

MASTEROPPGAVE

«Samhandlingers utallige ansikter – også de usynlige»

«The multifaceted sides of collaboration – even the hidden ones»

Petra Engebretsen

30.04.2020

Studienavn: HSTFS40512

Avdelingsnavn: Avdeling for helse og velferd



Forord

Så kom dagen da drømmen ble til virkelighet! Etter fire spennende år er jeg ved veis ende. Reisen fra første dag på Høgskolen i Østfold, til innleveringsdagen har vært alt og litt til. Jeg har nytt hvert eneste sekund av denne utrolige tiden! Med en utrolig stolthet og nesten litt barnslig glede kan jeg nå si: «Ja, jeg klarte det!»

Tusen takk til Mona Jerndahl Fineide som har veiledet meg. Du har vært til stor hjelp med din kunnskap og interesse for prosjektet.

Tusen takk til min nærmeste familie og mine nærmeste venner som har støttet meg og trodd på meg gjennom galskapen. Spesielt min mann Kim A. Engebretsen som i denne tiden har tatt seg av hus og barn. Siri Jacobsen og Maria N. Brunell som har reist Norge og Europa rundt med meg på hundeutstillinger i disse årene og har kontinuerlig hørt på mitt prosjekt om «nattsykepleiere». Min gode studievenninne Linda J. H. Walter og ikke minst mine foreldre Anka og Ivan Neradny som har lært meg å alltid pushe grensene «litt til» og aldri gi seg.

Tusen takk til Norsk Sykepleieforbund for stipend i forbindelse med mitt prosjekt.

Til sist og ikke minst; tusen takk til mine syv respondenter som delte av sin egen tid og erfaring. Deres bidrag til prosjektet har vært uvurderlig. Uten deres tanker og villighet til å dele deres opplevelser hadde jeg ikke stått her jeg står nå.

Moss, 30.04.2020

Petra Engebretsen

Sammendrag

Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvorvidt graden av samhandling med nattsykepleiere i kommunale virksomheter påvirker oppnåelsen av helhetlige tjenester. Når behandlingsansvaret overføres fra sykehus til kommunene, innebærer det at menneskene som overføres, har mer alvorlige, komplekse og behandlingskrevende sykdomstilstander enn hva situasjonen var før samhandlingsreformen ble innført. Kommunene har imidlertid i liten grad styrket kompetansen etter at samhandlingsreformen ble innført (Riksrevisjonen, 2016). Tidligere forskning av nattarbeid viser til risikofaktorer som knyttes opp mot den psykiske og fysiske helsen hos nattarbeidere. Søvnforstyrrelser, nedsatt funksjon med påfølgende risiko for feil behandling. Nyere studier viser at nattarbeid i kombinasjon med lav innflytelse på egen arbeidstid, ser ut til å gi dårligere mental helse (Sandås, 2014). Til tross for mye forskning relatert til nattarbeid, er det mangelfull tilnærming til feltet gjennom samhandlingsperspektivet.

I oppgaven har vektlegges en bred tilnærming til problemstillingen. Med dette menes at oppgaven avdekker flere faktorer knyttet til samhandlingsprosessene, som kan relateres til organiseringen av nattsykepleiere. I studien undersøkes ulike variabler som kan ha betydning for samhandling og utvikling av arbeidsrelasjoner.

Undersøkelsen bygger på individuelle intervjuer av syv respondenter i tre ulike kommunale virksomheter. Studien er kvalitativ og har et fenomenologisk tilnærming med hermeneutisk fortolkning.

Hovedfunnene i studien viser til at samhandling ofte uteblir og viktige samhandlingsarenaer for nattsykepleiere mangler. Kommunikasjon og de ulike kommunikasjonssystemene fungerer i stor grad kun som en kanal for instruksjon og informasjon. Forutsetningene om gjensidig samhandling er fraværende eller ikke vektlegges. Studien indikerer at ledelse og ledere motvirker samhandlingen i høy grad. Oppgaven avdekker hvilke faktorer som hemmer og fremmer samhandlingsprosessen for nattsykepleiere i kommunale virksomheter.

Summary

The purpose of this thesis is to elucidate whether the degree of collaborations with nightshift nurses in municipal agencies affect the achievement of holistic services. When the responsibility for treatment is transferred from the hospital to the municipality, it means that the people who are transferred have more serious, complex and treatment demanding diseases than how the situation was before the collaboration reform was introduced. However, the municipalities have only strengthened their competence to a small extent in the period after the reform (Riksrevisjonen, 2016). Previous research indicates risk factors linked to the mental and physical health of night workers, sleep disorders, impaired function, and subsequent risk of incorrect treatment. Recent studies show that nightshift in combination with low influence on own working hours seem to result in poorer mental health (Sandås, 2014). Despite much research related to night work, there is a lack of research into the field based on the collaboration perspective.

This thesis has taken a broad approach to the problem. It attempts to uncover several factors related to the collaboration processes that may be related to the organization of nightshift nurses. It also aims to look at various variables that may have an impact on development of collaboration and relations at work.

The survey is based on individual interviews of seven respondents in three different municipal enterprises. The study is qualitative and has a phenomenological approach with hermeneutic interpretation.

The main findings of this thesis are that collaboration is often absent and nightshift nurses lack arenas for important collaboration. Communication and the various systems for communication largely function as a channel for instruction and information only. The preconditions for mutual collaboration are absent or not emphasized. The study indicates that leadership strongly counteract influence collaboration. This thesis reveals which factors that inhibit and promote the collaboration process for nightshift nurses in municipal businesses.

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|-----------|
| <i>Forord</i> | 2 |
| <i>Sammendrag</i> | 3 |
| <i>Summary</i> | 4 |
| Innholdsfortegnelse | 5 |
| 1.0 Innledning | 7 |
| 1.1 <i>Samhandlingsreformen som praktisk politisk utgangspunkt</i> | 7 |
| 1.2 <i>Problemstilling</i> | 9 |
| 1.3 <i>Avgrensing av oppgaven</i> | 9 |
| 2.0 Kunnskapsstatus | 10 |
| 2.1 <i>Nattarbeid</i> | 10 |
| 2.2 <i>Samhandlingsreformen i praksis</i> | 11 |
| 2.3 <i>Ny fremtidig kommunerolle</i> | 13 |
| 3.0 Teori | 14 |
| 3.1 <i>Den institusjonelle tilnærmingen</i> | 14 |
| 3.2 <i>Samhandling for å oppnå helhetlige tjenester</i> | 14 |
| 3.3 <i>Menneskebehandling organisasjoner</i> | 16 |
| 3.4 <i>Betydning av ledelse</i> | 18 |
| 3.5 <i>Det relasjonelle aspektet</i> | 20 |
| 3.6 <i>Identitet</i> | 22 |
| 3.7 <i>Kompleks informasjonsflyt</i> | 24 |
| 3.8 <i>Kompetanse og kunnskap</i> | 26 |
| 4.0 Metode og valg av forskningsdesign | 29 |
| 4.1 <i>Et kvalitativt forskningsintervju</i> | 29 |
| 4.2 <i>Fenomenologisk tilnærming og hermeneutisk fortolkning</i> | 30 |
| 4.3 <i>Min forkunnskap og forforståelse</i> | 31 |
| 4.4 <i>Utvalg og rekrutering av respondentene</i> | 31 |
| 4.5 <i>Praktisk gjennomføring</i> | 32 |
| 4.6 <i>Bearbeiding av innsamlet data og transkribering</i> | 34 |
| 4.7 <i>Prosessen i koding</i> | 35 |
| 4.8 <i>Utvikling av konsepter</i> | 37 |

| | | |
|-------------------------|--|-----------|
| 4.9 | <i>Etiske vurderinger</i> | 38 |
| 4.10 | <i>Validitet og reliabilitet</i> | 39 |
| 5.0 | Presentasjon av funn | 41 |
| 5.1 | <i>En vanlig sykepleiervakt på natt</i> | 41 |
| 5.1.1 | Sykepleierens ansvar – det selvstendige og personlige ansvaret..... | 43 |
| 5.1.2 | Interne dokumenter om rutiner for sykepleiere på natt..... | 46 |
| 5.1.3 | Kommunikasjonsformer | 47 |
| 5.1.4 | Tilgjengelige ressurser på en nattevakt | 51 |
| 5.1.5 | Kompetansedvale..... | 53 |
| 5.1.6 | Identitetskoblinger..... | 56 |
| 5.2 | <i>Samhandling beskrevet av nattsykepleierne</i> | 58 |
| 5.2.1 | Samhandling på en nattevakt..... | 59 |
| 5.2.2 | Samhandling på tvers av vakter | 61 |
| 5.2.3 | Samhandling med leder..... | 64 |
| 5.2.4 | Samhandling med lege | 67 |
| 5.4 | <i>Oppsummering av funn</i> | 69 |
| 6.0 | Drøfting av hovedfunn | 71 |
| 6.1 | <i>Faktorer som hemmer involvering av nattsykepleiere i samhandling</i> | 71 |
| 6.1.1 | Samhandling for å oppnå helhetlige tjenester | 72 |
| 6.1.2 | Betydning av ledelse i samhandlingsprosessen..... | 74 |
| 6.1.3 | Samhandlingsarenaer | 76 |
| 6.1.4 | Kompetanse, kunnskap og utvikling i dvale | 78 |
| 6.2 | <i>Faktorer som fremmer involvering av nattsykepleiere i samhandling</i> | 80 |
| 6.2.1 | Nattevakt som fellesforståelse..... | 81 |
| 6.2.1 | Identitetsmangfold | 82 |
| 7.0 | Avsluttende kommentar | 84 |
| 7.1 | <i>Innspill til videre forskning</i> | 85 |
| Litteratur | | 87 |
| | <i>Vedlegg 1</i> | 94 |
| | <i>Vedlegg 2</i> | 96 |
| | <i>Vedlegg 3</i> | 97 |

1.0 Innledning

Pleie- og omsorgstjenester i kommunale institusjoner omfatter institusjonsopphold kombinert med sykepleie, tilsyn eller annen form for pleie. Forskjellige typer sykehjem og bofelleskap tilhører denne kategorien, og her er andelen som jobber turnus ofte svært høy (SSB, 2020). Helse- og sosialtjenestene består av følgende næringer, med tilhørende andeler som jobbet turnus i 4. kvartal 2018:

- Pleie- og omsorgstjenester i institusjon, 85 prosent
- Helsetjenester, 40 prosent
- Sosiale omsorgstjenester uten botilbud, 22 prosent

Rapport av Andersen, Tørner & Rønning (2008) viser at i 2007 arbeidet om lag hver tredje ansatt i Norge utenom det man regner som vanlig arbeidstid. SSB i 2019 viser at så mange som 50,9 prosent var ansatt i helse- og sosialtjenester utenom ordinær arbeidstid. Definisjon på normal arbeidstid er mellom klokka 08.00 – 16.00 fra mandag til fredag. Arbeidsmiljøloven definerer nattarbeid mellom klokken 21.00 – 06.00 (Arbeidstilsynet, 2014).

Det er likevel kontinuerlig behov for arbeidskraft på natt, særlig innen helse- og sosialtjenester, hvor åtte av ti arbeidere med denne ordningen er kvinner. Nattarbeid i helse- og omsorgstjenester er blitt en nødvendighet. Flere studier har således tatt sikte på å finne forbedringsmuligheter i selve nattevakten. Arbeidslivet trenger å lete etter forbedringer som kan gjøres i tråd med behovet for bemanning (Andersen, Tørner & Rønning, 2008).

1.1 Samhandlingsreformen som praktisk politisk utgangspunkt

Samhandlingsreformens formål er at helse- og omsorgstjenester viser evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte for å nå et felles mål (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Bakgrunn for «Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid», er at alle involverte parter som pasienter, brukere, pårørende og tjenestene selv, ønsker bedre og helhetlig samhandling og tilbud. Videre legger regjeringen til grunn at kommune selv skal finne frem til riktige samarbeidsformer for å sikre at ressurser og kompetanse utnyttes på best mulig måte. Ulike reformer har endret norsk helsesektor gjennom siste tiår. Samhandlingsreformen har ført til endringer i lokale samarbeidsstrukturer og organisering av tjenester. Etter samhandlingsreformen har ulike evalueringsrapporter vist at kommunene har løst oppgavene på forskjellige

måter (Deloitte, 2014). Samtidig har reformene medført at hierarki og lederen vektlegges mer i organisasjonene (Sehested, 2002 i Døving, Elstad & Storvik, 2016). Ledelse gis en sentral betydning. De skal ta helhetsansvar for en organisatorisk enhet. Dermed så har utviklingen gått fra konform regelfølgning, til vektlegging av innovasjon og entreprenørskap (Døving, et al., 2016). Det innebærer at grensene til organisasjonens omgivelser reforhandles og omdefineres.

Det er økning i antall eldre, i tillegg til drastisk økning innenfor de store sykdomsgruppene som nå skal behandles i kommunene (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Når behandlingsansvaret overføres til kommunene, innebærer det også mer alvorlige, komplekse og behandlingskrevende sykdomstilstander enn hva situasjonen var før samhandlingsreformen tredde i kraft. Det betyr at kommunene mottar pasienter som krever mer spesialisert pleie og behandling, som igjen krever styrket kompetanse hos helsepersonell (Bruvik, Drageset & Abrahamsen, 2017).

Det er fra før vanskelig å rekruttere helsepersonell, spesielt sykepleiere til kommunesektor av ulike årsaker. St.meld.nr 47 peker på at det er problematisk for kommunene å kunne tilby fagfolk stabile og gode utviklingsopplegg. Kommune har ikke forutsetninger for å utvikle faglige og organisatoriske miljøer. Dette vises i rapporten «Underbemanning er selvforsterkende» (Gautun, Øien & Bratt, 2016) ved at så mange som 82 prosent og 77 prosent mener at arbeidsbelastningen og tidspresset er for stort. Det er flere respondenter i sykehjem enn i hjemmesykepleien og de peker også på dårlig ledelse 52 prosent og for dårlig kompetansehevede tiltak med 64 prosent (Gautun, Øien & Bratt, 2016).

Fasting (2013) viser til at så mange som ca. halvparten av de som er sysselsatt i helsesektoren befinner seg utenfor normalarbeidsdagen. Nattarbeid klassifiseres som arbeid der flest antall timer av arbeidstiden faller mellom klokken 22:00 og kl. 06.00 (Akerstedt, 1998). Til tross for at bemanning ofte reduseres om natten (Folkard & Tucker, 2003), er dagens forskning mangelfull med tanke på individene som arbeider «alene» på denne tiden av døgnet.

Samhandling er noe som gjerne omhandler forhold på tvers av profesjoner og tjenester, gjerne i komplekse pasientforløp. Men samhandling foregår også innenfor en virksomhet i kommunal sektor, hvor man gjerne står ovenfor samme utfordringer. Hvor de samme faktorene danner grunnlag for helhetlige og koordinerte tjenester. Tjenestene skal være sammenhengende og koordinerte for at mottaker av disse skal oppleve om ivaretagelse på en helhetlig måte. Det er en generell utfordring at tjenestene ikke i tilstrekkelig grad kjenner til hverandres arbeidsområder, og/eller at de har feil eller urealistiske forventninger til hva andre tjenester skal og kan bidra med (Bjørkquist & Fineide, 2019.)

Det norske helsevesenet er komplekst og fragmentert, derfor oppstår det en del utfordringer i samhandling hevder Danielsen, Nilsen og Fredwall (2017). I dagens kommunale sektor bestemmes behandlingsstrategier der beslutninger tas på dagtid, til tross for at det er døgnbemannede institusjoner som gir kontinuerlige tjenester. Det er gjort funn i tidligere kvalitativ studie fra hjemmetjenesten hvor sykepleiere opplever å ha begrenset makt og innflytelse, samt begrenset informasjonsflyt, som igjen gir mangelfull samhandling (Tønnessen, Kassah & Tingvoll, 2016).

1.2 Problemstilling

På bakgrunn av dette, er det behov for å se nærmere på følgende problemstilling:

«Hvordan og i hvilken grad involveres nattsykepleiere i samhandling for å oppnå helhetlige tjenester i kommunale virksomheter?»

Forskningsspørsmål til analyse:

1: «Hva gjør en sykepleier i løpet av nattevakt?»

2: «Hvem samhandler sykepleier med og hva samhandles det om?»

1.3 Avgrensning av oppgaven

I studien ønsket jeg å se på hvordan nattsykepleiere samhandler og med hvem. Jeg har valgt å bare inkludere nattsykepleiere da de har en annerledes funksjon på nattevakt i forhold til sine medkollegaer. Oppgaveprioritering og evne til samhandling er en sentral del av funksjonen for å nå en fellesforståelse for mål og behandling.

2.0 Kunnskapsstatus

Samhandling for å kunne sikre tjenestenes kvalitet og effektivitet uten unødvendig bruk av tid og ressurser har vært en viktig målsetting i samhandlingsreformen som tredde i kraft den 1. januar 2012 (Willumsen & Ødegård, 2016). En utvikling mot økt profesjonalisering av arbeidstakere i velferdstjenestene har vært en nødvendig del av samfunnets innsats for å bedre levekårene i landet. Etablering av lovfestede utdanningskrav som vilkår for yrkesutøvelse har vært med på å bygge en profesjonsidentitet, som bygger på en felles kunnskap i yrkesutøvelsen (ibid).

2.1 Nattarbeid

Å jobbe om natten er ikke for alle. Men noen må. Sykepleiere, for eksempel. I arbeidsmiljøloven defineres nattarbeid som:

- Arbeid mellom klokken 21 og klokken 06.
- Kan ha uheldige helsemessige konsekvenser.
- Som hovedregel ikke tillatt, men det er unntak for arbeid i helsesektoren.

(Fonn, 2019).

Nattarbeid er hyppig forekommende i dagens samfunn, ikke minst innen helsesektoren. Noen arbeidstidsordninger, spesielt nattarbeid, er antatt å være mer belastende enn vanlig dagarbeid. I flere undersøkelser har det vist seg å ha sammenheng med redusert søvn, utmattelse og mer alvorlige helseproblemer. Høyest forekomst av nattarbeid finner vi blant pleie- og omsorgsarbeidere, sykepleiere og ufaglærte, hvor mer enn 7 prosent rapporterer at de jobber fast natt, sammenlignet med ca. 1 prosent i yrkesbefolkningen totalt (Sterud, 2008). Det er sterke holdepunkter for at både lang arbeidstid, nattarbeid og roterende skift påvirker sikkerhet og skader/ulykker i arbeidslivet (Sandås, 2014).

Alenearbeid kan gjøre den ansatte mer sårbar, og risikoen øker på kveld og natt. Ansatte i helsesektoren er blant de som er mest utsatt for vold og trusler på arbeidsplassen. En av fire sykepleiere sier de har opplevd det (Fonn, 2019). Nattarbeid er tøffere nå enn før. Situasjonen blir verre for de sykepleiere som arbeider på natten. Det er flere arbeidsoppgaver og flere pasienter. Både ved sykehusene og ute i kommunene er pasientene sykere og mer skrøpelig med flere diagnoser nå enn tidligere. Vi blir eldre

og flere, uten at ressursene til sektoren har økt (Erichs, 2019). Det finnes en rekke studier som viser at søvnunderskudd påvirker yteevnen og konsentrasjonen, for eksempel kan søvnmangel føre til en prestasjonsforringelse tilsvarende en blodalkoholkonsentrasjon på 0,9 prosent. Ut fra dette må nattarbeid klassifiseres som spesielt risikofyllt når det gjelder faren for å begå feil. En viktig årsak er stress og travelhet. En svensk undersøkelse viser at en sykepleier vil oppleve uønskede avbrudd i arbeidet inntil hvert tredje minutt (Teigen, 2009).

Å jobbe alene om natten medfører sannsynligvis til mindre sosial samhandling i forhold til å jobbe i et lag. Forskning tyder på at sosial samhandling på jobben kan redusere risikoen for tretthet og kan øke årvåkenhet ved nattskift. Sosial støtte kan redusere opplevelsen av negativ stress eller belastning (Saksvik-Lehouillier, 2015).

2.2 Samhandlingsreformen i praksis

Målet med samhandlingsreformen er først og fremst å sørge for bedre koordinering av de organisatoriske enhetene på ulike forvaltningsnivåer som til sammen utgjør helse- og omsorgstjenester, slik at det blir mer helhetlige tjenester og bedre pasientforløp (Vabo, 2014). Forskningen viser også at den formaliserte samhandlingen fører til kontinuerlige faglige forhandlinger mellom profesjonsutøvere i kommunene og helseforetak i iverksettingen av avtalene og i dialogen rundt det enkelte pasientforløp (Indset et al. 2012 i Hanssen, Helgesen & Holmen 2014; Hellesø og Melby 2013; Holmen og Hanssen 2013; Tjora og Melby 2013; Vabo og Bureau, 2013).

Selve reform-begrepet er i seg selv et flertydig og uklart begrep. Tidligere brukte man begrepet som «tilbakevending til si opphavlege form». Norsk reformpolitikken har vært preget av reformtrendene i andre vestlige land, men disse prinsippene har blitt justert og tilpasset til de sterke norske prinsippene om rettferdighet, offentlighet og sparsommelighet (Ramsdal m.fl., 2002).

Samhandlingsreformen ble innført i Norge 1. januar 2012 og kan beskrives som en koordinerings- og retningsreform, hvor økonomiske, juridiske, organisatoriske og faglige virkemidler skal fremme det overordnede målet om helhetlige og smidige pasientforløp. Spesialist- og primærhelsetjenesten skal i større grad samhandle med

hverandre, og kommunene har fått en større del av ansvaret for helsetjenestene St.meld. nr. 47 (2008–2009), (Grimsmo, Kirchhoff & Aarseth, 2015). Reformen er i tråd med Verdens Helseorganisasjonens anbefalinger om hvordan bærekraftige helsesystemer bør utformes når andelen eldre i befolkningen øker (Gröne & Garcia-Barbero 2001, i Vabø og Vabo, 2014). Målet med Samhandlingsreformen er å få et bedre og mer helhetlig helsetilbud. Kommunene har fått et utvidet ansvar for å ivareta både folkehelse og individuell pasientoppfølging. Reformen forutsetter blant annet at kommunene finner frem til nye helsepolitiske løsninger som gir bedre folkehelse og redusert sykkelighet blant innbyggere, redusert behov for sykehusinnleggelser og mer effektiv rehabilitering etter utskrivning fra spesialhelsetjenesten, Meld. St. 34 (2012-2013).

Det er mange forhold som er med på å skape helse- og omsorgstjenestens samhandlingsproblemer. Regjeringen mener at hoved utfordringer kan knyttes til; 1. pasientens behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok, 2. tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom og 3. demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne, St. meld. Nr. 47 (2008-2009).

I samhandlingsreformen er helseforetakene og kommunehelsetjenesten pålagt å samarbeide om å etablere helsetjenester utenfor sykehus (Vabø og Vabo, 2014). Reformen innebærer at kommunene får større innflytelse over de samlede helsetjenestene, og at de får virkemidler til å utvikle de kommunale tjenestene. Tjora & Melby (2013) påpeker at reformen hviler på en antakelse om at mangel på samhandling er dagens hovedutfordring når det gjelder å effektivisere helsetjenestene.

Samhandlingsreformen har prøvd identifisere og avklare omfanget av samhandlingsproblemer. Det vises til i reformen at det ikke finnes en entydig måte å kvantifisere det reelle behovet på. En av forklaringene er at det eksisterer ulike oppfatninger avhengig av ståsted og erfaringsbakgrunn. Påstandene er at samhandlingsutfordringene for store pasientgrupper er store og samhandlingsutfordringene er voksende St.meld. nr. 47 (2008–2009). Manglende samhandling er den viktigste årsaken til systemets manglende evne til å forsyne

samfunnet med nødvendige helsetjenester til kostnader samfunnet kan leve med påpeker Tjora & Melby (2013).

2.3 Ny fremtidig kommunerolle

Tjora & Melby (2013) påpeker at samhandlingsreformen allerede i innholdsbeskrivelsen peker i retning av at reformen i størst grad er tenkt som en organisatorisk reform som omregulerer forholdet mellom kommune og spesialhelsetjenesten. Hensikten er at kommunene skal nå ambisjonene om forebygging og innsats tidlig i sykdomsforløpene. Dette innebærer en fornyet kommunerolle. Kommunene må forvalte sine ansvarsposisjoner og oppgaver med utgangspunkt i brukernes og pasientenes behov for koordinerte helse- og omsorgstjenester, innenfor de myndighetsmessige rammer som følger av lov og budsjettvedtak. Det blir nå lagt til grunn at den forventede veksten i behov i en samlet helsetjeneste, i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene. Mesteparten av årsverksinnsatsen har gått til personer med langvarige somatiske sykdommer og nevrologiske lidelser St.meld. nr. 47 (2008–2009). Det kommer fram i reformen at mange pasienter blir behandlet på feil nivå, det vil si i sykehus, når tilbudet istedenfor kunne ha blitt gitt på en bedre og mer kostnadseffektiv måte i kommunen.

