Rita Jakobsen

2. utgave

Klar for fremtiden?

– om kvalitet, endring og teamarbeid i sykepleieledelse

GYLDENDAL
AKADEMISK

RITA JAKOBSEN

KLAR FOR FREMTIDEN?

– OM KVALITET, ENDRING OG TEAMARBEID I SYKEPLEIELEDELSE

GYLDENDAL
AKADEMISK

© Gyldendal Norsk Forlag AS 2005
2. utgave 2006

ISBN: 978-82-05-44506-2

Sats: Laboremus Prepress AS
Layout: Laboremus Prepress AS & Modest Design
Brødtekst: Minion 10,5/15 pkt.

Alle henvendelser om boken kan rettes til
Gyldendal Akademisk
Postboks 6730 St. Olavs plass
0130 Oslo

www.gyldendal.no/akademisk
akademisk@gyldendal.no

Det må ikke kopieres fra denne boken i strid med åndsverkloven eller avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorganisasjon for rettighetshavere til åndsverk. Kopiering i strid med lov eller avtale kan medføre erstatningsansvar og inndragning, og kan straffes med bøter eller fengsel.

Forord

I denne boken ønsker jeg å sette søkelyset på sykepleiernes lederansvar i en hverdag der kravet er stort, og der balansen mellom effektivitet, faglig forsvarlighet og kvalitet oppleves som daglige utfordringer. Hvordan kan sykepleieren tenke og arbeide for å ivareta det ansvaret hun har for kvaliteten på tjenesten? Hvilke kunnskaper og vurderinger kan være redskaper i denne prosessen? Utfordringene står i kø. Rammefaktorer som knappe tidsmarginer, manglende kunnskaper, stramme rutiner og systemer kan fort hemme arbeidet med å tilby god og forsvarlig sykepleie. Forventninger om samarbeid og innflytelse fra pasienter og medarbeidere kan umiddelbart oppleves som utfordrende for sykepleieren i utøvelse av lederskap.

Det handler ofte om å forstå de sosiale mekanismene et arbeidsfellesskap representerer, men det handler også om å se mulige løsninger på de ulike arenaene.

Dette er en grunnbok om ledelsesprosesser. Jeg henvender meg til sykepleiere og sykepleiestudenter i siste del av studiet. På slutten av sin sykepleierutdanning skal studentene utvikle forståelse for den konteksten faget utøves i. I denne fasen er det viktig at studentene utvikler sine evner til å se nødvendigheten av og muligheter til fag- og kvalitetsutvikling. Nedtoningen av organisasjons- og lederkunnskap i bachelorutdanningen i sykepleie har vakt sterke reaksjoner, etter min oppfatning berettiget. Utfordringene på praksisarenaer er store, noe som også skaper rom for læresituasjoner med vekt på fag- og kvalitetsutvikling. Det er vesentlig for studentene å se og forstå utfordringene mens de er studenter. Som sykepleiere vil de møte forventninger om aktivt å bidra i ledelsesprosessen for at kvalitetsutvikling skal skje.

Kulturforståelse har fått stor plass fordi en slik forståelse er avgjørende for å kunne lykkes med lederoppgavene. Samarbeid er også et gjennomgående og sentralt tema i boken. Temaet ledelse er omfattende og stort, alle sider er derfor ikke behandlet. Jeg har bl.a. valgt ikke å gå i dybden på organisering og økonomi, selv om dette er sentrale elementer i ledelse. Hovedvekten er lagt på det å få medarbeidere til å spille på lag, slik at det skapes prosesser der det tilstrebes god sykepleie. Tyngden er lagt på praktiske utfordringer i hverdagen sett i sammenheng med det offisielle oppdraget myndighetene har gitt sykepleietjenesten. Boken er ikke en oppskriftsbok, men den søker å gi noen retningslinjer og ideer for ledelsesprosessen på postplan.

Boken er knyttet opp mot sentrale mål i bachelorutdanningen i sykepleie, særlig med fokus på den kontekstuelle kunnskap. Det er en vesentlig ambisjon å gjøre sykepleiere i stand til å ivareta sitt lederansvar i den organisatoriske sammenhengen.

Siden 1999, da den første utgaven av denne boken kom, har det vært gjennomført både en helsereform og en utdanningsreform i Norge. Begge har fått konsekvenser for innholdet i denne reviderte utgaven.

