavene de hadde. En av dem sa det slik:

” det er jo noe helt annet enn et sår, og det er uklart hva vi kan gjøre”.

Ut fra en slik uttalelse er det naturligvis langt å trekke en konklusjon mot at sykepleierne er mer pragmatisk rettet, men det kan gi en indikasjon på hva sykepleierne liker å gjøre og hva de føler de mestrer. Kan det bety at de overser ”den annens ansikt” (Martinsen 2003). Sykepleierne argumenterer hele tiden med at det er den faglige vurderingen som hele tiden blir avgjørende for deres vurderinger. Det kan se ut til at dette er styrende for hva de gjør ute i felten. Der er ikke mange signaler som viser til at sykepleierne ikke er opptatt av den enkelte som individ og enkeltmenneske. Dette gjør de rent praktisk ved å gi brukeren ”det han trenger”.

Ved innføringen av ISF skal et brukerkontor ha ansvaret for den tildelte tiden til hver enkelt bruker. I praksis ser dette ut til å ikke stemme helt med hva sykepleierne sier. De velger selv tidsbruk hos den enkelte etter sine egne faglige vurderinger. EBT på den annen side svarer med å etterkomme sykepleierens ønsker når disse er faglig begrunnet. Det kan se ut til at dette glir på en smertefri måte. Sykepleierne mener brukeren får den pleien han rettmessig har krav på. De gir også uttrykk for at de ikke opplever at det å jobbe under en ”stoppeklokkesituasjon” har ført til flere utfordringer enn de tidligere har hatt.

4.3 Hvordan er det å arbeide under en ISF-organisering?

Grunnbemanning

Enkelte sykepleiere i undersøkelsen gav uttrykk for at det kunne være et vanskelig puslespill å hele tiden ha rett bemanning i forhold til hvor mange brukere de til enhver tid hadde. Flere av sonene opererte med lavere grunnbemanning og benyttet sine egne sykepleiere til å dekke opp etterspørselen i tider det var mer å gjøre. Flere sykepleiere hadde ikke 100% stilling og de var derfor lette å spørre til ekstravakter. Sykepleierne visste at sona ville gå med underskudd om de hadde for høy bemanning. Imidlertid var det ikke alltid lett å kunne forutse arbeidsmengden til enhver tid. En av dem sa om stillingsbrøkene:

”Sånn som meg, jeg jobber 75%, men vil jo helst jobbe 100%. Men så blir folk syke og så skjer det masse på en gang, og da får jeg ekstravakter. Dessuten hvis du setter inn en 100% stilling, ikke sant, så kommer de rolige periodene og så er du overflødig.”

De fleste sykepleierne som hadde lavere stillingsbrøk ønsket å kunne jobbe mer om de hadde fått anledning til det. Ved innføring av ISF i kommunene skiller man drift og forvaltning innenfor omsorgstjenesten. Som tidligere anført er ansvaret for tildeling av tjenester flyttet fra hjemmesykepleien i sonene til en enhet for behovsvurdering og tjenestetildeling. Det økonomiske ansvaret for tjenestene legges til denne bestillerenheten. Det betyr igjen at den som utfører oppdraget for en bruker får økonomisk dekning for dette. På denne måten blir det viktig for sonene å ikke ha for mange ansatte i tider med færre brukere. Slik det fremkommer av undersøkelsen er sonene styrt etter dette og har ansatte med stillingsbrøker lavere enn mange av dem selv ønsker det. Produktivitet er med andre ord en viktig faktor i organiseringen av tjenestene. For som en sykepleier tidligere uttrykte det:

”ingen brukere – ingen penger”.

Det som kan få en til å undre er sykepleierens nikkende samtykke til å sitte i stillingsbrøker som ikke er ønskelige. De er tvert i mot glade for å kunne bli tilbudt ekstravakter for å dekke opp sin manglende brøk. De sier lite om innvendingen mot den anvendte produksjonsmodellen for omsorg de arbeider under. De sier ingenting om mål-middel-tenkningen som finner sted i organisasjonen. Kan det være fordi de bare er takknemlige for i det minste å ha et arbeid å gå til? En sykepleier sa det slik:

”arbeidsmarkedet er vanskelig nok i dag”.

Eller kan det være at sykepleierne ikke er opptatt av hvordan tjenestene er organisert bare de selv ”får være i fred” med sitt. Som vi har sett er sykepleieren i stand til å bestemme tiden selv hos den enkelte bruker når dette er faglig begrunnet. Men hvorfor sykepleierne er tause når det kommer til ideologi er det vanskelig å få øye på.

ISF –systemet kan se ut til å kunne gi en økonomisk gevinst til kommunen og dermed til ulempe for sykepleieren som må akseptere lavere stillingsbrøker ved ansettelse. Imidlertid, sykepleieren hadde faktisk stor forståelse for at arbeidsgiver må gjøre det på denne måten, selv om de selv sitter igjen med ”svarteper” når kortene fordeles. Alle sykepleierne i undersøkelsen var kvinner. Dette kan ses på på ulike måter. Wærnes har blant annet i sin forskning vært opptatt av kvinners omsorgsrolle, først i hjemmene og deretter ute i samfunnet. Hun har vært opptatt av hvordan omsorgsrollene ute i samfunnet er blitt mer og mer profesjonalisert og at det stadig kreves mer teoretisk kunnskap for å utføre disse

arbeidsoppgavene. Hun peker på at kvinner har nå som før ansvaret for omsorgen i familien, men også fått et lønnet omsorgsarbeide utenfor familien.

Mer administrasjon

Den enkelte sykepleier i undersøkelsen synes at ISF medførte at de hadde fått mer interessant arbeide fordi det nå var blitt mer variert. De fikk blant annet mer administrasjonsarbeide i forhold til brukerendringer. En sykepleier sa det slik:

”På en måte gjør det arbeidet mer interessant for oss. Vi får mer administrasjon”.

Imidlertid gjaldt dette ikke alle. Noen uttrykte stor frustrasjon over merarbeidet de hadde i forbindelse med brukerendringene. Det kunne være alt fra datatrøbbel til at de ikke mente tidsbruken til administrasjon var riktig. Det kunne også tyde på at der var ulik praksis i sonene når det gjelder hvem som foretok det administrative arbeidet. At det var ulikt syn på de administrative oppgavene henger trolig sammen med noe så enkelt som at noen har mer interesse for papirarbeid enn andre. Enkelte mente også det var en pust i bakken i forhold til løpet ute i felten.

Det fremgikk av undersøkelsen at sykepleieren mente at det var flere skjemaer å forholde seg til etter innføringen av ISF. Imidlertid og som tidligere anført, ble deres syn for det meste imøtekommet av brukerkontoret når dette ble faglig begrunnet. Slik det kunne fremgå av sykepleiernes uttalelser, kunne utfordringen være å hele tiden følge opp brukerendringene, slik at tidsbruken som gikk med til enhver tid var riktig. En sykepleier sier det slik:

”Å følge opp B- notatene, det er en utfordring. Hvis vi ikke melder og mailer til EBT en økning, så vil vi jo ikke få det. Da jobber vi jo gratis, så da går det ut over sona. Og den andre veien, selvfølgelig, er vi sene med å melde så vil jo sona få penger som de ikke skal ha. Hvis det er reduksjon. Så utfordringen er egentlig å følge opp det her.”

At sykepleierne får en ekstra oppgave med brukerendringer er en av innvendingene som har vært rettet mot ISF. De som har vært skeptiske har hevdet at sykepleieren skal være hos brukeren og ikke sitte med mer papirarbeid enn nødvendig. Det kan synes som endringsmeldinger til EBT kan medføre en ekstra oppgave sykepleieren må forholde seg til. Da det hele tiden er viktig å ha et riktig tidsbruk både den ene og den andre veien.

Enkelte sykepleiere mente allikevel at det administrative kom litt i bakgrunnen fordi de prioriterte andre ting først. Og ofte opplevde de dette som en ekstrabelastning på slutten av en arbeidsdag.

”Med mailing til EBT og tilbakemelding på det ene og det andre, og så er det flisespikkeri. Ja, veldig mye sånne ting som kanskje hadde vært greiere hvis vi hadde hatt mer tid. Det er veldig mye som faller på oss!”

ISF medfører mer tid til administrasjon. Først har man EBT som gjør sine vurderinger, deretter gjør sykepleieren det samme som EBT, nemlig vurderer tidsbruken til den enkelte bruker. Ofte vil disse vurderingene ikke helt stemme og sykepleieren må sende brukerendring til EBT for å få korrigert tidsbruken, noe som oftest blir imøtekommet av EBT. Man må kunne spørre seg hvor logikken i dette systemet ligger. Kanskje er hele forklaringen at ISF ikke fungerer som det skal, slik en sykepleier sa det. For om det hadde fungert skulle det trolig ikke føre til mye ekstra tid til administrasjon? Da skulle det trolig være nok med at EBT foretok vurderingen en gang for alle? Nå er det riktignok en stor forenkling, og en kan si at om brukerne var maskiner som vi kjente funksjonene på til enhver tid kunne man kanskje tenke seg at dette var mulig. Men brukeren er et menneske som kan være forutsigbart og ikke forutsigbart. Entydiggjøring av mennesket ser ut til å være svært vanskelig i praksis. For sykepleieren ute i felten vil alltid oppleve endringer i den enkelte brukers helse. Den kan variere fra dag til dag. Hvordan er det da mulig å kunne tenke seg et system basert på standarder i forhold til pleie? Og ikke minst kategorier som entydigheter, rasjonalisering og standardisert kunnskap.

Om det da var slik at systemet virkelig hadde fungert etter hensikten, hvordan ville situasjonen da ha artet seg for den enkelte sykepleier?

Kaller det brukere – ikke pasienter

Den enkelte sykepleier i undersøkelsen kalte pasientene brukere. Dette ble begrunnet med at de var brukere av en tjeneste som de fikk av kommunen. En annen begrunnelse var at de fleste ikke var syke, bare gamle mennesker. En sykepleier hadde også hørt av de kanskje kunne kalles borgere, men at hun syntes brukere var et bedre navn. Sykepleieren mente at det på sykehjem ble kalt pasienter, men ikke når de bodde i sitt eget hjem.

En av dem sier det slik:

”Vi bruker jo ”bruker” konsekvent bruker vi det. Men jeg faller jo litt tilbake til pasient, men jeg vet ikke... egentlig så synes jeg ordet bruker er greit. De bruker jo en tjeneste de har fått tildelt fra kommunen”.

Hjemmebaserte tjenester er lagt opp slik at hver enkelt søker om en tjeneste fra kommunen. Der fattes da et vedtak om hvor mye hjelp den enkelte skal få. Slik har det vært tidligere og slik er virkeligheten også etter ISF. Ordet bruker er imidlertid av relativt ny dato når det gjelder sykepleietjenester. Dette kan tenkes å ha sammenheng med nye ideologiske forankringer som er tuftet på ideer fra New Public Management. NPM representerer tanker om organisering der det skjer disaggregering av atskillelse av ulike funksjoner ved å introdusere kjøper/selger- relasjoner. Og videre at det skal legges til rette for at private virksomheter kan konkurrere med det offentlige markedet. I denne oppgaven har jeg valgt å se innsatsstyrt finansiering som en reform inspirert av NPM- tenkningen. På bakgrunn av dette kan det virke logisk å gå bort fra begrepet pasient til begrepet bruker. Mange kritiske røster hevder at dette kun er begynnelsen på en privatisering av hjemmebaserte tjenester i kommunene. Dette er i så fall politiske beslutninger som må tas, men med stadig dårligere og dårligere økonomiske betingelser for kommunene er naturligvis dette et tema som allerede er på agendaen for flere.

Det som imidlertid er interessant er at ingen sykepleiere i undersøkelsen gjorde seg så mange tanker rundt begrepsbruken. Enkelte hevdet at de brukte ordet bruker, men at det var lett å falle tilbake på ordet pasient. Men siden den enkelte var bruker av en tjeneste syntes det naturlig at det var bruker det skulle hete. Ingen av informantene brakte på bane ideologisk mistillit til begrepet. Det kan derfor se ut til at begrepet på en naturlig måte er blitt implementert hos gruppen profesjonsutøvere uten nevneverdig diskusjon i organisasjonen.

Når det gjelder å arbeide under en ISF-organisering er det tre områder sykepleierne trekker frem. Det kan se ut til å være vanskeligere å få 100% stilling. Kommunen kan operere med lavere stillingsbrøker og ”kalle inn” ledige sykepleiere når behovet melder seg. Sykepleierne gir selv uttrykk og forståelse for dette, da de vet at det er pengene som følger den enkelte bruker, og hvis det ikke er brukere er det ingen penger til å lønne dem. På den måten ser det ut til at det er ”markedet” som styrer sykepleiernes ansettelsesforhold i noen grad. Likedan fremkommer at det å arbeide under en ISF-organisering medfører økt krav til dokumentasjon med hensyn til tidsbruk. EBT-kontoret skal godkjenne alle endringsmeldingene sykepleierne

dokumenterer på en god og faglig måte. Til sist ser det ut til å ha skjedd en dreining med hensyn til hva man kaller de som har søkt på en tjeneste fra kommunen. Mens dette tidligere alltid har blitt kalt pasient, ser man nå en dreining hvor sykepleierne kaller dem brukere. De mener selv at dette er naturlig ut i fra den bakgrunn at den enkelte har søkt om en tjeneste fra kommunen. Denne dreiningen kan synes å være et begrepsbruk som man finner under NPM, s ideologi, og som da fester seg i profesjonen etter som tiden går.

4.4 Hvordan oppleves ordningen med ISF og hvordan håndterer sykepleierne dette?

Ved innføring av ISF i kommunen skal man få et bedre styringsverktøy i forhold til budsjett. Man vil på en mye enklere måte også få en oversikt over hvor mye penger som brukes til enhver tid. Kristiansand har valgt en såkalt ABC- metodikk for å kalkulere prisene. Da splitter man tjenesteproduksjon i ulike aktiviteter. Deretter henføres det kostnader til de ulike aktivitetene slik at aktivitetskostnaden fremkommer. For kommunen som innførte ISF er det klare fordeler når det gjelder å få en bedre oversikt over hvordan pengene anvendes. Men hvilke fordeler eller avlastning vil dette konkret være for sykepleieren? Som tidligere vist til opplevde sykepleieren ikke at de visste så mye om hvordan ISF skulle virke rent praktisk for dem. Så hvordan så dette ut etter tre år med ISF i kommunen? Dokumentene som jeg forholdt meg til og brukte som "bakgrunnsteppe" sier lite om hvordan dette ville slå ut for sykepleiere i den nye organisasjonsmodellen. Jeg har tidligere vist til at rapporten fra Ernst & Young inneholder for det meste tekniske og økonomiske begreper. Likedan en rapport som foreligger fra Kommunal -og regionaldepartementet er oppbygd med tekniske og økonomiske termer. Men hva tenkte sykepleierne selv om dette?