Samhandlingsreformen viser til at utfordringen blant annet skal løses ved at veksten i helsesektoren i større grad skal bygge opp tjenester i kommunene. Den nye, framtidige kommunerollen skal ta et større ansvar for innbyggernes helse. Samhandlingsreformen bygger altså på en forutsetning om sterke kommuner med bred helsefaglig kompetanse og tilstrekkelige administrative ressurser. Reformen beskriver oppgaver som kommunene får et ansvar for. Det handler om oppbygging av eksisterende oppgaver, utvikling av nye tjenestetilbud og flytting av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Oppgavene kommunene får ansvar for, kan videre deles inn i to kategorier: kompetansekrevende funksjoner og administrasjons- og systemoppgaver. Mange av dagens kommuner vil få store utfordringer med ansvaret for nye helseoppgaver. Meldingen peker også på kommunestruktur og de mindre kommunenes vanskeligheter med å rekruttere fagfolk, som en av årsakene til at kommunene ikke har hatt mer ansvar for helse- og omsorgstilbudet tidligere. Hovedårsaken til at det tidligere ikke har blitt utviklet en sterkere kommunal rolle på helse- og omsorgsområdet er at kommunene

ikke har hatt forutsetninger for å utvikle tilstrekkelige robuste faglige og organisatoriske miljøer. Willumsen & Ødegård (2016) viser til at kommunene i liten grad har forskerkompetanse, anvender forskning i begrenset omfang og profesjonsutdanningene som preger offentlige tjenester oppleves ikke i stor nok grad som forskningsbaserte. Det er derfor krevende for kommunene å følge opp de politiske målene som fremgår av samhandlingsreformen og omsorgsmeldingen. For å kunne yte forsvarlige heldøgns tjenester ute i kommunene er man avhengig av å ha sykepleiere som arbeider 24/7. Velferdsstaten er helt avhengig av at man arbeider natt for å kunne yte gode og forsvarlige tjenester (Hovin, 2018).

3.0 Teori

Teoriene jeg har valgt anser jeg som relevante for min problemstilling. De danner grunnleggende basis for å kunne analysere samhandlingsprosessene.

3.1 Den institusjonelle tilnærmingen

En sentral tanke i institusjonell teori er at institusjoner vokser frem når vi konstruerer vår sosiale virkelighet (Berger & Luckmann, 1966 i Eriksson-Zetterquist, Kalling, Styhre og Woll, 2015). Innenfor organisasjonsteorien kan man se institusjoner som et mønster for kollektiv handling (Czarniawska-Joerges, 1977). Menneskers handlinger og deres motiver er basert på kulturelle normer som de har lært seg. Ettersom handlinger også bygger på antakelser og følelser, er de ikke kun rasjonelle. Institusjonalisering er en prosess hvor igjennom visse sosiale relasjoner og handlinger blir tatt for gitt (Eriksson-Zetterquist, et al., 2015). Innen dette teoretiske perspektivet legges det til grunn at organisasjoner er i et samspill med omgivelsene.

3.2 Samhandling for å oppnå helhetlige tjenester

Samhandling som begrep er et bevisst valgt i problemstillingen. Jeg vil her gå nærmere inn på hvilken betydning det har for min tilnærming i oppgaven. Samhandling leder oppmerksomheten mot de arbeidsprosessene som krever at mennesker møtes i møtefora for å arbeide med en eller flere arbeidsoppgaver (Ballo, Dahl, Fjeld, Knudsen & Unstad, 2014). God samhandling forutsetter utvikling av arbeidsrelasjoner der energien samles om å arbeide om felles oppgaver. Den generelle utviklingen mot stadig økende spesialisering i de fleste fagområder øker behovet for å se egen og andres oppgaver i en

helhet. Faglig samarbeid og samhandling øker behovet i takt med spesialiseringene. Man arbeider sammen om en felles oppgave. Fokuset er den faglige oppgaven. Oppgavefokus som styrende for samhandlingsprosesser aktualiserer behovet for en felles oppgaveforståelse. Bukve & Kvåle (2014) fremstiller samhandling som samarbeid i situasjoner der det ikke finnes en aktør som har fullstendig kontroll over utføring av en oppgave eller prosess. For at man skal kunne utføre en oppgave gjennom samhandling, må det utvikles en felles forståelse av situasjon og partene må ha tilstrekkelig tillitt til hverandre. De må også utveksle nødvendig informasjon, erfaringer og kunnskap. Samhandling handler om den gjensidige relasjonelle deltakelsen og den kontinuerlige dialogen mellom personer som arbeider sammen for å oppnå et felles mål (Karlsson & Borg, 2013). Samhandling er mer det relasjonelle og prosessuelle mellom personer som samarbeider underveis. Samhandling krever en aktiv felles deltakelse mens en arbeider sammen. Oppgavene løses i fellesskap, hvor man diskuterer og forhandler seg frem til beslutninger sammen (Anderson, 2012).

Samhandling er kompleks og går ut på å håndtere de problemene som skapes av kompleksiteten. Større kompleksitet krever større samhandling, og kan være preget av både symmetri og asymmetri mellom aktørene (Bukve og Kvåle, 2014). Prosessene som former handling og samhandling er ideer og diskurser, slik er det komplekse bilde av livet i organisasjoner og samspillet mellom dem. Det er gjensidig avhengighet om at organisasjonsmedlemmer deler de samme ideene og oppfatningene, eller verste fall at de forstår hverandre og er i stand til å erkjenne andre sine oppfatninger som legitime. Likevel er ofte organisering i institusjonelle kontekster fragmentert, og manglende samhandling står frem som sentrale utfordringer.

Samhandling har alltid vært sentralt i helsesektoren. Helsepersonell har måttet dele kunnskaper og samarbeide fordi mange av helseproblemene er komplekse og krever kompetanse fra mange aktører. Spesialisering i ulike yrkesgrupper er i dag enorm og fremtvinger mange komplekse arbeidssituasjoner der ulike profesjoner, systemer, kulturer og målsettinger møtes. Samhandling er avhengig av at det eksisterer tillitt til de faglige vurderingene. God samhandling krever at helheten legges til grunn og individuell rasjonalitet ikke må dominere over den kollektive (Tjora & Melby, 2013).

Refleksjoner i samhandlingsprosesser er nødvendige og viktige. På en eller annen måte foregår disse prosessene uansett. Ballo et al. (2014) hevder at praksiserfaring viser at deltakere tror det er skapt en felles forståelse, mens det etter en tids arbeid oppleves som om det er oppstått ulik forståelse. På den måten oppstår ulike referanser for kommunikasjonsprosesser. Gode arbeidsprosesser kjennetegnes av en løpende mulighet for å avklare arbeidsgruppens oppgaver. I likhet med oppgaveforståelse er det sentralt å avklare hvilke forventninger som foreligger fra ledelsen til den enkeltes arbeidstaker i gruppen.

Det sentrale for virksomhetene er den relasjonelle kvaliteten til organisasjonen, det vil si evnen organisasjonen har til å samarbeide, hevder Willumsen og Ødegård (2016). Utviklingspotensialet ligger i hvordan følelser og forventninger blir håndtert i en organisasjon. Hvordan denne samarbeidsevnen kommer til uttrykk er samhandlingen mellom ledere og deres underordnede og mellom disse aktørene hver for seg. Samarbeidsevnen til organisasjon består dermed av konkrete samhandlingskompetanser og normer for gjensidige forpliktelser, samt strukturer som fremmer eller hemmer slikt samarbeid (Hasle et al., 2007, 2010, Olesen et al., 2008, Willumsem & Ødegård, 2016).

3.3 Menneskebehandling organisasjoner

Samarbeid og samordning er en forutsetning for samhandling (Orvik, 2015). Samarbeid og samordning mellom de ulike organisasjonene og virksomhetene er en av de største utfordringene i helse- og velferdssektoren (Bjørkquist & Fineide, 2019). Det organisatoriske aspektet handler om hvordan arbeidsfordeling og samordning er strukturert (Mintzberg, 1979, 1983 i Bukve et al., 2014). Nyten av å ha den rette strukturen er like viktig i situasjoner der organisasjonsarkitekturen er uklar, autoritetsforholdene diffuse og koordineringen forvirrende (Bolman & Deal, 2014). Vabø og Vabo (2014) sier at helse- og sosialsektorens institusjoner og organisasjoner har i liten grad vært løftet fram som et eget studiefelt i helse- og velferdsforskningen. De viser til tre fellestrekk ved «menneskebehandling organisasjoner»;

- Det er organisasjoner hvis hensikt er «å gjøre noe med» mennesker – ikke «levere noe til» mennesker.
- Organisasjoner forholder seg til mangesidige og uregjerlige problemer, som overskrider ulike kompetansefelt.

- Organisasjoner er bundet av mandat om å tjene allmenhetens interesser og underlegges dermed sammensatte legitimitetskrav (Vabø & Vabo, 2014, s. 14).

Menneskebehandling organisasjoner er avhengig av at yrkesutøvere som befinner seg lengst ned i organisasjonen har kvalifikasjoner og utviser ansvarlighet når de møter mottakere ansikt til ansikt. Innenfor organisasjonene arbeider menneskene tett sammen gjennom å behandle andre mennesker (Svensson, 2013). Videre hevder Svensson at en menneskebehandling organisasjon kjennetegnes ved å ha nære bindinger til omgivelsene gjennom direkte relasjoner med for eksempel brukere og pasienter.

Menneskelige organisasjoner er særegne, spennende og utfordrende (Bolman & Deal, 2014). De kan for det første betegnes som komplekse, da de består av mennesker og menneskelig adferd er vanskelig å forutse. Organisasjoner er åpne systemer som forholder seg til vekslende, utfordrende og omskiftelige omgivelser. For det andre kan organisasjoner overraske. Det du ventet deg er ikke det du får. Løsningen på fortidens problemer blir ofte hindringer på et senere tidspunkt. Det tredje aspektet ifølge Bolman & Deal er at organisasjoner bedrar. Feilgrep og overraskelser kamufleres for å dekke over sviktende beredskap. For det fjerde er organisasjoner uklare. Med sin kompleksitet og uforutsigbarhet blir ofte det som skjer fra dag til dag skjult. Resultatet er at det blir vanskelig å få tak i det som skjer og det blir enda vanskeligere å vite hva det betyr, eller hva som skal gjøres. Det som skjer i en organisasjon, er for det meste så innviklet og så lite samordnet at ingen fullt ut kan forstå eller kontrollere realitetene.

Menneskebehandling organisasjoner blir ofte beskrevet som innbyrdes avhengige av hverandre ettersom de intervenserer i menneskelige problemer som er sammensatte, vanskelige å avgrense og forklare på en entydig måte (Vabø & Vabo, 2014). Den sammenvevde karakteren blir ofte beskrevet som «wicked problems» eller uregjerlige problemer. Begrepet ble lansert av Rittel & Webber i 1973, for å beskrive de særegne problemene som helse- og sosialsektoren stilles overfor. Typiske problemer kan være knyttet til hverdagsproblemer knyttet til høy alder, kronisk sykdom og funksjonshemming. I mange tilfeller kan støtte og hjelp redusere konsekvensene av et problem, uten å løse problemet fullstendig. Bedre treffende er at å si at problemet blir håndtert, fremfor løst (Vabø & Vabo, 2014).

Svensson (2013) påpeker at organisasjoner for tjenester rettet mot individer har mange byråkratiske trekk. For å få del i organisasjonenes ressurser må individer kvalifiseres som klienter og medvirke i en prosess der diagnoser og prognoser blir produsert. Denne prosessen kan deles inn i fire påfølgende faser. Menneskebehandlende organisasjoners mål har en tendens til å være vage. Virksomheten pågår fjernt fra politiske mål og ledelsers kontroll. Regelbrudd er vanlig, da koblingen mellom regler og handlinger er svake. Metodenes effektivitet er usikker, og evalueringer ofte vage og usammenhengende. Det andre trinnet i prosessen handler om valget og gjennomføringen av tjenestemetoden. Ofte knyttes det ufullstendighet til denne delen av prosessen på bakgrunn av kompleksitet og ufullstendig kunnskap. Tredje problem oppstår i det metodene må velges ut fra hvem mottakeren er, og da kreves det en viss kunnskap om denne. Siste fase handler om å skape tillitsrelasjon mellom profesjonell og mottaker. Organisasjonene har derfor mange retningslinjer, prosedyrer og rutiner som skal styre profesjonsutøvelsen i riktig retning mot gode resultater. Med bakgrunn i at metodene utvelges og vurderes av den enkelte profesjonelle, innebærer det et stort ansvar i situasjoner der mottakeren i liten grad er i stand til å uttrykke behovene sine selv (Svensson, 2013).

3.4 Betydning av ledelse

Ledelse handler om å få det beste ut av menneskelige ressurser. I organisasjoner med profesjonsutøvere forventer profesjonene langt på vei å være selvstyrte i utøvelsen av sitt fag og sine oppgaver (Døving et al., 2016). Selvledelse, faglig veiledning og kollegial kontroll antas derfor å være alternativer til ledelse av yrkesutøvere med profesjonsbakgrunn (Mintzberg, 1979; Raelin, 1991). Profesjonene kan på grunn av ledelsens mangel på kontroll beskrives som organisasjonens blinde flekk. Samtidig representerer profesjonsutøvere en annen styringsmekanisme. Gjennom utdanningen har profesjonsutøvere tilegnet seg faglige og etiske standarder som styrer deres yrkesutøvelse. Ledelse av profesjoner antas å by på særlige utfordringer, nettopp fordi yrkesutøvere i høy grad er styrt av internaliserte faglige og etiske standarder og anses for å være i stand til å styre og lede seg selv, hevder Døving et al. (2016).

Ledelse er et samspill og har aldri eksistert i enerom. Det er forhold mellom to eller flere mennesker. Spurkeland (2017) sier at ledelse er å ha en eller flere relasjoner der lederen sin rolle er å bidra med noe som kan karakteriseres som ledelse. Det betyr at å lede er å være i en aktiv relasjon til noen man har lederansvar for. Lederens ansvar er å delegere oppgaver, og å sikre at profesjonsutøvere jobber med oppgaven (Ballo et al., 2014). Fordi det er naturlig og vanlig at arbeidsgrupper å bevege seg bort fra det som er den primære oppgaven, er et viktig aspekt ved ledelse å være grensesetter, portvakt, styrer og kontrollør. Uten disse aspektene vil en organisasjon utvikle seg i retninger som er utenfor hensikt og mål påstår Ballo et al. (2014). Å bevege seg bort fra målene, er på mange måter en naturlig del av en gruppens dynamikk. Det er nettopp derfor alle profesjonsutøvere trenger en leder. Ledelse innebærer et krav om målsetting, problemløsning og kommunikasjonsutvikling. Oppmerksomheten blir rettet mot oppgaver som det er felles forståelse for å få gjort noe med, samtidig som det bidras til å fremme samhandling mellom kollegene. Ledelse er å utvikle relasjoner (Orvik, 2015). Å være leder handler om å oppnå mål gjennom andre personer, i tillegg til å ivareta oppgaver som er viktige eller avgjørende for organisasjonens langsiktige mål (Yukl, 2013 i Døving et al., 2016). Leder som enkeltperson og relasjon mellom leder og medarbeidere eksisterer innenfor en kontekst som gir føringer for lederens ansvar, myndighet, atferd og krav til kompetanse (Døving et al., 2016). Hierarkisk nivå i organisasjon er en viktig rolle ved lederrollen. Ledere på laveste nivå konsentrerer seg primært om forhold som bemanning, praktiske problemer, fremdrift i arbeid, samt sosiale relasjoner. Tidligere forskning peker på motsetninger mellom de som leder og profesjonsutøvere som jobber pasientnært, hevder Tjora & Melby (2013). Det er ikke tvil om at ledere er en sentral faktor for å forklare hvorfor noen organisasjoner gjør det godt og noen dårlig. Samtidig er utfordringene i ferd med å endres, spesielt i forbindelse med utfordringer knyttet til utforming av informasjons- og kommunikasjonsteknologi, raskere endringer og stadig mer komplekse omgivelser. Etter hvert har det blitt stor enighet om at ledelse er en spesiell atferd som mennesker utviser i den hensikt å påvirke andre menneskers tenkning, holdning og atferd (Jacobsen & Thorsvik, 2015). Bolman & Deal (2014) viser til kvalitative studier av ledelse i de siste tiår. Kjennetegn som fremheves i disse studiene er visjon, fokus, glød og tillitt. De fremhever i tillegg at forskning har vist et område som blir stadig viktigere, nemlig kulturens betydning for

ledelse. Kultur er et mønster av grunnleggende antakelser som medlemmene av en gruppe har felles.

| Ramme | Effektiv ledelse når: | | Ineffektiv ledelse når: | |
|-------------------------|------------------------|--------------------------------------|------------------------------|---|
| | Lederen er: | Ledelsesprosessen er: | Lederen er: | Ledelsesprosessen er: |
| Den strukturelle rammen | Analytiker, arkitekt | Analyse, plan | Smålig byråkrat eller tyrann | Ledelse ved detaljstyring og dekreter |
| Human resource rammen | Katalysator, tjener | Støtte, myndiggjøring | Svekling, pusling | Ledelse ved abdikasjon |
| Den politiske rammen | Forkjemper, forhandler | Talsmannsfunksjon, koalisjonsbygging | Lurendreier, bølle | Ledelse ved manipulasjon og svindel |
| Den symbolske rammen | Profet, poet | Inspirasjon, meningsdannelse | Fanatiker, sjarlatan | Ledelse ved blendverk, røyklegging og speil |

Tabell 1. Ledelse i forskjellige perspektiver (Bolman & Deal, 2014, s.396).

3.5 Det relasjonelle aspektet

Samhandling handler om den gjensidige relasjonelle deltakelsen og engasjementet i den kontinuerlige dialogen mellom personene som arbeider sammen for å oppnå et felles mål (Anderson, 2012; Karlsson & Borg, 2013; Strong, Sutherland & Ness, 2011; Roschelle & Teasley, 1995). Kvaliteten i relasjonene har stor betydning for organisasjonene (Bolman & Deal, 2014). Mennesker er ufullkomne. De danner relasjoner som passer med deres egen væremåte og deres egne preferanser. Ofte kan de se bort fra organisasjonens behov. Videre påpeker Bolman & Deal (2014) at mennesker i tillegg uttrykker personlige og sosiale behov. De arbeider nok, men aldri bare med de pålagte oppgavene. Mellommenneskelige ferdigheter og emosjonell intelligens er viktig fordi relasjoner mellom mennesker er et sentralt element. Irgens (2012) hevder at vi må trene oss på å tenke relasjonelt. Det er oss, det er systemene og det er de andre menneskene. Og imellom ligger relasjonene. Ved å tenke relasjonelt, ser man seg selv i forhold til dem eller den andre. Å være profesjonell er en relasjonell oppgave. Når problemene har oppstått innenfor vårt arbeidsområde, så er det ofte slik at vår egen måte

å gå frem på kan ha hatt betydning for at problemet i det hele tatt har oppstått eller for at det har fått fortsette å være et problem.



Figur 1. Behovet for team når komplekse oppgaver skal løses (Irgens, 2012).

Argyris og Schön (1974, 1996 i Bolman & Deal, 2014) hevder at den enkeltes atferd er styrt av personlige handlingsteorier, det vil si antakelser og ideer som ligger og styrer atferden. I denne forbindelse er det to slags teorier. Påberopte teorier og bruksteorier. Med påberopte teorier er det mennesker selv som oppgir, beskriver og forklarer sin egen atferd, mens bruksteori er et slags underforstått regelsett som forteller oss hvordan vi bør oppføre oss. Argyris og Schön oppdaget at mennesker ofte feiloppfatter seg selv, noe som fører til anstrengte relasjoner. Både i grupper og organisasjoner er forholdet mellom den enkelte og systemet et punkt når det gjelder forvaltning av menneskelige ressurser. Det strukturelle perspektivet vektlegger formelle roller eller formaliserte stillingsbeskrivelser. Den rette fordelingen av oppgaveroller bidrar til at arbeidet blir gjort, og at ressursene til hver enkelt blir best utnyttet.

Organisasjonen skal i noen grad formes rundt de ansatte, slik at de kan få en arbeidssituasjon der de kan utnytte sine egenskaper og fortrinnsvis utvikle seg videre

(Nylehn & Støkken, 2002). Menneskers ferdigheter, holdninger, energi og engasjement er viktige ressurser, som kan enten skape eller ødelegge hele virksomheten. Relasjon mellom mennesker og organisasjon krever innsikt og forståelse. Ut fra human resource perspektivet, ser man på relasjonen mellom mennesker og organisasjoner. Denne tenkningen bygger på at arbeidstakerne og organisasjonen trenger hverandre. Det blir viktig å bygge opp en felles tankegang på hvordan mennesker skal behandles i organisasjonen, som igjen må utøves i praksis (Bolman & Deal, 2014). Flere har utarbeidet modeller med faktorer over hvorfor mennesker gjør noe fremfor noe annet. Hertzbergs «tofaktorteori» viser til motiverende faktorer som er innebygd i selve arbeidet; slik som å prestere noe, føle ansvar og få anerkjennelse for en velgjort jobb. Det å motivere krever at en forstår og responderer på det spekteret av behov folk kommer til jobben med.

Nylehn & Støkken (2002) viser til «det nye arbeidslivet», der de ansatte skal tilbys en sterkere posisjon, de skal bli hørt og kunnskapen og synspunktene de har skal være virksomhetens viktigste ressurs. Det synes å være slik at det nye arbeidslivet kjennetegnes av at den enkelte forholder seg til sin arbeidsplass mer som et individ og mindre som medlem av et kollektiv. Svekkelse av arbeidstakers kollektive holdninger bærer med seg en rekke problemer. Organisasjoner skal utvikle entusiasme, oppslutning og en lokal kultur blant de ansatte. Samtidig er det en økende tendens til at arbeidstakere er innom i forbifarten, for den økte mobiliteten får slike konsekvensene. Det relasjonelle aspektet er viktig, påpeker Spurkeland (2004). Relasjonstenkning tar utgangspunkt i det mellommenneskelige samspillet.

3.6 Identitet

Identitet sier noe om hvordan mennesker oppfatter at de er eller ikke er, og dreier seg om tilhørighet (Døving, Elstad & Storvik, 2016). Identitet er uttrykk for det som en person, gruppe eller organisasjon oppfatter seg selv som, eller av andre oppfattes som. Mens en individuell identitet er hvordan en person oppfatter seg selv, er en sosial identitet et uttrykk for hvilke grupper man føler seg knyttet til. Sosial identitet kan være knyttet til grupper som en profesjon, yrkesroller eller organisasjon. Sosiale relasjoner gir individet anledning til å ta andres perspektiv og dermed utvikle selvet, hevder Molander & Terum (2013). I dette perspektivet er identitet en prosess som dynamisk

endrer og utvikler seg etter hvilke sosiale sammenhenger individet inngår i. Der er et prinsipielt skille mellom identitet som profesjonsidentitet og det som fremstår som den profesjonelle identitet. Profesjonsidentitet er en kollektiv identitet og handler om å innordne seg profesjonens formål. Profesjonell identitet viser til den personlige oppfatningen av «seg selv» som yrkesutøver og bygger på selvidentiteten (Heggen, 2013). Profesjonell identitet er noe som kan påkobles den indre mentale strukturen hos yrkesutøver. Den kan forsåes ved å se på personen med sin sosiale og kulturelle bakgrunn og kunnskapen i utdanningen og yrkesfelt.

Siden mennesker tilhører mange ulike grupper, får de også mange løst koblede identiteter (Eriksson-Zetterquist, Kalling, Styhre & Woll, 2015). Bare den som er i stand til å orientere seg kan kjenne å utvikle sin egen identitet. Identitet handler derfor om grunnlaget for meningsfylt orientering og handling. Form av sammenheng og kontinuitet er ikke noe som skapes en gang, men er noe som stadig blir utfordret og må gjenskapes (Molander & Terum, 2013). Identitet utvikler seg i samspill med andre mennesker. Det er derfor spørsmål om effekter av sosialinteraksjon, ikke en isolert kognitiv prosess. Sosial identitet er avhengig av kvaliteten på de gruppene vi hører til eller har som positiv referanse, gjerne gjennom direkte erfaring med den andres respons på ens handlinger (Svartdal, 2000). Identitet kan i tillegg konstrueres gjennom språket. Mennesker kan beskrive hvordan de betrakter seg selv. Selve identiteten er et resultat av menneskers relasjoner, både relasjoner de har i dag og relasjoner de har hatt tidligere.