Oslo, feburar 2005
Rita Jakobsen

Innhold

INNLEDNING 11

Bakgrunnen for bokens tema 11
Oppbygning av boken 15

KAPITTEL 1 SAMFUNNETS BEHOV FOR SYKEPLEIETJENESTER 17

Innledning 17
Helsepolitiske visjoner og føringer 18
Presset på helsevesenet øker 20
Prioriteringer 21
Mål og organisering av tjenestetilbudet 22
Finansieringsordninger 26
Brukerrettigheter 27
Autorisasjon og ansvar 29
Sykepleierne 31
Oppsummering 32
Arbeidsoppgaver 33

KAPITTEL 2 KVALITET OG FORSVARLIGHET I SYKEPLEIE 34

Innledning 34
Målet er kvalitet 35
Begrepet kvalitet 36
Kvalitetskrav 39
Kvalitet i spesialisthelsetjenesten 41
Kvalitet i primærhelsetjenesten 45
Kvalitetsutvikling 46
Kvalitetssikring og kvalitetssystemer 47
Registreringer 49
Standarder og kriterier 49

Brukermedvirkning 50
Kvalitetsledelse og totalkvalitetsledelse 51
Kvalitetsforbedring 53
Hva er kvalitet i sykepleie? 55
Hva er sykepleie og hva er god sykepleie? 58
Faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp 61
Sykepleierens kunnskap og kompetanse 64
Kan kvalitet i sykepleie måles? 65
Oppsummering 67
Arbeidsoppgaver 68

KAPITTEL 3 PLEIEKULTUREN 69
Innledning 69
Pleiekulturen og pleiefellesskapet 69
Det fysiske miljøet 71
Regler for samhandling 72
Grunnleggende verdier 73
Felles språk 73
Kulturnivåer 74
Artifakter og produkter 74
Verdier 75
Grunnleggende underliggende antakelser 75
Kulturforståelse 76
Synlig og følbar organisasjonskultur 78
Kulturens virkning på organisasjonens effektivitet og individets tilfredshet 79
Kultur og kvalitetsutvikling 82
Hvem er utøverne i pleiekulturen? 83
Hjelpepleieren som representant for kontinuiteten på posten 85
Anerkjennelse og verdsettelse 86
«Å gå sammen i stellet» 86
Sykepleiernes arbeidsformer 87
Hjelpepleiernes forhold til sykepleiegruppen og omvendt 88
Utfordringer i pleiekulturen 89
Lederens utfordringer i endringsarbeid 92
Oppsummering 95
Arbeidsoppgaver 96

KAPITTEL 4 FORVANDLENDE LEDERSKAP
– ET LEDERSKAP FOR FREMTIDEN? 97
Innledning 97
Hva kjennetegner fremtidens organisasjon? 98
Gi makt til medarbeiderne 100

«Empowerment»-demokrati ... 100
Kollektiv refleksjon ... 101
Åpenhet i kulturen ... 101
Felles visjoner ... 102
Verdivalg ... 105
Hvordan kan visjonsarbeid foregå? ... 106
Motivasjon ... 111
Anerkjennelse ... 111
Andre motivasjonsfaktorer ... 113
Å stimulere til egenutvikling ... 114
Åpenhet ... 114
Kreativitet ... 116
Kunnskapsutvikling kollektivt og individuelt ... 118
Personlig omtanke for medarbeiderne ... 119
Medarbeidersamtalen som redskap ... 119
«The winning team» ... 120
Konflikter og konflikthåndtering ... 123
Hva er en konflikt? ... 125
Konfliktløsing ... 128
Trinnene i tradisjonell konflikthåndtering ... 130
LØFT-metoden ... 133
Samtalen ... 134
Oppsummering ... 136
Arbeidsoppgaver ... 137

KAPITTEL 5 LEDEREN – GENERAL ELLER VEIVISER? ... 138
Innledning ... 138
Fra funksjons- til pasientorientering ... 139
Fra status quo til hevet standard ... 141
Emosjonell intelligens – EQ ... 142
Fra å ha makt og kontroll til å avgi makt og kontroll ... 144
Å gi makt og kontroll forutsetter at lederen er trygg på sin egen fagidentitet ... 148
Fra å se på medarbeiderne som utskiftbare til å se på medarbeiderne som en ressurs ... 150
Arbeidsmiljøet ... 150
Kompetanseoppbygging ... 152
Fra reaktiv til proaktiv atferd ... 153
Fra kynisme til optimisme ... 154
Fra revirbeskyttelse til tverrfaglig samarbeid ... 155
Flerfaglig og tverrfaglig samarbeid ... 156
Hvilke egenskaper må sykepleieren ha for å ivareta sitt lederansvar? ... 158
Å kunne administrere seg selv ... 158

Ansvar 159
Administrasjonsansvaret 160
Andre viktige egenskaper. 164
Oppsummering 165

LITTERATUR 166

STIKKORD 171

Ett er sjøkart å forstå,
et annet er skip å føre.