En sykepleier viste til en situasjon hvor ISF kunne være avlastende i forhold til tidligere. Hun nevnte at det ikke lenger var mulig for pårørende å "komme på døra" og be om sykehjems plass til en av sine pårørende. Dette kunne tidligere ofte være tungt for sonelederen, mente hun.

"At fordi om en kjente en som trengte veldig sånn og sånn, nå skulle det være nøytralt og likt for alle. Det synes jeg er bra".

Denne uttalelsen som ikke omhandlet arbeidet konkret ute i felten var det eneste som kom frem av ulike ytringer i forhold til eventuelle ulike fordeler sykepleierne selv kunne se at de hadde med innføring av ISF. Samtidig som det har fremgått tidligere, syntes sykepleierne at

ISF var bra! Som fremkommet tidligere er sykepleierne i stor grad autonome med hensyn til vurderinger av tidsbruk hos den enkelte. De blir hørt fra EBT- kontoret for sine faglige vurderinger. Jeg har tidligere tatt til orde for at det kan synes som sykepleierne slik det fungerer i dag besitter mer makt enn kanskje var tilsiktet. Jeg er usikker på om den enkelte sykepleier selv er klar over dette. En av dem tok også til orde for at systemet var bra fordi det ikke fungerer! Sykepleierne ble også spurt om de tenkte på å gjemme seg bak at det var EBT som foretok tidsvurderingene, og dermed kunne gå fra brukeren med bedre samvittighet. Spørsmålet ble hver gang i møtegått med samme svar: ”*det har jeg aldri tenkt på!*” Igjen kan det synes klart at det er en faglig vurdering den enkelte sykepleier er opptatt av i møte med brukeren uansett hvilken organisasjonsmodell som kommunen opererer i. Er dette en villet og bevisst taktisk tilbaketrekking fra den organisasjonen de befinner seg i fordi den kommer på kant med de sykepleiefaglige idealene eller finnes der andre forklaringsmuligheter? Slik jeg ser det er det umulig å gi et entydig svar på det.

Dårlig dekning av korttidsopphold/sykehjemsplasser

Sykepleieren skvises ofte mellom arbeidsgivers krav og brukerens forventninger. Etter innføringen av ISF skal EBT foreta vurderingen av hvem som skal få sykehjemsplass. Her kan det se ut som EBT opptrer ”eneveldig” i følge undersøkelsen. Imidlertid mener sykepleierne at det er blitt merkbart færre sykehjemsplasser og færre institusjonsplasser. Dette medfører igjen at sykepleierne får dårligere brukere i hjemmet. Kommunens argument ved innføringen av ISF var å få mer rettferdig fordeling mellom brukerne ved å gjøre det på denne måten. Imidlertid opplever sykepleierne dette problematisk da mange plasser synes å være borte. Dette fører blant annet til ulike utfordringer som sykepleieren daglig møter i møte med brukeren og dennes pårørende.

Sykepleierne mener at mangel på korttidsplasser og sykehjemsplasser er en av de største utfordringene de møter i hverdagen. Som en av dem sa:

”Den største utfordringen er vel egentlig når vi ser at pasienten har behov for sykehjem fordi at de ikke kan være hjemme og ikke vil være hjemme. Det er jo ikke stort det vi kan tilby, og det vi må gjøre er å sette inn flere folk. Men det er altså sykehjemsplasser vi trenger!”

Denne utfordringen møter sykepleieren med full tyngde ute i felten. Når det tidligere er blitt anført at forholdet til pårørende kan være en stor utfordring kan dette henge sammen med at pårørende også er slitne og at de trenger avlastning. Sykepleieren blir igjen i denne sammenhengen den som bærer organisasjonens grenser i kroppen. (Vike, 2002). Det er de

som møter den pleietrengende brukeren og dens pårørende. Ofte har heller ikke brukeren nære pårørende og den enkelte sykepleier blir sett på som brukerens nærmeste. Besøket av hjemmetjenesten kan være det eneste som skjer den dagen i den enkelte brukers liv, og det kan ofte være høydepunktet. Så kommer sykepleierne til hjem hvor de kan se åpenbart behov for en sykehjemsplass uten at der finnes muligheter for å kunne tilby dette.

En sykepleier påpeker at mange eldre bor i serviceleiligheter som kommunen har prioritert. Disse var imidlertid tenkt til oppegående mennesker. Imidlertid som tiden går, trenger også disse mer hjelp enn i starten og sykepleieren mente mange var svært dårlige til å kunne bo alene. Hun sier:

”De er sykehjemspasienter mange av dem”,

Også korttidsopphold ble fremhevet av sykepleierne som en stor utfordring. Det gikk igjen at de fleste mente at dette var blitt mye vanskeligere nå etter at EBT kom. Utsagnet kom fra sykepleierne i alle sonene, men de understrekte alle at det kunne være annerledes i en annen sone. Det visste de lite om. Behovet for avlastning for pårørende var det viktigste, uttrykte sykepleierne. Og en korttids plass måtte være den beste løsningen, mente disse. Imidlertid var dette vanskelig.

”Det burde vært flere korttids plasser. For det er mange pårørende som trenger avlastning. Da behøver de ikke være så forferdelige dårlige for å få det, de behøver ikke være så skrøpelige til beins. Det kan være mange andre ting.”

På bakgrunn av sykepleierens uttalelser er det trolig behov for flere korttids plasser og sykehjemsplasser. Sykepleierne får dårligere brukere i hjemmene og de møter pårørende som er slitne. Det får innvirkning på deres arbeidssituasjon og den blir tyngre å forholde seg til. Samtidig sier sykepleierne at mange brukere trenger mer sosial kontakt, men at dette ikke er et konkret sykepleiefaglig problem som er deres ansvarsområde. Der er ikke gjort undersøkelser om sykepleierens uttalelser stemmer med det som faktisk er tilfelle når det gjelder antall sykehjemsplasser etter innføringen av ISF i kommunen. Det var heller ikke oppgavens mål, men igjen det å belyse ulike situasjoner som sykepleierne forholder seg til i møte med den enkelte bruker.

Rettferdig fordeling?

Før innføringen av ISF og EBT hadde den enkelte sone mer frihet til å foreta sine egne disposisjoner både når det gjaldt tidsbruk og også hvem som skulle få sykehjemsplass og korttidsopphold på sykehjem. Sonelederen på den enkelte sone var helt sentral i utøvelsen av dette. Dette ble endret med innføringen av ISF.

Da Kristiansand kommune innførte ISF var argumentasjonen blant politikere og administrasjon at man oppnådde en mer ”rettferdig fordeling”. Den enkelte sykepleier i undersøkelsen mente at tildeling av sykehjemsplasser godt kunne blitt mer rettferdig i kommunen etter innføringen av ISF hadde funnet sted. Dette fordi det på møtene hvor man tildeler sykehjemsplass nå kun er representanter fra brukerkontoret til stede, og ikke fra den enkelte sone som tidligere hvor alle kjempet ”for sine”. En sykepleier sier:

”Og intensjonen var jo at det skulle bli...at det skulle bli mer likt for alle. Det var jo det den gangen? At fordi om en kjente en som trengte veldig sånn og sånn, nå skulle det være nøytralt og likt for alle. Og det kan jo godt hende det har blitt. Det kan jeg ikke svare på.”

Det som imidlertid kom frem var at sykepleierne mente det var blitt vanskelig å få korttidsplasser etter innføringen av ISF. I en enkelt sone sa sykepleieren at de aldri hadde hatt problemer før ISF kom med avlastning til brukerne til en korttidsplass, men etter innføringen var nesten alle plassene forsvunnet. En annen sykepleier sa det slik:

”Men jeg synes etter EBT kom, så er det veldig mye vanskeligere å få pasienter inn på korttidsopphold”.

En annen sa det slik:

”Det som jeg vet har skjedd mange ganger, det er jo kanskje når EBT har kommet på et hjemm besøk og pasienten....det kan være pårørende eller det kan være vi som mener at de trenger et korttidsopphold, og så sitter EBT og sier: ”Har du ikke egentlig mest lyst å være hjemme?”. Og da sier jo selvfølgelig pasienten ”Jo!”, og så blir hele søknaden annullert”.

En slik uttalelse kan tyde på at det ikke foregår særlig kommunikasjon mellom sonene og EBT. Sykepleieren som uttalte dette bekreftet historien gjentatte ganger med å si hun visste det var slik det foregikk. Imidlertid utdypet hun ikke dette mer med hva hun egentlig tenkte om dette, men det kan tolkes dit hen at det finnes en form for avmakt som ikke blir sagt så

mye om. Det kan se ut som at ønsket om korttidsplasser og sykehjemsplasser var det tema som følelsesmessig berørte sykepleierne mye.

Og en annen sa det slik:

”Korttidsopphold har blitt vanskeligere. Kanskje i noen soner vil de si de synes det fungerer bedre nå. Det er mulig. Det kjenner ikke jeg noe særlig til. Men vi synes det er blitt vanskeligere.”

Sykepleierne mente allikevel at om det hadde medført en mer rettferdig fordeling hele kommunen sett under ett, så var de enige i at dette var riktig tanke. Men at det var få sykehjemsplasser og plasser til avlastning medførte at det ble større press ute i sonene noe sykepleierne merket godt i sin hverdag. Sykepleieren kunne imidlertid ikke bekrefte at tilbudet til brukerne ute i hjemmebasert omsorg var blitt mer rettferdig slik hun så det. Det som synes rimelig klart er at sykepleieren ute i felten står uten særlig innflytelse når sykehjemsplasser skal fordeles.

Sykepleierne i undersøkelsen gir uttrykk for at det er blitt vanskeligere med korttidsplasser og sykehjemsplasser i kommunen etter innføringen av ISF. Undersøkelsen har ikke hatt som mål å kartlegge dette, men gir kun et bilde av det sykepleieren formidler. Mens det tidligere var slik at den enkelte sone så om det var ledig kapasitet til sine brukere, er det nå EBT-kontoret som foretar disse vurderingene for hele kommunen. Tanken har vært å bidra til en mer rettferdig fordeling ved å gjøre det på denne måten. En av sykepleierne uttrykte også dette at de nå slapp å ha brukere på døra med et ønske om en sykehjemsplass tilseg eller sine pårørende, men at dette nå kunne overlates til EBT i sin helhet. Dette mente hun kunne være en avlastning i forhold til tidligere.

4.5 Hvilke handlingsmuligheter har sykepleierne i møte med de ulike situasjonene de står overfor – og hvordan de løser disse?

Spørsmålet kan deles i to. Det ene er hvordan sykepleierne opererer ute i felten for å håndtere de ulike utfordringene de møter i forhold til bruker versus det systemet og den organisasjonen de arbeider under. Dette er også blitt behørig omtalt ovenfor under andre avsnitt. Det andre er hvordan sykepleierne konkret forholder seg til hverandre og organisasjonen rent personlig for å mestre de ulike utfordringene de står overfor. Siden dette ikke er en studie i arbeidsmiljø, men snarere å beskrive sykepleiernes hverdag i en ISF kommune er dette tema

ikke viet større plass enn tilsiktet. Men siden man kan undres over hvordan de kommer til rette med alle sine gjøremål, høyt tempo og ny organisering av tjenester er dette tatt med som et relevant tilleggsspørsmål som i undersøkelsen er blitt besvart.

Sykepleierne sier de deler sine erfaringer med sine kolleger. Ofte blir vanskelige tema tatt opp under rapporten og sykepleierne synes de blir godt ivaretatt når de kommer med vanskelige opplevelser og hendelser ute i felten. Imidlertid opplever enkelte at det er lite de kan gjøre med de ulike utfordringene annet enn å kunne snakke om de. Når det gjelder utfordringen med pårørende er mange redd pårørende kan gå til pressen, og ledelsen ønsker oftest å dysse sakene ned. Som tidligere anført løses også utfordringen med at sykepleierne seg i mellom deler på oppgavene de synes er vanskelige. Et resultat av ISF var blant annet at enkelte soner ble slått sammen til større enheter. Dette kunne være bra på enkelte områder mente noen. En sykepleier sier:

”det som kan være bra med større soner er at vi er flere som kan bytte på de vanskelige oppgavene”.

Det kan se ut som der er handlingsrom i organisasjonen til å komme med de ulike situasjoner sykepleierne står overfor overfor kolleger og leder. Imidlertid befinner sykepleieren seg i en presset situasjon mellom hensynet til arbeidsgiver og dennes forventninger og realiteten hun møter ute i felten med bruker og pårørende som kan ha ulikt syn på behov for pleie og på hvilken måte denne skal utføres. Når hun står overfor trusler om at enkelte kan gå til pressen å klage på dårlig behandling, medfører dette at sykepleieren strekker seg langt for å imøtekomme ”alles” behov. Igjen ser det ut som om sykepleieren tar støytten når velferdssamfunnet ikke strekker til på den måten andre forventer.

Som nevnt, det er i rapporter man som regel kan bruke noe av tiden til å drøfte vanskelige saker med sine kolleger og eventuelt sin leder om man skulle trenge det.

Oppsummering analysen:

Sykepleierne i Kristiansand kommune har mange ulike utfordringer og oppgaver å forholde seg til i møte med den enkelte bruker ute i felten. De har med seg et ideal om konkret omsorg i møte med brukeren, samtidig skal de forholde seg til ISF som styringsform. Enkelte av utfordringene kan ses i sammenheng med ISF. Sykepleierne gir uttrykk for at det ikke gis rom for sosial kontakt under ISF. Dette synes de selv er rimelig tatt i betraktning alle de

arbeidsoppgavene de har å gjøre. Dette i seg selv er interessant på bakgrunn i hva man skal legge i begrepet omsorg. Likedan har sykepleierne en utfordring i forhold til tidsbruk og melding til EBT om forandring i tidsbruk. Sykepleierne snakket mye om dette, men de var svært fornøyde med hvordan dette virket. Kunne de faglig dokumentere tidsbruken, fikk de alltid den tiden de trengte, sa de. En av sykepleierne uttrykte at de ”sluttet ikke å være medmenneske på grunn av stoppeklokkeomsorg”. Dette tyder på at sykepleierens selv opplever at holdninger og adferd endres ikke vesentlig uansett styringsform arbeidsgiver har. Psykiatrien var også en utfordring for den enkelte sykepleier. De uttrykte at det var enklere om de skulle til en bruker for ”å stelle et sår”. Det er uklart hvorfor sykepleierne har denne holdningen. Om det går på faglighet eller om det er fordi de opplever at det å ”sitte og prate” blir for vanskelig og heller ikke ”tillatt”. Sykepleierne var opptatt av brukerens medbestemmelse og autonomi. De beskrev ulike situasjoner hvor de opplevde å ta brukeren med på ulike råd for ikke å ”tråkke over”. Sykepleierne holdt et høyt tempo, men var stort sett fornøyd med dette. Imidlertid kunne det være situasjoner hvor de opplevde det hadde vært godt å ha mer tid. Dette kunne være i situasjoner når de besøkte alvorlig syke og døende brukere. Sykepleierne signaliserte at det ofte kunne være vanskelig å forlate denne brukeren. De viste en fleksibilitet i forhold til både brukeren og hans/hennes pårørende, ofte i forbindelse med hvor mye hjelp den enkelte bruker skulle få. Men også i situasjoner hvor de kunne se at både bruker og pårørende kunne trengt en avlastningsplass/korttidsopphold på et sykehjem. Dette synes de var vanskelige situasjoner, da de mente at slike plasser var blitt vanskeligere å få etter innføringen av ISF. Sykepleierne kom ofte i et krysspress mellom arbeidsgiver og brukerens forventninger på denne måten. Imidlertid sa de at de var glad i jobben sin og mente at ISF fungerte bra.