En profesjonell identitet er den personlige identitetsdanningen som har med utøvelse av yrkesrollen å gjøre, mens profesjonsidentitet er en kollektiv identitet knyttet en profesjon (Hegge, 2008 i Døving et al., 2016). De profesjonelle bruker gjerne «vi-de» betegnelser og med det plasserer de seg selv og andre i sosiale kategorier (Hernes, 2002). Vi legger en stor del av vår identitet og selvfølelse i yrket vi utøver hevder sosialantropolog Ståle Wig (2019). Identitet er heller ikke bare en egenskap ved individet, men et forhold mellom individ og omgivelser. Identitet kan også knyttes til kollektiver, både det kollektive individet opplever seg selv som del av, og de det synes å stå i motsetning til. Identitet handler derfor om individets selvforståelse og posisjonering i relasjon til sosiale og/eller kulturelle grupper (Gule, 2013). Dette forutsetter en viss konsistens i den aktuelle individsgruppens oppfatninger om verden,

verdier og normer, holdninger, handlinger og praksiser over tid. Profesjonell identitet blir hele tiden redefinert gjennom en serie av tilhørighet i ulike felleskap. Tajfel og Turner (Carpenter & Dickinson, 2016) tenker seg at vi skaper vår identitet ut fra tilhørighet i sosiale grupper, og at man foretrekker å ha en positiv identitet fremfor en negativ. Hvis mennesker føler at et positivt selvilde ikke kan opprettholdes i den gruppen de hører til, vil de søke andre grupper. I teori om sosial identitet ser Kreindler et al. (2012 i Carpenter & Dickinson, 2016) på en gruppebasert tilnærming, i stedet for en individuell for å oppnå integrering og samarbeid mellom profesjonsutøvere innen helse- og sosialfagene. Det viser seg at profesjons utøvere kan føle tilhørighet til en felles kategori av gruppe, i stedet for sin respektive profesjonsgrupper. Den nye identiteten blir dog ikke akseptert med mindre den blir mer positiv enn den blir opprinnelige yrkesidentiteten. Hernes (2002) hevder at etablering av felles vi-grupper peker seg ut som det riktige for å oppnå samarbeid og begrense konflikter. Profesjonsutøvere bør fungere sammen basert på en felles identitet, fremfor å bruke tid og energi på å vedlikeholde spenningsfylte forhold. Profesjonsidentiteten konstitueres av institusjonelle strukturer, hvor forventninger om hvordan et profesjonsmedlem vil opptre i spesifikke situasjoner og fortolkninger av vedkommendes aktiviteter kommer fra den tilskrevne identiteten (Carpenter & Dickinson, 2016). Samtidig er det nødvendig at likheter mellom profesjonene fremheves, og forskjeller synliggjøres.

3.7 Kompleks informasjonsflyt

Menneskelig informasjonsbehandling har vist seg å ha flere flaskehals, hevder Kaufmann & Kaufmann (2003). Det gjelder særlig begrenset arbeidsminne og lang overføringstid fra korttidsminne til langtidsminne. Dette har store konsekvenser for hva mennesker gjør i situasjoner med kompleks informasjon. Informasjonsteknologien har endret betingelsene for hvordan vi kommuniserer og utfører arbeidet vårt (Irgens, 2012). Ny teknologi har endret arbeidsoppgavens karakter og måten folk jobber på. Dette gjør at effektiv kommunikasjon er blitt en nøkkelfaktor i velfungerende organisasjoner (Jacobsen & Thorsvik, 2015). Den gir ny form for frihet, men også ny form for avhengighet. Irgens hevder at vi drukner i såkalt viktig informasjon. I angsten for ikke å ha kontroll og oversikt, stiller vi krav til oss selv og andre som gjør at vi ender opp med enda mer informasjon. Vi blir redde for ikke å få med oss alt, redde for ikke å forstå, redde for ikke å klare å følge med lenger. Richard Saul Wurman hevder at

mange situasjoner kan fremkalle informasjonsangst: som når du ikke forstår informasjonen, når du føler deg overveldet av informasjonen. Når du blir usikker på om den informasjonen du trenger virkelig finnes, og ikke minst når du vet at informasjonen finnes, men du ikke vet hvordan du får tak i den (Wurman, 1991 i Irgens, 2012).

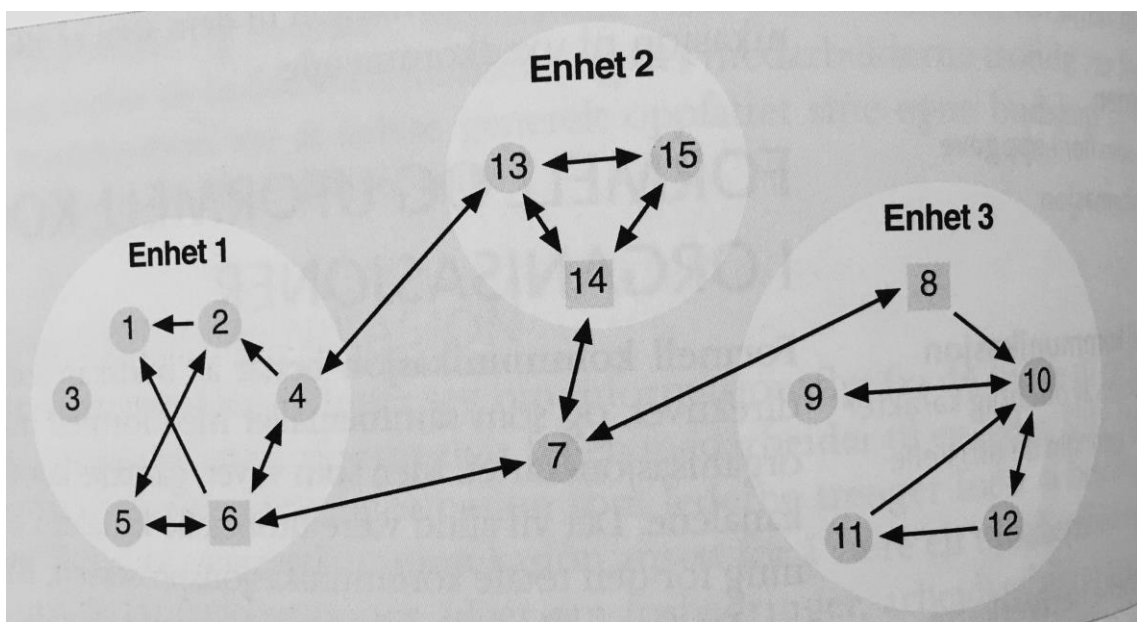
Fremveksten av elektronisk basert informasjons- og kommunikasjonsteknologi har endret arbeidsplassene. Det er fare for over-kommunikasjon, utvikling av subkulturer, og flere grenser viskes ut (Jacobsen & Thorsvik, 2015).

Kommunikasjon i organisasjoner tar flere retninger og har en formell eller uformell struktur. Nedoverkommunikasjon har en rettleidende og styrende funksjon. Denne informasjonen kan på veien bli unøyaktig. Selv om nedoverkommunikasjon kan begynne svært nøyaktig hos toppledelsen, kan budskapet fordreies gjennom ulike ledd nedover i hierarkiet. Mange små misforståelser underveis baller på seg og forsterkes til grove fordreininger i sluttproduktet (Kaufmann & Kaufmann, 2003). I oppoverkommunikasjon dreier det seg om informasjonsflyt fra de lavere til de høyere nivåene i organisasjonen. Først og fremst er oppoverkommunikasjon ansett for å være en tilbakemeldingsmekanisme som gir status rapporter, ideer om forbedringer, arbeidsrelaterte problemstillinger osv. Oppoverkommunikasjon forekommer mindre hyppig. I en studie utført av Luthans og Larsen fant de at 70 prosent av arbeidere bare initierte samtaler med lederne en gang i måneden. Det viser seg også at samtaler med ledere ofte er kortere (Kaufmann & Kaufmann, 2003). Formidlingen på samme nivå kalles for lateral kommunikasjon. Ofte skjer denne formen for kommunikasjon spontant og utenfor selve organisasjonen og vil kunne bidra til nyttig informasjonsflyt.

Selve «nervesystemet» i organisasjonen er den uformelle kommunikasjonen, et såkalt skjult nettverk (Kaufmann & Kaufmann, 2003). Jacobsen & Thorsvik (2015) viser også til betydningen av småprat. De hevder at småpraten har flere viktige funksjoner; småprat medvirker sterkt til å skape samhold i grupper, skaper tillitt mellom de som deltar i småpraten, og sosialiserer nyansatte i den eksisterende kulturen. Gjennom småpraten utvikler deltakerne over tid et felles kognitivt rammeverk etter hvert som man deler erfaringer, oppfatninger og meninger. Slike kognitive rammeverk, skaper en psykologisk tilpasning som kan munne ut i en felles sosial identitet. Den supplerer formell kommunikasjon ved at ansatte gjennom småpraten prøver ulike tolkninger ut

mot hverandre. Den både fremmer læring og er samtidig læring i organisasjoner. Når ansatte prater med hverandre om hva de har erfart, stimuleres den enkelte til å reflektere omkring hva det som han eller hun forteller til kollegaer, egentlig betyr. De enkeltes erfaring og læring samlet gir grunnlag for å vurdere kollektivt nivå i organisasjonen (Jacobsen & Thorsvik, 2015).

Fremstilling på hvordan formell og uformell flyt av kommunikasjon kan arte seg i en organisasjon, fra leder og imellom arbeiderene. «7» er her den formelle lederen. I enhet 2 flyter informasjonen gjennom den formelle lederen, mens person «10» i enhet 3 synes å være den uformelle lederen og den egentlige lederen i praksis. I enhet 1, ser det ut til at person «3» er isolert fra kommunikasjon. Kaufmann & Kaufmann (2003) tenker at person «3» kan være en nattevakt, et mobbeoffer, eller en meget innadvendt person.



Figur 2. Formell og uformell kommunikasjon i organisasjoner. Fra «Psykologi i organisasjoner» Kaufmann & Kaufmann, 2003, side 296).

3.8 Kompetanse og kunnskap

Kompetanse er noe relasjonelt som binder fagpersoner, fagmiljø, avdelingen og organisasjonen sammen (Orvik, 2015). Ny fagkunnskap er ikke begrenset til det direkte pasientrelaterte arbeidet, men inkluderer også endringer i organiseringen av behandling og pasientforløp. Faglig innsikt og kompetanse går hånd i hånd. Ifølge Lahn & Jensen

(2013) står profesjonene i dag i et grunnleggende spenningsforhold. På den ene siden blir det moderne samfunn mer og mer avhengig av de profesjonelle tjenester. På den andre siden stilles det spørsmål ved ekspertisens evne til å følge med i kunnskapsracet. Læring og kunnskapsutvikling er plassert høyt på den samfunnsmessige dagsorden, men man vet lite om hvordan slike prosesser foregår i en yrkessammenheng.

Profesjonsutøvere dyktiggjøres gjennom praksis og samhandling. De institusjonelle og innholdsmessige sidene ved profesjonslæring, kalt redskapsperspektiv på kunnskap, tar høyde for at kollegiale interaksjoner er gjenstandsmedierte, og at læringsprosessene struktureres av målene for aktiviteten. Læring finner sted når informasjonsbiter fanges opp i en situasjon, stables opp i hukommelsen og tas ut for å implementeres i en ny situasjon (Lahn & Jensen, 2013). På 1960-tallet kom det gjennomslag i kognitiv psykologi innenfor denne forståelsesrammen hvor det ble gitt flere svar på problemet. Hvordan kan profesjonelle utvikle en kompetanse i å oppdatere seg selv når kunnskapsbasen og ferdigheter utdateres i hurtig tempo? Innenfor kognisjonsvitenskap var det en begynnende anerkjennelse av at man må ta i betraktning spesifikk forståelse av ekspertise når man skulle forutsi resultatene av en læringsprosess. Av betydning for dagens forståelse av hvordan profesjonslæring er, viser Lahn & Jensen til de kritiske tekstene til Stuart og Hubert Dreyfus, samt Donald A. Schön. Det vil si at novisen trer inn i et ekspertdomene ved å tilegne seg de fundamentale reglene som følges når oppgaver defineres. Gjennom innøvning skapes det en prosess som gjør det mulig for praktikanten utføre en automatisering av ferdigheter i kjente oppgavesammenhenger. På denne måten blir eksperten forberedt på å forstå og handle i situasjoner som avviker fra de typiske. I verkene til Schön påpekes det at praktikere rammer inn problemer og situasjoner i enten enkle eller komplekse utgaver avhengig av sine tause forhåndsforståelser (Schön 1983 i Lahn & Jensen, 2013). I svakt avgrensede situasjoner er det ingen en til en sammenheng mellom prosedyrer og profesjonell praksis. Ekspertisen blir oppfattet som en kollektiv frembringelse, i tillegg til andre personer som også defineres som ressurser for utviklingen av individuell kognisjon. På 1990-tallet ble det gjort flere forsøk på å flytte fokus fra et handlende jeg til sosial samhandling. De nyeste tilnærmingene til feltet viser til en blandet profesjonell identitet både som medlemmer og av et ekspertfelleskap og som lærlinger. De lar begrepet omfatte praksisfeltet som et felt i tid og rom som overskrider ansikt-til-ansikt

samspeilet. Spesielt hvordan det å krysse grenser former individet og hvordan slike bevegelser understøttes av grensekryssende objekter som elektroniske journaler og nye diskusjonsfora.

I organisatorisk innhenting av kunnskap kompliseres prosessen ved at det ikke lenger er ett individ, men flere som skal lære. Et problem dette fører med seg ifølge Jacobsen & Thorsvik (2015) er at mye av den læringen som finner sted i organisasjoner, skjer kun hos det enkelte individ. Kunnskapen er skjult, både for andre og en selv. Den er en såkalt taus kunnskap som den enkelte har, men som man ikke klarer å sette ord på og formidle til andre. Taus kunnskap er i hovedsak erfaring som den enkelte har utviklet over tid, som man bare vet fungerer, men som man har vanskelig for å sette ord på. Det ligger i definisjonen av taus kunnskap at den enkelte verken er seg bevisst eller reflekterer over at man har slik kunnskap. Eksplisitt kunnskap er de erfaringer og forhold som man kan sette ord på. Eksplisitt kunnskap preger derfor samtaler og diskusjoner blant ansatte omkring arbeidsoppgaver, utfordringer og muligheter som man ser for organisasjonen. Denne kunnskapen nedfelles ofte skriftlig og settes i system i form av strukturer, rutiner og prosedyrer. Å avdekke den tause kunnskapen som alle individer i organisasjonen bærer på, er for mange den viktigste forutsetningen for å utvikle organisasjonen. Videre må denne kunnskapen gjøres tilgjengelig for flere, slik at den kan testes ut og bli til praktisk nytte for alle.

De enkelte profesjoner har ulike kompetanse, som kan kombineres og integreres på forskjellige måter med andre, sier Willumsen (2016). Det kan være relevant å skille mellom de ulike kompetansene som er; kjernekompetanse, overlappende kompetanse, felles kompetanse og spisskompetanse. Kjernekompetanse dreier seg om kompetansen en profesjon har og som de andre ikke har. Med andre ord skiller denne kompetansen de ulike fagpersoner fra hverandre. Overlappende kompetanse er den type kompetanse, hvor flere, men ikke nødvendigvis alle, har samme kompetanse. Felles kompetanse består av felles faglig kunnskap, som utvikles over tid i et konkret samarbeid i form av språk, begreper, ferdigheter og en felles integrert kunnskap. Spisskompetanse er ofte en smal og helt spesifikk kompetanse, gjerne i form av videreutdanning eller spesialisering utover grunnutdanning (Willumsen & Ødegård, 2016).

4.0 Metode og valg av forskningsdesign

Bevisste metodevalg er tatt, for å skape et forskningsdesign som vil bidra til å undersøke problemstillingen:

«Hvordan og i hvilken grad involveres nattsykepleiere i samhandling av koordinerte og helhetlige tjenester i kommunale institusjoner?»

Mitt formål med studien er å belyse hvordan organisering av nattsykepleiere i kommunale institusjoner kan virke inn på samhandling av helhetlige tjenester og koordinering ut til mottakere av disse tjenestene. Jeg er opptatt av å finne ut hva den enkeltes refleksjoner og tanker om denne problemstillingen er.

I dette kapittelet vil jeg presentere mine valg som har vært nødvendige å ta. Mange alternative fremgangsmåter eksisterer, og alle innebærer ulike konsekvenser for forskningen. Johannessen, Tufte og Christoffersen (2010) hevder at forskeren må samle inn data som er mest relevant og pålitelig ut fra problemstillingen.

Med tanke på tiden og antall faste nattsykepleiere ute i de kommunale virksomhetene, er det ikke hensiktsmessig å benytte seg av kvantitativ metode i denne oppgaven. Det hadde heller ikke vært mulig å få innhentet det samme datamateriale som har stått i sentrum av min analyse.

Kvalitativt forskningsdesign forutsetter fleksibilitet med et lite utvalg, da hensikten er å fremskaffe detaljrik informasjon og kunnskap. Et av hovedtrekkene ved kvalitativ metode er å få en grundig forståelse av et forhold som gjelder en eller flere personer og/eller gruppe (Brottveit, 2018).

4.1 Et kvalitativt forskningsintervju

Kvale & Brinkmann (2017) sier at formålet med det kvalitative forskningsintervju er å forstå sider ved intervjupersonens dagligliv, fra hans eller hennes ståsted. Det finnes ingen standardtilnærming blant kvalitative forskere, men et mangfold. Intervju, observasjon, analyse av tekst og dokumenter. Jeg har valgt å ta i bruk dybdeintervju som tilnærming til tema, på respondentens arbeidsplass og i deres arbeidstid. Kvalitativ

metode studerer ting i deres naturlige setting, der de prøver å forstå eller tolke fenomener ut fra den mening folk gir dem (Ryen, 2012). Kvalitativ tilnærming gir større grad av mulighet til å gå i dybden av en problemstilling og dermed gi en grundigere beskrivelse av et fenomen. I dette studiet har jeg ønsket å se nærmere på nattsykepleierens opplevelse av inkludering i den organisatoriske konteksten. Min intensjon har vært å undre seg over hvordan man utøver samhandling av koordinerte og helhetlige tjenester i kommunale institusjoner sett med øyene til nattsykepleiere. En undring som muligens kan bidra til økt kunnskap nattens utfordringer.

På bakgrunn av dette har jeg valgt å bruke dybdeintervju til innsamling av datamateriale i min studie. Det gir meg mulighet til å forstå respondentenes opplevelse av emnet (Kvale & Brinkmann, 2017). Respondentenes holdninger, meninger og erfaringer står sentralt (Tjora, 2017). Kvalitativ tilnærming gir meg nyansert innsikt i fenomener fra respondentens perspektiv, samtidig som jeg er mottakelig for uventede hendelser (Jacobsen, 2012). Intervjuene kan brukes for å forstå sammenhenger utover respondentene som individer (Tjora, 2017).

4.2 Fenomenologisk tilnærming og hermeneutisk fortolkning

Hvordan verden erfares av mennesker er det sentrale i fenomenologien. Fenomenologi handler om å få frem den subjektive opplevelsen til informanten (Brottveit, 2018). Det handler om å orientere seg mot den måte erfaring etableres på ifølge Husserl (Thornquist, 2018). En fenomenologisk tilnærming vil gi meg som forsker mulighet til å fokusere på beskrivelser av nattsykepleierens erfaringer, deres livsverden.

Den hermeneutiske fortolkningsprosessen kjennetegnes av tre stadier; forståelse, tolkning og anvendelse. Hensikten med fortolkningen er å skape grunnlag for en ny mening om det fenomenet som er gjenstand for undersøkelse (Brottveit, 2018).

Hermeneutisk sirkel er en beskrivelse av en dynamisk erkjennelsesprosess som pendler mellom del og helhet i forsøket på å forstå begge deler best mulig (Thornquist, 2018). Målet er å komme frem til ny mulig forståelse, ikke å forklare det. All fortolkning starter med en forforståelse og hviler på et sett av forutsetninger. Aadland (2011) mener at vi vil aldri kunne ha en forståelse av verden uten vår egen forforståelse, dette er en

forutsetning for hermeneutisk tankegang. Jeg som forsker må derfor ha en forforståelse av det som skal undersøkes for å være i stand til å se denne helheten samtidig som jeg må være åpen for nyanser som ikke stemmer overens med mine egne erfaringer.

4.3 Min forkunnskap og forforståelse

I ethvert forskningsarbeid tar vi med oss en faglig forforståelse og hva som er relevant vil påvirkes av hva forskeren ser og ikke ser. Egen fagdisiplin vil alltid ha innvirkning på hva slags fenomener man er opptatt av, og hvordan man forsker på disse (Tjora, 2017).

Selvforståelse er ifølge Kvale & Brinkmann (2017) et forsøk av fortolkeren i en fortettet form å formulere det som den intervjuede selv oppfatter som meningen med sine uttalelser. Fortolkningen er mer eller mindre begrenset til den intervjuedes selvforståelse.

Jeg har mange års erfaring som sykepleier på natt både i spesial- og kommunehelsetjenesten. Dette har gjort at jeg har god kjennskap til sykepleiernes roller og utfordringer, og til helsevesenet generelt, spesielt det som berører natt arbeid. Reformen og endringer har preget store deler av mitt yrkesaktive liv. Med undring har jeg sett på desentralisering, nedbygging og ombygging av helsevesenet, samtidig som det nesten daglig oppdages nye medisiner og livsforlengende behandlinger av ulik type. Det og andre faktorer bidrar til at institusjonsbeboere i kommunale virksomheter er eldre, sykere og flere. Det som har vært interessant å observere, er at sykepleiere på natt sjeldent blir betraktet som en del av den organisatoriske enheten. Jeg ser derfor på denne studien som en positiv mulighet til å bidra med dypere innsikt av hvordan det erfares å arbeide og samhandle, når flesteparten av samhandlingsaktørene ikke er tilgjengelige for konferering, i til tider vanskelige vurderinger.

4.4 Utvalg og rekruttering av respondentene

Respondent og informant er to begreper som brukes innenfor kvalitativ forskning om deltakere som intervjueren intervjuer (Ryen, 2012). Respondent er den personen som intervjueren retter seg særlig mot, hvor det forventes at vedkommende også kan uttale seg om forhold en selv inngår i. Respondent er direkte knyttet til fenomenet som blir

undersøkt. Ifølge Jacobsen (2015), representerer ikke informant feltet, men har kunnskap om det som skal undersøkes.

Formålet i denne studien er å samle inn data fra respondenter med egne erfaringer fra forhold de selv er en del av. Målgruppen befinner seg med dette blant sykepleiere som har natt som arbeidsform i kommunal sektor. Omfattende forskning har allerede blitt utført på nattarbeid generelt, og spesielt på helseeffekter av nattarbeid (Saksvik-Lehouillier, I., 2015). I min studie ønsker jeg å se på forhold som oppleves som fremmede og hemmede for god samhandling på natt og samhandling mellom de ulike profesjonene på tvers av vakter.

Utvelgelsen av respondenter er gjort med intensjon om å oppnå tilgang til handlinger og hendelser som er relevante og den enkeltes respondent slik han eller hun ser verden omkring seg (Ryen, 2012). Flercasetudie er ifølge Tjora (2017), kvalitativ studie som er eksplorerende og søker tilfang av data ved å intervju mennesker som representerer ulike organisasjoner innenfor samme tematikk. Samtidig er det fordel med noen likhetstrekk, slik at de ulike kasusstudiene er relevante for det samme fenomenet. I dette studiet er det sykepleiere som arbeider natt ved kommunale institusjoner.

Mine respondenter ble rekruttert på flere måter. Jeg henvende meg ved personlig oppmøte, direkte til avdelingsledere på flere institusjoner. I tillegg fikk jeg bistand i å rekruttere en avdelingsleder fra min medstudent. Herfra fikk jeg informasjon om to av fire respondenter, hvor de neste to meldte seg frivillig. Til sammen er fire respondenter fra samme institusjon, men fra ulike avdelinger og med hver sin avdelingens leder. De neste to respondenter ble videre formidlet via avdelingsleder, som jeg hadde tatt kontakt med. Den siste respondent ble rekruttert gjennom tidligere felles arbeidsgiver. Alle syv respondenter har fast ansettelse på natt, ved tre institusjoner, tre ulike pasientgrupper og i to nabokommuner.

4.5 Praktisk gjennomføring

Dybdeintervju som metode ble valgt for å få mest mulig informasjon og refleksjon fra respondentene. Målet med dybdeintervju er å skape en situasjon for samtale som kretser rundt noen spesifikke temaer som er forskeren har bestemt på forhånd (Tjora, 2017).

Informasjon om tema for oppgaven var gitt i forkant, til alle avdelingsledere jeg personlig hadde vært i kontakt med. En respondent fikk tilsendt informasjon rett til seg, ikke via en avdelingsleder. Samtlige møter ble avtalt direkte med deltakere.

Ifølge Tjora (2017) er en viktig forutsetning for å lykkes med dybdeintervjuer en avslappet atmosfære hvor respondenten føler det er greit å snakke om veldig personlige erfaringer. Det er åpent for å snakke fritt og samtidig er det mulig med oppfølgingsspørsmål til utsagn og oppsummering av samtalene. Til sammen gjennomførte jeg syv intervjuer, hvor seks av disse var i arbeidstiden til respondentene, det vil si mellom kl. 23.00 til 04.00. Siste intervju foregikk på ettermiddag, utenfor arbeidsplassen. Alle deltakere fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien og muligheten til å trekke seg når som helst. I tillegg presenterte jeg meg selv, min arbeidsbakgrunn og interesse for sykepleiere på natt. Før oppstart av intervjuene leste hver og en av respondentene samtykkeskjemaet, og signerte før oppstart av opptak. Intervjuene ble gjennomført i perioden 28.07.19 – 15.08.19. Varigheten på intervjuene varierte mellom 30 min og 60 min. Samtlige ble tatt opp på nettskjema-diktafon appen til UiO. En av lydfilene forsvant, og kunne ikke finnes igjen i systemene til universitet. Svarene fra denne respondenten baserer seg på egne notater.