Holberg

Innledning

Bakgrunnen for bokens tema

Hvorfor er det så vanskelig å få gjennomført endringer i sykepleietjenesten, endringer som er godt faglig begrunnet, og som er dokumenterte forbedringer for pasientene? Spørsmålet kom som et hjertesukk fra en avdelingssykepleier. Hennes utgangspunkt var et pålegg om å innføre et nytt dokumentasjonssystem for sykepleietjenesten på en medisinsk avdeling. Teoretisk var alle sykepleierne tilsynelatende enige om at planlegging og dokumentasjon var viktig for å sikre kvaliteten på tilbudet. Når man så kom til den praktiske gjennomføringen, stoppet det opp. Man hadde blitt enige om og utviklet systemer, hatt kollektiv og individuell dataopplæring, sykepleierne hadde vært deltakere underveis i hele prosessen, alt var gjort så å si etter boken– *likevel klarer vi ikke å få dokumentasjonssystemet til å fungere i praksis,* sier avdelingssykepleieren. Hvorfor tar ikke sykepleierne dette ansvaret? Er de egentlig uenige? Mener de det er uvesentlig, at det faglig ikke er påkrevet? Hvorfor kommer i så fall dette ikke frem? Hvorfor er det slik? spør da denne lederen. Hvorfor er endringer på dette planet så vanskelig å gjennomføre? Etter at lov om helsepersonell (1999) ble gjeldende fra 1. januar 2001 har helsepersonell dokumentasjonsplikt. Dette innebærer at det skal føres journal i samsvar med god yrkesskikk med innhold av relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen (lov om helsepersonell 1999, § 39). Likevel oppleves etablering av et dokumentasjonssystem lokalt som utfordrende for avdelingssykepleierne. Hvorfor er endringsprosesser på dette planet så vanskelig å lykkes med?

Helsetjenesten er i stadig endring. Det skjer en enorm utvikling på de ulike fagområdene både kunnskapsmessig og teknisk. Politikerne har gjennom lover og forskrifter stadig tydeligere beskrevet hvilke tilbud vi skal gi pasienter og pårørende, samtidig som det stilles krav om størst mulig effektivitet. Den store

helsereformen landet gjennomfører nå, har gitt helsetjenestens aktører store utfordringer. Lov om helsepersonell og lov om pasientrettigheter har konkretisert oppdraget fra samfunnet, og krever at helsepersonell, inkludert sykepleierne, er tydeligere og mer presise i planlegging og utøvelse av faget. Moderne ledelsesteorier fra næringslivet blir lagt til grunn for hvordan helsetjenestens virksomheter skal drives. Det statlige eierskap av sykehusene med organisering i helseforetak er tydelige eksempler på dette (lov om helseforetak 2001). Videre ser vi en betydelig utvikling når det gjelder bruk av anbud, gjerne private aktører, for drift av helse- og sosialtjenesten i kommunene, noe som også er et tegn på en mer markedsorientert tjeneste. Begreper som produksjon og resultater er gjennomgående, og gjenspeiles i budsjetter og planer. Nytenkning og kreativitet er ord som henger sammen med effektivitet, og blir mer og mer en del av vokabularet på helseinstitusjonene. Det stilles krav til hurtig omstilling på alle nivåer i tjenesten.