5.0 DRØFTING

Drøftingen skal prøve å belyse enkelte situasjoner hvordan sykepleieren opplever og håndterer forholdet mellom idealet om konkret omsorg i møte med den enkelte bruker og de rammer som ligger til grunn under ISF ved hjelp av ulike teorier.

Jeg har vært opptatt av hvilke områder som er særlig utfordrende for sykepleieren ute i felten i møte med den enkelte bruker, og hva sykepleieren sier om dette. Tidsbruken står sentralt ved innføringen av ISF og dette vil bli belyst. Også hvordan det er å arbeide under en ISF-organisering vil bli omtalt og hvordan denne ordningen oppleves for den enkelte sykepleier i hennes praktiske arbeid. Likedan vil anledningen til sosial kontakt/samtale få bred omtale i lys av teoriene som jeg har brukt.

Vike (2002) påpeker at kommunene har fått i oppgave å utøve et universelt helsetilbud til hele befolkningen. Dette innebærer at alle har rett til å få tilbud om velferd uavhengig av inntekt, status og bosted. Han viser til at kommunene stadig sliter mer og mer med å gjennomføre denne velferdsambisjonen, og viser til at kommunene også må forholde seg til to motsatte uforenlige målsettinger, nemlig ytelseskrav og ytelsesevne. Midt i denne spenningen befinner sykepleierne seg, mener Vike, fordi de på mange måter er bærere av organisasjonens grenser i kroppen. De møter pasientene ute i felten, og Vike mener sykepleierne tar et individuelt ansvar overfor pasientene og handler til beste for dem.

Sykepleierne i Kristiansand hvor denne undersøkelsen har funnet sted, hadde mange ulike oppgaver å håndtere i sitt arbeid i hjemmebasert omsorg. De forteller om ulike arbeidsoppgaver de tar seg av hver eneste dag. Vike påpeker også dette når han sier at sykepleierne har et ubegrenset ansvar i det ideologien deres handler om å ta ansvar for pasienten både fysisk, psykisk, åndelig og sosialt. Han viser til Martinsen (1993) hvor Alsvåg (1993, s. 112) hevder følgende:

”Mitt menneskesyn, reflektert eller ureflektert, setter seg gjennom min kropp og kommer fram i møtet med andre. Hva fremmer en god måte å være på? Hvordan utvikle gode sykepleieværemåter? Væremåter som konkretiserer seg i sykepleierens blikk, stemme, hender og holdninger”?

Sosial kontakt

Spørsmålet om sosial kontakt har mange vært opptatt av ved innføringen av ISF. Dette fordi ”samtale” og sosial kontakt er et ideal som mange mener ligger innebygd i begrepet god

omsorg. På den måten er det et relevant tema på hvordan sykepleierne selv opplever dette, og om ISF setter rammer og begrensninger for akkurat dette.

Sykepleierne opplevde mange brukere som hadde ønske om mer sosial kontakt med hjemmetjenesten, men de mente selv at sosial kontakt ikke var en arbeidsoppgave de skulle utføre.

Dette er en uttalelse som også Wærness (1999, s. 59) har erfart i sin forskning. Der uttaler en kvinnelig sykepleier seg slik:

”Jeg ser mange brukere burde få mer hjelp til det sosiale liv. Mange burde kommet seg mer ut i sol og frisk luft og fått mer mosjon. En del hadde trengt ferieopphold andre steder enn i institusjon. Jeg er i tvil om vi skal gå inn i denne type tjenester. Vi trenger å definere hva som er sykepleie. Jeg tenker helse som det man trenger for å klare seg”.

Man kan spørre seg om sykepleierne her ikke definerer sosial kontakt innenfor omsorgsbiten. Det kan virke slik på uttalelsene som kommer frem. Glemmer de da at sykepleie er et ”mellommenneskelig forhold” som Martinsen (1989) snakker om? Er det slik at sykepleieren best trives med å utføre konkrete ting slik som sårskift og stell og ikke forholde seg til de andre nære tingene i en relasjon? Blir det for vanskelig, eller er det rett og slett slik sykepleierne selv sier at ”jeg anser det ikke være vår jobb”? Sykepleiere er utdannet til relasjonelt arbeid. De er opplært til å være lydhøre overfor den enkelte bruker og hva denne har å meddele. Derfor er det interessant hvor tydelige de er på sine standpunkter her. Man skulle kunne tro at de ville være glad for femten minutters pust i bakken med en kaffekopp i den travle hverdagen de befinner seg i. Men det er ikke hva de uttrykker. Så kan man naturligvis hevde at de er lojale mot sin arbeidsgiver som de vet sliter med den økonomiske balansen i sine regnskaper. Og når sant skal sies kan sykepleierne ha et poeng når de spør om det er deres jobb. Selv tar de til orde for en besøksvenn som rette vedkommende. Sykepleieren i Wærness’ undersøkelse mener vi trenger å få definert hva som er en sykepleiers oppgave. Her mener altså Martinsen at det er en sykepleiers oppgave å gi pasienten et ”mellommenneskelig forhold”. Kan det være slik at sykepleieren er blitt så sosialisert inn i sin rolle i en hektisk arbeidssituasjon at hun ikke lenger reflekterer over sine tidligere lærte faglige idealer? Selv er sykepleieren ganske klar på dette. I følge Martinsen forsømmer de seg grovt når de ikke vektlegger den sosiale biten og nærheten Martinsen mener sykepleieren må ha i sin utøvelse av profesjonen. På den annen side kan en spørre seg om Martinsen har for høye ambisjoner på profesjonens vegne. Sykepleieren har tidligere blitt opplært i sin utdanning til å se det hele mennesket i et holistisk perspektiv. De har med seg

sine faglige idealer ut i arbeidslivet etter endt utdanning. Kanskje var dette en mer aktuell tankegang noen tiår tilbake. I dag når samfunnet har endret seg og budsjettene stiger til værs i den enkelte kommune, er det ikke da rimelig at også sykepleieren må forholde seg til den virkeligheten de er satt inn i?

Sykepleieren her, slår tvil om det er profesjonens oppgave å gi brukerne sosial kontakt. Den sosiale kontakten mener sykepleierne blir innlemmet i stellet, mens de kler brukeren eller lager frokost til han/henne. Imidlertid, er det behov for brukeren til å meddele seg om spesielle ting, sier sykepleieren at de naturligvis tar seg tid til å høre på dem.

Som det fremkommer blir sykepleieren utsatt for krysspress mellom ulike forventninger fra både brukere og sin egen arbeidsgiver. ISF gir ingen mulighet for femten minutters snakketid uten det å "gjøre noe". Sykepleierne synes altså dette er riktig selv om de også noen ganger kan oppleve det problematisk når de vet at akkurat denne brukeren ikke har andre enn meg. De er ofte dagens høydepunkt for enkelte brukere. Samtidig stiller de seg lojale mot systemet og slik det er lagt opp uten nevneverdige problemer. Er det likevel slik at brukeren på en måte blir "depersonalisert" slik mange frykter under en ISF- reform? Hvorfor er i så fall ikke sykepleierne opptatt av dette? Ser de på det på en helt annen måte? Klarer de å formidle "kjærlighetens varme" (Martinsen og Wærness, 1991) uten å gå inn i brukerens livsverden annet enn ved de praktiske utførelser de er satt til å gjøre?

Sykepleieren selv ville tatt avstand fra en slik beskrivelse. De sier selv at de vurderer hver enkelt bruker faglig, de gir sosial kontakt under stell og de er opptatt av brukerens grunnleggende behov. Når Martinsen (Martinsen 2005) er redd for at pasienten kan bli depersonalisert under en reform som ISF kan hun på en måte trolig ha rett i sin bekymring. Når en sykepleier i undersøkelsen forteller om hvor mange brukere som trenger hjelp til stell de første timene på vakt og de er få sykepleiere på jobb, kan det minne om arbeid på en fabrikk hvor ting produseres på samlebånd med rask hurtighet. I et slikt perspektiv kan en spørre seg hvordan det er mulig å møte den enkelte bruker med "kjærlighetens varme" med et slikt hurtig tempo. Omsorgsetikken som sykepleierne har med seg fra sin utdanning vektlegger det relasjonelle. Det at omsorg er relasjonell betyr at omsorgen ikke bare beriker den trengende, men også den givende. Man mener også at det som skjelner en god omsorg fra en dårlig omsorg er nær forbundet med kvaliteten på relasjonene mellom giver og mottaker. Kvaliteten mener man lar seg vurdere ut fra giverens intensjon. Kanskje likeså viktig vurderes giverens moralske dyder, det vil si giverens moralske egenskaper som avgjørende for hjelpens kvalitet. På den annen side kan det også være en fare med omsorgsetikken å gjøre

pasienten/brukeren versus sykepleieren til en vennsksrelasjon som det lett kan bli. Enkelte hevder (Hertzberg) at man må vise varsomhet med å gjøre en omsorgsrelasjon til en total relasjon hvor man nærmest har mandat på alle pasientens livsområder. Dette kan være en fare med det holistiske perspektivet, mener mange. Om det er slik sykepleierne tenker når de ikke velger å forholde seg til den enkelte bruker med hensyn til sosial kontakt, eller om det er som tidligere antydte de rammene de er gitt, er uklart. Imidlertid henger dette trolig ikke sammen med innføringen av ISF. Slik har sykepleieren i hjemmebasert omsorg hatt det over lang tid også før innføringen av ISF. Men innføringen av ISF kan ha tydeliggjort arbeidsoppgavene for sykepleieren i motsetning til tidligere hvor det ikke var standardiserte opplegg for hvordan man møter en bruker. Når sonene selv, før innføringen av ISF, var ansvarlig for brukeren og den enkelte sykepleiers arbeid, var det ingenting definert i forhold til sosial kontakt og samtale.

Kari Martinsen (2005) er opptatt av begrepet kall. Hun sier der er mange typer kall. Hun peker blant annet på det sekulariserte kallet som består av ytre gjøremål og at sinnelaget ikke er med, men kun vektlegging av metoder. Hun advarer mot dette, fordi hun mener dette blir en instrumentell måte å være på, og at det hele blir en teknikk.

Hun sier (Weekendavisen 7-13 mars 1997):

”Det skal være interessen for den syge, der driver værket. Deri ligger kallet”.

Den enkelte sykepleier snakket ikke om begrepet kall. De var opptatt av oppgaver av mer praktisk art. De fortalte at jobben var utfordrende, de likte ansvaret, de likte kontakten med brukerne og de likte sine kolleger. Møte med den enkelte bruker var en jobb de forholdt seg til, og sykepleierne var opptatt av å utføre en god faglig sykepleie. Undersøkelsen i Kristiansand er en undersøkelse i en kommune som har fått innført innsatsstyrt finansiering hvor der er lagt klare rammer for de tjenestetilbudene hver enkelt bruker skal få tildelt. Imidlertid, ut i fra sykepleiernes uttalelser var det ikke noe som kunne tyde på at dette kom i noen som helst konflikt med det sykepleierne selv mente var det riktige å gjøre. Blant annet som nevnt ovenfor, tildeling av sosial kontakt, og sykepleierens klare uttalelse om at det ikke ble tildelt tid til sosial kontakt under ISF.

Ikke rom for sosial kontakt under ISF

Ved denne uttalelsen viser altså sykepleierne at der ikke er rom for tildeling av sosial kontakt under ISF- systemet. Dette aksepterer sykepleierne. Imidlertid opplever de situasjoner hvor det ikke alltid er like lett å forlate brukeren. Enkelte opplever også at de kan være nærmeste pårørende til en bruker, og at møtet med sykepleieren er det eneste som skjer i løpet av hele dagen, og at det ikke alltid er like lett å sette grenser i forhold til den sosiale kontakten.

Vike (2002) påpeker imidlertid også sykepleiernes ubegrensede ansvar i ideologien deres. Han mener denne handler om å ta ansvaret for pasienten både fysisk, psykisk, åndelig og sosialt. Ut fra denne undersøkelsen kan dette se ut til å ikke være så aktuelt for sykepleieren. Det er først og fremst det fysiske behovet som sykepleierne klarest definerer som deres ansvarsområde. Undersøkelsen har ikke tatt mål av seg konkret til å etterprøve denne sykepleieideologien, men kun belyse hvordan og hvilke opplevelser sykepleierne selv sitter inne med i møte med brukeren og i sitt forhold til den organisasjonen de opererer i. Men ut fra dette perspektivet synes det rimelig klart at sykepleierne vektlegger den fysiske tilstanden som den primære arbeidsoppgaven de skal utføre. Den sosiale delen gir de et klart svar på. Den åndelige dimensjonen var det heller ingen av sykepleierne som tok opp som et tema. Hva det kan tyde på er det ikke gitt rammer for å besvare i denne oppgaven. Det må presiseres at der heller ikke forekom konkrete spørsmål i intervjuguiden om dette.

Som nevnt ovenfor kan det holistiske perspektivet sykepleieren har med seg ikke alltid lett forenes med den virkeligheten de er satt inn i og arbeider under. Også Løgstrup snakker om faren ved å invadere andre mennesker, og faren med å invadere hele personens livsverden. Løgstrup er opptatt av, og mener mennesker lever i en gjensidig interdependens som betyr en gjensidig avhengighet av hverandre. Han er opptatt av det han kaller urørlighetssonen. Han mener det er viktig i en omsorgssituasjon å unngå objektivering og overkjøring av den som mottar omsorg, og at det er viktig at den profesjonelle har en forståelse for dette. Han mener det trengs etiske overveielser i å tenke igjennom temaet nærhet-avstand i forhold til den omsorgstrengende. Når Løgstrup sier dette imøtegår han Martinsen ved å vise til at også omsorgen kan bli for nær. Han gir et kritisk perspektiv til Martinsen, og viser til at det er noe etisk problematisk ved å ivareta "den andre" på alle livsområder slik Martinsen mener sykepleie skal være.