Gjennomføring av intervjuene kan ha ulike grader av strukturering (Johannessen et al., 2010). Semistrukturert intervju ble valgt som struktur under intervjuene. Brottveit (2018) sier at ved å velge denne formen har forskeren langt friere posisjon, både med tanke på rekkefølgen i spørsmålstillingen, måten spørsmålene formuleres på i selve intervjuet og mulighet for å stille utdypningsspørsmål. Brukes om man ønsker å innhente utdypende kunnskap om holdninger og synspunkter i samtiden. Intervjuguiden var laget på forhånd, med sentrale temaer som jeg ønsket å undersøke. Jeg tok utgangspunkt i intervjuguiden under samtalene med respondentene, som var til hjelp for å holde fokus på temaene. Jeg vektla å stille åpne spørsmål for å få mest mulig utfyllende svar. Spørsmålene fra intervjuguiden ble stilt til alle respondentene og de samme rekkefølge. Tilleggsspørsmålene varierte utfra hvilke temaer og svar respondentene vektla selv.

Av syv intervjuer, ble seks avholdt på de respektive arbeidsplassene. Trygge rammer, et nivå av komfort og opplevelsen av ikke å bli forstyrret, er liten men viktig detalj (Tjora, 2017). Av disse hadde fem respondenter det Tjora kaller «trygge rammer» uten forstyrrelser. Den siste respondenten av disse 6 måtte avbryte intervjuet tre ganger på grunn av ulike arbeidsoppgaver. Siste respondenten valgte selv å gjennomføre intervjuet på en cafe. Samtalene startet med at jeg presenterte meg selv både som «forsker», men også som sykepleier som har lang erfaring med å arbeide på natt. Jeg startet alle intervjuene med enkelt og konkret spørsmål som alle respondenter lett kunne indentifisere seg med og besvare. På den måten ønsket jeg å skape trygghet i situasjonen. En forutsetning for å lykkes med et fruktbart intervju er ved å skape en avslappet stemning hvor informanten føler det er greit å snakke åpent om personlige erfaringer. Samtidig som det tilstrebes å oppnå en uformell situasjon, er det forskeren som har ansvaret for å etablere rammen for intervjuet (Tjora, 2017). Jeg tok utgangspunkt i en åpen tilnærming til tema hvor både respondenten og meg selv ble engasjerte og hvor vi sammen medvirket til å skape ny kunnskap. Johannessen et al. (2010) påpeker at forskeren må ikke slutte å lytte selv om det lages lydopptak av intervjuet. Det er viktig å være god lytter om opptaket svikter, og man sitter igjen kun med egne notater og egen erindring.

4.6 Bearbeiding av innsamlet data og transkribering

Etter at intervjuene var foretatt, ble de transkribert, det vil si gjort om til tekstmateriale. Dette er en nødvendig prosedyre for å kunne analysere intervjusamtalen. Når intervjusamtaler transkriberes sitter man igjen med svekkede gjengivelser som ikke lenger er i sin opprinnelige kontekst. Bevissthet om den endrete opprinnelige formen er viktig kunnskap å ha med seg videre til analysedelen (Kvale & Brinkmann, 2017). Alle seks lydfiler ble transkribert i sin helhet. Jeg transkriberte mine intervjuopptak i løpet av de første dagene som intervjuene var gjennomført. Dette for å bevare viktige inntrykk og refleksjoner knyttet til intervjusituasjonen. Et intervju baserer seg på notater, da denne lydfilen ble ødelagt. Selv etter kontakt med Nettskjema-diktafon UiO både per telefon og mail, var denne ene lydfilen tapt for alltid. Jeg valgte å transkribere ordrett alt, som ble sagt under samtalene, pauser, latter, alle nølinger ol. Om respondentene lette etter ord for å besvare spørsmål, kan det sannsynliggjøre en usikkerhet eller at de sliter med å ordlegge seg. Det er vanskelig å vite om det vil ha betydning i analysen, og

er derfor bedre å ha det med påpeker Tjora (2017). Alle respondenter og arbeidsplasser ble anonymisert under transkribering av intervjuene. Informasjon om studien og deltakelse er ikke en del av transkribert tekst. Etter transkribering hadde jeg ca. 84 sider med tekst.

Respondentenes sitater fra uttalelser er den egentlige empirien i intervjustudier (Dalen, 2004). Betydningen av koding og analyse av sitatene er derfor av stor betydning for prosjektet. Båndopptak og transkribering skal ivareta respondentens uttalelser, fordi de er meget verdifulle. Brottveit (2018) hevder at man må forstå helheten ut fra delene og delene ut fra helheten, hvor vår forståelseshorisont ses på som uttrykk for en prosess som er i kontinuerlig bevegelse. Hvor den danner stadig nye måter å forstå virkeligheten på. Tolkingsarbeid er ikke noe som avsluttetes, men brukes kontinuerlig i å forstå virkeligheten på.

4.7 Prosessen i koding

Til analyse har jeg valgt å følge «den stegvis-deduktive induktive» SDI modellen til Aksel Tjora (2018). I denne modellen jobbes det i etapper fra rådata til konsepter eller teorier, fra data til mot teori. Modellen danner et godt utgangspunkt for systematikk og fremdrift. Nysgjerrighet og generaliserbar forståelse er SDIs utgangspunkt. For å få oversikt over hvilke uttalelser respondentene ga, startet jeg med koding med penn og papir, samt post-it lapper av ulike farger. Jeg startet med en farge for hver empiri nær kode. Etter hvert erfarte jeg at denne måten ikke var tilfredsstillende.

Vanligvis er dataprogrammer en sentral del i SDI analysen på grunn av omfanget av koder. Da jeg hadde bearbeidet nær halvparten av materialet for hånd, startet jeg på nytt ved å ta i bruk et verktøy for kvalitativ analyse av intervjudata. Jeg benyttet meg av Nvivo 12 for å systematisere intervjudata og fremstille ulike kategorier fra empirien. Den induktive prosessen i SDI-modellen består av syv steg; generering av empiriske data, bearbeiding av rådata, koding med empiriske koder, gruppering av koder, utvikling av konsepter og teoriutvikling (Tjora, 2017).

Neste skritt i SDI-metoden er å kode analysedataene. I mitt tilfelle vil det si at jeg deler opp den transkriberte teksten og gir hver del en eller flere koder. Her foretok jeg en

induktiv empiri nær koding av de transkriberte intervjuene. Målet med å kode er tredelt ifølge Tjora (2017). Essensen i det empiriske materialet ekstraheres, materialets volum reduseres og det legges til grunn for en idegenerering på basis av detaljer i empirien. Induktiv empirinær koding prøver å forhindre at analysen blir preget av egne teorier og forventninger. Allikevel var jeg bevisst på at alt jeg tenker og gjør, skjer innenfor en forståelseshorisont (Brottveit, 2018). Det betyr at jeg som forsker, aldri helt kan frigjøre meg helt og fullt fra min egen forståelseshorisont, noe som vil gjenspeile seg i kodingen av materialet.

Poenget med kodingen er at kodene skal ligge tett på utsagn, for å ivareta det spesielle og særegne ved materialets innhold. Hensikten er å generere ideer som er tett forankret i empirien, hvor man bør unngå premature konklusjoner. I kodingen brukte jeg begreper som ble som respondentene uttrykte, enkeltord eller som ordrette fraser. På denne måten ivaretas sammenhengen i empirien og kodene (Tjora, 2017). Når alle mine syv intervjuer var kodet, hadde jeg et oppsett med 39 forskjellige koder. Begreper og utsagn med beslektet verdi, ble kodet inn i en annen kode med samme verdi. Utsagn som «vi står mye alene», «vi er aldri med», «bare få vite at vi har mulighet» og «vi blir glemt» ble knyttet sammen under kode «vi nattpersonell». I kodingen var jeg opptatt av å sortere empirien inn i koder som gjenspeiler hva respondentene faktisk sier og ikke hva de snakker om. Under lister jeg opp eksempel på hvordan jeg arbeidet:

- Veldig mye har gått i glemmeboken.
- Det er store forventninger til oss.
- Benyttet meg av legevakten, fordi de er jo der med også med kompetansen.
- Tar klokker og gjør, veldig mye av det som en hjelpepleier har gjort før.
- Det er betryggende for meg å ha sykepleier i underetasjen.
- Du får ikke på en måte lært deg så veldig mye som en sykepleier på natt da.

Tjora (2017) mener at for at kodene skal være empirinære, så må man stille to spørsmål for hver kode som opprettes. Det første spørsmålet er om koden kunne bli opprettet før selve kodingen. Det andre spørsmålet er om hva koden alene forteller. Jeg har inntrykk av at mine koder gjenspeiler hva som kom frem i intervjuer. Det betyr at de består

kodetesten. Kodene sier ikke bare noe om hva som ble snakket om, men innholdet i samtalen.

Etter en oppnådd kodestrukturert empiri er neste steg i modellen gruppering av koder. Dette trinnet er en begynnelse på strukturering av analysen (Tjora, 2018). Her prøvde jeg å dele kodene i det som jeg mente hadde høy eller lav relevans for mitt prosjekt. Kodesettene jeg opprettet inneholdt koder som hadde felles tematisk sammenheng. I denne delen av prosessen var jeg bevisst på at teksten skulle bevare sin identitet og helhet (Johannessen et al, 200). Underveis i prosessen innså jeg at flere av tekstutdragene kunne passe inn i flere av koder og grupper. Dette er arbeidet krever nøyaktighet og langtekkelighet. Jeg hadde 39 empirinære koder som i neste steg ble gruppert inn i tre grupper, i tillegg til en restgruppe. Tjora (2017) mener at 3-5 kodegrupper egner seg for analyse eller kapitler i en masteroppgave. Følgende tre kodegrupper danner utgangspunkt for hovedtemaer for mitt prosjekt:

- Identitetskoblinger i fellesskapet.
- Informasjon og kommunikasjon– motta, avlevere, forstå, systemer, rapport.
- Samhandling på tvers av vakter og profesjoner.

Slik jeg forstår funnene i prosjektet sitter jeg til slutt igjen med tre hovedtemaer med følgende undertemaer som kan belyse faktorer som hemmer og fremmer samhandling i organisasjoner sett fra nattsykepleiere. Alle hovedtemaene påvirker handlingsmønsteret til helhetlig tjeneste med beboer som mottaker.

| HOVEDTEMA | UNDERTEMA |
|---|--|
| Identitetskoblinger i fellesskapet | Oss og de! Felles forståelse og plattform. Profesjon eller profesjonelle? Anerkjennelse? Inkludering? |
| Informasjon og kommunikasjon | Metoder, nytteverdi eller mangel. Tid? Motta – forstå. Kompetanse. |
| Samhandling på tvers av vakter og profesjoner | Samhandlingsarena, innhenting og utveksling av erfaringer og kunnskap. Hindringer for god samhandling. Leder, lege, vakttyper. |

4.8 Utvikling av konsepter

Ifølge Tjora (2017) er det i dette stadiet av kvalitativ analyse at skillet mellom god og ikke fullt så god forskning oppstår. Med fokus på hovedtema fra forrige steg, og med

relevante teorier og perspektiver, kommer spørsmålet: «Hva handler dette om?». Finnes det allerede noen teoretiske bidrag som omhandler fenomenet eller som i en grad er relevant? Slike spørsmål knyttes opp mot det Tjora kaller for konsepttester.

Konsepttester handler om å sjekke om konseptene man utvikler er abstrakte nok knyttet til mennesker, steder og tider, og at de ikke blir mindre gyldige over tid (Tjora, 2017). Det betyr at konsepter som kan løsriveres fra steder, mennesker og tid i konkrete studier kan fungere uten de spesifikke studiene de ble utviklet. Utvikling av konsepter krever at forskeren leter etter nye perspektiver på det som undersøkes. Med stegvis-deduktiv induktiv (SDI) tilnærming er konseptuell generalisering analysens mål. Man sikter da mot å utvikle og framstille funn i form av typologier, modeller, begreper eller metaforer som ikke er avgrenset til kun den empirien eller den casen som er undersøkt, men utvikler induktivt konsepter som ved relasjon til tidligere forskning og teorier kan underbygge større gyldighet og generaliserbarhet.

Kodegruppene jeg opprettet under analysen passet med allerede eksisterende teoretiske perspektiver, som for eksempel identitetsutfordring i felleskapet og overlevering av informasjon, heller enn å lede til nye teorier som ikke eksisterte fra før. Utvikling av konsepter er en integrert del i SDI-analysen og et nødvendig krav til en vel gjennomført analyse, hevder Tjora (2017). Samtidig stopper store deler av induktiv forskning opp ved SDI-modellens femte steg, konseptutvikling. Videre påpeker han at det ikke kreves av masterstudenter å utvikle nye teoretiske perspektiver ved bruk av SDI-modellen.

4.9 Etiske vurderinger

Den etiske forskningsadferden har preget hele forskningsprosessen. Det å skape tillit mellom mine respondenter og meg som forsker har vært et essensielt mål. Ikke bare for å få best mulig materiale, men også for at respondenten skulle føle seg godt ivaretatt gjennom hele prosessen fra intervju situasjon og fram til den presenterte tekst.

Informert samtykke er et utgangspunkt for et hvert forskningsprosjekt som inkluderer personer. Informert samtykke betyr at de som deltar i forskningen, har rett til å vite at de blir forsket på og at de har rett til å trekke seg ut av prosjektet på ethvert tidspunkt (Weppner 1977 i Ryen 2012). Prosjektet kan starte først etter at samtykke er gitt.

Studien har blitt godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) i forkant av intervjuene. I forbindelse med intervjuene ble respondentene informert om at alt datamaterialet ble konfidensielt oppbevart og at det kun var jeg som hadde tilgang til dette. Videre informerte jeg om hva som ville skje med de opplysningene de ga, inkludert lydopptak og transkriberte intervju. Alle opplysninger ville bli anonymisert og slettet når masteroppgaven var blitt levert. Konfidensialitet er viktig for å beskytte deltagerne. Jeg har i funn- og analysedelen av studien unngått å formidle hvilken kommune og hvilken type institusjon den enkelte informant arbeider i. Dette fordi tilhørighet ville kunne gi en mulighet for å identifisere respondentene. Jeg anser derfor at konfidensialiteten er ivaretatt (Johannessen et al., 2010).

4.10 Validitet og reliabilitet

I kvalitative undersøkelser møtes respondentene og forskeren ansikt til ansikt. Forskeren har rom for å gå i dybden, stille gode oppfølgingsspørsmål og klare opp i misforståelser (Larsen, 2017).

En måte å undersøke validitet i et prosjekt er på å sammenligne oppgaven med teoretisk og empirisk, med andre studier som har vært gjort (Kvale & Brinkmann, 2017). Dette har ikke vært en reell mulighet i dette prosjektet, da det er svært lite forskning som kombinerer nattsykepleiere og samhandling i helhetlige kommunale tjenester. Tjora (2017) hevder at pålitelighet handler om intern logikk eller sammenheng gjennom hele forskningsprosjektet. De norske begrepene pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet benyttes ofte som indikatorer for å etterprøve kvaliteten i denne typen forskning. Påliteligheten i forskningsmaterialet blir knyttet opp mot hvordan dataene er innsamlet, bearbeidet og benyttet i videre arbeid. Dette er ikke et strengt krav for kvalitativ forskning, men heller et ideal man jobber etter i forskningsprosessen. Pålitelighet knytter seg til undersøkelsens data og i hvilken grad man kan stole på de funn som er gjort. Troverdighet knyttes derimot til sammenheng mellom de produserte dataene og fenomenet som undersøkes. I kvalitative studier dreier det seg om fremgangsmåte og funn (Johannessen et al., 2010).

Pålitelighet er et viktig krav innen kvantitativ forskning, mens i kvalitativ forskning er det mindre hensiktsmessig. Kunnskapen er konstruert i samspeillet mellom

respondentene og meg. Tolkningen er preget av min forforståelse. Respondentene fremsto som reflekterte, med et godt vokabular som gjorde det mulig å komme med presise fortellinger og formuleringer om samhandling knyttet til natt.

Når kvalitative data behandles er det lurt å stille seg spørsmål om hvorvidt andre ville kommet fram til de samme resultatene og slutningene man selv har. I dette prosjektet har jeg gitt en redegjørelse for valg av emne, respondenter og min egen forforståelse for tema med bakgrunn i erfaringer og egen rolle som tidligere nattsykepleier. Forskerens forforståelse eller engasjement i tema som det forskes på, er ifølge Tjora (2017) ikke bare å regne som et forstyrrende element i forskningen. Han mener derimot at en hel nøytralitet ikke kan eksistere. Det viktigste i forskning er å være åpen om egen forståelse, samt være forberedt på å justere egen forståelse underveis i forskningen (Tjora, 2017).

Larsen (2017) sier at høy grad av nøyaktighet kan bidra til at reliabiliteten blir så høy som mulig. Det er ellers vanskeligere å sikre høy reliabilitet i kvalitative undersøkelser fordi materialet er lite generaliserbart. Reliabilitet handler om dataenes troverdighet. Det kan være vanskelig å etterkomme med en kvalitativ analyse. Jeg som forsker der og da styrer samtalen og samler inn data. Under hele prosessen har jeg vært oppmerksom på min egen erfaringsbakgrunn fra liknende kontekster, slik at den ikke skal farge prosjektet. I tillegg til at datamaterialet bærer preg av en objektiv analyse og presentasjon.

Reliabiliteten behandles ofte i sammenheng med spørsmål om hvorvidt et resultat kan reproduseres på andre tidspunkter av andre forskere. Dette har å gjøre med om respondenten ville endret sine svar i en samtale med en annen forsker (Kvale & Brinkmann, 2017). Derfor er det viktig at metode og resultater presenteres ryddig og nøye slik at leseren selv ser hvordan jeg i slutten av oppgaven har kommet fram til å trekke de slutninger som skal til for å besvare oppgavens problemstillinger.

Oppsummert kan man si at validitet eller gyldighet er avhengig av hva som er målt, og om dette er egenskaper problemstillingen avklarer.

5.0 Presentasjon av funn

I studien ønsket jeg å undersøke hvordan den organisatoriske samhandling er mellom nattsykepleiere i kommunale institusjoner og deres øvrige rammer, og med dette være en bidrags giver inn i samhandlingens koordinerte og helhetlige tjenester. I dette kapitlet vil jeg analysere funnene jeg har gjort med bakgrunn i min egen forforståelse. Jeg har benyttet meg av en fenomenologisk tilnærming og har derfor søkt etter respondenters opplevelser og erfaringer. I analysen beskriver jeg de faktorene som vil være relevante for å svare på forskningsspørsmålene og hovedproblemstillingen.

Målet var å undersøke nærmere følgende overordnede forskningsspørsmål:

1: «Hva gjør en sykepleier i løpet av en nattevakt?»

2: «Hvem samhandler sykepleier med og hva samhandles det om?»

5.1 En vanlig sykepleiervakt på natt

En vanlig vakt for sykepleier på natt er på mange måter preget av rutiner, men samtidig er det spesielt å arbeide på denne tiden av døgnet. Vaktene for nattpersonal i kommunale virksomheter er i snitt 9,5 timer. I disse timene er det ofte en eller to sykepleiere som har hovedansvaret, eller som det gjerne heter «sykepleieansvaret», for mellom 80-100 personer som bor i institusjonene. Sykepleieroppgaver faller alltid på sykepleier som profesjonsutøver. I tillegg til å ha ansvar i egen avdeling, har sykepleiere på natt ansvar for andre oppgaver. Funnene i analysen viser at en sykepleiervakt på natt er lite forutsigbar. På spørsmål om hvordan en nattevakt for sykepleier kan være, svarte alle respondentene tilnærmet likt. Jeg har i mitt materiale i forbindelse med denne masteroppgaven identifisert at det er flere utfordringer ved å arbeide natt. Respondentene sier:

«Ja, det er jo veldig opp og ned, selvfølgelig. Men vi begynner halv elleve med rapport og eeh, også har vi ansvar for den andre siden, så jeg har rapport også der borte.»

Det samme bekreftes av en annen sykepleier:

«Eem, ja, det er veldig opp og ned (ler litt).»

Alle respondenter beskriver sin arbeidsvakt, som noe de aldri vet om hvordan vil utarte seg i løpet av de timene de er på vakt. De har rutiner som er gitt av virksomhetene, men samtidig blir det en del endringer og flere tilpasninger som gjøres underveis. Det er mulig å se et mønster i hvilke rutiner som virksomhetene strukturerer nattsykepleierens oppgaver i. Sykepleier som kommer på vakt, mottar muntlig rapport fra kvelden eller stille rapport som betyr at en leser selv. Det mest vanlige er å ha tre tilsynsrunder i løpet av natta på alle beboere man har ansvar for. De som har sykepleieansvar for flere avdelinger, skaffer seg raskt oversikt over den/de aktuelle avdelingene. På første tilsyn i begynnelsen av vakta ser en inn til alle beboere og innhenter nødvendig informasjon om den enkelte. Sykepleiere ser etter om hvordan beboere har det, observerer om det er endringer i beboeren helsestatus, eventuelt avtaler om når en skal hjelpe til med å få beboer i seng. Demper/slår av lys, tv, tar ut søppel og ellers det som er nødvendig ut fra beboerens gjeldende status. Det kan være seg å hente et glass vann eller saft til nattbordet, administrere medisiner og liknende. Neste runde som respondentene utfører er ved to-tre tiden på natten. Man gjør samme type observasjoner, men i tillegg får beboere hjelp til å snu seg, endre leie, bleieskift eller besøk på toalettet. Siste oppsatte tilsyn er ved fem-seks tiden på morgenen. Da kan det være at noen av beboere er våkne og har behov for hjelp til ulike oppgaver. En respondent beskriver vaktene på denne måten:

«Vi har faste runder som vi går. Begynner klokka ti, har rapport i et kvarter, også begynner jeg å gå første runden min. Da går jeg inn til alle, sjekker at alle dører er låst, om ovner er slått av, alle beboere og alt.»

En sykepleier sier: *«Jeg har i hvert fall 54 besøk i løpet av natta, tilsyn.»*

Neste respondent utdyper vaktene sine med presisering om vaktstart på denne måten:

«Eeeh, vaktene mine, dem pleier å være at jeg kommer tidligere på jobb enn vakta, fordi jeg føler for å få rapport muntlig fra kveldsvaktene, da vi egentlig har stille rapport.»

Flere av respondentene arbeider på avdelinger hvor det praktiseres stille rapport og ingen overlapping mellom kvelds- og nattevakter.

I tillegg til faste rutiner som sykepleier har på nattevakt i knyttet til beboere, er det flere steder lagt opp til småoppgaver i avdeling. Oppgaver som i varierende grad er små, men som allikevel tar tid. Det kan være å vaske kjøleskap og kaffetraktere, vask av ulike hjelpemidler, dekke til frokost og smøre skiver til frokost.

Videre er det oppgaver og situasjoner som en utfører ved siden av de faste oppgavene. Det kan være når beboere ringer for å få hjelp, følge opp å trygge forvillede og forvirrede beboere. Ta vare på pårørende til beboere i siste livsfase. Forebygge og redusere fall. Svare på telefoner fra kollegaer fra de andre avdelinger. Hjelp til ved andre avdelinger både med faste oppgaver og tilsyn. Bidra med råd og veiledning. I tillegg til å håndtere oppståtte akutte situasjoner. Ved forverring av beboerens tilstand, akutte situasjoner og lignende er det sykepleierens ansvar og konferere lege ved legevakt og starte opp tiltak etter forordning. En av de andre respondentene forklarer litt nærmere hva som forventes av sykepleier på natt og sier:

«På min avdeling, jeg har alt. Ja, både medisiner og alt, ikke sant? Så liksom hvis de har problemer med ja, hvis pasienten er urolig, er smertepåvirket, så de ringer meg hvis de har problemer med pasientene tja Så da, ja da kommer jeg og hjelper dem Stort sett med alt fra medisiner og akutte situasjoner der det trengs kontakt med lege.»

Samtlige av de syv respondentene som arbeider på natt svarte at nattevaktene er lite forutsigbare, det kan endre seg raskt enten fra vakt til vakt eller i løpet selve vekten. Alle respondentene ga uttrykk for viktighet av god rutine for rapport i tillegg til utveksling av informasjon muntlig.

5.1.1 Sykepleierens ansvar – det selvstendige og personlige ansvaret

Med sykepleierens autorisasjon følger et selvstendig og personlig ansvar for å utføre arbeidsoppgavene på faglig forsvarlig måte (NSF, 2018). Spørsmålet er hvordan sykepleiere på natt selv beskriver ansvarsforholdet de innehar på sin vakt. Et av funnene i materialet er hvor bevisste sykepleiere er sitt eget selvstendig og personlig ansvar som følger med profesjonstittelen. Denne viser seg hos flere av respondentene, i form av å endre på sin egen arbeidstid for å kunne skaffe seg selv best mulig utgangspunkt for påtroppende natt. En forteller:

«Så da er det jo sånn, at så pliktoppfyllende jeg er så kommer vi jo noe før. Eeeh og får, hvis vi har vært borte, som vi jobber natt, har hatt en uke fri, da vil du liksom, kan lese deg til mye, men likevel så er det en annen informasjon vi gjerne vil ha.»

En av sykepleiere på natt sier det på denne måten:

«Vaktene mine, dem pleier å være at jeg kommer tidligere på jobb enn vakta mi egentlig starter, fordi jeg føler at å få rapport muntlig fra kveldsvaktene, da vi egentlig har stille rapport. Eeeh, jeg kommer alltid fra... vi begynner halv elleve, men jeg kommer mellom ti og halv elleve. Det spørres på en måte hva jeg gjør på kvelden før og litt sånne ting.»