Omstilling og endringer kreves både på det faglige og det organisatoriske plan. Organisatorisk har sykepleietjenesten som ledd i helsetjenesten vært gjennom en rekke omstillinger og endringer. Kravet om enhetlig ledelse på sykehusene har utfordret sykepleietjenestens lange tradisjon for linjeledelse. Oversykepleiere og delvis også sjefsykepleiere som stillingskategorier er mer eller mindre ute av organisasjonskartet både i sykehus og i kommunehelsetjenesten. Ambisjonen om kortere beslutningslinjer har fjernet koordineringsleddet i sykepleietjeneste. På sykehusene er det i 90 prosent av tilfellene leger som er øverste leder, mens det i kommunene sitter pleie- og omsorgssjefer uten sykepleiefaglig bakgrunn. Dette skaper nye utfordringer særlig med tanke på endringer i det utøvende leddet i sykepleietjenesten. Et økende krav til kunnskapsbasert praksis forsterker selvsagt disse utfordringene. Omstillinger som får direkte konsekvenser for pasienter og pleiere, er avgjørende å lykkes med for å kunne gi pasientene et kvalitativt og forsvarlig tilbud.

Grunnen til at slike forandringer er vanskelig å gjennomføre, kan være mange. Manglende innflytelse, sterke forsvarsrutiner i kulturen, manglende forståelse for endringens betydning og manglende ledelse på dette planet kan være noen.

La oss spinne videre på eksemplet om innføring av nytt dokumentasjonssystem.

I fagmiljøene er man enig om at dokumentasjon er viktig, og den nye lov om helsepersonell (1999) krever at autorisert helsepersonell skal dokumentere sin

virksomhet. Pasientene har også rett til individuell plan. Likevel ser det ut til at det er vanskelig å gjennomføre, og det gjelder spesielt planlegging, handling og evaluering i forhold til den enkelte pasient. Det er naturlig å stille spørsmål som:

– Er det ikke viktig nok?
– Kan man for lite om saken?
– Tar det for lang tid å lære?
– Tar det for lang tid å gjennomføre?
– Hvem har ansvaret for gjennomføringen?
– Står det i arbeidsinstruksene?
– Har alle berørte vært med å bestemme, eller er dette diktat fra andre ledere i systemet?
– Er opplæringen god nok, kollektivt og individuelt?
– Ser man nytten av et slikt redskap?

Reell fagutvikling i sykepleie skjer når den kommer brukerne av tjenesten til gode. Dette er sykepleierens ansvarsområde. I Rammeplan for sykepleierutdanningen (2004) står det:

> Sykepleierutdanningen skal utdanne selvstendige og ansvarsbevisste endrings- og pasientorienterte yrkesutøvere som viser evne og vilje til en bevisst og reflektert holdning ved utøvelse av sykepleie (s. 6).

Studentene skal etter endt utdanning ha handlingskompetanse til å anvende forskningsresultater og handlingsberedskap til å arbeide systematisk med fag- og kvalitetsutvikling (s. 7).

Ledelse handler om å arbeide med mennesker. Nitschke (1998) sier at vi alle er ledere for oss selv og ledere for dem vi omgås. Man kunne også si at vi alle er ansvarlige for oss selv og andre. Sykepleierne utøver yrket sitt i en kultur som befinner seg i en kryssild mellom tradisjon, nytenkning og markedsøkonomi. Som andre kulturer har også denne behov for å forsvare sin særegenhet og sin tradisjon. Motstand mot endringer er ofte et tegn på slikt forsvar. En kultur med så rike tradisjoner som pleiekulturen bør og skal stille seg kritisk til ulike krav og forslag til endringer. Det er når det kritiske blir hemmende for utvikling, at det kan bli vanskelig å møte behovet for nytenkning og videreutvikling i faget. Pleiekulturen er, som de fleste kulturer, avhengig av å følge tiden. Ledelse i sykepleie foregår i denne kulturen, og resultatet av arbeidet vårt avhenger blant annet av hvordan klimaet i

denne kulturen er, men også i hvilken samfunnsmessig kontekst denne kulturen befinner seg.

Book (1998) hevder at effektiviteten øker med et visst trivselsnivå. Et trivselsnivå avhenger av at man erkjenner viktigheten av å skape et godt arbeidsklima, noe som igjen er helt avhengig av at man forholder seg til hverandre som et team som arbeider i samme retning. En slik retning må peke fremover. Sykepleien er en del av en samfunnsstruktur, og kan ikke leve sitt eget liv uavhengig av denne. Det er på dette planet sykepleiere utfordres på sitt lederansvar.