Når det gjelder sosial kontakt opplever sykepleierne å gi brukeren dette samtidig med at hun gjør de andre praktiske og nødvendige oppgavene. De er altså ikke enige med Martinsens omsorgforståelse som sier at sykepleie er et "mellommenneskelig forhold. I sin forståelse av god pleie og omsorg ligger ikke samtale inne bygget. Den holistiske tankegangen

sykepleierne har med seg er blitt behørig ”parkert” når det gjelder den sosiale biten. Om det er systemet som har sosialisert sykepleieren eller om det beror på andre årsaker er vanskelig å si noe sikkert om.

Psykiatri

Psykiske lidelser var en av de arbeidsoppgavene de ofte stod overfor og hadde en del tanker om. Flere av sykepleierne i undersøkelsen mente psykiatrien var en av de store utfordringene de stod overfor. Mange av dem gav også uttrykk for usikkerhet i hvordan de skulle takle de ulike situasjonene de møtte. Sykepleierne hadde hele tiden i møte med brukeren det faglige som fokus. I møte med brukere med psykiske lidelser kunne sykepleierne være usikre rent faglig. De mente selv at å komme til en bruker uten klare rammer for hva en skal gjøre ikke alltid var like lett. En av dem mente det var lettere hvis de skulle ha skiftet på et sår.

Undersøkelsen kan tyde på at sykepleierne opplevde at de manglet kompetanse i arbeidet med brukere som har psykiatriske lidelser. Martinsen og Wærness (1991) fremhever viktigheten av ”det gode blikk og de varsomme hender”.

Det var lite som tydet på at sykepleierne selv opplevde dette som tilstrekkelig. Tvert i mot, det kunne se ut til at det sykepleierne var opptatt av, var mer av rent praktisk art. Det å skifte på et sår var noe som kunne løses. Det visste de å håndtere. Men hvordan håndtere brukere med psykiske lidelser var en tyngre oppgave de måtte forholde seg til. Det kan se ut til at sykepleierne praktiserer det Martinsen (2005) kaller det sekulariserte kallet som består av ytre gjøremål. Martinsen advarer som nevnt mot dette og sier det hele da blir en instrumentell måte å være på og at det hele bare blir teknikk. Sykepleierne opplever det ikke på denne måten. Wærness (1999) er også opptatt av sykepleiernes oppgaver i hjemmebasert omsorg og sier det kan lett dreie seg om oppgaveorientering. Hun mener at sykepleieren da får liten tid og liten mulighet til å utvikle en relasjon til brukeren. Igjen var det lite som tydet på at sykepleierne opplevde det som sin arbeidsoppgave å utvikle en relasjon til brukeren. Ei heller et problem at systemet de arbeidet i ikke tillot dette. De var opptatt av å gjøre en god faglig jobb. Eksemplene de brukte i møte med brukerne som kunne være utfordrende, var om de kunne få brukeren til å ta medisinen, likedan trakk de frem at det at det var vondt å se at brukeren kunne være psykotisk og det å rent praktisk ”få gjort noe” for den enkelte bruker.

Martinsen (2003) hevder:

”I en vitenskapsbasert profesjonalitet er faren større for at kjærligheten virkelig står på spill. Denne profesjonaliteten er bærer av vår støyende og kjærlighetsstruende kultur. Avstanden til den andre er stor. Den andres ansikt over-sees.”

Martinsen mener med dette at vi må tilbake til den mer personorienterte profesjonaliteten som er mer bygget på praktisk kunnskap. Fordi, mener hun, at bare på den måten vil man kunne ta vare på omsorgen og kjærligheten til den andre. Imidlertid kan det ikke på bakgrunn av materialet som foreligger trekkes konklusjoner om at den andres ansikt oversees, slik Martinsen er redd for. Det som kan sies er at sykepleierne er oppgaveorientert rent faglig. De vurderer sitt arbeid til å sikre brukeren de grunnleggende behov som ligger nedfelt i deres yrkesetiske retningslinjer og de opererer innen en forsvarlig grense med hensyn til det faglige, etiske og rettslige. Martinsen vil trolig ikke være enig i dette på bakgrunn av hva hun skriver om den kjærlighetstruende kultur som finner sted. Igjen må det være rimelig å spørre hvor langt sykepleieren skal strekke seg ut i fra de krav som forventes av henne. Når det tidligere er blitt nevnt at sykepleierens oppgave er å se hele mennesket ut i fra et holistisk perspektiv og at hun skal ivareta brukerens behov fysisk, psykisk, åndelig og sosialt er dette slett ikke hverdagen for den enkelte sykepleier. Og hun ønsker ikke dette heller som sine oppgaver slik det fremgår av denne undersøkelsen. Psykiatrien er tydelig den delen av arbeidet som den enkelte sykepleier opplevde som utfordrende og vanskelig. Om dette har noen sammenheng med ISF og innføringen av dette er vanskelig å si noe sikkert om. Det er heller tvilsomt. De utfordringene sykepleieren står overfor var trolig de samme lenge før ISF ble innført i kommunen. Martinsen (2005) legger vekt på samtalen som kilde til innsikt. Martinsen i likhet med Løgstrup er opptatt av at virkeligheten finnes kroppslig og sanselig til stede. Med dette menes at tanker og kropp ikke kan skilles. Løgstrup binder tanker til sansningen, til dagligspråket og det umiddelbare nærvær. Dette umiddelbare nærværet utdypes og forstås gjennom samtalen, fordi samtalen og dialogen står sentralt i vår forståelse av hverandre. Hvis Martinsen og Løgstrup har rett i dette, hvordan tenker sykepleierne seg da å utvikle et god relasjonell sykepleieholdning til brukerne med psykiske lidelser? Det er tidligere beskrevet at sykepleierne ikke vurderte sosial kontakt til å være deres jobb. Brukere med psykiske lidelser er avhengig av dialog, mener Martinsen. Dette opplever sykepleieren som svært utfordrende. Hva slags type faglighet ligger det i dette fra sykepleierens side? Henger dette igjen sammen med styringsformen de representerer, men at det ikke på noen måte blir artikulert? Eller er det rett og slett en faglig usikkerhet som kommer til syne.

Mange mener i dag at omsorgen i vår velferdsstat står overfor flere utfordringer. Det ene er å gjenoppdage omsorg som dyd og ikke bare som et teoretisk fag, men snarere som en holdning som viser seg i praksis. På bakgrunn av dette er det imidlertid ikke grunnlag for å si at sykepleierne i undersøkelsen hadde dårlige holdninger i forhold til brukere med psykiske lidelser. Det kunne mer se ut til at det i praksisen ikke lå innebygd til å gå inn i slike situasjoner. Når ISF ikke gir sykepleierne adgang til samtale vil relasjonen i møte med brukeren bli svært begrenset. Det må igjen presiseres at sykepleierne i denne undersøkelsen ikke hadde det primære ansvaret for disse brukerne. Kommunen har et eget psykiatrisk team, men disse er ikke tilstede i helger og på kveldstid. Men igjen, hvis man tenker seg at omsorg skal være relasjonell, hvor omsorgen ikke bare skal berike den trengende, men også den som gir, må dette fort kunne bli svært problematisk for den enkelte sykepleier. Imidlertid, dette sa ikke sykepleieren noe om. De uttrykte kun en generell frustrasjon i møte med disse brukerne.

I mangel på kvalifisert personell til å håndtere brukere med psykiatriske lidelser anvender organisasjonen sykepleiere som selv opplever at oppgaven kan bli et nummer for stor. Men til tross for dette uten protest. På den annen side kan man naturligvis spørre seg om det ikke er litt "eksklusivt" av en kommune å kunne ha spesialutdannet personell til å utføre tjenester til mennesker med ulike psykiske lidelser. Kan det ikke være godt nok å være et medmenneske? Dette kunne kanskje enkelt latt seg besvare med å si at det burde være godt nok. Sykepleierne imidlertid, føler seg ubekvemme i disse møtene. De sier rett ut at de ikke vet hva de skal gjøre! Imidlertid, har det til alle tider vært slik at sykepleiere som ikke har spesialutdannelse i psykiatri ofte sliter i møte med denne problematikken. Allerede som studenter i praksis og i møte med psykiatrien første gang, oppleves dette tungt og som svært utfordrende. De hevder de opplever å "ikke gjøre noe", og synes det er vanskelig å være "uvirksom". Denne utfordringen som sykepleieren i undersøkelsen snakker om, er trolig en utfordring som har vært til stede før ISF, og er til stede også nå da de arbeider med ISF som system. Wærness retter oppmerksomheten mot og advarer mot at sykepleien dreier mot å bli mer og mer oppgaveorientert, akkurat slik det kan se ut til at sykepleierne i denne undersøkelsen formidler noe om. Bekymringen til Wærness blir ikke delt av sykepleierne i denne undersøkelsen. De opplever heller ikke det Martinsen advarer mot at "den andres ansikt oversees". Oppgaveorienteringen rent faglig er det sykepleieren opplever som det viktigste. I denne faglige omsorgsbiten kan det se ut til at samtale med psykiatriske brukere ikke er inkludert.

Autonomi

Når det gjelder de rent fysiske arbeidsoppgavene møter sykepleieren også mange ulike utfordringer. Sykepleierne var alle opptatt av den enkelte brukers autonomi, og de var opptatt av å ikke "trække over" i møte med den enkelte bruker. Dette kunne være i forbindelse med måltider eller gjerne dusjing som ofte ble trukket frem som eksempler. Her gir sykepleierne gode eksempler på hvordan brukeren er deltagende i de ulike handlinger som finner sted. Martinsens bekymring over at den andres ansikt over-sees ser ikke ut til å stemme når sykepleierne forteller om ulike hendelser som finner sted. En av de yngre sykepleierne sier hun strever veldig med å få brukeren til å dusje. Hun trekker frem at eldre sykepleiere har lettere for å få brukere i dusjen.

Denne uttalelsen er interessant. Hva betyr dette? Er det slik at om man har jobbet i tyve år, så er man i stand til å få en bruker lettere til å ta en dusj, enn om man er helt ung og nyutdannet? Hva er det så disse "gamle" sykepleierne gjør? En av de yngste sykepleierne sier at de kanskje må være mer strenge. Det synes de er vanskelig. Hvorfor synes de det er mer vanskelig enn de eldre sykepleierne? Kan det ha noe med "kjærlighetens varme" (Martinsen og Wærness 1991) å gjøre? Skulle det i så fall ha noe med hvor lenge en sykepleier har vært utdannet? Skulle det ikke snarere være et resultat av den enkelte sykepleiers holdninger å gjøre? Eller er det andre ting som spiller inn? Undersøkelsen har ikke mange informanter, så denne uttalelsen, selv om den var gjennomgående for de yngste deltakerne, trenger ikke helt å stemme. Når Martinsen og Wærness snakker om "kjærlighetens varme" trenger det ikke stemme at det er det som mangler. Dette kan snarere tyde på at de yngre sykepleierne mangler erfaring i forhold til de eldre som utfører arbeidet på en annen måte. Naturligvis kan det hende at en eldre sykepleier "presser" en bruker på en annen måte enn en yngre sykepleier ville våge å gjøre, men det er ikke belegg for å hevde dette. Mest sannsynlig dreier dette seg om erfaring og har ikke mye med verken ISF eller hvordan hjemmetjenesten er organisert.

Igjen er det tydelig at sykepleierne var opptatt av at omsorg og det sykepleiefaglige skulle stå i fokus. Som tidligere anført var det mange kritiske røster som hevder at omsorgen fra sykesenga blir borte, og at den "teknisk-økonomiske" tankegangen overtar mer og mer. Kunne dette synet da eventuelt gjenspeiles i at de yngre sykepleierne som nyutdannede hadde et mer pragmatisk syn enn de eldre? Ikke mye tydet på det når det gjaldt den enkeltes rett til autonomi. Den mest sannsynlige forklaring kan være helt enkel og åpenbar. De yngre sykepleierne er trolig mer redde for å gjøre feil og konsekvensene av dette er de usikre på.

Martinsen (2003) er bekymret over kjærlighetens kår. Hun sier det er en fare når kjærligheten blir truet fordi vi da ikke ser den andres annerledeshet. Hun viser blant annet til både Løgstrup og Levinas som snakker om en fordring i møte med den andre. Sykepleierne bruker ikke begreper som fordring eller kjærlighet. De snakker heller ikke om å være i en ansikt- til - ansikt- relasjon med brukeren. De uttrykker seg på helt andre måter. De er opptatt av å gi den enkelte bruker respekt. Som tidligere nevnt mente noen av sykepleierne i undersøkelsen at det var lettere for de sykepleierne som var eldre å få brukeren i dusjen blant annet. Av de informantene som var med i undersøkelsen var det ingen ting som tydet på at dette stemte. Alle gav uttrykk for at man måtte være fintfølede og handle i samarbeid med brukeren. Når sykepleierne arbeider under et ISF- system og sier at de også er fleksible med tidspunktet de vil komme til brukeren om brukeren skulle ønske noe annet, viser dette at Martinsens pessimisme kan synes noe overdrevet. Sykepleierne utviser en stor grad av fleksibilitet og gir brukeren medvirkning så langt det praktisk mulig lar seg gjøre for sykepleieren med hensyn til hennes øvrige arbeid. Martinsen (1989) sier:

”Sykepleie lar seg ikke beskrive som en produksjon av en vare, men må forstås som et mellommenneskelig forhold”.

Med dette mener Martinsen at oppgaven for sykepleierne er å sette seg inn i og forstå sine medmenneskers forhold, egenart og følelsesverden. Dette er også det sykepleierne gir uttrykk for når de beskriver arbeidsutførelsen sin i møte med hver enkelt bruker. Et unntak som er nevnt tidligere og hvor en kan se at Martinsen har et poeng når hun sier at sykepleie ikke må være som en produksjon av en vare, er ved morgenstellet som en sykepleier beskrev som rimelig hektisk.