Et annet funn som er tydelig i materialet er at sykepleiere på natt har overordnet ansvar for avdelinger de selv ikke er en del av, i tillegg til sin egen avdeling. Ansvaret varierer noe fra natt til natt, avhengig av sykepleiedekning på institusjonen. Allikevel fremkommer det i materialet at å ha ansvar for sykehjemsbeboere på mellom atten og opp til seksti mennesker ikke er uvanlig. Beboere er ofte i ulike etasjer, fløyer eller bygg. Sykepleierne viser til at sykepleierrollen og ansvaret er for lite avgrenset. Mange opplever forventninger fra kollegaer på andre skift om å delta i alle praktiske gjøremål i avdelingen. Respondentene er samstemte til tross for at de kommer fra tre ulike virksomheter og to ulike kommuner.

En forteller det på denne måten og det er mulig å anta at respondenten tenker på uforutsigbarhet.

«Så har jeg jo den avdelingen der. Og det er jo ikke, jeg får ikke noe rapport derfra». Eller: Jeg har hovedansvaret for mine atten og har liksom sykepleieansvaret for de der borte.»

En uttrykker ansvaret slik og påpeker at det å komme før den ordinære arbeidstiden gir en mulighet til bedre rapport.

«Jaja, jeg føler at det er greit at jeg kommer på jobb og får en ordentlig rapport. I hvert fall når jeg har ansvaret for to avdelinger. Det er såpass mange pasienter og som jeg er involvert i ... og da er det greit å være tidlig ute og faktisk for min egen sikkerhet. Og jeg kan jo stå her og faktisk, to tre alarmer ringer når jeg kommer på jobb og så, så vet ikke jeg at det ... sånn som i dag, så spurte jeg hun sykepleieren som var

på natt eller på kveld om hun hadde hatt nabo avdelingen og det hadde hun ikke hatt. Så hun visste ingenting.»

Ansvar for andre avdelinger skaper en uforutsigbarhet arbeidssituasjonen. I tillegg kan det oppleves som en belastning ikke å vite hvor mange avdelinger en skal ha ansvar for, før man kommer på vakt. Menneskebehandling organisasjoner er avhengig av at yrkesutøvere som befinner seg «lengst ned» i organisasjonen har kvalifikasjoner og utviser ansvarlighet når de møter mottakere ansikt til ansikt. Sykepleiere på natt besitter riktige kvalifikasjoner ut fra profesjonstittelen, men kan ansvaret som de blir tillagt gjennom opptil ti timers vakt beskrives som urealistisk stort? Dette sa respondentene:

«Du er liksom, du går der på vakten og har dårlig samvittighet om du liksom sier «bra jobba». Men noen ganger når du går av og ligger og sover, så sier noe inni deg, dårlig følelse, gjort ikke nok.»

En nattsykepleier med lang erfaring sier:

«Stort ansvar, hmmm. Absolutt, og den, det åååh, føler jeg mange ganger, mange kanskje, noen da Ser det at nattevaktene har ikke så mye å gjøre, ikke sant? At man føler litt på det noen ganger. Ja, men ... Det er det! Og det er ikke alle som helt forstår, klarer å se, sette seg inn i.»

En sykepleier forklarer nærmere hvordan det kjennes og tar på, å ha ansvar for så mange beboere på flere avdelinger. Ansvaret kjenner man på som todelt:

«For her er det jo veldig kjent og veldig trygg. Eeh, men på den andre siden, så er det flere pasienter jeg ikke har vært hos på lenge da er det utfordrende.»

En sier helt enkelt:

«Jeg er alene på natt, så jeg kan ikke gjøre så mye.»

Sykepleiere på natt har som tidligere i oppgaven beskrevet, ansvar på flere avdelinger. En av respondentene forteller hvordan opplevelsen av organiseringen er nå, i forhold til tidligere og viser til at flere sykepleiere møttes i vaktskifte:

«Så har jeg jo den avdelingen der. Og det er jo ikke, jeg får ikke noe rapport derfra. Men det var før at vi satt oss ned, så da var det jo sånn faktisk. At vi satt oss ned, så kom sykepleier derfra og sykepleier derfra og hadde rapport med meg før de dro hjem. Og det er jo veldig fint, for da, fordi vi har jo ansvaret der inne og.»

Alle respondentene er seg ansvaret bevisst. De håndterer ansvaret på ulike måter og med ulike tilnærminger. Samtidig fremhever alle sykepleierne at fokuset alltid er hos beboere de har ansvar for.

5.1.2 Interne dokumenter om rutiner for sykepleiere på natt

Økende størrelse på organisasjoner fører til sterkere spesialisering både horisontalt og vertikalt, som igjen fører til mer formalisering. Dette gir gjerne større sett med regler, rutiner og standarder. Organisasjonene er skapt for å løse oppgaver, men ulike oppgaver krever ulike løsninger. Arbeidslivet består av mange ulike og motstridende behov som skal balanseres. Dilemmaer vises ved at løsning på et område, skaper problemer et annet sted. Mange organisasjoner innfører nye ideer og arbeidsformer, for at de skal fremstå i riktighet med normen. Et av tiltakene det finnes i mange virksomheter er dokumenter som beskriver sykepleierens funksjon og oppgaver i den aktuelle virksomheten. Et kanskje overraske funn i denne undersøkelsen er at selv om det finnes funksjonsbeskrivelse for nattsykepleiere og rutinebeskrivelse for nattevakt, er ikke disse dokumentene alltid retningsgivende for hvordan det faktiske arbeidet utføres på natt. Flere av respondentene visste ikke hvor funksjonsbeskrivelsen for nattsykepleiere i virksomheten er lagret eller oppbevart, eller om det i den i det hele tatt finnes.

En av respondentene svarte:

«Jeg har ikke plikt å gjøre noe ekstra utenom pasienten, hvis det skjer noe med pasient, jeg trenger ikke å stelle pasient Jeg vet ikke eeeh. Legge noe dosett eller ja, hvis jeg får tid da kan jeg liksom stelle en pasient eller gjøre noe ekstra. Men det er ikke påbudt at jeg må gjøre...»

Funn viser derfor slik jeg oppfatter det, at det er vanskelig å forstå hvilke retningslinjer som er førende for hva den enkelte på natt utfører av arbeid. Dokumentene som jeg har fått tilsendt av en avdelingsleder viser at det er klare og detaljerte oppgaver som skal utføres på natt. I mange tilfeller allikevel ikke gjennomførbare på grunn av ulike

faktorer som sykepleiere på natt må ta stilling til. Sykepleiere trenger å få bedre muligheter til å fokusere på det som er sykepleiefaglige oppgaver i avdelingen.

En av respondentene hadde rutinebeskrivelsen for natt liggende klar. Men videreformidlet videre til meg på denne måten:

«Oi, her er det jo ingen ting stemmer lenger.»

Og redigerte dermed hele dokumentet om hvordan oppgavene og rutinene faktisk blir utført. Det virker som om de overordnede dokumentene som er styrende for ens arbeid ikke brukes i stor grad.

Eller ikke finnes? Slik svarte en av respondentene:

«Når jeg tenker etter er jeg litt usikker på om vi har det? Lurer på om vi har noen dokumenter på sykepleierens funksjon, men mulig vi ikke har nattvaks rutiner dokumentert. Er usikker ...»

Samtidig er det ikke til å unngå at man ikke kan gjøre en organisasjon så tett at alle arbeidsoppgavene ligger klare og entydige innenfor den ene eller den andre yrkesgruppens formelle ansvarsområde. Ansvarspraksis en moralsk dimensjon i seg selv.

5.1.3 Kommunikasjonsformer

Respondentene la vekt på hvor viktig de mener at kommunikasjon mellom vaktene er for å holde seg oppdatert om den enkelte beboer. De påpeker at den muntlige rapporten er helt essensiell. Som det fremkommer av tidligere kapittel, velger flere av respondentene å komme tidligere på vakt for å ha mulighet til å få muntlig rapport om beboere de skal ha ansvar for gjennom mange timer. Grunnene som oppgis av de aktuelle sykepleiere om å motta muntlig rapport og det å ha mulighet til å overlappet vaktskiftene er flere. Likevel er det tydelig at alle begrunnelsene dreier seg om ansvar for sine beboere i kraft av sin profesjon.

En sykepleier begrunner valget sitt om å starte vakta si tidligere slik:

«Du kan lese deg til mye, men likevel så er det en annen informasjon vi gjerne vil ha. Og da blir det til at du kommer litt før, noen ganger sitter også kveldsvakta igjen».

Videre forteller sykepleier:

«Før var det litt overlapping, men det er jo nedbemanning og sånn, nedskjæringer.»

Etter å ha tenkt litt sies det videre:

«Man jobber mye gratis i løpet av et år.»

Kommunikasjon består av å lytte aktivt og oppfatte det komplekse samspillet mellom det verbale og det non-verbale. Man benytter et bredt spekter av kommunikasjonsformer for å etablere god kontakt, skaffe seg nødvendig informasjon og samtidig vise at man hører, ser og forstår. Av datamaterialet fremkommer det at flere faktorer spiller inn; antall mottakere i rapport, hvilken type rapport som brukes, overlapping mellom vaktene og tiden som er avsatt til rapport.

Opplevelsen av kommunikasjon og rapport gitt til nattsykepleier:

«Nei, det blir litt sånn, hvis dem ikke skriver ut den, eller skriver ut akkurat det som har skjedd, så må jo jeg inn og klikke meg inn på alle pasientene og se da, for jeg kan jo misse noe, ikke sant? Og da må jeg inn og titte, og det tar tid da.»

På spørsmål om kommunikasjon med hensyn til rapport svarer en av respondentene bestemt:

«Det synes jeg er kjempedårlig. Det er jo ikke spørsmål en gang. Ja, men, det synes jeg er skikkelig dårlig.»

Sykepleier utdyper at hun er redd for å miste viktig informasjon, når det legges opp til kun elektronisk rapport. Derfor kommer hun heller tidligere på jobb, så hun kan møte og snakke med kveldsvakter. Hun synes at muntlig rapport er mer detaljert, samtidig

som det åpner for to – veis kommunikasjon i øyeblikket. Hun er i tillegg redd for at viktig informasjon ikke dokumenteres. I en travel hverdag er det fort å glemme noe. Det kan også skje glipp i kommunikasjon av denne art:

«Ja, det eller at det har blitt spurt, men atte det faktisk ikke har blitt gitt beskjed videre til neste mann.»

Viktigheten av rapport støttes av flere. Neste respondent ser på helheten og forteller hvilke konsekvenser mangelfull informasjon gir:

«Men vi har sånn, dem som ... på dagen så gir vi rapport, på kvelden da kveldsvakta, blir rapport på nattvaksykepleier. Hvis man får ordentlig rapport, så der er greit, hvis man får dårlig rapport, så blir det liksom krise på dagen.»

Et annet viktig funn i materialet er at det oppleves tryggere når rapporten går fra sykepleier til sykepleier, enn rapport gitt av en annen profesjonsutøver som helsefagarbeider eller hjelpepleier. Profesjonelle som representerer samme fagkompetanse henger gjerne sammen med en identitet, som igjen er knyttet til bestemte arbeidsoppgaver og/eller arbeidsmåter. Det vises tydelig i denne respondentens utsagn:

«Det er litt sånn, sånn som, når jeg kommer på jobb i morgen kveld, så er det helsefagarbeider pluss en lærling på jobb. Når jeg kommer på natt. Og da er jeg litt oftere inne og leser. Har faktisk vært noe på dagen som ikke har kommet frem». Videre fortelles det: «Noen ganger får du svar om at det har blitt ordnet opp i eller, eller det vet vi faktisk ikke.»

Eller som en annen respondent mener at det kommer an på hvem som er i rapporten:

«I rapport ja... vi... det er liksom forskjell da. De som jobber, hvem som jobber. Nei, ikke fått ordentlig rapport av dagvaktene. Særlig det er liksom vikar eller innleid. Som ikke leser, som kommer på vakt og ikke leser, hva dem skal gjøre, ikke sant?»

Andre elementer som kan være forstyrrende og ta fokus vekk fra overlevering av muntlig informasjon er antall personer under rapporten:

«Hele tiden kommer folk inn og forstyrrer.»

Dette innebærer at respondenten innser hvor viktig det er å få overlevert sin rapport videre. I den korte tiden sykepleiere har til disposisjon er det nødvendig med så fullstendig informasjon som mulig, men samtidig ikke for mye.

En respondent opplever det slik:

«Jeg har ikke problemer i rapporten, bare i forhold til at det blir for mye prat. For jeg er alene nattevakt som skal gi rapport til seks dagvakter. Det kan bli veldig mye avbrytelser, men nå har vi fått en god rutine på det. Nå sier jeg kun det helt viktigste, også skal de lese det jeg har skrevet etterpå.»

Det er ulike former for informasjonsoverlevering mellom vaktene. Noen av respondentene har ikke muntlig rapport, de møtes bare ved døra i vaktskiftene. Her har virksomhetene strukturert vaktskiftene etter stille rapport prinsippet, men uten noen form for overlappning. I tillegg til stille rapport, henter arbeidstakere sine elektroniske arbeidslister via LMP, en liten håndholdt PC. Arbeidstakerne logger seg inn på disse hver vakt og henter opp sine respektive arbeidslister. I to av tre virksomheter jeg besøkte, ble muntlig rapport praktisert side om side med journalføring. Analysen tyder på at de virksomhetene som bruker muntlig rapport i vaktskiftene har mer tilfredse sykepleiere på natt. De opplever større trygghet. Slik referer respondent til muntlig rapport og informasjons overlevering:

«Fordi jeg har jobbet på andre steder der det ikke er muntlig. Stille rapport, jeg synes det var vanskelig, fordi man bruker mye tid på å sitte og lese der, og det er ikke alt som står der. Det som ikke er gjort, det beste er muntlig rapport.»

Flere uttrykker at de skulle ønske kommunikasjon var bedre av hensyn til beboere og en av respondentene opplever det på denne måten:

«Og det står ikke på Gericca, også kommer jeg på jobb, og hun er urolig, vil ikke sove, også begynner jeg å gi masse medisiner og sånn. Men kanskje hu skulle fått sitte oppe da?»

En annen sier tankefull:

«Men jeg har ikke tid til å lese en uke på 26 beboere, nei det har jeg ikke. Siste døgnet, pleier jeg mest å lese da på alle.»

Informasjon og kommunikasjonssystemer som er sentrale elementer i samhandling for helhetlige tjenester er ikke optimale. Når nye samhandlingsrutiner skal utvikles, må de som har ansvar kontinuerlig analysere erfaringer, slik at de kan justeres fortløpende.

5.1.4 Tilgjengelige ressurser på en nattevakt

God bruk av de tilgjengelige helsepersonellressursene er en forutsetning for en bærekraftig utvikling i helsetjenesten St.meld. nr. 47 (2008–2009). I artikkelen «Færre på vakt om natten» vises det til at pleietyngden for de ansatte på sykehjem har økt, pasientene har flere diagnoser og problemene er mer sammensatte enn før. Samhandlingsreformen har også gitt utfordringer ved at pasientene skrives ut før de er ferdig behandlet. En av de vanligste utfordringene er muligens av denne arten:

«Vi har jo egentlig vært veldig lenge ubemannet. Fra februar 2017. Og fra da til langt ut i 2018 ca., vel ... da sånn ca. ... dem har fortsatt ikke fått tak i noen sykepleiere til å jobbe den nattstillingen. Nei, det lå stillinger ute hele tiden.»

Alle respondentene forteller om en utfordrende situasjon som nå utspiller seg kommunale virksomheter. Mangler på kvalifisert personell og spesielt sykepleiere som ikke søker på nattevaktstillinger. Flere virksomheter bruker vikarer til å dekke opp ledige vakter. Oppdekkingene gjøres på flere måter, noen prøver å sette inn faste vikarer, mens andre bemanner opp enkeltvakter. Uansett hvordan virksomhetene forsøker å løse personalmangel, har det en direkte virkning på de faste nattsykepleiere. Ressurser kan oppleves slik:

«Det er ikke tvil om at det er faste ansatte, du ser det med en gang du kommer på vakta eller merker det på pasienter eehmm, hmmm, pasienter merker det med en gang.»

I en travel arbeidshverdag er det avgjørende at ansatte er kjent med beboere og de arbeidsoppgavene som skal utføres i løpet av en vakt. Har man stabile ansatte som kjenner arbeidet godt, arbeider man også mer effektivt. Hvis virksomheten preges av mange vikarer, vil arbeidet bli tyngre og få sommerfugleffekt. Neste respondent bekrefter hvor utfordrende det kan oppleves på en nattevakt når ressursene ikke er som planlagt:

«Det har jo i lang periode vært faste vikarer, og da er det jo liksom greit, men det går litt i sånne bolker. Bare en tid tilbake da det var, uten medisin dispensasjon for eksempel på natt. Og det er veldig, veldig krevende når det er selv om dem har sagt at det skal det helst ikke være. Og da blir det større belastning på oss på morgenen.»

Sykepleiere på natt gir uttrykk for at både økende vikarbruk, vikarer uten dispensasjon for medisinutdeling, samt for få personer på vakt gir en økt arbeidsmengde. Den samme belastningen oppstår når sykepleierstudenter arbeider som vikarer på natt. Det kan oppfattes slik at den ansvarlige sykepleieren ikke har noen andre å dele sykepleieroppgaver med gjennom vakta og føler i tillegg stort ansvar overfor studenter som arbeidskraft. En av mine respondenter sier det på denne måten:

«Man er kanskje litt utrygg, så jeg har hatt sykepleierstudent her og Og hun var veldig usikker, så da måtte jeg vise henne mye. Men hvis det er en som ikke har jobbet i så mange år, så er det klart at de ønsker mer bistand da.»

Tid er en faktor som refereres til på ulike måter. Det er en generell oppfatning at det ikke finnes tid å lese eller bruke de ulike datasystemene på riktig måte. Eller til riktig tid. Spesielt i begynnelsen av vakta og for mange og oppstykkede tiltaksplaner. Det betyr at dersom en ikke er godt nok kjent, eller har hatt fridager over lengre tid, så reduseres sannsynlighet til å inneha riktig informasjon. Det nevnes i forhold til bruk av vikarer:

«Så er det det med vikarer når vi bruker tiltaksplan på natt. De har jo ikke tid til å lese. Og vi må jo inn på data for å se tiltaksplan.»

Tilgang på ressurser om natten kan vises i prioriteringer av oppgaver som berører beboer. En sykepleier forteller tankefullt om hvilke valg som gjøres på en nattevakt. Mens ringeklokkene kimer på ens egen avdeling, så blir de nedprioritert fordi behov for sykepleier kan melde seg på en annen avdeling. Valgene en tar som sykepleier på natt berører ikke bare beboere, men også kollegaer:

«Det var en kveld her, da vi hadde vikar, og da måtte jeg til slutt si at nå må jeg gå over på min avdeling, fordi nå er det klokke der og jeg har ikke vært der på lenge.»

En av respondentene påpeker at det ikke trenger å være noen utfordring med vikarer på natt. Denne respondenten har jobbet i samme virksomhet over mange år, og viser at det

er høyt vikarbruk, da særlig i om sommeren. Erfaringen er at om vikarene får god opplæring i rutiner og får informasjon hvor de kan henvende seg, så går det greit. Likevel påpekes det at:

«Ja det er litt sånn fordel for oss sykepleiere at dem kan dele ut medisiner. For hvis ikke, stor belastning.»

En annen hadde tenkt en del over å være sykepleier på natt og fortalte hvor ensomt det ofte er. Flere av respondentene hadde det på samme vis. Det er natt, man jobber alene på avdelingen og faren for at man blir sliten i hodet er stor. Det er fort gjort å glemme signatur for gitte medisiner, da beboere krever full tilstedeværelse. Ofte møter liten forståelse for natt arbeid av sine kollegaer på andre vakter.

«Da prøver du å jobbe natt. Også ni timer alene, du har ingen å spørre, ingen å hjelpe til, jeg har noen på naboavdelingen å hjelpe til, men det er jo ikke som på dag og kveldsvakter Atte Kan du gå inn å ta den alarmen for hun har ringt ti ganger? Kan du avlaste meg litt liksom?»

5.1.5 Kompetansedvale

Det er viktig at kommunehelsetjenesten til enhver tid har riktig kompetanse på vakt for å kunne dekke behovene hos beboere. Ut ifra materialet etter gjennomførte intervjuer skisserte det seg frem ulike bilder på hvilke ressurser i form av kompetanse som er tilgjengelig på en nattevakt i kommunale virksomheter. Et interessant funn i undersøkelsen er hvordan vedlikehold av kompetanse og kompetanseheving i varetas. Kompetanse kan forstås som kunnskap, kvalifikasjon og evne til å løse problemer og utføre arbeidsoppgaver innenfor et bestemt funksjons- eller myndighetsområde. Kompetanse er ikke noen en har, men noe som viser seg i konkrete situasjoner. En respondent formulerer det slik:

«Jeg har alt ja, både medisiner og hjelper pasienter og alt ikke sant i forhold til ja jobb på sykehjemmet. Men hjelpepleierne som jobber på andre avdeling, så liksom hvis de har problemer med ja hvis pasienten er urolig, eller smerte påvirket så de ringer meg. Hvis de har noe problemer med pasientene Så da ja kommer jeg og hjelper dem ... stort sett med alt fra medisiner til akutte situasjoner.»

Med mange uerfarne mennesker på nattevakt, blir det fort veldig mye ansvar på den ene sykepleieren som er erfaren og kjent. Flere av respondentene påpeker dette med riktig kompetanse på natt:

«Det har ikke vært sykepleiere på natt og da forlater jeg min avdeling, så er det jo mindre, enda mindre bemanning hos oss.»

I NOVAs rapport om bemanning og kompetanse, svarer 37 prosent av personalet (162) på sykehjem at ufaglærte blir satt inn i turnus/vikarierer når sykepleiere blir sykmeldte (Gautun & Bratt, 2014). Det er en lederoppgave å ansette pleiepersonale som har eller som forplikter seg på å utvikle kompetanse til å møte de krevende sykepleiefaglige utfordringene de står overfor i sykehjem ved å tilrettelegge med internundervisning og veiledning. Arbeidet på natt er ikke godt nok tilrettelagt for sykepleieutøvelsen. Dette gjelder utstyr, kompetanseoverføring, og behovet for et godt faglig miljø. Flere sykepleiere på vakt gir styrket kompetanse. På et av de sykehjemmene jeg besøkte sa en sykepleier:

«For noen måneder siden kutta dem ned litt her. Da hadde vi faktisk et års tid en sykepleier på topp, da hadde vi alltid to sykepleiere. En ekstra som gikk på topp og hadde sykepleieansvaret. Eeeh, så var det nedbemanning, og da fjernet de ...»

Flere av respondentene uttrykker hvordan en nattevakt for sykepleier kan endre seg ut fra hvilken profesjonskompetanse en vakt er sammensatt av. Men det pekes også på at i tillegg til kvalifisert personell så er en god opplæring nødvendig. Ansatte ved norske sykehjem blir stadig nedbemannet i takt med at arbeidsmengden øker. Det er ingen tvil om at pasienter som kommer inn på sykehjem er eldre og sykere enn tidligere, de er faktisk som regel pasienter, og presset på sykehjemmene har økt betraktelig. Dette bekreftes også fra sykepleiere på natt. Dette sier en respondent om pasienttyngden på natt:

«Du kanskje merker det? Før så var de oppgående og helt greit ... Alt for mye stress nå. Det er viktig for et team, lag man kan liksom. Hvis jeg, ansvar, sykepleier, så jeg fordeler alt da. Jeg fordeler riktig arbeidsmengde ...»

Funn i analysen viser at sykepleiere på natt ser store endringer i kompleksiteten hos de eldre beboere som får plass på dagens sykehjem. Neste respondent bekrefter at beboere

som får plass på et sykehjem i dag er av en helt annen karakter enn bare for noen få år siden.

«Det er som regel de nye som kommer inn, som er kompleks og som faktisk forlater denne verden raskere enn dem som har vært her i tolv år da.»

Samtidig kommer det frem i materialet at natt sykepleiere ikke prioriteres med tanke på kurs, oppdateringer av kunnskap og prosedyrer. Flere av intervjuede sykepleiere opplever at det kan være ulike utfordringer knyttet til opplæring fordi de har arbeidstid på natt. Mine funn peker helt tydelig på at kompetanse heving blant sykepleiere på natt ikke er en prioritering i kommunale virksomheter. Dette til tross for at det i Samhandlingsreformen står at helsetjenestene må sikres ved et tilstrekkelig kompetent helsepersonell i alle deler av tjenester. En forteller:

«Enkelte ting vi må være med på som er obligatorisk, på kurs og sånne ting. Men mye foregår her på dagtid.»

En av respondentene ønsker mer faglig påfyll og utdyper:

«Noen ganger er undervisning i hvordan du skal opprette inne på data, og brannopplæring har vi to ganger i året. Jeg savner egentlig mer av det faglige, enn hva som er.»

Videre fortelles det:

«Men jeg har aldri opplevd at du kan bli sertifisert til å bruke hjertestarter her for eksempel.»

Et annet eksempel er at nattevakter ofte blir glemt i opplæringsøyemed. Flere forteller at de kan komme på jobb, og plutselig stå ovenfor en prosedyre de ikke har fått opplæring i. I flere tilfeller kan det være prosedyrer fra sykehuset som de heller aldri har gjort. Skjer det noe om natta da, er det ingen andre å henvende seg til enn legevakta. En respondent utbrøt:

«Vi blir glemt!!!»