Sykepleiere som yrkesgruppe har et ansvar som er knyttet direkte til den pasientrettede sykepleiefunksjonen, og et ansvar som ikke er direkte pasientrettet. Herunder defineres administrasjon, ledelse, undervisning og fagutvikling. Dette utgjør sykepleierens lederansvar. I Rammeplan for sykepleierutdanning (2004) legges det opp til at sykepleiestudentene gjennom studiet skal utvikle handlingsberedskap til å møte de lederutfordringer de vil stå overfor som autoriserte sykepleiere. De skal ha beredskap til å undervise og veilede studenter og medarbeidere. De skal kunne administrere og lede sykepleietjenesten til en gruppe av pasienter og medarbeidere, og de skal kunne drive fag- og kvalitetsutvikling. Den nyutdannede sykepleieren skal også ha fagkunnskaper, evne, vilje og mot til å ta beslutninger, noe som også innebærer at hun må kunne arbeide med problemer og konflikter i et tverrfaglig miljø.

Å lede et fag krever både kunnskaper i faget og kunnskaper i ledelse. Helsevesenets arenaer har utviklet seg til kompliserte organisasjoner og kulturer. Kravet til kunnskap og personlig kompetanse i ledelse og ledelsesprosesser øker i takt med denne utviklingen. Hensikten med denne boken er å bidra til at sykepleiestudenter og nyutdannede sykepleiere utvikler av kompetanse til å kunne ivareta det lederansvaret som er forventet av en autorisert sykepleier.

Ideen er at kunnskap og forståelse rundt de formelle krav, de kulturelle forhold og ledelsesprinsipper vil bidra til denne utviklingen. «Den lærebok i sykepleie som ikke kan tas frem etter endt utdannelse, er en dårlig lærebok,» hevder en erfaren sykepleier. Med den uttalelsen som utgangspunkt håper jeg denne boken kan være nyttig på flere nivåer i sykepleietjenesten.

Sykepleiestudenter og nyutdannede sykepleiere er fremtidens ledere av sykepleietjenesten.

«Fremtiden starter nå. Den er viften av muligheter som står åpen i nåtid,» sier fremtidsforskeren Bo Jansen (1997).

Oppbygning av boken

Denne boken handler om å få medarbeidere til å spille på lag mot et felles mål. Dette målet bestemmes av samfunnets behov for våre tjenester, samt av fagets anerkjente normer og prinsipper. I denne prosessen er det viktig å vite «hvor vi skal», og hva som må gjøres for å komme dit. Men det er også vesentlig å vite på hvilken måte vi kommer dit vi skal, og hvordan vi vet at vi er fremme.

I første del av boken vil jeg ta for meg samfunnets oppdrag til sykepleietjenesten. Dette dreier seg om hva samfunnet utenfor institusjonen forventer av oss, og det er her våre eiere formaliserer sine krav. Kravet til kvalitet, forsvarlighet og effektivitet er slike krav.

Kapittel 1 har jeg kalt *Samfunnets behov for sykepleietjenester*. Her vil jeg presentere helseplaner, lovverk og strategier vi som sykepleietjeneste må forholde oss til.

Kapittel 2 handler om *kvalitet* og kvalitetsbegrepet opp mot forsvarlighetsbegrepet. For å kunne lede noe som helst må man vite hvor man skal. Tidligere i innledningen har jeg slått fast at kvalitet er målet. Men hva er god kvalitet? Er det entydige oppfatninger om dette? Hvem bestemmer kvaliteten? Også her dreier det seg om formelle oppfatninger og diskutable meninger. Myndighetenes kvalitetskrav til spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten vil bli skissert her. Kvalitetsutvikling og de prosesser den bringer med seg, vil bli berørt i dette kapitlet. Forsvarlighetsbegrepet vil bli drøftet her.

Kapittel 2 handler om *sykepleie og kvalitet*. Hva er god sykepleie? Kan kvalitet i sykepleietjenesten måles? Det er ikke uproblematisk å tenke kvalitetsutvikling i tradisjonell forstand når det gjelder sykepleie. Hvilke utfordringer møter vi i den sammenheng? Er forsvarlig sykepleie og god sykepleie en og samme sak? Dette er spørsmål som vil bli berørt i dette kapitlet.

I kapittel 3 vil jeg belyse det å *arbeide sammen* med mennesker og de utfordringer dette bringer. Sentralt her vil være en beskrivelse av *pleiekulturen* «på godt og vondt». Hvilke mekanismer rår i en kultur, og hvilke utfordringer ligger her i forhold til lederskap?

Kulturforståelse er avgjørende for godt lederskap.