Autonomi legger vekt på personlige egenskaper, selvbestemmelse, forståelse og evne til å foreta uavhengige valg. Man mener at om man har disse egenskapene er mennesket autonomt. Mange mener også det å være autonom vil si at man er ”uavhengig”. Andre mener at disse egenskapene nærmest er uoppnåelige idealer og ikke tilegnet helsevesenet fordi at pasientene er i en situasjon der de har redusert autonomi i forhold til disse definisjonene. Når sykepleierne i undersøkelsen oppsøker en bruker har denne brukeren på forhånd bedt om en tjeneste fra kommunen. Dette er bakgrunnen for at sykepleieren kommer til brukeren. Brukeren har da gitt et signal om at han/hun trenger hjelp. Den enkelte sykepleier ivaretar brukerens autonomi ved å utvise fleksibilitet og tilpasse hjelpen ut i fra den enkelte brukers ønsker og forventninger. I enhver relasjon ligger det grunnlag for utøvelse av makt, og hjelpen sykepleieren gir kan bli usymmetrisk. Levinas og Løgstrup snakker om en moralsk

symmetri som bør ligge i bunn, nemlig det Levinas kaller ”den annens ansikt” og det Løgstrup kaller ”den etiske fordring”. Sykepleie er som Martinsen (1989) sier et mellommenneskelig forhold. Dette ivaretar den enkelte sykepleier ”så godt hun kan” innenfor de rammene hun arbeider ut i fra. Når også Martinsen (2005) snakker om den bedriftsmessige tankegangen som styrer de offentlige organisasjoner mer og mer i blant annet helsevesenet er det også med bekymring rettet mot de mange sykdommer og lidelser man ikke kan standardisere. Dette betyr igjen at den enkelte sykepleier må innenfor de rammene hun har under ISF systemet være fleksibel så langt det lar seg gjøre for å la brukeren selv også ha den innflytelse denne trenger. Undersøkelsen viser altså at det til en viss grad er muligheter for å være fleksibel under ISF. På denne måten er det ingen mulighet til å konkludere med at ISF forverrer eller forbedrer brukerens medbestemmelse og autonomi under ISF i kommunen. Utfordringen har vært til stede før ISF fant sted og vil være det også fremover.

Martinsen (1989) sier videre:

”Omsorg må ytes for den andres skyld, ut fra en holdning som anerkjenner den andres situasjon”.

Her går Martinsen langt i sine betraktninger om hva omsorg skal innebære. Når hun sier sykepleieren skal ha en holdning som anerkjenner den andres situasjon ligger det trolig et veldig stort ansvar på den enkelte sykepleier. Ut i fra sine omsorgsetiske idealer kan dette synes riktig. Men som tidligere anført mange ganger – sykepleieren befinner seg hele tiden i et krysspress mellom ulike forventninger fra bruker, pårørende og den organisasjonen hun arbeider for. Å anerkjenne en annens situasjon kan innebære at man tar konsekvensene av det. Da må man i så fall utføre handlinger som er i strid med de rammene organisasjonen pålegger den enkelte sykepleier. På den andre side kan Martinsen mene at det å anerkjenne den andres situasjon betyr at ”jeg ser”. Sykepleieren kan da utvise omsorg, men en begrenset omsorg ut i fra de rammene hun opererer under. På bakgrunn av dette er jeg usikker hva Martinsen legger i dette, men om det er slik at hun mener det er sykepleierens oppgave å fange opp alt hun ser hos en bruker vil dette medføre store konsekvenser for profesjonen og ikke minst den organisasjonen hun arbeider i. Dette er også tidligere blitt omtalt når det gjelder sykepleierens holistiske perspektiv som har vært med i profesjonens utdanning gjennom lange tider.

Tidsbruken – hvor mye tid den enkelte bruker skal få

Da Kristiansand kommune innførte innsatsstyrt finansiering medførte dette at man skilte forvaltning og drift innenfor omsorgstjenesten. Dette innebærer blant annet at ansvaret for

tildeling av tjenester ble flyttet fra den enkelte sone til en nyopprettet enhet for behovsvurdering og tjenestetildeling. Det økonomiske ansvaret for tjenestene er lagt til denne bestillerenheten. Videre innebærer dette at den som skal utføre et oppdrag for en bruker, får økonomisk dekning for dette.

Denne situasjonen betyr i praksis at det er andre enn sykepleierne selv som avgjør hvor mye hjelp den enkelte bruker skal få. Da det tidligere var såkalt rammestyring måtte hver enkelt sone i praksis tilpasse driften etter en ramme som ble fastlagt rent politisk for hvert år. Ved innføring av ISF følger det penger med til hver bruker. Fordelen med dette, mener man, er at det skal bli mer oversikt over behov og også en bedre dokumentasjon over hva man i virkeligheten bruker av penger. Mange mener at dette er et meget godt styringsverktøy som også gjør rollene mer tydelige og oversiktlige.

Mange er imidlertid skeptiske til ISF som de mener er en økonomistyring som er vokst frem under inspirasjon av New Public Management- modellen i privat sektor. Man hevder at denne tankegangen ikke kan overføres til omsorg og pleie av syke og gamle mennesker.

Vike viser blant annet til innsatsstyrt finansiering og diagnose-relaterte grupper som finner sted på norske sykehus i dag. Han mener det er en måte å standardisere et sammensatt fenomen på og å gjøre ting mer kontrollerbar. Han viser også til Zygmunt Bauman som mener dette er en måte å skape entydighet på. Vike (2002, s. 121) siterer Bauman slik:

”Troen på entydighet, og det økende antall eksperter, som søker å etablere entydighet på hvert sitt avgrensede område, skaper det Bauman kaller ”the waste of modernity, som er ambivalens”.

Det Bauman mener, sier Vike, er at forsøket på å etablere kontroll over sosiale relasjoner skaper ambivalens. Dette er noe helt annet enn det entydige eller entydiggjorte. Men heller tvetydig og uklassifiserbart. På denne bakgrunn tenker Vike at perspektivet blir svært interessant når man tenker på de sykepleieidealene som omtales med begreper som empati, omsorg og kjærlighet. Vike (2002, s. 122) spør slik:

”Hva når dette konfronteres med entydiggjøringsprosjekter som ISF”?

Vike viser også til at intensjonen bak ISF er å gi et bedre styringsverktøy og en bedre administrativ oversikt. Og videre at den gir bedre kontroll over det som produseres og det som investeres. I dette systemet kan sykepleierens omsorg få vanskeligheter med å få innpass. Undersøkelser med ISF i sykehus hvor han påpeker at det nye styringssystemet i sykehuset er

utformet som en kvantifisering. ISF i sykehus medfører at organisasjonen behandler mange flere pasienter enn før. Arbeidet blir også intensivert og Vike mener at dette resulterer i mindre tid til hver pasient. ISF i sykehusene medfører også at sykepleierne har overtatt enkelte legeoppgaver for å avlaste disse. Han påpeker imidlertid at sykepleierne ikke har mulighet til å ta i bruk kompensatoriske avgrensninger av eget arbeid og at de blir stadig mer fleksible. Dette henger sammen med sykepleiernes moralske og følelsesmessige engasjement, hevder han. Vike (2002, s. 121) spør:

”Hva skjer når et slikt fag, alt overveiende utført av kvinner, med en selvforståelse der ambisjonen om helhetlig omsorg er sentral – og til dels en overordnet, etisk plikt – møter krav om standardisering, effektivitet, prioritering og måling”?

Pengene følger brukeren

Sykepleierne i undersøkelsen uttalte at de før innføringen av ISF var lite kjent med hvordan det nye systemet skulle virke. De var uttrygge, leste i avisen og fikk informasjon der, og de snakket med kolleger. De visste etter hvert at de ville få tildelt en tid fra EBT om tidsbruken hos den enkelte. Og de visste at det fulgte med penger for den enkelte bruker. Om det ikke var brukere, ville heller ikke sona de forholdt seg til få penger. ISF i hjemmebasert omsorg i Kristiansand (ISF praktiseres forskjellig i de enkelte kommunene som har innført dette systemet) bruker en metode som blir kalt ABC- metoden. Dette er det tidligere redegjort for. Man splitter tjenestene i aktiviteter og henfører kostnader til dette. På denne måten kan man bli i stand til å splitte et budsjettavvik i aktivitetsavvik og effektivitetsavvik. Den ansvarlige bestilleren sitt ansvar er å bestille tjenester i forhold til den tilgjengelige budsjettammen. Utførernes oppgave blir å drive i forhold til de gjeldende prisene. Sykepleierne som møter brukeren får en tildelt tid. Skal en bruker dusje får man så og så lang tid, skal brukeren ha medisiner som for eksempel insulin eller tilsyn, er dette standardisert og rubrisert rent administrativt på forhånd, og tidsbruken er bestemt.

Industribedrifter?

Vike lurer på hva som skjer blant sykepleierne når de møter disse kravene om standardisering, effektivitet, prioritering og måling. Også Kari Martinsen (2005) advarer mot den bedriftsøkonomiske tankegangen i offentlige organisasjoner. Hun peker på et helsevesen som mer og mer styres etter modeller som industribedrifter. Hun påpeker at syke og pleietrengende mennesker mer og mer omtales som kunder og brukere, og hun påpeker at behandlingen standardiseres på en slik måte at helsevesenet lettere kan styres av de offentlige myndighetene enn av fagfolk og skjønn. Hun advarer sterkt mot dette ved å fremheve at det

er mange sykdommer og lidelser man ikke kan standardisere. Hun tar videre til orde for at et slikt system er problematisk og etisk uforsvarlig når man måler mengden av effekt på det arbeidet man utfører. Martinsen (2005, 16) sier:

”Den erfaringsbaserte pleiekunnskapen og syke som ikke kan repareres, er ikke det den bedriftsøkonomiske evidensbaserte helsetjenesten spør etter, selv om den verken makter å bli kvitt de syke som ikke kan repareres, eller å utradere den lavt prioriterte pleiekunnskapen”.

Også Kari Wærness (Thorsen og Wærness, 1999) uttrykker bekymring i det hun kaller ”en mål-middel-rasjonalitet” i omsorgsprofesjonene. Her uttrykker Wærness bekymring over at man i helsevesenet utvikler en krysning mellom å tenke naturvitenskapelig og en mål-middel -tenkning i helsevesenet som gjør det vanskelig for sykepleieprofesjonen. Denne befinner seg, mener Wærness i et skjæringspunkt mellom en humanistisk og en medisinsk fagorientering. Thorsen og Wærness mener at sykepleierens arbeidsoppgaver innenfor hjemmebasert omsorg lett kan dreie seg om oppgaveorientering, og at det på denne måten blir liten mulighet til å utvikle en relasjon til brukeren. Forfatterne (ibid, s. 31-32) sier:

”Tjenestene kan utøves overfor personene, ikke i samarbeid med dem. Tjenesten kan gis som et stykke arbeid, ikke som et omsorgsarbeid der brukeren inngår i en omsorgsrelasjon. Tjenesten kan gis uten brukerorientering og brukerinnflytelse, i en atmosfære av umyndiggjøring. Den kan uttrykke en mål-middel-rasjonalitet”.

Når sykepleierne i undersøkelsen ble spurt hvordan de håndterte at det var et brukerkontor som tildelte tiden de skulle ha hos den enkelte brukeren var svaret ganske entydig. De hadde ingen innvendinger, men som tidligere nevnt var de engstelige i begynnelsen for hvordan dette ville gå. Igjen kan dette med den enkelte sykepleiers selvforståelse være av betydning. De opplever seg selv i styringa med hensyn til tidsbruk, samtidig som det kan se ut til at de er institusjonalisert inn i et styringssystem og på mange måter har tilpasset seg dette.

God faglig vurdering

De naturlige spørsmålene en kunne stille seg var på hvilken måte ISF ville påvirke sykepleierens arbeidssituasjon. Hvordan ville det være når andre foretok den vurderingen av de pleietrengende? Hvordan ville samarbeidet med brukerkontoret være for sykepleierne? Ville tidsbruken stemme overens med sykepleierens egne vurderinger? Og rent ideologisk – hadde sykepleierne tanker om tildeling av tid som noe problematisk?

Ingen av disse spørsmålene fremsto som problematiske for sykepleierne. De var opptatt av en ting, nemlig det de kalte selv å gjøre en god faglig vurdering og jobb. En sykepleier snakket om at man uansett system man jobbet under, så ville man ikke som person endre seg uansett. Denne sykepleieren brukte betegnelsen medmenneske. Og hun mente at denne holdningen hadde man uansett ISF eller ikke.

Medmenneske uansett "stoppeklokkeomsorg"

Denne uttalelsen tyder på at sykepleierne har med seg sin sykepleiefaglige identitet, holdning og karakter uansett hva slags system og regime hun måtte arbeide under. Uttalelsen kan også tyde på at personlige egenskaper til den enkelte sykepleier ikke er noe man bare kan bytte ut om man må forholde seg til et annet system som for eksempel ISF. Sykepleiernes holdninger synes på den måten som stabile til tross for nye systemer arbeidsgiver og organisasjon måtte pålegge dem. Slik denne ene sykepleieren uttaler seg er det tydelig at dette preger hennes selvforståelse. Hvis dette stemmer kan dette igjen tyde på at det er vanskelig å sosialisere sykepleieren inn i nye roller til tross for at organisasjonen hun tilhører endrer profil. Hun opererer under to forskjellige perspektiver/menneskesyn som står imot hverandre. Det naturvitenskapelige/tekniske perspektiv og det humanistiske perspektivet. Det humanistiske perspektivet i helsevesenet ser som tidligere anført også på mennesket som en helhet av kropp og sjel. Disse to rådende synene vil være med å farge oppfatningen til den enkelte i synet på virkeligheten. Hvis sykepleieren som sier at en slutter ikke å være medmenneske på grunn av stoppeklokkeinnføringen i kommunen har rett, kan det tyde på at hun har med seg de sykepleiefaglige idealene man mener sykepleierne skal ha med seg som basis. Men også at denne sykepleieren har med seg det andre som også kreves, nemlig gode holdninger i forhold til hvordan man er mot sine medmennesker.

Vikes spørsmål om "hva som skjer når en profesjon møter krav om effektivisering, standardisering, prioritering og måling" svarer sykepleierne på flere måter. De løser dette med å bruke den tiden de trenger og vurderer rent faglig. Trenger brukeren mer tid, får brukeren mer tid, i følge sykepleierne. Og medmenneske slutter man ikke å være fordi om man får ISF, som sykepleieren sa det. Når Martinsen (2005) snakker om den erfaringsbaserte kunnskapen som den bedriftsøkonomiske modellen ikke tillater ser ikke dette ut til å slå inn i denne undersøkelsen. Sykepleierne slik det fremgår, er autonome i sine avgjørelser. De gjenspeiler ikke en virkelighet hvor de går på akkord med sine sykepleiefaglige idealer. Sykepleierne avgjør også tidsbruken til den enkelte. Dette løser de kun ved å sende en melding til EBT. Når vike også snakker om entydiggjøring og farene ved dette kan det på

bakgrunn av den enkelte sykepleiers uttalelse se ut til at Vikes bekymring ikke helt stemmer overens med det sykepleierne formidler.