For å holde seg faglig oppdatert nevnte en sykepleier at ekstra vakter på sykehuset er redningen for å hennes del.

Videre forteller respondentene at de for det meste får tilbud om internettkurs. Det byr ofte på problemer når disse skal tas i arbeidstiden. Spesielt kurs som varer i noen timer. Flere faktorer spiller inn. Da man er alene om arbeidsoppgavene, blir en avbrutt flere ganger. Utbyttet av kurset oppleves mindre, da det ender opp med at det må tas over flere netter. I tillegg kan det være vanskelig å ha tilfredsstillende konsentrasjon til læring. Er det andre kurs eller opplæring utenom virksomhetene er det ikke selvsagt at en vil få permisjon for å delta. En annen side av bildet er at man helst skal betale for det selv.

«I arbeidstida og det gjør det jo vanskelig, når du er alene på natt og skal sitte der og konsentrere deg for å lære ting på et kurs.»

En respondent forteller det motsatte og sier:

«Hos oss, ja alle sammen kan delta på ting. Ja, når sykepleier trenger litt oppdatering, kan godt si ifra til ledelsen og så ordner de...»

Det er noe overraskende og samtidig tankevekkende at sykepleiere på natt som har ansvar for komplekse grupper av eldre beboere i kommunale virksomheter har så snevre forhold for fag og kompetanseheving. Slik det fremgår av materialet har sykepleiere på natt i tillegg til sin egen avdeling gjerne ansvar for flere avdelinger og bistå med hjelp der det blir etterspurt.

5.1.6 Identitetskoblinger

Identitet er uttrykk for det som en person, gruppe eller organisasjon oppfatter seg selv som, eller av andre oppfattes som. Det har vært interessant å observere og lytte til natt sykepleiere i denne prosessen om hvordan arbeidsforholdene farger identitetsrollene til hver og en og bidrar til at samhandling påvirkes til å oppleves som fremmende eller hemmende. Gruppen av sykepleiere på natt er lite inkludert i fellesskapet som styrker de relasjonelle faktorene gjennom faget. De hører ikke til noe sted, og faktorer som er nødvendige for relasjonsutvikling lett uteblir. En tilbringer mye tid på jobb, og har behov for sosial tilhørighet med de vi er sammen med. Flere forteller:

«Vi blir jo ikke invitert på ... Vi hadde ikke noe sted å være i julebord. Da var det jo sykepleier på de forskjellige avdelingene som inviterte oss. Ingen fra ledelsen. Vi hører liksom ikke til noe sted.»

Dette støttes og forklares av en annen natt sykepleier til:

«Vi har jo noen ganger arrangert selv utenom, noen få ganger. Atte vi har liksom gått ut og spist, gjort sånne ting. Og da er det sånn ... nææh, men deg har jeg ikke hilst på før.»

Kritisk refleksjon i utøvelsen av faget er en viktig forutsetning for identitetsdannelse til egen profesjon. Det innebærer en oppfatning av profesjonell identitet, der en gjennom samhandling med andre i samme profesjon oppdager hva som er særegent for egen profesjon og hva som skiller dem fra andre profesjoner. Sykepleiere på natt er i besittelse av profesjonsidentitet gjennom sin offentlige autorisasjon. I funnene fra undersøkelsen skildres et bilde av en vanskelig opprettholdbar profesjonsidentitet. En annen nattsykepleier som er organisert inn under tilhørende avdeling forteller dette:

«Natt, de som jobber natt. Jeg har liksom mer kontakt med dem. Jeg kan liksom, fordi vi har medisinerom på min etasje her. De ofte kommer hit. Så ja ... vi har felles problemer egentlig.»

Når vi har lært et sett med verdier og holdninger så opplever vi også at andre forventer noe av oss, både i forhold til hvordan vi oppfører oss, hva vi gjør og hvordan vi gjør det. Ofte kan det virke sånn at sykepleiere jobber ikke som sykepleiere, men de ER sykepleiere. Dette kan tyde på at den personlige identiteten står sterkt og er en viktig del av den profesjonelle sykepleieidentiteten.

En respondent med små barn forteller:

«Så må man bare forvente og gå, og litt sånn da. Det er helt greit for meg å gå over Det går helt fint eller å komme før med et kvarter, og det går helt fint ... jeg er ikke vanskelig på det. Men jeg har jo barn, ikke sant? Så så i ukedagene jobber Så blir det problemer for meg, fordi da er det forventa at jeg skal begynne å slutte halv, ja, jeg slutter halv åtte, og da kan jeg ikke sitte over, jeg har per nå barn som ikke går i barnehage enda Og da, da må min mann sitte å vente på at jeg kommer hjem, og da går det utover hans arbeidstid.»

Nesten det samme forteller en annen respondent og uttaler:

«Nei, der er jo ikke så veldig ... har jo en samboer som bare, skal du dra alt??!»

Sykepleieren har ansvar på både individ- og samfunnsnivå. Dette innebærer at sykepleieren, i tillegg til sine oppgaver på arbeidsplassen, har også en tilleggsrolle samfunnet. Som sykepleier i et profesjonelt omsorgsyke, knyttes de personlige og yrkets fellesfaglige identitetsmarkører sammen til sykepleieidentiteten. I bearbeidelsen av materialet støter jeg jevnt over uttrykk som viser til hvordan nattsykepleiere definerer sin identitet i tilstedeværelsen i miljø. Det er ikke utfra profesjon tittelen, hvilken rolle de innehar, men identiteten ligger i hvilken vakt på døgnet de tilhører og hvordan samhandling oppleves. I mange av sitatene i analysedelen fremkommer det utsagn som handler om «oss og dem». I tillegg bruker de sjelden tittelen sykepleier om seg selv. Opplevelsen av hvem man tilhører bekreftes av utsagn:

«Også blir det litt at man føler mine kollegaer er nattevaktene, det blir litt sånn noen ganger.»

De relasjonelle faktorene som omhandler forhold mellom de ulike partene som skal samhandle, slik som; tillit, kommunikasjon, anerkjennelse, og kjennskap om hverandres kunnskaper i rommet, har en tendens til å være mer hemmende enn fremmende for samhandling. Analysen i undersøkelsen viser at de organisatoriske rammene ikke er tilrettelagt for å opprettholde og oppnå gode relasjonelle forhold. Resultatet viser at det på selve nattevakten er vanskelig å bygge gode relasjoner, da personalet primært er alene per avdeling. Når tilhørigheten til et sted blir sterk, begynner vi å identifisere oss med stedet, både i stor og liten skala. Gjennom møter blir vi mennesker bundet sammen i relasjoner. Mennesker som inngår i en relasjon, kan senere ha lettere for å takle hverandres misforståelser og feil. Det kan se ut til at det organisatorisk er begrensede muligheter for at de relasjonelle faktorene mellom ansatte skal utvikles og modnes.

5.2 Samhandling beskrevet av nattsykepleierne

Hensikten med samhandling er å sikre flyt i arbeidsprosesser slik at alle partnere og helsepersonell opplever helhet i tjenester og tiltak. Utvikling av arbeidsrelasjoner er nødvendig for å oppnå god samhandling i arbeid om felles oppgaver. Oppgavefokus som styrende for samhandlingsprosesser aktualiserer behovet for en felles

oppgaveforståelse. Spesielt nå som sykehjemmene har utviklet seg til å bli B-sykehus, hvor beboernes helsetilstand er i kontinuerlig endring og ofte krever høy grad av behandling. Dette er en utvikling som vil fortsette, dersom samhandlingsreformens intensjoner lykkes med å overføre mer ansvar til den kommunale helsesektoren. Det omhandler alle nivåer, systemiske, organisatoriske helt ned til individnivå. Hvordan nattsykepleiere opplever samhandling, kan bidra med å gi en dypere forståelse for dynamikken mellom ulike profesjoner og vakttyper gjennom døgnet. Også reformen hviler på en antakelse om at mangel på samhandling er dagens hovedutfordring i helsetjenester. Respondentene beskriver at det foregår en blandet samhandling og viser til de ulike faktorene.

5.2.1 Samhandling på en nattevakt

Samhandling på en nattevakt er et viktig element å se på, for å forstå hvilke utfordringer det dreier seg om. Å ha en form for arbeidsrelasjon er høyst trengende. Det som fremkommer av innsamlet data er at natt sykepleiere er i stor grad alene i avdelingen, i tillegg til sykepleieoppgaver på flere avdelinger. Svarene fra sykepleiere er relativt like fra alle arbeidsplassene. Hvordan organisering av samhandling foregår vil ha innvirkning på hvordan tjenesten oppleves og ikke minst pasientens helse. Den første respondenten svarer:

«På natten, så er jeg alene. Vi er en alene i hvert bygg, og en som går imellom. Jeg har en jeg kan ringe til for å få hjelp. Men jeg er alene i utgangspunktet på avdelingen.»

Neste sykepleier har nesten identisk svar:

«Vi, vi er liksom eeeh, jeg er alene på natt. Så jeg kan ikke gjøre så mye. Liksom ikke gjøre så mye sånn ekstra.»

I møte med den enkelte beboer er det helsepersonell som har ansvar for å innfri kravene i lover og forskrifter. Mange sykepleiere opplever et gap mellom pasientenes behov og deres mulighet til å ivareta disse behovene. Igjen så svarer nattsykepleier:

«Vettu hva? Vi nattpersonell her, samarbeider kjempegodt og ... og da er det både på kryss og nedover, for vi er jo veldig alene når det skjer noe. Og hvis det er noe sånn utenom, at jeg må forlate avdelingen og være der borte i lang tid, så kan jeg ringe

hjelpepleier på en annen avdeling og hun kommer ned og hjelper til og. Så det nattarbeidet er kjempebra.»

Utsagn fra sykepleiere danner et bilde av at de store deler av vekten er alene både fysisk i rommet og med arbeidsoppgavene. Samtidig så forteller de, at om de trenger hjelp til praktiske eller tunge oppgaver, så er ikke hjelpen langt unna. Imidlertid så betyr dette at en annen avdeling ikke har personell til stedet i den perioden. Mange sykepleiere opplever det som en belastning at de ikke klarer å sette seg ned og snakke med pasientene i løpet av en vakt. Opplevelsen ved å måtte gå i fra sin egen avdelingen for å hjelpe til et annet sted beskrives på denne måten:

«Ja, da er det helt tomt vettu, hos meg. Jeg går jo fra dem. Så.. ja ... hvis det er noen som vandrer, ja det er jo litt ubehagelig, gå fra dem. Vi må jo, må jo det! Jeg må gå fra de når jeg går inn der også.»

Ev av sykepleiere som hadde jobbet på natt en lang periode forklarte om stadige endringer i virksomheten. Bare for noen år tilbake var bemanningssituasjonen en annen. Det var flere sykepleiere på en nattevakt og en gikk på topp. Sykepleieren på topp hjalp til ved alle avdelinger. Nå er det en sykepleier mindre og da er også ansvaret større på de som er igjen. Selv om samhandlingen er god mellom de se som er igjen på natt kan endringene oppleves som negative for sykepleiere.

«Sykepleiere vil ikke jobb natt på sykehjem.»

Sykepleiere på natt har tidvis flere oppgaver enn de andre profesjonene som er på vakt samtidig og forteller:

«Så har jeg den avdelingen der også, bistår der med sykepleie, faglige ting da. For der er det liksom bare helsefagarbeider, på den avdelingen der. Så da blir det to avdelinger der.»

Men sier dette om å samhandle om pasienten:

«Det er, vi hjelper hverandre hvis det er tunge stell, så kommer helsefagarbeider over til meg, eller jeg går over til henne. Eeeh, de er veldig flinke til å observere, eeeh så ofte stiller jeg bare spørsmål om de har vært og tatt blodsukker eller om de har vært der inne og sett.»

Sykepleiere på natt oppleves som dedikerte til pasientene, men er også opptatt av å styrke relasjoner seg imellom. En av respondentene forteller:

«Men jeg vet jo at det er gjort, at vi prøver å gjøre tiltak oss imellom med å møtes på fritiden, men også felles lunsj på lørdager hvis det går an, eller på natta da ... hvis det går, og hvis det passer seg sånn. Men at vi kanskje burde hatt, jeg vet ikke...»

Utredningen i Samhandlingsreformen beskriver nettopp relasjoner mellom de ulike aktørene som samhandler, hvor det pekes i retning av at utfordringer er samhandlingsprosesser.

5.2.2 Samhandling på tvers av vakter

Respondentene fikk spørsmål om hvilken rolle eller nærhet de opplevde til kollegaer som jobber til andre tider av døgnet enn de selv. Respondentene var veldig enige i at relasjonene og forståelsen for hverandres arbeid kunne ha vært bedre. Holdning til samhandling er viktig. Ulike vakter gjennom døgnet, innebærer ulik tilnærming til beboer som betyr at personalet ser ulike elementer i en situasjon. Allikevel er hensikten med samhandling på tvers av vaktene, at personalet i felleskap skal å fange opp flere sider ved pasienten for helhetlig tjeneste. Samarbeidspartene kan være positive eller negative på flere ulike grunnlag. Ved gjennomgang av intervjumaterialet er det mange uttalelser som viser til at måten virksomhetene er organisert på virker hemmende på samhandling både på tvers av vakter, men også innenfor samme vakt. En respondent har prøvd å si ifra om flere forhold som kunne gi bedre tilnærming til beboere gjennom døgnet, men utfallet av det ble:

«Dem var jo litt sure fordi, eller dem likte ikke det at vi sa ifra. Så da ble vi tatt inn og ... ja ... det var jo ikke så positivt for, i hvert fall når jeg sa ifra ...»

Analysen viser at respondentene opplever manglende forståelse som problematisk for samhandling. Å få kollegaene til å forstå hvordan det er å arbeide på natt er vanskelig. Respondentene opplever også urealistisk store forventinger over hva de skal klare i løpet av en natt.

«Utfordringene er mange ganger å få dagvaktene og de som jobber kveld å forstå hvordan det er å jobbe natt. Eeéh, man har mange ganger veldig store forventninger til oss og hva vi skal gjøre. Hmmm spesielt det morgen rushet, det kan være ganske tøft.»

Noen nevner at det kan være vanskelig å bryte gjennom felleskapet til dag- og kveldsvaktene under rapport. Opplevelsen av at det ikke vises interesse for hva som har skjedd i løpet av nattevakt kan føles sårende. Ved å bli sett og hørt virker den genuine interessen anerkjennende for den som forteller, viktig og verdsatt. En respondent opplever at det er manglende interesse i samhandling:

«De er ikke så opptatt av å snakke med nattevakta. Det er jo egentlig helt merkelig. Så går det noen minutter kanskje og de snakker og kakler med hverandre, også går det kanskje par minutter også ... ja har det gått greit i natt? Og sånn kan det være, du føler deg litt utafør.»

En av nattsykepleiere forteller:

«Blir liksom bare å gi tilbakemelding til dagvaktene og håpe på at dem gjør noe. Tar det videre. Og det er jo mange ganger at man opplever at det ikke har blitt gjort.»

Det kan tyde på at interaksjoner mellom de ulike vaktene og yrkesgruppene har ulike faglige perspektiver i hva som er beboernes behov. Da kan det lett oppstå en uoversiktlig situasjon. God samhandling er en forutsetning for gode helsetjenester. Med tanke på samhandling rettet mot mottakeren kan det oppleves slik for en nattsykepleier og viser til en manglende forståelse for hverandres arbeid:

«De SKAL vekkes. Du skal ikke.. fordi de er sengeliggende. Men de mente at de kan fint bli stelt på morgen. For å lette demme jobb. Rett og slett.»

Analysen viser at er felles manglende forståelse for hverandres oppgaver. Funn peker i retning av at om det jobbes kun dag/kveld eller ren natt så er man usikker på hverandres hverdag. Arbeidsoppgaver pålegges av manglende oversikt eller forståelse.

«Det er litt utfra hvem som var på jobb og sånne ting. Noen vil jo selvfølgelig at du kommer og skal liksom, det har vært tatt opp på så mange personalmøter, at du skal vaske rullestoler, du skal vaske rullatorer, og du skal gjøre sånne ting i avdelingen som man ikke får tid til på dagen. Eller rett og slett ikke gidder på dagen??!»

Samme sykepleier stiller spørsmål om dette fenomenet:

«Det er ingenting som skjer på sykehjemmet her før etter klokka elleve? Eller tolv? Så hvorfor skal så veldig mange være stelt?»

Det at det er ulik forståelse rundt beboere, påvirker arbeidshverdagen til natt sykepleiere, og fremstår som viktig for flere av respondentene. Forståelsen om hverandres arbeid kan gå utover tilnærmingen til beboer. Uenighet oppstår lett, og istedenfor helhetlig tjeneste er resultatet vakt basert.

«Vi har vært litt uenige om hvordan vi skal gjøre, fordi jeg jobber natta og de jobber dagen. Og de synes ting er helt greit på dagen, men så forstår de ikke at det får konsekvensen for natten. Så jeg har ikke følt at jeg har blitt hørt.»

Flere bekrefter manglende forståelse og samhandling på tvers av vakter. Noe som igjen kan føre til unødige konflikter.

«Noen ganger så er det at vi får dårlig, nattevakta blir liksom dårlig hele tide, liksom får avvik av og til, fordi dagvakta, særlig de som er på avdelingen, bestemmer hva som skal gjøres på natta?! Så noen ganger blir det konflikter.»

En av mine syv respondenter har en annen oppfatning og mener det er riktig avgjørelse når dag/kvelds personell legger føringer.

«De som jobber på dagen, de kjenner pasienten best, fordi jeg på natta, jeg kjenner ikke pasienten så godt.»

Neste respondent fra samme virksomhet, men en annen avdeling forteller tegner et helt annet bilde og sier:

«Her hos oss er det stort sett nattsykepleiere som setter opp oppdrag. Det er vi som vet hva som skal gjøres. Stort sett så er det vi som styrer det på natta og de etterkommer ønskene vi har i forhold til ting.»

En av respondentene opplever muligens en form for anerkjennelse for sykepleiere på natt:

«Før var det jo, det har blitt mindre å gjøre faktisk, for før så var det jo ... eeh, la vi på asjetter på de trallene som skulle gjøres i stand til frokost?»

I forhold til samhandling i beboer relaterte saker er et av svarene:

«Jeg kjenner jo Gerica og det hadde gått helt knirkefritt hvis jeg hadde gått inn og endret tiltaket. Men tenker at det burde være en dialog med oss nattsykepleiere, ikke sant? For den dialogen er jo ikke der.»

Ofte kan natt sykepleiere føle på en maktesløshet, da særlig i vaktskifte etter endt vakt. Når de er på vei ut fra vaktrommet og det går en alarm klokke så kan de bli bedt om å gå innom der før de går av vakt. Det selv om de opprinnelig er ferdig på vakt. Dette skaper en uheldig situasjon og gir næring til manglende forståelse og anerkjennelse for nattsykepleier både som profesjonell og person. Analysen manglende kjennskap, anerkjennelse og forståelse for hverandre. En uttalelse er som følger:

«Så sier jeg - nå må jeg gå, kan dere ta klokka? Ja, men kan du ikke bare gå inn å skru den av da og snakke med henne før du, på veien hjem?»

En av respondentene som har jobbet natt ved flere ulike kommunale institusjoner forteller:

«Vi blir veldig godt hørt av dagvaktene hvis det, om det er noe, hvis de ønsker at det er noe vi skal gjøre, spør de alltid «hvis dere har tid. Her føler jeg at dem har veldig forståelse, vi er alene!»

En av respondentenes svar kan tolkes i retningen av viktigheten av kommunikasjon og empati for hverandre. Det å gjenkjenne følelser, vise omsorg og å vise den andre at en forstår:

«Vi gjør det som er nødvendig. Tar det opp med en gang. Ikke skrive avvik med en gang, vettu. Når man jobber på natt man blir stressa, psykisk helt tom, og veldig helsepåvirka.»

5.2.3 Samhandling med leder

Ledelse handler om å få det beste ut av menneskelige ressurser (Døving et al., 2016). Ledelse er samspill og har aldri eksistert i enerom. Det er forhold mellom to eller flere mennesker. Det kan virke slik at avdelingsledere har svært liten kontakt med sine nattsykepleiere. Om hvor ofte man har kontakt med sin nærmeste leder:

«Jeg ser ikke hu like mye som de andre, men hu er veldig dyktig og veldig flink til å følge oss opp.»

På oppfølgingsspørsmål om hvordan nattsykepleiere følges opp er svaret:

«Hun kommer når hun skal, men stort sett mail og sms ja Noen ganger så spør hun om man kan være igjen litt. Også har vi nattvakts møter. Det har vi begynt med nå, første året.»

En respondent fortalte overrasket over oppdagelsen for bare en tid tilbake. Helt tilfeldig kom det frem at det hadde blitt arrangert et personalt møte på avdeling, hvor to nattsykepleiere ikke ble bedt på møte. Da er det mange følelser som settes i sving for de som blir utelat. Lederens som har mulighet til å anerkjenne sine medarbeidere og skape gode relasjoner for samhandling, skaper en motsatt effekt:

«Man kan til tider føle seg de og dem, eller oss og dem, da fant jeg ut Og da viste det seg atte det får ikke vi nattevakter mail om. Og det gjør alle de andre. De blir bedt på møter, ja.»

Videre forteller respondenten:

«Det er noe med å ha mulighet, bare vite at man har mulighet. Å føle seg inkludert.»

Den samme respondent føler likevel at de har med en god leder å gjøre. Det som blir trukket frem er tydelighet. Tydelig i formidlingen av hvilke oppgaver som tilfaller på hvilke vakter. Samtidig legges det opp til å dempe forventninger til hva en natt sykepleier skal rekke å gjøre i løpet av sin vakt.

«Vi skal ikke forventes at vi skal stelle, som ofte er en sånn type oppgaver, på sånn avdeling som her.»

Jeg forstår det slik at ledere demper den personlige relasjonen til natt sykepleiere og bare ser de som arbeidskraft som er satt til å utføre sine oppgaver på natt. Det kan oppleves som vanskelig og belastende.

«Så jeg var ikke på den sommerfesten for jeg skulle få mat på jobb. Og når jeg kom på jobb, så vet jeg at de andre satt og spiste og koste seg, og det var ikke noe til

meg. Er jeg liksom ikke en del av dem? Det er bare innimellom så kan det komme sånne ting.»

Flere av respondentene viser til at ønsker og har behov for å være en del av noe. Flere av ledere tar ikke den enkeltes behov for anerkjennelse, utvikling, selvrealisering og sosiale relasjoner på alvor. Respondenten merker at de blir behandlet annerledes enn sine sykepleier kollegaer på dag og kveld.

«Vi har vel sykepleiermøter, men jeg har ikke det i turnusen. Ingen personal møter, ingen sykepleiermøter, ingenting. Men det vet jeg dagvaktene har. Vi har hatt to nattevakts møter på to år, det er det jeg har vært på. Ledelsen ... Jeg skulle gjerne ha vært på noen flere møter.»

En av respondentene utdyper uten helt å forstå hvorfor det er slik:

«Vi har jo egentlig ikke hatt så veldig mange møter med sykepleiere, vet ikke hvor ofte dem har sykepleiemøter egentlig? Nattevaktene er fritatt fra personalmøter.»

En leder har innflytelse over en gruppe underordnede. I hovedsak er lederens sentrale oppgaver å motivere til innsats, bidra til at arbeid er samordnet, organisert og utført slik at målene nås. Det vises av respondentenes svar at dette kanskje ikke er lett å praktisere når det arbeides på ulike timer i døgnet. Samtidig peker noen av svarene på at selv om lederen er fysisk til stede på morgenen, så ligger ikke prioriteringer rettet mot nattpersonell. En forteller dette om kontakten med sin leder:

«Egentlig, hun begynner halv åtte, men kommer alltid før. Alltid den halvtimen vi er sammen på en måte. Jeg skriver rapport og hun sitter på sitt kontor.»

Den beste måten å bygge gode relasjoner på er gjennom dialog. I denne form for samhandling skjer nettopp det motsatte. Det mest nødvendige som blant annet er å kunne lytte aktivt, bygge på andres tanker og ideer, bekrefte, rose, oppfordre til utdyping og å si mer, det uteblir. Gode relasjoner skapes av til å møte mennesker ansikt til ansikt. En av respondentene forteller at hun ikke treffer lederen i det hele tatt:

«Jeg ser ikke min leder. Vi har kontakt på mail, jeg har ikke hatt noen oppfølgingssamtaler, ingenting siden jeg begynte. Og det forrige stedet jeg jobba, det var heller ikke noe oppfølgingssamtale. Der hadde vi en avdelingsleder som kom litt tidligere for å snakke med oss nattevaktene, men jeg har vel sett lederen min tre ganger

på et år. Så jeg føler ikke at det er så kjempegod kommunikasjon, men det spørres hvem type ledere man har.»

Manglende relasjon og fraværende leder ble derfor funnet som en mulig hindring for god samhandling.

«Men når jeg sier noe nå, så kan det ofte bli glemt. Jeg har nevnt noe utstyr vi mangler, så har jeg kommet en uke etterpå, og den som er på dagen da, har ikke hørt det. Og det har heller ikke kommet på plass.»

En sier:

«En som jobber natt, vi har ikke så mye med hverandre å gjøre, jeg ser hun kanskje her når jeg kommer og når hun kommer eller i garderoben.»