Jeg har også satt av plass til å beskrive de ulike faggruppene i pleiesektoren, da kunnskaper om deres utdanning og arbeidsområder er vesentlig for ledelsesprosessen. Kapittel 4 handler om det *forvandlende lederskap*. Teorien om forvandlende lederskap er valgt som innfallsvinkel fordi den gir konkrete ledetråder for

praktisering av lederskap. Jeg har i lederposisjon hatt god nytte av prinsippene i denne teorien som også er utviklet i sykepleiekulturer. Det finnes mange alternative ledelsesteorier som ivaretar mange av de samme prinsippene. Jeg har valgt denne fordi jeg kjenner den godt, og presenterer den slik at leseren skal kunne se hvordan teorier kan være et redskap for praktisk ledelse. Et annet valg kunne ha vært like bra. I dette kapitlet vil jeg fokusere på medarbeideren som arbeidsplassens største ressurs. Her vil motivasjon, det å frigjøre den enkeltes gode egenskaper, det å møte det enkelte menneske, være vesentlig. Målet er å skape forutsetninger for at den enkelte i pleiefellesskapet opplever at de bidrar til en bedre sykepleietjeneste. Nye utfordringer i kravet til enhetlig ledelse vil bli berørt i dette kapitlet. Innføring av enheltlig ledelse på sykehusene har gitt sykepleietjenesten nye utfordringer også kulturelt. Det samme gjelder nye ledelsesstrukturer i kommunehelsetjenesten der andre profesjoner i stadig økende grad rekrutteres til lederstillinger. Hvilke konsekvenser får dette i utøverleddet?

Det er en kunst å bygge broer mellom tradisjon og fremtid, særlig fordi utvikling skjer så fort. Vår innflytelse er avhengig av vår tilpasningsevne og vårt fagengasjement. Jeg tror at et bevisst forhold til det oppdraget vi har fått og den kvaliteten vi selv krever, vil gi oss felles retning i arbeidet. *Fagutvikling er endringsprosesser.* Hvordan vi skal oppnå endringer, er temaet i kapittel 4.

Konflikter er uunngåelig i ethvert arbeidsfellesskap. *Konflikter og konflikthåndtering* vil derfor bli berørt i kapittel 4. Sykepleieren vil som arbeidsleder bli berørt av konflikter både direkte og indirekte. Det er ikke uvanlig at sykepleieren får en sentral rolle i mindre konflikthåndtering. Prinsippene i LØFT-metoden vil bli vurdert som en alternativ tilnærming i konflikter.

Kapittel 5 har jeg kalt *Lederen – general eller veiviser*?. Her vil jeg ta for meg ulike lederforutsetninger, og beskrive den forvandlende leder. Stikkord for denne delen vil være fagidentitet, visjoner, innflytelse, evne til å skape rom, mot, høy EQ. En god leder må selvsagt også kunne administrere seg selv. Administrasjon er ofte den synlige delen av lederskapet, og denne delen har lange tradisjoner i sykepleietjenesten. Hvilke forhold er vesentlige i administrasjonen, og hva er viktig for lederen i denne sammenheng? Sykepleieren har ifølge lov om helsepersonell (1999) delegasjonsmyndighet. Hva ligger i det å delegere, og hvordan ivaretar sykepleieren sitt ansvar når oppgavene er delegert? Lederens egenskaper og evne til å ivareta sitt ansvar er hovedtemaet for dette kapitlet.

Det må likevel være slik at deler
av velferdsstatens mål og verdier
er gjenkjennbare i institusjonene.
Hvis ikke står vi igjen med en tom retorikk
om en velferdsstat.

Elstad og Hamran 1995, s. 27

KAPITTEL 1

Samfunnets behov for sykepleietjenester

Dette kapitlet handler om
- **myndighetenes oppdrag til helsetjenesten gjennom lover og forskrifter**
- **myndighetenes skisse av helsetjenestens utfordringer**
- **myndighetenes oppdrag til sykepleierne**

Innledning

Ledelse handler om å samle en gruppe mennesker mot et felles mål. Hva er så dette målet i sykepleietjenesten?

Et sentralt mål i utdanningen i sykepleie er å utdanne yrkesutøvere som aktivt kan møte utfordringer og muligheter helse- og sosialtjenesten byr på. Samfunnets behov for sykepleiere i alle deler av helsetjenesten krever variert grad av spesialisering innenfor disiplinens fagområder og kvalifiserte sykepleiere innenfor ledelse, undervisning, veiledning og fagutvikling. Utdanningen skal kvalifisere for et yrke og en yrkespraksis som er i stadig utvikling og endring (Rammeplan for sykepleierutdanning 2004, s. 5). Sykepleietjenestens hensikt er altså til enhver tid å møte samfunnets behov for tjenesten. Dette innebærer at tjenestens ledere må kjenne til disse behovene, samt til de politiske visjoner og føringer som er styrende for den enkelte virksomhet.