Allikevel er det påtrengende å spørre: er de moralske forpliktelsene kun et offentlig ansvar? Nei, ikke slik det fremgår i denne undersøkelsen. Enkelte (Lasch) hevder at myndighetene etter hvert oppfattes som samfunnets primære og moralske aktør. Dette er ikke tilfellet slik denne undersøkelsen viser. Sykepleieren tar et ansvar når hun endrer tidsbruken og gir brukeren det hun mener er den riktige tiden. De gir brukeren faglig forsvarlig pleie og omsorg, sier sykepleierne. Allikevel, på enkelte områder som ved tildeling av sosial kontakt og tidsbruk hos brukere med psykiske lidelser er sykepleierne svært defensive og har lite faglige begrunnelser for deres handlingsvalg. Dette kan få en til å lure på om utviklingen innen helse og omsorg har skjedd så fort at det ikke er blitt tid til refleksjon? Samfunnet generelt er i rivende utvikling. Der er et tiltakende tempo, omfattende kommersialisering og markedsgjøring av samfunnet hvor lønnsomheten står i sentrum. Hva har i så fall skjedd med sykepleierens holdninger i dette? Sykepleieren med sin utdanning har omsorgen i sentrum. Omsorg har å gjøre med moralske forpliktelser. Moralske forpliktelser er, som noe intakt og utøvd, tuftet på dyder. Imidlertid er ikke dyder og egenskaper ved mennesket noe statisk. Dyder utvikles når de praktiseres. Setter arbeidslivet begrensning for sykepleieren når det gjelder dannelsen av karakter? Er det i så fall slik at den tid det trengs til dannelsen av karakter er truet i dagens arbeidsliv på grunn av den økende fragmentering og et økende tempojag? Tidligere studier utført av Wærness avdekket også en sykepleier som mente at man på nytt trengte å få definert hva sykepleie skal innebære. På bakgrunn av innføringen av ISF og hva sykepleierne i denne undersøkelsen sier kan en slik diskusjon i fremtiden synes nyttig og relevant.

Det sykepleiefaglige i bunn

Når det gjelder sykepleierens holdninger og ansvar i møte med den enkelte bruker med hensyn til tidsbruk, sier sykepleieren at det sykepleiefaglige ansvar ligger i bunn for de faglige vurderingene. Når Martinsens forskning blant annet er kritisk til den økonomiske og teknologiske rasjonalitet mener hun blant annet at det er umulig for sykepleierne å forholde seg til sine faglige idealer under rådene systemer. Slik undersøkelsen fra Kristiansand kommune viser er imidlertid sykepleierne på offensiven, og benytter og har mulighet til å aktivt bidra til et system de kan leve og forholde seg til. Dette gjør de altså ved å selv endre tidsbruk når det er behov for det. Imidlertid kan Martinsen ha et poeng hvis en ser på sykepleierens holdninger med hensyn til hva hun tenker om sosial kontakt og møtet med brukere med psykiske lidelser. Her synes gapet stort mellom liv og lære. Det var vanskelig å

få øye på en gjennomtenkt ideologi hos den enkelte sykepleier når dette tema var på bane. Som tidligere antydnet praktiserer ikke sykepleierne et holistisk ideal i møte med brukeren ute i felten. De sier hele tiden at de forholder seg til en god faglig omsorg og pleie. De er på den måten heller ikke enige med Martinsen med at de ikke får anvendt sine faglige idealer under det rådende systemet de tilhører. Deres selvforståelse er at det er nettopp det de gjør.

Når Vike skisserer ISF og dens virkning på sykepleieren på et sykehus, ser det ikke ut til å slå ut på samme måte i denne kommunen med ISF. Det er riktig og sammenfallende når han tegner et bilde av sykepleieren som fleksibel, og at arbeidsområdene ofte kan være vanskelig å avgrense kompensatorisk. Dette er også virkeligheten i denne undersøkelsen. Sykepleieren gjør "alt". Hun bruker tid ute i felten, hun forholder seg til leger, til andre yrkesgrupper, til pårørende, til sin egen soneleder og til EBT. Det hører med til hennes arbeidsområde og det som er forventet av henne. Slik var det også før innføringen av innsatsstyrt finansiering. Men samtidig, sykepleieren i kommunen er mer autonom og opptrer slik tross krav om effektivisering og standardisering. Det betyr ikke at sykepleieren sløser med tid. Det kommer tydelig frem at høyt tempo var noe de forholdt seg til daglig. Imidlertid, det var ikke noe nytt. Det hadde de også gjort før ISF ble innført. Innvendingen mot entydiggjøringen mange hevder er den store fare ved et system som ISF, så heller ikke ut til å spille noen stor og vesentlig rolle for sykepleieren. Sykepleieren mente selv de tok den tiden de trengte hos den enkelte bruker etter dennes behov rent faglig. Om det var tildelt 20 minutter til dusjing og andre gjøremål, og brukeren en dag måtte trenge mer på grunn av dagsform, var det rom for dette. På denne måten ble den enkelte bruker vurdert individuelt etter faglig skjønn. Imidlertid, innføringen av ISF var ment å gi det såkalte EBT makt og myndighet til å være eneveldig i sine beslutninger om tidsbruk hos den enkelte brukeren. Dette skjer ikke i praksis så langt det var mulig å se ut fra denne undersøkelsen. Alle informantene gav uttrykk for at tidsbruken var mulig å gjøre noe med. En av sykepleierne i undersøkelsen som syntes at ISF var bra, mente imidlertid at alt fungerte greit fordi det ikke fungerte! Dette betyr at den omsorgen sykepleieren ønsker å gi den enkelte bruker ikke kommer i konflikt fordi ISF-systemet slik det fungerer i dag, gir rom for stor grad av fleksibilitet. Sykepleieren bestemmer tidsbruken. De sender en brukerendring med hensyn til tidsbruk og EBT signerer og godkjenner.

Igjen ser det ut til at Vikes spørsmål om entydiggjøringsprosjekter under ISF ikke slår ut så negativt som enkelte kunne frykte. Sykepleieren er i styringa og vurderer den enkelte bruker individuelt, til tross for skjema og standardiseringskrav fra organisasjonen hun tilhører.

Høyt tempo

Sykepleierne er vant med høyt tempo. Det er hverdagen deres i hjemmebasert omsorg under ISF og det var også tilfellet før innføringen av ny modell. Sykepleierne løper, men de liker å ha høyt tempo. Imidlertid vet sykepleierne at det nå er hver enkelt bruker som gir inntekt til sonene, og har de få brukere kommer det lite penger. Dette kunne se ut som sonene løste ved å ha færre sykepleiere i hele stillinger. Flere av informantene i undersøkelsen ønsket seg høyere brøkstillinger, men de var glad for å bli tilkalt når behovet meldte seg, og dermed få dekket opp sine lave brøkstillinger. Dette skjedde i perioder når det var flere brukere og når det var sykmeldinger. Dette kan se ut som den nye måten for en organisasjon å redusere utgiftene i tider hvor inntektene er lavere. I dette tilfellet når det er færre brukere, eller mindre etterspørsel på ”markedet”. Dette mener mange er et resultat av den nye tenkningen som finner sted i New Public Management -modellene.

Sykepleierne i undersøkelsen gav lite uttrykk for frustrasjon i forhold til dette. Men de uttrykte at de gjerne ville ha jobbet mer. De visste at arbeidsmarkedet var stramt og var glade når de fikk ekstravakter i tillegg til sin faste stilling. Thorsen og Wærness (1999) snakker om en ny produksjonsmodell for omsorg hvor man opererer med input-output. Med det mener de at man endrer, effektiviserer og organiserer input ut i fra en antakelse om at man oppnår bedre output i forhold til å bedre tjenestene til brukerne. De sier man skal bli mer brukerorientert og kostnadseffektiv og at kvalitetsarbeid skal føre til en innsats som er både bedre og billigere, eller i det minste ikke mer kostnadskrevende. En av måtene kommunen kan være mer kostnadseffektiv på er å ha færre sykepleiere i hele faste stillinger og heller bruke disse når ”markedet etterspør”. Sykepleierne hadde stor forståelse for dette og skjønnte at hvis der ikke var brukere var der ingen penger. Dette kan tyde på at det finnes en stor lojalitet til organisasjonen de er tilknyttet, samtidig som tidligere anført, at de opplever de er i styringa når det kommer til den faglige delen av arbeidet sitt. Hvor bevisst dette er for sykepleierne er det ikke grunnlag for å si så mye om.

Vike belyser at de sykehusene som har innført innsatsstyrt finansiering og diagnose-relaterte grupper ofte kan slite med rekrutteringsproblem. Dette har resultert i at sykehusene leier inn mange utenlandske sykepleiere og annet personell på korttidskontrakter. Han sier dette medfører en vanskeligere situasjon for de fast ansatte ikke minst i forhold til lønn. Vike sier dette kan skape enda flere problemer når slike markeds mekanismer blir tatt i bruk for å øke sykehusenes effektivitet og selvkontroll. Han (Vike 2002, s. 139) sier det slik:

”Velferdsstatens grunnleggende dilemma er i all hovedsak kun til stede som subjektiv virkelighet nederst i organisasjonen, og dette uttrykkes som et personlig og faglig problem. Derfor er omsorgspersonalet innstilt på å strekke sitt eget arbeid, kjempe mot sin egen kompetanse, å gi mer omsorg på kortere tid, og å løpe fortere i korridorene, men samtidig være hos pasientene”.

Fleksibilitet

Kommunen i denne undersøkelsen trenger ikke rekruttere ansatte på en slik måte Vike mener enkelte sykehus gjør. Slik det kan se ut er det nok sykepleiere og de ønsker å jobbe mer. Når det gjelder Vikes utsagn om at omsorgspersonalet er innstilt på å strekke sitt arbeid og gi mer omsorg på kortere tid kan det også i noen grad stemme med det sykepleierne selv sier. Et eksempel er det når sykepleierne forteller om den grad av fleksibilitet de utviser i jobben. Ikke bare med hensyn til at de ønsker å være fleksible i forhold til brukeren og eventuelle ønsker denne måtte ha, men at de også når som helst kan bli avbrutt med det de holder på med når for eksempel det går en alarm. Sykepleierne gav uttrykk for at dette kunne være stressende. De vet aldri hva som venter dem når alarmen går. De kan være på vei til en bruker, eller midt i et stell av en bruker, og så oppleve at alarmen går. De må kanskje gjøre vendreis og situasjonen som møter dem kan være alt fra en bruker lurert på hva klokka er til mer alvorlige situasjoner. Slike situasjoner gjør at mange av sykepleierne sier det kan være vanskelig å slappe av.

Flere alvorlig syke

Av flere ulike grunner, ikke minst kortere liggetid på sykehusene, som nevnt innledningsvis, blir pasientene sendt hurtigere hjem til sine respektive kommuner. Dette betyr at det er stadig flere alvorlig syke og døende i sine hjem som hjemmebasert omsorg skal ta seg av. Sykepleierne selv viser til at de stadig får flere brukere som ønsker å dø i sine hjem og at dette også kan være en ekstra utfordring de må takle og leve med. I tillegg til den alvorlig syke brukeren, (de kaller det fremdeles bruker) har de ofte også pårørende de må forholde seg til på en god måte i en slik situasjon. Terminalpleie var allikevel en av de oppgavene sykepleierne i undersøkelsen opplevde som meningsfylt. Imidlertid kunne tidspresset være den største hindringen her for at sykepleierne kunne oppleve at det ble en god og meningsfylt situasjon. Sykepleierne uttrykte vanskeligheter med å gå fra en bruker som de opplevde som svært syk og som kanskje ble liggende alene. Når sykepleieren måtte gå var det fordi hun visste at det også var flere brukere som ventet og som trengte hennes hjelp.

Martinsen og Wærness (1991) snakker om en omsorgskrise, hvor de påpeker at det særlig innenfor omsorgen for kronisk syke og gamle at manglene er størst. De kaller det ”den omvendte omsorgs lov”, og med det mener de at den som trenger det mest får det minst. Forfatterne mener dette henger sammen med at det her er minst målbart å se et resultat av profesjonenes arbeid.

Sykepleierne i undersøkelsen opplevde disse situasjonene tunge og vanskelige, men også givende fordi de opplevde at de kunne hjelpe på en god måte. De tok ikke til orde for det Martinsen og Wærness fremhever i den ”omvendte omsorgs lov”. Det kunne se ut til at de aksepterte at slik var situasjonen og man måtte forholde seg til den på best mulig måte. Vike (2002) snakker om sykehuset hvor det hersker et asymmetrisk samspill mellom to ulike verdisystemer, det teknisk økonomiske og det humanistiske systemet som sykepleierne representerer. Han viser til at det er det samme som skjer i kommunene. Vike (2002) viser blant annet til at når det er mulig å stramme inn og øke effektiviteten, er det fordi omsorgspersonalet er fleksible i sin arbeidsform. De løper fortere for å øke effektiviteten og for å få en fornøyd arbeidsgiver. Det ble ikke gitt klare tidsrammer for sykepleierne ute hos brukere i livets siste fase. De visste at det også var andre som ventet på dem. Kommunens ønske om universell velferd til alle dens innbyggere blir på mange måter desentralisert og blir til en kamp for dem som møter brukeren ansikt til ansikt. Vike snakker om at denne virkeligheten knapt blir snakket om på sykehusene. Så også i kommunene. Ingen av sykepleierne uttrykte noen form for avmaktfølelse i forhold til et system som krevde at de skulle gjøre det umulige, nemlig være minst to steder på samme tid. De sier det er tungt og vanskelig å gå fra en bruker i livets siste fase, men det er alt. Hvorfor protesterer de ikke mere? Er det slik at de allikevel er fanget og sosialisert inn i et system uten at de selv er villige til å innrømme dette? Når Vike (2002) påpeker at velferdsstatens grunnleggende dilemma kun er til stede som en subjektiv virkelighet nederst i den enkelte organisasjon er det tydelig at det er her dilemmaet først trer synlig frem. Men forøvrig den entydigheten ISF legger opp til med standardiseringen blant annet, er kun i den administrative verden. Sykepleierne må trolig kjempe mot sin dårlige samvittighet ved å løpe fortere samtidig som de skal være hos den enkelte bruker. Kampen i kommunen står via den enkelte sykepleier. Innføringen av ISF på sykehus og i kommunen denne undersøkelsen har funnet sted, er trolig sterkt medvirkende til at sykepleierne har fått enda dårligere brukere å forholde seg til. Sykepleierne har dermed fått enda en ny utfordring i utøvelsen av sitt arbeid, men sin eventuelle dårlige samvittighet snakket de ikke om.