En natt sykepleier av syv intervjuede respondenter er veldig fornøyd med det relasjonelle forholdet til sin nærmeste leder og sier i tillegg noe om tilgjengeligheten som oppleves:

«Nattsykepleier så, det er vel det liksom ... Det er bra organisert, for vi har to avdelingsledere her. En på der og en på der, og vi tilhører dem da, på den ene avdelingen. Så hvis det skjer noe så vi godt kan prate med henne der.»

Studiet viser at ledere i hovedsak opplevdes som fraværende i sin kontakt med nattsykepleiere, som igjen fører til manglende anerkjennelse, forståelse og samhandling.

5.2.4 Samhandling med lege

Leger har en sentral posisjon som yrkesgruppe, siden samhandlingsreformen flytter mer ansvar for helsetjenesteproduksjon fra spesialist til kommunehelsetjenesten. Legenes bidrag til det organiserte samarbeidet på tvers av organisatoriske faglige grenser er ofte beskrevet som viktig. Ut fra intervjuene som er gjort kan jeg se at samhandling med de ansvarlige virksomhetslegene møter på en del utfordringer. Det til tross for at helsepolitisk orientering heller mot samhandling der ulike yrkesgrupper ut fra sitt perspektiv skal bidra til et helhetlig tilbud. Sykepleierne beskriver at de opplever å ha begrenset innflytelse i samhandlingen. En beskriver samhandling som utfordrende med sykehjemslegelege:

«Min eneste kontakt med legen, jeg skriver til legevisitt, så det er min kontakt med legen. De som har legevisitt, tar det opp med legen. Noen ganger det er vanskelig å få hva du ønsker. Så ja, det tar sin tid i forhold til å ta det opp og at legen gjør noe med det.»

Videre utdyper en respondent:

«Legen skulle bli mer bestemt ja, i forhold til noen situasjoner. Fordi pasienten har det ikke bra og alle vet det. Det går ikke videre eller legen tar det videre, men kanskje ja ... ikke vil gjøre noe med det på grunn av at vi bare har eldre pasienter.»

Nattsykepleier forklarer at eneste kontakten med legen i virksomheten er via datasystemer. Når det er endring i beboer status som ikke er av akutt art, skrives et journalnotat til legen. I tillegg blir denne informasjon noen ganger formidlet muntlig til dag og kveldspersonell. Allikevel oppstår det situasjon som:

«Skriver i legejournal, ja. Men jeg har vel egentlig, når jeg jobbet der nede så har jeg flere ganger sagt, fortalt om ting som jeg synes de burde tatt opp til legen, og sånn føler jeg at jeg ikke blir hørt. Egentlig.»

Medisinsk autoritet er et hierarki som eksisterer mellom de forskjellige profesjoner. Ved serviceorientering kan faglig kompetanse og ansvar underkjennes. God samhandling forutsetter gjensidig tillit mellom partene og at begge parters erfaringer og kompetanse tas hensyn til. Neste respondent sier det bare rett ut:

«Legene her på huset ... vi har en lege her på huset ... jeg kan ikke akkurat si at jeg er veldig positivt innstilt på han?! Det har litt med hva vi på natt må videreføre til dag eller med rapporter og sånn. Og han legen der, han vil ikke akkurat.»

Og som tidligere støtter også denne sykepleieren tidligere utsagn:

«Så akkurat det med legen, jeg har god erfaring med legevakta. Dem lytter og hører og hva man på en måte foreslår og da kommer man den ene og skal finne ut av behandlingen. Jeg får nesten mer ut av å ringe legevakta enn å ringe eller høre med å ta det videre her da.»

En respondents svar skiller seg ut. Det kan tyde på at det skyldes en annen organisering av virksomheten. Det er ikke ansatt fast lege i virksomheten, men beboere har i istedenfor sine egne fastleger i kommunen.

«Jeg føler at det meste blir tatt opp da. Av det jeg, det gjenspeiler seg i legevisitten at det er tatt opp som en problemstilling. Det er jeg veldig fornøyd med.»

Respondentenes erfaringer med sykehjemslegene viser at det å arbeide til ulike tider av døgnet kan by på andre typer utfordringer. Ofte dreier det seg om manglende forståelse og treghet i formidlingen. Leger har en sentral posisjon i helsevesenet, men sykepleiere og annet helsepersonell er på mange måter enda mere sentral, fordi de er pasient nære. Samtidig trakk alle respondentene frem kommunal legevakt som det den beste og primære samarbeidspartner i medisinske spørsmål angående beboere. En kan fortelle:

«Det er ... legevakta er jo kjempefine folk når jeg ringer dit. Har bare positivt å si egentlig, om legevakta. Så de er mer behjelpelig med det meste.»

Neste respondent svarer nesten identisk:

«Det jeg føler med trygg med, er veldig godt samarbeid med legevakta. Så med en gang jeg er usikker, så kan jeg ringe og prate med dem.»

Legevakt er derfor en viktig samhandlingspartner for kommunale virksomheter i tiden hvor sykehjemslegene er utilgjengelig. Eller når sykepleiere på natt ikke når frem med vurderinger og forespørslar angående beboeren helsestatus eller helseendring.

5.4 Oppsummering av funn

Studien viser at det er ulike utfordringer knyttet til involveringsgraden av nattsykepleieres samhandling i oppnåelsen av helhetlige tjenester i kommunale institusjoner. Funn fra denne undersøkelsen viser at en arbeidsnatt kan variere en del fra natt til natt. Det betyr en begrenset forutsigbarhet for sykepleiere på natt. De er ofte alene om sine oppgaver og dekker i tillegg flere ulike funksjoner. Virksomhetene har relativt lav bemanning, som bekreftes ved at dersom sykepleier trenger å bistå et annet sted, blir avdelingen som gås ifra uten personell til stedet. Samtidig kan det være relevant å spørre om medarbeiderne på natt alltid innehar den nødvendige kompetansen. Funn i undersøkelsen peker på at arbeidsmengden for en sykepleier endres i takt med tilgjengelig kompetanse på det aktuelle skiftet. I tillegg til enkelte tilfeller der det er mangelfull kompetanse på kveldsvakt.

Det er utfordringer og uklarhet knyttet til hvordan informasjon og rapportoverlevering bør foregå. Nattsykepleiere gir uttrykk for at det er nødvendig med god muntlig informasjon mellom vaktene for å sikre helhetlige tjenester. Funnene viser at flere av respondentene bruker sin egen fritid før og etter vakt, for å skaffe seg og videreføre nødvendig informasjon om beboere. Videre er noen av respondentene usikre på hva som egentlig forventes av dem, hva og hvor mye skal de utføre på en nattevakt. De opplever manglende forståelse i hvordan det kan være på en nattevakt.

Flere av respondentene påpeker at dagens beboere er sykere og eldre, noe som støttes av nyere forskning. Samhandlingsreformen har gitt sykepleierne nye og flere oppgaver, samt mer ansvar, uten å styrke kompetansen og ressurser tilstrekkelig. Funnene i undersøkelsen peker retning av, at sykepleiere på natt har enda færre muligheter til å holde seg faglig oppdatert gjennom virksomhetene enn sine sykepleiekolleger på dag/kveld. Dette sammen med at de sjeldent kan konferere med andre i løpet av en nattevakt, kan gi en svekket kompetanse og foreldet kunnskap.

Samhandling som er en stor del av den politiske satsingen, er nesten fraværende. Det er vanskelig å peke på former, for hvordan nattsykepleiere involveres i de ulike samhandlingsområdene. Nattsykepleiere har få, til dels ingen gode samhandlingsarenaer. De har veldig liten kontakt med andre sykepleiere. I hovedsak kun i vaktskifte, men ikke alltid. Funn viser videre at det nesten ikke er kontakt med nærmeste leder, og mesteparten av kommunikasjon foregår via digitale løsninger. Det interessante funnet er at aktuelle respondenter opplever at de er godt ivaretatt av sine respektive ledere, selv om de har begrenset kontakt med dem. Nattsykepleiere er fritatt fra personal- og sykepleiemøter. Nattvaks møter er den eneste arena hvor de møtes og hvor de i felleskap kan diskutere aktuelle saker. Funn viser at sykepleiere på natt er opptatt av gode relasjoner seg imellom, og prøver seg å arrangere treff både i løpet av en vakt, men også i fritiden. Indirekte tegnes det et bilde av at det bør tilrettelegges for at sykepleiere skal få anledning til å snakke sammen på tvers av vakter.

I forhold til ansvarlige leger ved virksomhetene er kommunikasjon enveis, fra sykepleier til lege via digitale løsninger eller via dagpersonell. Funn viser at det aldri er direkte kontakt mellom disse to gruppene. Nattsykepleiere har derfor meget begrenset

mulighet til å ha dialog med viktige samhandlingspartnere. De eneste tilfellene med direkte kontakt med leger er ved akutte situasjoner via legevaktsordningen.

Barrierer som må overvinnes for å lage vellykket samhandling og informasjonsutveksling mellom helsepersonell omfatter relasjonsbygging, kompetanse, kunnskap og forståelse, og ansvar, tid og ressurser og misforståelse av profesjonelle identiteter.

6.0 Drøfting av hovedfunn

Hovedfunn kapitlet er basert på ulike faser i den hermeneutiske sirkelen mellom intervjutekstene, teori og min egen forforståelse. Jeg har kombinert hermeneutisk og fenomenologisk tilnærming. Den hermeneutiske sirkelen ble brukt som et uttrykk for fortolkning mellom helhet og deler av helheten. Fortolkningen skapes i et samspill mellom min forforståelse som forsker, det jeg skal fortolke og den konteksten fortolkningen skjer i.

Det sentrale i denne studien var å se på *«Hvordan og i hvilken grad involveres nattsykepleiere i samhandling for å oppnå helhetlige tjenester i kommunale virksomheter?»*

Målet med studien har vært å belyse de overordnede forskningsspørsmålene som; hva en sykepleier gjør i løpet av nattevakt, hvem samhandler sykepleier med og hva det samhandles om i kommunale virksomheter.

Drøftingen deles i to underkapitler. I det første kapitlet drøftes funn fra analysekapitlet som omhandler hva som kan hemme samhandling. Det andre kapitlet drøfter faktorer fra analysen som fremmer samhandling.

6.1 Faktorer som hemmer involvering av nattsykepleiere i samhandling

Samhandling har alltid vært sentral i helsesektoren. God samhandling krever at helheten legges til grunn og at individuell rasjonalitet ikke må få dominere over den kollektive. Å studere og avdekke det usynlige, samt å forsøke å beskrive det, er en forutsetning for å øke forståelse (Tjora & Melby, 2013). Det er mange usynlige arbeidstakere, ut fra min

forskning kan det tyde på at sykepleier som arbeider natt er ev de utallige usynlige. De er der, når alle andre samhandlingspartnere og kollegaer går av vakt. Usynlige natt etter natt, og holder i gang helsetjenestene. På nattevakt er bemanningen på avdelingene til samtlige av respondentene redusert. For lite helsepersonell til stede på nattevaktene, kan ifølge respondentene ha stor betydning for feil og uønskede hendelser i pasientarbeidet. De fleste av intervjuede er også av den oppfatning at nattevakter kan være vel så travle og hektiske som dagvakter/kveldsvakter.

6.1.1 Samhandling for å oppnå helhetlige tjenester

I samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009) legger regjeringen frem, at kommunene selv skal finne riktige samarbeidsformer. Det betyr at kommunene fritt kan bygge, organisere og dimensjonere tjenestene. Arbeidsorganisasjoner for tjenester rettet mot individer, skiller seg gjerne ut fra andre typer organisasjoner, nettopp gjennom at arbeidet består i å medvirke i en behandlende prosess. Best mulige helsetjenester forutsetter samhandling. God samhandling skapes gjennom utvikling av arbeidsrelasjoner der energien samles om å arbeide om felles oppgaver (Ballo et al., 2014). I denne sammenhengen er felles oppgaver tilbud og utførelse av helhetlige tjenester til beboere ved kommunale virksomheter. Institusjonsomsorgen er en lovpålagt tjeneste som på det nærmeste er forbeholdt eldre (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2018). Behandlingsansvaret som er overført til kommunene, innebærer mere alvorlige, komplekse og behandlingskrevende sykdomstilstander hos beboere enn hva det var før samhandlingsreformen. Institusjonsplassene i dag opptas i større grad av de aller sykeste og eldre mennesker enn tidligere, ifølge respondentene. Funn basert på respondentens uttalelser peker i to retninger med tanke på arbeidsrelasjoner. Den retninger som peker seg ut som en tydelig hemmer for samhandlingen, er relasjonene knyttet til medarbeidere som ikke arbeider på natt. Funn i undersøkelsen peker i retningen av en type krysspress hvor forventningene, oppgaveforståelse og bemanning utgjør en risiko. Derfor er samhandlingsprosessen og avklarte felles oppgaveforståelse helt essensiell. Menneskebehandlingens organisasjons mål har en tendens til å være vage og mangetydige. Beslutninger stanser ofte halvveis. I denne konteksten tyder funn på at kommunale virksomheter er i liten grad opptatt av å utvikle gode arbeidsrelasjoner med sine nattsykepleiere som igjen kan styrke samhandlingen rettet mot felles oppgaver og mål. Samhandling som handler om den gjensidige relasjonelle deltakelsen og

engasjementet i den kontinuerlige dialogen mellom personene som arbeider sammen for å oppnå et felles mål er begrenset. Den gjensidige relasjonen påvirkes i stor grad ved nattarbeid. Eksisterer ikke en gjensidig relasjon vil det by på problemer (Vangen og Huxham 2009). Flere av respondentene viser til svake relasjoner seg imellom, mellom sykepleiere og andre profesjoner som arbeider dag og kveld. Utfra hvordan virksomheter er organisert, er ikke relasjonsbygging en mulighet. Organisering som i mange sammenhenger ses på som middel for bedre samhandling er mangelfullt med tanke på nattsykepleiere. Spurkeland (2017) hevder at relasjoner opparbeides gjennom alle de små kontaktpunktene som legges inn på vei. Det dreier seg om å la menneskene få lov til og møtes i åpen dialog. Datamaterialet viser at det nesten ikke eksisterer slike kontaktpunkter for nattsykepleiere. Dette kan forklare hvorfor samhandlingen gjennom døgnet har noen spesielle og vanskelig håndterbare utfordringer. Mange hindringer er knyttet til grensene mellom ulike deler av organisasjon, nivåer, fagområder, arbeidsformer og organisasjonsstrukturer hevder Ballo et al., (2014). Samtidig er det også viktig å se på relasjonene innad på en nattevakt. Respondentenes beskrivelse av nattevakt er at de arbeider mye alene, er i hovedsak fysisk alene i rommet og har generelt lite kontakt med andre på vakt utenom kontakten som kreves i gitte situasjoner. Å jobbe alene om natten medfører sannsynligvis mindre sosial samhandling i forhold til å jobbe i grupper, viser tidligere forskning av Saksvik-Lehouillier (2015). Irgens (2012) hevder at når oppgavene som skal løses er komplekse og utfordrende er det særlig nødvendig å utvikle et godt samhandlingsteam. I funnene kommer det frem at samhandlingsteam ikke praktiseres på natt i virksomhetene. En av respondentene berørte teamet om team og viste til at turnusen ble endret hvert halvår for å skape nye grupper. Om hensikten til dette er at nattepersonell blir ført sammen og bundet til hverandre eller om det er for å gi dem liv og omsette dem i handling i gitte situasjoner, er uvisst. Nylehn og Støkken (2002) påpeker at samhandling ikke fungerer uten at personell forholdsvis aktivt og bevisst forholder seg til hverandre i arbeidssituasjoner. Oppgavefokus er styrende for samhandlingsprosesser og aktualiserer behovet for en felles oppgaveforståelse påpeker Bukve & Kvåle (2014). Funn i denne studien viser til mangelfull og sprikende felles oppgaveforståelse. Respondentene stiller spørsmål om hva som forventes av dem ved flere tilfeller. Det er avgjørende at arbeidsoppgavene er avklart og at man har kunnskap om hvordan ens egen oppgave henger sammen med andres oppgaver. Den generelle utviklingen mot stadig økende spesialisering i de fleste

fagområder, øker behovet for å se egne og andres oppgaver i en helhet. Det er vanskelig å se at nattsykepleiere involveres tilfredsstillende i helheten.

6.1.2 Betydning av ledelse i samhandlingsprosessen

Ledelsen har ansvar for organisasjonen som en helhet. Lederens oppgave er å lede andre (Colbjørnsen, Drake og Haukedahl, 2001; Strand 2007 i Døving, Elstad og Storvik, 2016). Mintzberg (1973) viste i en studie at det er lite samsvar mellom forestillingen om hva ledere skal gjøre, og hva ledere faktisk gjør. En typisk leder bruker store deler av tiden til å snakke med folk på alle nivåer, både innenfor og utenfor institusjon. Leder skaper et relasjonelt forhold mellom gruppen vedkommende er leder for og seg selv (Høst, 2014). Funn fra undersøkelsen viser at dette i liten grad omfatter sykepleiere på natt. Det kan tyde på at ledere for nattsykepleiere viser liten relasjonell adferd ovenfor personalet på natt. Det kommer fram at nattsykepleiere sjeldent eller aldri snakker med sin leder. I de tilfellene hvor lederen kom på vakt før nattsykepleierens vaktslutt, prioriterte lederen å være på sitt eget kontor, uten noe form for relasjonell kontakt. Det er nærliggende å anta at lederne ikke ser det store behovet om å opptre i relasjon til nattsykepleiere. Kan denne type adferd være et tegn på at ledere som trekker seg unna føler seg utilstrekkelige og prøver å skjule det? Flere av respondentene ga uttrykk for at de hadde behov av å bli sett og få være en del av noe. Døvig et al. (2016) hevder at ledere bør inneha en sosial eller mellommenneskelig kompetanse, herunder skal de være i stand til å forstå eller lese andre (Hayes, 2002; Nilson 2010 i Døvig et al., (2016). For å unngå å bli avslørt tyr denne type ledere til stadig nye påskudd og unnskyldninger. Bolman & Deal (2014) sier at ledere av denne typen skaper enda mer usikkerhet og uklarhet på arbeidsplassen og gjør det vanskelig å oppdage feil. Respondentene fra virksomheten hvor de nærmeste lederne var til stedet i vaktskiftene viste klare tegn til mer positive og smidigere samhandlingsforhold enn sine nattsykepleierkollegaer fra virksomheter hvor de nærmeste ledere ikke er synlige i det daglige.

Mellommenneskelige ferdigheter og emosjonell intelligens er viktig fordi relasjoner mellom mennesker er et sentralt element. Sosial kompetanse har vist seg å være viktig for ledere på alle hierarkiske nivåer. Jacobsen & Thorsvik (2015) hevder at forskning viser at arbeidet til ledere i stor grad består av en rekke rutinemessige oppgaver i form av møter, informasjon som skal formidles til andre og relasjoner med aktører i omgivelsene som skal følges opp. Hvorfor ledere av nattsykepleiere er mindre opptatt

av relasjonelt samspill med denne gruppen, er uvisst. Ledelse er et samspill og har aldri eksistert i enerom. Ifølge Spurkeland (2017) er ledelse å ha en eller flere relasjoner, som igjen betyr å være i en aktiv relasjon til noen man har ansvar for.

Det er nærliggende å tro at respondentene vil føle seg lite ivaretatt. Funn viser imidlertid at det ikke er tilfellet. Tilfredsheten er relativ stor, selv om relasjonen er liten. Likevel fornemmes noe differensiering i svarene. Respondentene gir inntrykk av at ledere følger godt opp ut fra ansatt/person perspektivet. De bryr seg, hevdes det. Samtidig som ledere kan oppleves fraværende ut fra profesjonsperspektivet. Situasjoner som omhandler praktiske hendelser på avdelinger. For eksempel kan det være seg å følge opp bestillinger av manglende varer, leie inn kompetente vikar til natt og andre henvendelser fra nattsykepleiere. En kan stille seg undrende til hvorfor de nærmeste ledere ikke oppfatter forespørslene som alvorlige nok til videre handling. Med bakgrunn i dette er det naturlig å stille seg spørsmål om det er for svak relasjon mellom partene, slik at den nødvendige tillitten uteblir?

Et annet interessant funn som avdekkes i datamaterialet er rutiner og prosedyrer tilhørende nattsykepleiere. Fem av syv sykepleiere kunne ikke svare på hva de konkrete rutinene var på natt ved den aktuelle avdelingen de jobbet ved. De var usikre på hvor de kunne finne rutinene, om de var oppdaterte og lignende. En av respondentene hadde oversikt over hvor de skriftlige rutine var, men fant raskt ut at de ikke var oppdaterte på flere år. Siste respondent var ikke sikker på om virksomheten hadde noe skriftlig rutine gjeldende natt. I lys av dette er det naturlig å undre seg over hvilke rutiner som det arbeides etter på natt og hvordan samhandlingen påvirkes? Er det lederen sitt ansvar og følge opp om at rutiner følges? Ville informasjon om disse faktiske forholdene tvunget seg frem, dersom relasjonen mellom leder og nattsykepleier hadde vært sterkere? Eller er det tilfredsstillende at nattsykepleiere arbeider ut fra sin egen profesjon og ikke organisasjon? Svensson (2013) hevder at profesjonelle i arbeidsorganisasjoner har som regel større selvstendighet i planleggingen, gjennomføringen og organiseringen av sitt eget arbeid. Døvig, et al. (2016) viser til at profesjonelle kjennetegnes ved høy grad av autonomi. Samtidig er det lite som tyder på at ledelse er overflødig i organisasjoner hvor de ansatte har profesjonsutdanning, men ledelsesstilene bør tilpasses profesjonsutøverens kompetanse og normer.

6.1.3 Samhandlingsarenaer

Et av de viktigste funnene i studien og en betydelig hemmer for nattsykepleiere i samhandling er mangelfulle samhandlingsarenaer. Nedenfor vil jeg drøfte dette funnet ut fra to tilnærminger. Den første tilnærmingen handler om kontaktpunkter på en vanlig nattevakt. Den andre tilnærmingen omfavner virksomheten som en enhet og dens oppstykkede samhandling. Begge tilnærminger belyser forholdet mellom del og helhet. En vanlig nattevakt for alle respondenter betyr å ha ansvar for en avdeling som de fysisk oppholder seg på, i tillegg til sykepleieansvar for andre avdelinger i samme virksomhet. Antallet for hvor mange avdelinger det totale ansvaret ligger på varierer ut fra hvem en arbeider sammen med. Det kom frem under intervjuene at en sykepleier på natt kan ha det totale sykepleieansvaret for nærmere 50-60 beboere, eller flere.

Bemanning og tilsyn er normalt redusert om natten (Folkard & Tucker, 2003). Dette fører til at mange må arbeide alene under nattevakt. For de aller fleste vil profesjonell aktivitet foregå i fellesskap med andre, hevder Tjora (2018). De som arbeider som frilansere og individuelt selvstendige søker også til arbeidsfellesskap. Kontakt med kollegaer er en av de viktigste faktorene for jobbtilfredshet blant sykepleiere i hjemmesykepleien (Halvorsrud et al., 2017). Nattsykepleiere påpeker at de primært er alene gjennom hele vakta. I praksis handler det om at man mister kollektiv evne til å løse oppgaver på tvers. Respondentene fortalte at det enten var kun en sykepleier eller på det meste to sykepleiere på en nattevakt. Da var de i samme bygning, men arbeidet ikke i samme avdeling. Ved å ha liten mulighet til å treffes i løpet av en vakt hindres samspillet om systematisk informasjonsdeling, og fellesmekanismer som organiserende prinsipp.

Samhandlingsarenaen mellom nattsykepleiere og de øvrige samhandlingsprofesjonene som lege, fysioterapeut, ergoterapeut og lignende er det ikke tilrettelagt for. I undersøkelsen gis det eksempler på hvordan samhandling svekkes, dersom man ikke finner tid eller anledning til å snakke sammen. Samhandlings arenaer er sådant et viktig samlingspunkt som toveis forplikter og legger grunnlaget for videre handlinger.

Kontaktarenaen for hvor disse kunne ha møttes for informasjonsutveksling eksisterer ikke. Tjora & Melby (2013) sier at aktørene må iakttas konsekvensene av handlingene med hensyn til deres funksjon og velger handling etter en vurdering av om handlingen hemmer eller fremmer løsningen av det aktuelle problemet. Felles utfordringer aktualiserer dermed samhandling som kollektiv handling. På hvilken måte

nattsykepleiere er en del av en kollektiv handling uten forbindelse til noen samhandlingspartnere er interessant forhold å vurdere. Hvordan oppnås felles oppgaveforståelse? Ulike faglige oppgaver krever ulike samarbeids- og samhandlingsprosesser. I det flerfaglige møtet handler oppgaven om å utveksle informasjon, avklare hvem som gjør hva og koordinere faglige opplegg. I et møte møtes ulik kompetanse for å belyse et faglig fenomen ut fra ulike faglige perspektiver og oppgaven er å skape merviten om det aktuelle problemet. Ulikhetene beholdes, men det skapes samtidig en felles fagforståelse. Kaufmann & Kaufmann (2003) hevder at mennesker har særdeles begrenset arbeidsminne og lang overføringstid fra korttidsminne til langtidsminne. Dette har store konsekvenser for hva mennesker gjør i situasjoner med kompleks informasjon.