Dette kapitlet har til hensikt å gi en oversikt over sentrale visjoner, bestemmelser, lover og forskrifter som til sammen er den faktiske bestillingen samfunnet har til sykepleiens tjenester.

Helsepolitiske visjoner og føringer

Norsk helsetjeneste er i de siste ti år i stadig større grad blitt satt under lupen. Medisinsk og teknologisk forskning har åpnet for stadig flere og bedre behandlingstilbud. Brukernes forventninger er store, og den enkelte bruker engasjerer seg både i sykdommen og behandlingen. Kravet om at sykehusdrift skal forbedres både faglig og administrativt, er stadig økende. Krav til kvalitet og kvalitetsforbedring på den ene siden og økonomisk styring på den andre skaper forventninger om effektivitet. Lov om helsepersonell (1999) presiserer krav om forsvarlig og omsorgsfull hjelp, og lov om pasientrettigheter (1999) gir pasienter og pårørende retten til dette. Dette har også konsekvenser for sykepleietjenesten, som daglig blir utfordret når det gjelder kvalitetsutvikling og brukermedvirkning. Det daglige arbeidet i avdelingene er i mye større grad styrt av utenforliggende faktorer nå enn det tradisjonelt har vært.

Kommunene har gjennom rammefinansieringsordninger fått stor grad av selvstyre i økonomien. Med rammefinansiering menes større budsjettrammer uten detaljert styring. Samtidig er kommunene blitt pålagt et større ansvar for helsetjenesten. Etter at lov om *helsetjenesten i kommunene* kom i 1982, har denne delen av helsetjenesten hatt en omfattende utvikling. *Spesialisthelsetjenesten* er nå under statlig eierskap organisert i selvstendige regioner som bestyrer hver sine helseforetak (lov om helseforetak 2001). Budsjettet fra eieren, staten, administreres fra regionene inn i de ulike helseforetakene. Lov om spesialisthelsetjenesten (1999) regulerer aktivitetene i helseforetakene. Spesialisthelsetjenesten, som blant annet omfatter sykehustilbudet, har i denne prosessen etablert nye finansieringsordninger som også har bidratt til å øke kravet til omstilling og effektivisering. Det er innført en ordning med ventelistegaranti og fritt sykehusvalg som pålegger sykehusene planlegging og resultatorientering, samt økt kjøp av gjesteplasser fra andre sykehus.

Kravene til kvalitet øker. Kvalitet som begrep har gjennom WHOs (Verdens helseorganisasjons) kvalitetsvedtak fra 1990 og nasjonale kvalitetsforskrifter fått en dypere og mer forpliktende mening (St.meld. nr. 41 (1987–88)). Dette har ført til at helsevesenets aktører stadig oftere kommer i konfliktsituasjoner mellom å innfri kravet om et medisinsk/sykepleiefaglig kvalitativt godt tilbud, og å innfri

kravet til effektiv produksjon. Med effektiv produksjon forstås flest mulig behandlinger og best mulig utnyttelse av ressursene i de ulike tjenestetilbudene. Når målet blir å behandle flest mulig, kan dette skape situasjoner der faglige vurderinger må settes til side.

Utviklingen av norsk helsetjeneste bygger på ideen om et velferdssamfunn. Velferdssamfunnet er et gode vi alle ønsker å tilstrebe. Begrepet velferdssamfunnet er et politisk samlebegrep for de prinsippene vi bygger det norske samfunnet på. Ideen om solidaritet står sentralt i dette begrepet. Det å dele godene gjennom trygdeordninger, sykelønnsordninger, pensjonsordninger, gratis skolegang og helsetjeneste er eksempler på tilbud i et velferdssamfunn. Den politiske ambisjonen om å yte omfattende velferdstjenester til hele befolkningen kalles gjerne den universelle velferdsambisjonen. Denne legger spesielle premisser for driften av de offentlige tjenestene, i særdeleshet helsetjenestene, der det ligger forventninger om bistand i alle situasjoner der helse er truet (Bakken mfl. 2002). Helsetjenesten, inkludert sykepleietjenesten, er et viktig element i velferdssamfunnet. Helsetjenesten som tilbud kan derfor defineres som et velferdsgode. I *Velferdsmeldingen* skisseres velferdssamfunnets hovedmål slik:

> Regjeringens mål er å utvikle velferdssamfunnet videre, fremme en mer rettferdig fordeling og gi flere mennesker innflytelse over beslutninger de er direkte berørt av (1999, s. 56).