Krysspress

Sykepleierne gav uttrykk for at de ofte kunne komme i et krysspress mellom arbeidsgiver og brukerens forventninger når det gjaldt korttidsplasser og avlastningsplasser i kommunen. Dette er også medvirkende til at sykepleierne stadig får flere alvorlig syke i hjemmene de skal besøke.

Etter innføringen av ISF ble ansvaret for å tildele sykehjemsplasser forskjøvet fra den enkelte sonen til EBT. Sykepleierne i undersøkelsen mente at det var blitt vanskeligere å få sykehjemsplasser og avlastningsplasser etter at ISF var blitt innført. Undersøkelsen har ikke tatt mål av seg til å undersøke antall sykehjemsplasser før og nå, men forholder seg til at det er slik det oppleves for sykepleierne. Om det skulle forholde seg slik eller ikke, er det allikevel igjen sykepleierne som blir den synlige for organisasjonens grenser ved sin tilstedeværelse og mangel på tilstedeværelse.

Det var lite som tydet på konflikt mellom sykepleierne og EBT, men når de snakket om sykehjemsplasser og korttidsplasser kunne de være svært direkte. En sykepleier uttaler at hun med sikkerhet visste at EBT trenerer tildeling av plasser til brukeren. Dette sier hun med et sterkt engasjement i stemmen. På bakgrunn av denne uttalelsen kan det tyde på at forholdet til EBT ikke er preget av direkte kommunikasjon. EBT's rolle har stor innvirkning på sykepleierens hverdag på denne måten fordi sykepleieren vil få dårligere brukere i hjemmene når det er få sykehjemsplasser å oppdrive.

Rettferdig fordeling – sykehjemsplasser/avlastningsplasser

Da innføringen av ISF fant sted var argumentasjonen av det skulle bli en mer rettferdig fordeling av tjenestene i hele kommunen. Dette var sykepleierne enig i var en riktig tanke. Allikevel uttrykte de frustrasjon ved at det var så vanskelig å få en korttidsplass etter innføringen av ISF, fordi det ikke hadde vært så vanskelig før, mente de.

Når Vike snakker om at sykepleieren i den enkelte kommune bærer organisasjonens grenser i kroppen viser han også til at sykepleieren opplever sin situasjon som et identitetsproblem, samtidig som det blir et lojalitetsproblem i en spenning som oppstår mellom organisasjonen og etikken. I situasjoner hvor sykepleierne mener brukeren hadde trengt et korttidsopphold eller en sykehjemsplass kommer dette godt til syne. Det kan se ut som kommunens manglende evne til å gjennomføre den universelle velferdsambisjonen blir mer tydelig og synlig her, hvor kommunens to motsatte og uforenlige målsettinger om ytelseskrav og ytelsesevne trer tydelig frem. Også kommunens rettferdighetstanke ved innføringen av ISF

kommer til syne rent praktisk for sykepleierne i møte med den enkelte bruker. Mens tanken ut i fra et rettferdighetsperspektiv er å gi en abstrakt og generell form for helsehjelp til alle blir det ut i fra et omsorgsperspektiv konkret og spesielt. Sykepleieren møter den enkelte bruker ansikt til ansikt. Rettferdighetsperspektivet har regler og plikter, mens omsorgsperspektivet har relasjoner og de møter brukere som er avhengig av deres hjelp. De har også ansvar og omsorg når rettferdighetsperspektivet er opptatt av fordelig, likhet og balanse mellom de ulike menneskene. Sykepleiernes mestringsstrategi under disse to perspektivene blir å være mest mulig fleksibel i møte med den enkelte bruker og tilfredsstillende sin arbeidsgiver ved å yte maksimalt i løpet av sin arbeidsdag.

Pårørende

Sykepleierne blir utfordret i sin væremåte i ulike situasjoner de møter daglig. Ikke bare i møte med den enkelte bruker, men også i møte med pårørende gav sykepleierne i undersøkelsen uttrykk for at de møtte utfordringer som ikke alltid var like lett å takle. Alsvågs (Martinsen 1993) utsagn forventer at sykepleierne skal ha et godt blikk, en god stemme, ha gode hender og ikke minst gode holdninger. I møte med pårørende vektla sykepleierne viktigheten av gode holdninger, men at dette ikke alltid var så lett.

Sykepleierne opplevde ofte at de bar organisasjonens grenser i kroppen i slike tilfeller da det kunne være mangel på tid, høye forventninger eller mangel på avlastningsplasser/ korttids plasser som den enkelte bruker trengte og pårørende som kanskje trengte da de var slitne. De beskriver en hverdag som ofte krevde mye også fra brukerens pårørende. En av sykepleierne hevdet at ISF som også hadde medført en omorganisering i sonene hadde vært til hjelp når det gjaldt slike vanskelige utfordringer. I en stor sone kunne sykepleierne seg i mellom dele på de oppgavene som var spesielt tunge. En sykepleier fortalte at hun hadde trengt veiledning i hvordan hun skulle forholde seg til pårørende, også av frykt for at de kunne gå til pressen og omtale sykepleieren og systemet på en ufordelaktig måte. Slik forekom det at sykepleierne også på denne måten kom i et krysspress mellom det systemet de arbeidet i, brukerne og ikke minst de pårørende de var satt til å hjelpe.

Mer papirarbeid med ISF

Innføringen av ISF gir sykepleierne mer papirarbeid å forholde seg til. Om dette går på bekostning av brukerne er det vanskelig å si noe med sikkerhet om. Sykepleierne la opp arbeidsdagen ved at de hadde det rimelig hektisk frem mot lunsj ute hos den enkelte bruker. Så var det lunsj etterfulgt av rapport. Enkelte sykepleiere fortalte at de etter rapporten kunne ha noen få brukere, men at det ellers var praktisk arbeid de skulle utføre. Dette kunne være

dosettfylling, bestilling av materiell, kontakte leger mv. I tillegg hadde de også brukerendringene som de måtte maile til EBT for godkjenning av endringer på tid. En sykepleier sa hun likte godt denne jobben, en annen mente det gikk mye tid til dette administrative arbeidet og hun kunne godt vært det foruten. Hun påpekte også at det kunne være greit nok om alt fungerte, men at det ofte kunne være mye tust med dataen som gjorde at det ble brukt uforholdsmessig mye tid til dokumentasjon. En sykepleier var inne på tanken om at de i hennes sone hadde vært inne på om ISF kun var et redskap til å kontrollere hva sykepleieren gjorde av arbeid. De hadde imidlertid kommet frem til at det ikke kunne være slik. En annen sykepleier mente det ble bare brukt unødig mye tid til dokumentasjon til EBT all den tid at det var sykepleieren som til sist endte opp med å ha det avgjørende ordet med hensyn til tidsbruken de skulle få hos brukeren. På den måten mente sykepleieren at brukerkontoret bare var et unødvendig og ekstra ledd. En annen sykepleier mente imidlertid at mailing med EBT kom litt i bakgrunnen fordi det var andre ting de prioriterte.

Innføring av ISF er et bedre styringsverktøy for administrasjonen i kommunen. Det gir et bedre styringsverktøy og en bedre administrativ oversikt. Sykepleieren som lurte på om ISF var en måte å kontrollere de ansatte på, har trolig et poeng. Det er mulig med ISF å hele tiden ha kontroll over den "produksjonen" sykepleieren til enhver tid utfører. Dette fordi det er skjemaer og standardiseringer for hver enkel handling som sykepleieren skal utføre. ISF opererer også med begrepene aktivitetsavvik og effektivitetsavvik som tidligere beskrevet. Det blir på den måten også mulig å kontrollere eventuelle effektivitetsavvik den enkelte sykepleier til enhver tid har. Vike (2002) snakker om at det på sykehus som har innført ISF er dette utformet som en kvantifisering. Dette omfatter imidlertid ikke sykepleierens handlinger da dette ville bli altfor komplekst. Dette løses ved at sykepleieren må være fleksibel hele tiden til de oppgavene som omgir henne. Så også i kommunene. Imidlertid kan kommuner som har innført ISF tydeligere enn på et sykehus kontrollere sine ansatte sykepleiere i den grad de ønsker det. På mange måter har Martinsen (2005) et poeng når hun er engstelig for at sykepleie skal bli en produksjon av en vare. Sykepleieren må ved brukerendring gå i en slags forhandling med EBT om tidsbruk slik ISF legger opp til. For det første må en bruke en del tid på dette, for det andre får sykepleieren alltid den tiden hun mener er rett ut i fra sin faglige begrunnelse. Dette blir det snakket om blant sykepleierne. Det de ikke snakker om i undersøkelsen som er det tredje momentet som er rent ideologisk å nærmest gå i en forhandling med administrasjonen om hva som er god og forsvarlig pleie. Igjen møtes to ulike kulturer og verdier. Administrasjonen med et teknisk økonomisk perspektiv og sykepleieren med et ideal om utøvelse av god omsorg. Martinsen (2005) påpeker tendensen til at de offentlige organisasjonene styres etter modeller som industribedrifter. Dette blir særlig synlig når sykepleieren kaller pasienten for bruker. Dette snakker også Martinsen

(2005) om, og mener at det på den måten er lagt til rette for at helsevesenet lettere kan styres av offentlige myndigheter enn av fagfolk og skjønn. Martinsen har delvis rett i dette. Delvis fordi denne undersøkelsen har vist at det ennå fins rom for en god faglig vurdering av den enkelte sykepleier i kommunen. I alle fall når det gjelder den rent fysiske og somatiske tilstanden hos den enkelte bruker. De får en ekstra arbeidsoppgave riktignok, men sykepleierne får det som regel slik de ønsker. Når det gjelder å kalle pasientene brukere, kan naturligvis Martinsen ha et poeng. Det legges også mer til rette for at det kan skje en privatisering av tjenestene under ISF. Alt er lagt til rette ved å bruke skjema og standardisering av den enkelte tjeneste ute til brukeren.

Også New Public Management- ideologien, som ISF er en del av, representerer tanker om at omorganisering der det skjer en atskillelse av ulike funksjoner ved at man introduserer kjøper/selger relasjoner. Rent praktisk, som tidligere nevnt må den enkelte bruker søke om en tjeneste fra kommunen. Dette skal da EBT godkjenne eller ikke. I praksis vil alle brukere få hjelp da den enkelte kommune er lovpålagt å gi alle sine innbyggere ”nødvendig helsehjelp”. Når den enkelte søker om en tjeneste fra kommunen er det rimelig at denne kalles bruker, mente sykepleierne. Fordi man bruker en tjeneste kommunen tildeler dem. En sykepleier mente også at de fleste ikke var syke, men kun eldre og skrøpelige og at det da ikke var naturlig at man brukte ordet pasient på den enkelte. Også da den enkelte sykepleier snakket om døende brukte de betegnelsen bruker. Ingen gav noen forklaring på denne endringen i begrepsbruken utover at det var naturlig å kalle dem brukere. Dette begrepet er neppe hentet fra den omsorgstradisjonen sykepleieren har med seg, men snarere et begrep som har tradisjon innenfor et teknisk økonomisk system. Det kan tyde på at sykepleieren relativt raskt er blitt sosialisert inn i et begrepsbruk som etter kort tid også synes naturlig for henne å bruke. Wærness (1991) spør også om sykepleierne er blitt administratorer som etter hvert må overlate den utøvende pleien og omsorgen til andre grupper. Slik det kan se ut er det fremdeles sykepleieren som er i styringa med hensyn til den utøvende pleien. Når hun utfører denne handlingen opplever sykepleieren selv at hun også gir omsorg. Imidlertid, standardiseringen som finner sted under ISF hvor man ikke legger stor vekt på det relasjonelle innenfor det teknisk-økonomiske systemet kan legge til rette for at sykepleierne på sikt med letthet kan erstattes av andre yrkesgrupper. Ingen av sykepleierne i undersøkelsen var inne på dette. Når enkelte hevder at begrepet bruker medfører at omsorgsbiten lettere kan fjernes enn om en anvender ordet pasient kan dette være et første skritt både å legge til rette for en privatisering av tjenestene og ikke minst å kunne erstatte en yrkesgruppe til fordel for en annen. Imidlertid hadde ikke sykepleierne noen innvendinger å komme med på dette området.

Fornøyd med ISF

Kan ISF på noen måter direkte ha en positiv effekt på den enkelte sykepleiers hverdag i møte med den enkelte bruker? Spørsmålet ble besvart av en sykepleier. Hun tok til orde for at det var enklere nå i forhold til at den enkelte sone ikke lenger var ansvarlig med tildeling av sykehjemsplasser. Dette, mente sykepleieren, kunne være vanskelig under den organiseringen de hadde før ISF. Da kunne enkelte brukere eller helst deres pårørende komme på døra med en bønn om hjelp. Da disse brukerne var kjente brukere i systemet, var det mye vanskeligere å si nei. På den måten kunne det også bli mer tilfeldig hvem som fikk tildelt plass og ikke alltid nødvendigvis etter de mest riktige fordelingskriteriene. ISF ser ut til på denne måten å bidra til å fremmedgjøre den enkelte bruker i forhold til det systemet de skal forholde seg til. EBT- kontoret gjør riktignok et hjemmebesøk hvor de møter den enkelte bruker ansikt til ansikt, men det er klart at den nærheten den enkelte sykepleier får ute i felten med brukeren dag etter dag gir et annet og mer nært forhold til den enkelte. EBT har sine regler for tildeling ut i fra tekniske og økonomiske vurderinger. Den enkelte sykepleier har med seg sine idealer om god omsorg for den enkelte. Det betyr naturligvis ikke at EBT ikke ønsker god omsorg til sine brukere, men den nærheten man får ved å besøke brukeren dag etter dag, vil allikevel slå sterkere inn. Undersøkelsen gav ikke andre svar på spørsmålet enn det denne ene sykepleieren som trakk fram denne problemstillingen. Ingen andre av informantene kunne konkret gi noen andre tilbakemeldinger på hvordan ISF kunne slå inn positivt på deres hverdag i de ulike situasjonene de gikk inn i. Til tross for dette, sa alle sykepleierne at de var fornøyd med ISF.

Glad i jobben

Denne konklusjonen er på mange måter oppsiktsvekkende på bakgrunn av de utfordringene sykepleierne står overfor hver eneste arbeidsdag. Men kanskje også forståelig på bakgrunn av den muligheten som ligger i systemet i å kunne være fleksible og også ikke minst autonome i deres hverdag. Alle sykepleierne i undersøkelsen sa de var glad i arbeidet sitt. De opplevde trivsel i arbeidet både blant brukerne og blant sine kolleger. De opplevde der var handlingsrom for sykepleierne blant sine ledere i sonen til å ta opp de utfordringene som måtte komme. Det var ikke egne møter for dette, men sykepleierne fortalte at det ofte var på rapporten ulike saker ble drøftet. Så kan man naturligvis undres. Hvordan henger det sammen at alle informantene i undersøkelsen udelt gav et positivt bilde av sin arbeidsplass og det arbeidet disse utfører? Hvordan har det seg at sykepleierne kommer til rette med alle sine gjøremål i en organisasjon som stadig forlanger mer effektivitet og tyngre pleie av brukerne de besøker?

Vike (2002) beskriver en situasjon hvor sykepleieren i deres hverdag anvender det han kaller ”taktisk tilbaketrekking” fra den organisasjon de er en del av. Det betyr at sykepleierne i en del situasjoner også er i stand til å gjøre seg autonome og utilgjengelige for sine ledere. Vike (2002) viser også til hvor vanskelig det er i slike organisasjoner å la seg endre til tross for endringsprosesser og omorganiseringer som finner sted. Kristiansand kommune er trolig et godt eksempel på nettopp dette.

Oppsummering drøftingskapittel:

Slik det fremgår av materialet i undersøkelsen kan det se ut til at sykepleierne ikke definerer omsorgsbiten innenfor de samme rammene slik Martinsen definerer hva god omsorg skal innebære. Det er særlig innenfor ”sosial kontakt” dette kommer tydeligst til syne. Også Wærness bekymring om den oppgaveorientering som stadig finner sted deles ikke av sykepleierne i denne undersøkelsen. Sykepleierne opplever selv de utøver god omsorg og pleie i møte med den enkelte bruker. De opplever heller ikke og snakker heller ikke om den entydigheten blant annet Vike peker på under ISF som det store problemet. Brukeren blir møtt med individuell pleie og omsorg hvor de blir ivaretatt i en hverdag hvor den enkelte sykepleier utviser stor grad av evne til fleksibilitet. Dette viser de også ved å henvise til den enkelte brukers autonomi. Også den ”mål-middel-rasjonaliteten” Martinsen og Wærness uttrykker bekymring for deles ikke av sykepleierne. De opplevde ikke at tidsbruk og ”stoppeklokke” utgjorde noen trussel som hindret dem i å utføre god omsorg og pleie. Imidlertid opplevde sykepleierne et stadig krysspress i forhold til den enkelte bruker og det systemet de måtte forholde seg til. Imidlertid uttrykte ingen av sykepleierne noen avmaktsfølelse i forhold til å utføre et arbeid hvor man minst måtte være to steder på en gang. Det høye tempoet som mange frykter vil prege ISF har sykepleierne vært vant med også før innføringen av ISF fant sted. ISF medfører at den enkelte sykepleiers ”produksjon” kan måles. Der var heller ingen ideologiske innvendinger å høre på dette eller om ISF som system generelt.

6.0 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

Ut fra teoretiske og yrkesetiske drøftinger slik Martinsen og Wærness beskriver, kunne en kanskje ha ventet at arbeid under ISF og generelle yrkesetiske idealer om omsorg for den konkrete pasient ville komme i konflikt med hverandre. Dette fordi ISF med sine krav til sykepleierne ville redusere deres muligheter for å realisere for konkret omsorg for brukerne. Imidlertid slik sykepleierne beskriver og eksplisitt forstår sin situasjon, sin arbeidshverdag og hvilke ting de særlig opplever som utfordrene samt hvordan de opplever å kunne virkeliggjøre konkret omsorg i møte med den enkelte bruker, ser ikke dette ut til å være tilfellet. Det ser tvert i mot ut til at de finner ulike måter å håndtere sin arbeidssituasjon på, slik at de fremdeles opplever å virkeliggjøre omsorg i konkret møte med den enkelte bruker.

Sykepleierne i undersøkelsen definerer god omsorg og pleie noe annerledes enn det Martinsen gjør. Dette kommer særlig til syne under omsorgsbiten sosial kontakt. De synes ikke at samtale og sosial kontakt er deres ansvarsområde. Heller ikke deler de bekymringen til Vike som beskriver den entydigheten som finner sted under ISF. Sykepleierne opplever selv at den enkelte brukers behov blir individuelt ivaretatt på en god og faglig måte. Ei heller den mål-middel-rasjonaliteten Martinsen og Wærness uttrykker bekymring over er synlig til stede hos sykepleierne. ISF-systemet fungerer også slik at sykepleierne selv vurderer den enkelte brukers behov for tid.

Sykepleierne opptrer pragmatisk. De ser ikke ut til å reflektere over ISF ut fra et ideologisk ståsted, men forholder seg til de politiske og administrative vedtak som foretas i den kommunale ledelsen, og er dermed lojale både overfor systemet og pasientene/ brukerne. Samtidig finner de grader av frihet til selv å disponere tidsbruken og organiseringen av egen arbeidshverdag i tråd med de rammene ISF systemet setter. I lys av den debatten som har preget deler av norsk profesjonsforskning jfr. Grimen og Nordtvedt³ tyder funnene mine på at sykepleierne utøver sitt profesjonelle arbeid med en betinget lojalitet. De forholder seg til de rammer og føringer ISF reformen setter, men understreker samtidig at de tar ansvar for å gjøre selvstendige prioriteringer og organiseringer innenfor de rammene som settes.

Det er likevel betimelig å stille spørsmål om det finnes en konflikt/dilemma som ikke kommer til uttrykk i sykepleiernes bevisste og uttrykkelige forståelse av sin arbeidssituasjon og sin yrkesutøvelse. Dette kommer synlig til uttrykk i hvordan sykepleierne bærer ”organisasjonens grenser på kroppen”, slik også Vike antyder. Det er de som møter brukerne

³ Jfr. redegjørelse kapittel 1.8, side 13.

ansikt-til-ansikt. Sykepleierne befinner seg hele tiden i et krysspress under det systemet hun er satt til å arbeide i samtidig skal hun ivareta den enkelte bruker. En eventuell konflikt er imidlertid ikke noe sykepleierne forholder seg bevisst til eller artikulerer. Imidlertid, deres lojalitet til systemet kan indikere et grep sykepleierne tar for å unngå at en mer ”bevisst” konflikt kommer til syne.

6.1 Veien videre

Denne studiens primære formål har vært å få en dybdeforståelse av hvordan sykepleieren opplever forholdet mellom idealet om konkret omsorg i møte med pasienten og de rammene ISF som styringsform setter. I et eventuelt videre arbeid ville det vært interessant å utvide denne studien ved å sammenligne en til flere kommuner til med Kristiansand som har innført ISF systemer eller liknende reformer. Dermed kunne jeg studert funnene i denne ene kommunen opp mot flere andre for å se hvorvidt funnene i denne studien er representative for en større gruppe sykepleiere i ulike deler av landet.

LITTERATURLISTE

Christoffersen, Svein Aage (1994): *Handling og dømmekraft*. Oslo: Tano AS.

Baldersheim, Harald (1993): Kommunal organisering: Motar sel, men ressursar avgjer? I Læreid, P. og J.P. Olsen (red): *Organisering av offentlig sektor. Perspektiver – reformer – erfaringer – utfordringer*. Oslo: Tano.

Bakken, Runar, Brinchmann, Arne, Haukelien, Heidi, Kroken, Randi, Vike, Halvard (2002): *Maktens samvittighet. Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dickenson, Donna (1995): Is Efficiency Ethical. Resources Issues in Health Care, B. Almond (ed.): *Introducing Applied Ethics*. Blackwal.

Eide, Solveig Botnen, Grelland, Hans Herlof, Kristiansen, Aslaug, Sævareid, Hans Inge, Aasland, Dag G. (2003): *Fordi vi er mennesker. En bok om samarbeidets etikk*. Arendal, Grimstad og Kristiansand: Fagbokforlaget.

Eriksen, Erik Oddvar (2001): *Demokratiets sorte hull. Om spenningen mellom fag og politikk i velferdsstaten*. Oslo: Abstrakt forlag AS

Eriksen, Erik Oddvar (1999): *Kommunikativ ledelse- om styring av offentlige organisasjoner*. Bergen: Fagbokforlaget

Everett, Eurus Larry, Inger Furseth (2004): *Masteroppgaven – Hvordan begynne – og fullføre*. Oslo: Universitetsforlaget

Føllesdal, Andreas (1999): Hvorfor likhet – hva slags likhet? Normative føringer på forskning om makt og demokrati. *Tidsskrift for samfunnsforskning* 1999 nr. 2: 123-147.

Føllesdal, Andreas (2001): Likeverd på anbud. Kan markedet sikre likeverd i morgendagens velferdsstat? *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 2001, 2: 135-144.

- Føllesdal, Andreas (2003): Bør prioritering av helsetiltak baseres på pliktetikk eller nytteetikk? *Tidsskrift for den norske legeforening*, 2003:20, 2897-8.
- Gilje, Nils, Grimen, Harald (1993): *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger. Innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Grønlie, Tore (1991): Velferdskommunen. I Nagel, Anne-Hilde (ed): *Velferdskommunen: Kommunens rolle i utviklingen av velferdsstaten*. Bergen: Alma Mater Forlag.
- Henriksen, Jan Olav, Arne Johan Vetlesen (2000): *Nærhet og distanse*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Isaksen, Lise Widding (2004): *Omsorgens pris*. 1. utgave, 2. opplag, Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS
- Jacobsen, Dag Ingvar (2005): *Hvordan gjennomføre undersøkelser. Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 2. utgave. Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Klausen, Kurt Klaudi, Ståhlberg, Krister (1998): *New Public Management i Norden*. Odense: Odense Universitetsforlag
- Kvale, Steinar (2005): *Det kvalitative forskningsintervju*. 7. opplag. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS
- Løgstrup, Knud E. (2001): *Den etiske fordring*. København: Gyldendal Boghandel Nordiske Forlag AS
- Løgstrup, Knud E. (1997): *System og symbol*. Kompendium 4161. Oslo: Det teologiske fakultet, Universitetet i Oslo
- Martinsen, Kari (2005): *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe AS
- Martinsen, Kari (1993): *Den omtenkssomme sykepleier*. Oslo: Tano AS
- Martinsen, Kari (2003): *Fra Marx til Løgstrup*. Oslo: Universitetsforlaget

- Martinsen, Kari, Wærness, Kari (1991): *Pleie uten omsorg*. Oslo: Pax Forlag AS
- Martinsen, Kari (2002): *Kallet- kan vi være det foruten? Øjet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Nagel, Anne-Hilde (red.) (1991): *Velferdskommunen: kommunens rolle i utviklingen av velferdsstaten*. Bergen: Alma Mater Forlag.
- Rawls, John (2003): *Rettferdighet som rimelighet*. Oslo: Pax Forlag A/S
- Repstad, Pål (1998): *Mellom nærhet og distanse*. Oslo: Universitetsforlagets Metodebibliotek
- Rose, Lawrence E. (1996): *Kommuner och kommunale ledare i Norden*. Åbo: Institutet för jämförande nordisk politikk och förvaltning vid Åbo Akademi.
- Rose, Lawrence E. (2004): Local Government and Politics, I Heidar, K (ed):*Nordic Politics. Comparative Perspectives*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rønning, Rolf (2004): *Omsorg som vare. Kampen om omsorgens sjel i norske kommuner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Scheffler, Samuel (1988): *Consequentialism and its Critics*. Oxford: Oxford University Press
- Sennett, Richard (2002): *Det fleksible mennesket*, Polen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS,
- Ståhlberg, Krister (1996): *Herre i eget hus: 12 debattinnlegg om nordiske kommuner i forandring*. LOS – rapport 9605. Bergen: LOS-senteret.
- Ståhlberg, Krister (1998): Serviceföbindelser I kommunernas utvecklingspolitikk. I *Kommunal ekonomi & politikk*, 2:7-19
- Thorsen, Kirsten og Kari Wærness (1999): *Blir omsorgen borte. Eldreomsorgens hverdag i den senmoderne velferdsstaten*. Oslo: Ad Notam Gyldendal

Vetlesen, Arne Johan, Nordtvedt, Per (2000): *Følelser og moral*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS

Vike, Halvard, Runar Bakken, Arne Brinchmann, Heidi Haukelien, Randi Kroken (2002): *Maktens samvittighet – Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Makt og demokratiutredningen 1998-2003. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS

Øgård, Morten (2000): New Public Management – markedet som redningsplanke? I Baldersheim, Harald og Lawrence E. Rose (red.): *Det kommunale laboratorium. Teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering*. Bergen: Fagbokforlaget

Øgård, Morten (2002): *Forvaltningsinnovasjon i de nordiske regionene/ kommunene: I felles takt mot new public management?* Dr. polit avhandling. Oslo: Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo

Øgård, Morten (2005): New Public Management – fornyelse eller fortapelse av den kommunale egenart? I Baldersheim, Harald og Lawrence E. Rose (red.): *Det kommunale laboratorium. Teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering*. 2.utgave. Bergen: Fagbokforlaget

Aasland, Dag G. (2005): *Økonomiens grenser og etikkens nødvendighet*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag

Rapporter:

Kommunal og regionaldepartementet (2005): *Alternative finansieringsformer i kommunene*, Rapport til regjeringsutvalget for modernisering om alternative finansieringsformer i kommunene, Juni 2005. Oslo.

Nova (1998): *Hva er nok. Om behovsfortolkninger i hjemmetjenesten*. Nova rapport nr.8. Oslo: Nova Rapport

Sintef (2003): *Kommunehelsetjenesten – gamle og nye utfordringer*. Oslo: Sintef

Rokkansenteret (2003): *I tøffeste laget*. Rapport 9, 2003. En dokumentasjonsrapport om arbeidssituasjonen til ansatte i pleie – og omsorgstjenesten. Bergen: Rokkansenteret

Rokkansenteret (2003): *Der hvor intet er, har selv keiseren tapt sin rett!* Rapport nr.8
2003. Om lokalt folkestyre og rettigheter. Bergen: Rokkansenteret

Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO) (2004): *Bestiller-utførermodell i pleie og omsorgstjenesten – en kartlegging av kommuner og bydeler.* Oslo: Sosial- og helsedirektoratet

Ernst og Young (2004): *Rapport Kristiansand kommune: Innsatsstyrt finansiering for pleie og omsorgstjenesten.* Kristiansand: Ernst & Young.

Kristiansand kommune (2002): *Status i prosjektet om innsatsstyrt finansiering av hjemmebasert omsorg,* Kristiansand: Kristiansand kommune

VEDLEGG

Intervjuguide

Informasjonsskriv til informantene

Informert samtykke

Brev - godkjennelse fra Personvernombudet