I St.meld. nr. 4 (1996–97) og Langtidsprogrammet (1998–2001) står det å lese:

> … tilgang til nødvendige helse- og sosialtjenester når behovet oppstår, er grunnleggende velferdsgoder (s. 100).

Målet i norsk helsepolitikk er å sikre hele befolkningen, uavhengig av alder, kjønn og bosted, god tilgang på helse- og omsorgstjenester av god kvalitet i en offentlig styrt helse- og omsorgstjeneste. Dette er overordnet og detaljert beskrevet i handlingsplanen «Samarbeid og styring, mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste» (Helsepolitikken mot år 2000 1987–88) (St.meld. nr. 50 (1993–94)). Gjennom å slutte seg til WHOs mål om helse for alle i år 2000 har Norge forpliktet seg til å utjevne helseforskjellene (St.meld. nr. 41 (1987–88), s. 56).

Helse- og sosialtjenester er altså definert av samfunnet som et velferdsgode, og velferdsstatens prinsipper legger føringer for det tilbudet tjenesten skal være. Dette gjelder også sykepleietjenesten.

Presset på helsevesenet øker

Helsetjenesten vil som velferdsgode stadig bli utfordret. Befolkningssammensetningen og sykdomspanoramaet endres. Vi vet per i dag at det vil bli flere eldre, flere funksjonshemmede, flere kronisk syke, økning av infeksjonssykdommene, økning av antall ulykker, økning av antall personer med mentale lidelser, og økning av antall personer med skjelett- og muskellidelser (Helsepolitikken mot år 2000). Dette er utfordringer tjenesten må møte, og det er ikke usannsynlig at endringen i demografi og sykdomspanorama vil bidra til et økt press på tjenesten. Andre faktorer som vil bidra til økt press på helsetjenesten, er ny teknologi – nye behandlingsmuligheter, krav om klinisk frihet sett fra faggruppenes synspunkt – krav om best mulig behandling ut fra et faglig synspunkt, pasientenes forventninger om at nye behandlingstilbud skal tas i bruk. Politikerne tolker situasjonen slik:

> Behandlingsapparatet må ellers innstille seg på å møte presset med et jevnt økende tilbud, men først og fremst ved bedre struktur av de samlede ressurser» (Helsepolitikken mot år 2000, s. 30).

Sykehusene har lange tradisjoner på å være de helseorganisasjonene som har iverksatt politiske ambisjoner når det gjelder helse. I denne tradisjonen har det vært relativt få yrkegrupper/profesjoner, organisasjonene har vært rimelig oversiktlige og maktens strukturer tydelige. I dagens sykehus er organisasjonen betydelig mer kompleks, yrkesgruppene flere, det medisinske kunnskapsfeltet har eksplodert, og alternativer når det gjelder behandlingsmuligheter er mange flere. Denne økningen av kompleksitet, sammen med erkjennelsen av at sykehus koster for mye, har bidratt til å skape et intens styringsbehov (Bakken 2002, s. 100).

I offentlige dokumenter snakker man her om to komponenter i målet for helsetjenesten: *effektivitet* og *produktivitet*. Man ønsker å fokusere på sammenhengen mellom *mål, produktivitet* og *ressursbruk* (Helsepolitikken mot år 2000, Langtidsprogrammet, St.meld. nr. 4 (1996–97), St.meld. nr. 50 (1993–94)). Helsetjenestens aktører utfordres her til å tenke kollektivt og ikke isolert i forhold til den enkelte tjeneste, slik vi har sterke tradisjoner for. Sykepleietjenesten må derfor innstille seg på alternative samarbeidsformer og styringsmekanismer i tjenesten.

Aktuelle styringsmekanismer for å kunne møte helsetjenestens utfordringer er ifølge Helse- og sosialdepartementet (St.meld. nr. 50 (1993–99)):

- prioriteringer – faglig og pedagogisk
- mål- og resultatstyring