Virkemiddel som er tatt i bruk for å skape en form for kontaktarena mellom de ulike gruppene er informasjonsteknologi av ulik art. Respondentene viser til at telefonen er ofte i bruk på natt, når der er usikre og har behov for å diskutere faglige utfordringer. De har likevel ikke det store utvalget av hvem de kan konferere med i mer komplekse spørsmål. Om de er alene på vakt som sykepleier er det i hovedsak kun den kommunale legevakten som er tilgjengelig for denne type spørsmål. Alle respondentene hadde veldig god erfaring med hjelpen legevakten utviste. Angående IKT systemer i virksomhetene er mitt inntrykk av at det primært forgår en type en-veis kommunikasjon. Det samme kan sies om rapportene mellom vaktskiftene. Det handler om å gi en bestemt informasjon videre, men det er ikke rom for å diskutere. Ut fra hvordan jeg har forstått respondentene handler det om tid, men i flere tilfeller pekes det også på manglende interesse. Samhandling med behandlende lege består i at nattsykepleier skriver en melding til legen i systemet, men mottar ikke svar tilbake i noen form. I enkelte saker er det allikevel mulig å se at det har blitt gjort endringer av legen i beboerens journal, men ikke alltid. Flere undersøkelser viser til samme type funn, helsepersonell erfarer at lege ofte er utilgjengelig og at sykepleiere må ta viktige avgjørelser uten kompetent personell å diskutere med (Svedsen, Landmark & Grov, 2018; Marshall, Clark, Sheward & Allan, 2011). Samhandling krever at det utvikles tillitt i tiltakskjedene imellom. Samhandling er avhengig av at det eksisterer tillitt til de faglige vurderingene på tvers av vakter og profesjoner. Nattsykepleiere har ekstrem liten mulighet til å utvikle interpersonlige erfaringer og bygge tillitsvekkende handlinger. Ballo et al., (2014) påpeker at samhandling er en arbeidsprosess som krever

at mennesker møtes i møtefora for å arbeide med en eller flere oppgaver. Personalmøter, sykepleiermøter og andre typer møter er også unndratt nattsykepleiere. Dermed har nattsykepleiere liten innflytelse innad i virksomhetene og begrenset mulighet til å påvirke samhandling i koordinerte- og helhetlige helsetjenester.

6.1.4 Kompetanse, kunnskap og utvikling i dvale

Selve «nervesystemet» i organisasjoner er den uformelle kommunikasjonen, et såkalt skjult nettverk (Kaufmann & Kaufmann, 2003). Småprat har flere viktige funksjoner sier Jacobsen & Thorsvik (2015). Småprat skaper samhold i grupper, skaper tillitt mellom de som deltar i småpraten og over tid utvikles det et felles kognitivt nettverk. Det fremmer læring og er samtidig læring i organisasjoner. Læring og utvikling er alltid knyttet til den aktuelle konteksten. Et grep for utvikling av felles fagforståelse er at det er rom for dialog om faglige spørsmål slik at lokal merviten kan utvikles. Til dette kreves opplæringsstrukturer og systematisk opplæring (Ballo, et al., 2014). Funnene i undersøkelsen viser i hvor liten grad denne tilnærmingen i samhandling er rettet mot nattsykepleiere. Undersøkelsen avdekker at sykepleiere på natt har begrenset tilgang til ulike praksisfelleskap i organisasjonen. Denne deltakelsen er viktig for personenes læring og profesjonsidentiteten, og den bestemmer personens handlingsmønster. Respondentene ga varierte tilbakemeldinger om muligheter for deltakelse på kurs og ulike opplærings situasjoner i virksomhetene. Flere respondenter viste til at nattsykepleiere ikke er høyest prioritert for kompetanseheving. De er ikke blant til første til å bli sendt på kurs. Alternativt måtte sykepleiere på neste vakt komme tidligere på vakt for å få nødvendig opplæring. På generelt grunnlag ser det ut til at selv om denne gruppen av sykepleiere har et stort ansvar i flest timer av døgnet, så er det en gruppe medarbeidere som blir glemt. Det forventes dermed at sykepleieren skal kunne ta selvstendige vurderinger uten å ha et godt faglig miljø rundt seg og eller å ha andre fagpersoner å kunne diskutere faglige utfordringer med. Manglende muligheter til veiledning fra personer med ekspertise kan kanskje føre til at feil beslutninger blir tatt i kritiske situasjoner.

Hvordan kan profesjonelle utvikle kompetanse i å oppdatere seg selv, når kunnskapsbasen og ferdigheter utdateres i hurtig tempo? Spørsmålet som gjerne stilles i kognisjonsvitenskap og et spørsmål som er viktig å stille i sammenheng med sykepleiere på natt. Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47, 2008-2009), peker på

fremtidige helsetjenester som læringsarenaer som vil ha økt betydning i de kommende årene. Reformen innebærer en sterkere satsning på kommunale tjenester hvor fagutvikling på ulike områder må styrkes og det må legges til rette for forskning. Jakobsen & Thorsvik (2015) beskriver organisasjoner som kunnskapsproduserende systemer. Et viktig utgangspunkt er at kunnskap er sterkt knyttet til den konteksten den oppstår i. Dessuten vil man i ulike avdelinger lære forskjellige ting avhengig av hvordan oppgaver og ansvar er fordelt mellom enhetene. Det er avstand mellom den formelle strukturen og det som er realiteten. Konteksten for nattsykepleiere er at de står i stor grad alene i feltene hvor overføring av læring skal skje. Wenger i Ballo et al. (2014) beskriver dimensjoner som påvirker graden av muligheter for samhandling. Praksisfelleskapets karakteristika betegnes som gjensidig involvering, felles oppgaver og felles handlingsrepertoar. Dette er ment å skje ved at deltakere bringer med seg kompetanser som er utviklet gjennom deltakelse. Arbeidet er ikke godt nok tilrettelagt for kompetanseoverføring, og behovet for et godt faglig miljø er voksende. I praksis finner vi en hverdag der virksomhetene ikke er tilrettelagt for å utøve sykepleietjenestene på en tilfredsstillende og god nok måte. En slik avstand mellom intensjoner og realiteter kan bidra til å svekke muligheten for god overføring av læring og samhandling. Ulike former for informasjonsteknologi har endret arbeidsoppgavens karakter, måten man arbeider på og hvordan man kommuniserer. Irgens (2012) påpeker at profesjonsutdannede på en eller annen måte vil være avhengig av elektroniske virkemidler. Det blir i undersøkelsen gitt uttrykk for at informasjonsteknologi har endret arbeidsmåten til nattsykepleiere. Spesielt vises dette i rapportene, hvor flere virksomheter innfører stille rapport, eller ingen overlapping mellom de ulike vaktene. Personalets fellesforståelse kan dermed knyttes opp til utfordringer i informasjonsflyten og hvordan informasjon om beboere overføres fra vakt til vakt, når nytt personell overtar arbeidsoppgavene til de som er ferdige på jobb. Informasjonsoverføringen skaper rom for feiltolkninger. Informasjon føres videre ved forskjellige former for rapport, og ifølge flere av respondentene er det en viss sannsynlighet for at kritisk informasjon kan gå tapt i rapporteringen. Virksomhetene baserer sin organisering på at ansatte har tid til å finne all nødvendig informasjon og forstå den, før arbeidsoppgavene starter. Dialog er viktig for å unngå misforståelser og uheldige situasjoner. Funnene i studien tyder i tillegg på at mulighetene for å bygge et faglig miljø og skaffe riktige verktøy for nattsykepleiere som vil utføre sitt arbeid, er begrenset. Nattarbeid påvirker

både yteevne og konsentrasjonen (Teigen, 2009). Da kan en spørre seg om det er riktig tilrettelagde forhold når elektroniske læringskurs skal læres i løpet av nattevakt? Og blir det i det hele tatt gitt tilbud til kurs? Nattsykepleiere trenger å ha en bred og god kompetanse i forhold til behandling og pleie til beboere i kommunale virksomheter. Flere studier påpeker at helsepersonell mangler tilstrekkelig kunnskap om og forståelse av hva det innebærer at sykepleie og behandling tar utgangspunkt i den enkelte beboerens tilstand. Gjentatte studier har vist at sykepleiere har en tendens til å utforme pleie på sine egne oppfatninger av hva den syke trenger, og ut fra den innsikt og ekspertise den enkelte har tilegnet seg (Kirkevold et al., 2018). Dette viser at behovet for tydelig kunnskapssamhandling er nødvendig. Det gjelder også kompetansen om hvordan man kan samhandle for å kunne gi nettopp denne pasientgruppen koordinerte og helhetlige helsetjenester. Det bør i større grad undersøkes om sammensetningen av de ulike profesjonene på de ulike nattevaktene er med på å fremme beboergruppens behov. En sykepleier må kontinuerlig og systematisk arbeide med datainnsamling og observasjon, også om natta. Innsamlede data sier noe om den totale situasjonen som skal analyseres. Slike endringer er naturlige å vurdere sammen med lege, eventuelt andre yrkesgrupper. Samlet gir organisering av nattsykepleiere dårligere forhold til å holde seg oppdaterte, innhente ny kunnskap og samhandle for et totalt bedre tilbud for beboere. Skal Samhandlingsreformen lykkes er det en forutsetning at det må arbeides med helsepersonellens kompetanse i sektoren fremover for slik å sikre god kvalitet på tjenestene i kommunenes pleie- og omsorgstjenester (St.meld. nr. 47 2008-2009).

6.2 Faktorer som fremmer involvering av nattsykepleiere i samhandling

God samhandling skjer mange steder og hele tiden. Enhver som arbeider i helsetjenesten, plikter å legge pasientperspektivet til grunn for sine handlinger. Dette innebærer plikt til å se utover egne faglige rammer og forsøke å se pasientens helhetlig situasjon. Samhandling mellom aktører tenkes å øke effektivitet, sikkerhet og kvalitet på helsetjenestene (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2009) og innebærer at aktørene må finne felles mål og forståelse, ha tillit til hverandre, utveksle informasjon, erfaringer og kunnskap (Tjora & Melby, 2013).

6.2.1 Nattevakt som fellesforståelse

Menneskebehandlerne organisasjoner er avhengig av at yrkesutøvere som befinner seg lengst ned i organisasjonen har kvalifikasjoner og utviser ansvarlighet når de møter beboere ansikt til ansikt. Vabø & Vabo (2014) hevder at mange av organisasjonsreformene som har vært gjennomført de siste årene tilrettelegger for at yrkesutøvere skal underlegges regler og prosedyrer, eller oppfylle visse prestasjonskrav. Organisasjoner består altså av et oppsett av regler som normer, tradisjoner, kulturer, systemer, rutiner og lignende. Den fremste profesjonelle ressursen er kollegialitet (Svensson, 2103). Datamaterialet viser at samhandling mellom medlemmene i natt teamet, anses for å være svært viktig i arbeidshverdagen. Funn har vist at det på natt ikke legges opp til gode samhandlingsprosesser i virksomhetene. Når vi ser på funnene finner vi at prosessene nattsykepleiere omtaler handler først og fremst om vissheten om å få bistand når det meldes behov. Alle i kollegialitetsgruppen utvikler normer som bestemmer hvordan gruppen skal fungere og hvordan medlemmene skal oppfører seg. Kommunikasjon og forståelsen mellom teammedlemmene på natt anses for å være nærmest avgjørende for å skape gode og trygge rammer. Avklarte rolleforventninger ut fra mulighetene mellom personalet på natt ser ut til å være på plass. Det samsvarer med retningslinjer for å styrke samholdet og samtidig unngå uheldige konflikter. Bolman & Deal (2014) påpeker at å utvikle gruppens ferdigheter avhenger av medlemmenes evne til å forstå hva som foregår. De må også bli enige om hva som er grunnleggende i arbeidet som gjøres. De må finne frem til hva de har til felles. Nattsykepleiere viser til hvor trygg og betydningsfull opplevelsen av en teamfølelse er. Felleskapet de har seg imellom kan betegnes som relativt unikt, i den sammenhengen at de nesten ikke møtes ansikt til ansikt. Slik jeg tolker det utvikles det egne subkultur på natt. Jacobsen & Thorsvik (2015) påpeker at subkultur utvikles gjennom samhandling, hvor den formelle strukturen er en viktig årsak til at subkulturer dannes. I denne sammenheng ser jeg på arbeidstiden som den strukturelle faktoren. De omtaler tre mekanismer som fremmer utvikling av subkulturer innenfor formelle enheter i organisasjoner. Dette er sammenfallende med mekanismene som er å finne blant nattsykepleiere. Prosesser som fremmer samhandling for nattsykepleiere og resten av teamet på natt er felles forståelse. Slik Schein (1985) i Bang (2011) påpeker er det særlig fem typer begivenheter i en gruppe som bidrar til å skape en følelse av noe felles blant medlemmene. Dette felles er noe som Schein beskriver som felles angst, felles emosjonelle responser, felles synlig

handling, emosjonell utladning og emosjonell regresjon. Mennesker må samhandle med hverandre over en gitt periode, dele ulike typer av problemer og forskjellige måter å takle problemene på og dele de følelsesmessige reaksjoner som følge av disse hendelsene for at subkultur skal oppstå. Funn i undersøkelsen tyder på at det dannes slike subkulturer på natt i virksomhetene som igjen virker fremmede på samhandling. Også Orvik (2015) påpeker at samhandling er mer konkret og mer forpliktende enn samarbeid. Det fremkommer helt tydelig i funn fra sykepleiere på natt. Samhandling innebærer en gjensidig tilpasning mellom egne og kollegenes arbeidsoppgaver. Svarene fra respondentene er helt i samsvar. Det er nettopp den fellesforståelsen av situasjonen som forplikter å få til ting sammen. Respondentene opplever også anerkjennelse når de sammen med kollegaene får ting til å flyte og de backer hverandre opp. Arbeidsmiljøet i kommunale virksomheter består av både faglærte og ufaglærte, og samtlige respondenter forteller at de er del av et kollegamiljø som de definerer som «oss». Kollegaer er relasjonelt avhengige av hverandre (Spurkeland, 2017). Det bekrefter funnene i undersøkelsen helt tydelig. Nattsykepleiere er helt avhengig av sine medarbeidere og omvendt. Spurkeland (2017) sier at i en relasjon forventes fra begge parter at forbindelsen holdes ved like gjennom en form for fornyende kontakt. Likevekt i relasjonen dreier seg ikke om det formelle, men mer om følelsen av likeverd og respekt. Denne tilnærmingen til relasjonsbygging er også å fornemme i svarene fra respondentene. Oppgaver og ansvarsforhold er relativt tydeliggjort, og det vises forståelse for hverandres arbeidsoppgaver og kompetanse. Irgens (2012) viser til at det er enkeltmennesker som tar med seg verdier inn i organisasjonen. Etter hvert utvikler det seg fellesskapsverdier og felles grunnleggende antakelser. Fellesskapsverdier er det vi sammen mener er viktig og riktig, mens felles grunnleggende antakelser er de delte oppfatningene vi har, som oppfatningen om hvorfor avdelingen i det hele tatt eksisterer og hvem vi er til for.

6.2.1 Identitetsmangfold

Identitet sier noe om hvem man er som person og hvordan andre tolker det. For de aller fleste vil utdannelsen og yrket man utøver ha stor innflytelse på identiteten. Mens en individuell identitet er hvordan en person oppfatter seg selv, er sosial identitet et uttrykk for hvilke grupper man føler seg knyttet til. Som sykepleier i et profesjonelt yrke, knyttes de personlige og yrkets fellesfaglige identitetsmarkører sammen til

sykepleieidentiteten (Leenderts, 2014). Den personlige og den sykepleierfaglige identiteten blir til en. Med sykepleierens autorisasjon følger det med et selvstendig og personlig ansvar for å utføre arbeidsoppgavene på faglig forsvarlig måte (NSF, 2018). Vi kan se en atferd hos nattsykepleiere som leder oss i retningen av en sterk sykepleier identitet, men allikevel nært knyttet til både den profesjonelle og den sosiale identiteten. Samhandling som prosess inneholder en norm om handling; å gjøre noe sammen. Hensikten er sikre flyt i arbeidsprosessene slik at det er opplevd sammenheng i tiltak og tjenester. Det må være en fellesforståelse av situasjon og i større grad enn ved samarbeid (Orvik, 2015). Uavhengig av hvilken type rapportsystem det benyttes på de ulike arbeidsplassene, er det fremtredende at muntlig rapport er den som er mest verdsatt. Funn i undersøkelsen viser at flere respondenter kommer på arbeid betydelig tidligere enn vaktstart. Enten for å få muntlig rapport, eller få bedre tid til å lese seg til informasjon selv. En sterkt profesjonell identitet eller sykepleieidentitet trer frem, på bekostning av privatrollen. De kommer før for å motta informasjon som gir de nok trygghet til å gå en nattevakt i møte. Det fremkommer av undersøkelsen et en nattevakt er svært ofte uforutsigbar. Opplevelsen av uforutsigbarheten kan oppleves belastende, spesielt når informasjonen mellom vaktskiftene er mangelfull og kontaktarenaer mangler. Profesjonell identitet blir da i denne sammenhengen en tydelig fremmer for samhandling. Heggen (2013) hevder at den profesjonelle identiteten handler om selvrepresentasjon av en yrkesrolle. Selvidentiteten er grunnleggende, som profesjonell identitet bygger på.

Gjennom undersøkelsen støttet vi flere ganger på utsagn som handlet om «oss og dem». Det tyder på at nattsykepleiere plasserer seg selv i en sosial kategori. Den sosiale kategorien er et resultat av menneskers relasjoner. Profesjonelle inngår i mange «vi – de» grupper som er av stor betydning både for dem selv og for de avdelingene de har sitt arbeid i. Nattsykepleiere etablerer felles «vi-grupper» med sine kollegaer på natt (Nyhlen & Støkken, 2002). Det fordrer til felles identitet og fremmer relasjoner. Selv om nattsykepleiere har begrenset kontakt med sine kollegaer på natt, har de enda mindre kontakt med øvrig personell som arbeider på dag og kveld. Disse kollektive fortolkningene som skapes på natt er oppfatninger om virkelighetene som medlemmene utvikler og bruker for å skape mening i det de erfarer (Bang, 2011). De kollektive virkelighetsoppfatningene utvikler seg gjennom samhandling mellom gruppens medlemmer. For at en slik gruppe skal fungere, må man ha en viss forståelse om

hvordan virkeligheten defineres i den spesielle gruppen. Til tross for at nattsykepleiere har få rammer til å skape relasjonelle forhold, skapes det likevel tilhørighet. Når tilhørigheten blir sterk nok, begynner identifikasjon med stedet i ulike skalaer. I dette fellesskapet «vi-gruppen» utvikles kunnskapen om handlingsfellesskap. Nattpersonell styrker sin felles identitet gjennom å dele erfaringer og fortellinger, som igjen fremmer samhandlingsprosessen på natt. Denne yrkesidentiteten skapes i samspillet mellom personalet på natt. Den utvikles på bakgrunn av at gruppen utfører arbeid på samme tid av døgnet og opparbeider en felles forståelse. Arbeid er også en del av ens identitet, og en viktig arena for å eksponere og utvikle sin individuelle identitet. Ulike identiteters roller farger respondentene og fremmer samhandling. Profesjonsidentiteten blir mindre fremtredende og diffus i denne konteksten, da identitet som blir aktivert avhenger av hvilke relasjoner man inngår i. Svensson & Karlsson (2013) påpeker at alle profesjoner er på en eller annen måte knyttet til organisasjoner, der selve yrkesutøvelsen skjer, og hvor den profesjonelle kollegialiteten praktiseres. Denne formen kjennetegnes av likhet og samarbeid mellom kollegaer, iblant med ulik formell kompetanse. Helt i samsvar med hvordan nattevakter er organisert i kommunale virksomheter. Identitet – både for individ og organisasjoner – er noe en arbeider med, reflekterer og presenterer seg selv med (Bukve og Kvåle, 2014).

7.0 Avsluttende kommentar

I denne studien har jeg undersøkt hvordan samhandling med nattsykepleiere fungerer i arbeidshverdagen. Et veldig interessant og aktuelt tema for nattarbeidere. Fra før har det blitt utført omfattende forskning på nattarbeid generelt, og spesielt på helseeffekter av nattarbeid (Costa, 2010, Ha & Park, 2005; Karlsson, Knutsson, Lindahl, & Alfredsson, 2003; Nishitani & Sakakibara, 2007). I tillegg har det blitt forsket på hvordan skiftarbeid og lange arbeidsvakter kan påvirke pasientsikkerhet (Rogers, et al. 2004; Vedaa et al., 2017). Det har derimot ikke blitt utført studier som omfatter nattsykepleiere i samhandling. Dette førte meg til hovedproblemstillingen for oppgaven; *«Hvordan og i hvilken grad involveres nattsykepleiere i samhandling for å oppnå helhetlige tjenester i kommunale virksomheter?»*

Det kan virke som om den høye forventingen om samhandling i velferdsstaten om å oppnå helhetlige tjenester når det trengs, er komplekse og krever stor kompetanse. Når

samhandlingsreformen lover mer velferd, kompetanse og kunnskap enn kommunen kan realisere, skaper dette kompliserte utfordringer. Med bakgrunn i ulike reformer og samhandlingsreformen i front, kan det fremstå som at nattsykepleiere er tildelt en nærmest umulig oppgave.

Proessen med samhandlingsinvolvering av nattsykepleiere hemmes av ulike faktorer som direkte knyttes til nattarbeid. Felles oppgaveforståelse og svake arbeidsrelasjoner på tvers av vakter og samhandlende profesjoner skaper ubalanse i forholdet. Ubalansen forsterkes av manglende samhandlingsarenaer for nattsykepleiere. De er lite inkludert i det som er naturlige møtefora for å utveksle og diskutere fag og behandling. I tillegg oppstår det en utfordring i feltene hvor overføring av læring skal skje.

Samhandlingsreformen har blant annet ført til at nattsykepleiere får for liten eller ingen tid til fagutvikling og kompetanseheving, noe som vanskeliggjør profesjonsutøvelsen. På tilsvarende måte oppfattes informasjons- og kommunikasjonskanalene som uten dialog, da responsen på henvendelsene uteblir eller krever lang responstid. Teknologien i samhandlingssituasjoner med nattsykepleiere ser ut til å skape urealistiske forventninger til teknologi-mediert kommunikasjon, fordi den sjeldent skjer i felles tid. Relasjonsvariasjonene til sine nærmeste ledere ser ut til å påvirke samhandling i stor grad. Når relasjonene til nattsykepleiere svekkes, mister ledere oversikt over hvilke verdier som driver medarbeiderne. Det stilles krav til at nattsykepleierne skal utøve sykepleie av god kvalitet samtidig som arbeidstyngden øker, uten at tilstrekkelig mengde ressurser tilføres. Bemanningssituasjonen på natt tilsier at ledere bør vektlegge både å ha nok personell på de forskjellige avdelingene, samt at personalet har den nødvendige kompetansen og erfaringen som kreves for å yte helhetlige helsetjenester. Identitetskoblingene nattsykepleiere utviser øker graden av samhandling i denne konteksten. De fremtvinger ikke sin profesjonsidentitet, men trer inn det profesjonelle kollegialiteten.

7.1 Innspill til videre forskning

Funnene i denne studien kan gi grunnlag for videre forskning som kan gå enda mer i dybden for enkelte problemstillinger i kommunale virksomheter. Det kan være konsekvenser for beboere av mangel på inkludering av nattsykepleiere i samhandling. Et annet forslag til videre forskning er å undersøke synspunkter om samhandling sett fra

ledelses ståsted. Dette vil kunne komplettere bildet av samhandlingen i et videre perspektiv. Det kunne gitt en mer helhetlig forståelse av problemstillingen. Videre kan denne studien kobles på tidligere forskning som omhandler nattsykepleieres oppgaver og relaterte problemstillinger knyttet til helse og nattarbeid.

Slik jeg ser det bør alle sykepleierne i virksomhetene møtes for å utveksle og drøfte erfaringer fra sine egne vakter og lære av hverandre om sine respektive oppgaver og ansvar. De bør også drøfte og evaluere situasjoner de har opplevd som gode og/eller utfordrende, slik at læring og fagutvikling kan oppstå også i kommunene.

Jeg håper at denne kunnskapen kan være nyttig gjerne som en bevisstgjøringsprosess i forhold til sykepleiere som arbeider på natt. Videre håper jeg at ledere kan finne denne kunnskapen relevant, og bidra til at nattsykepleiere inkluderes i arbeidshverdagen.

Litteratur

Andersen, A., Tørner, T., & Rønning, E. (2008). *Skift og turnus – omfang og mønster*. (Statistisk Sentralbyrå-rapport nr.38/2008). Oslo: Kongsvinger.

Anderson, H. (2012). *Collaborative relationships and dialogic conversations: Ideas for a relationally responsive practice*. *Family Process*, 51(1), 8-24.

Andreassen, L. E. (2019). *Hva er riktig bemanning?* Hentet fra: <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2015/04/hva-er-riktig-bemanning>

Arbeidstilsynet. (udatert). *Arbeidstid*. Hentet fra: <https://www.arbeidstilsynet.no/arbeidsforhold/arbeidstid>

Ballo, Ø., Dahl, K., Fjeld, I.K.S., Knudsen, J.A., Unstad, M.E. (2014). *Samhandling. Gevinst eller tap?* Oslo: Kommuneforlaget AS.

Bang, H. (2011). *Organisasjonskultur*. Oslo: Universitetsforlaget.

Bergland, Å., Vibe, O., Martinussen, N. (2010). *Hvordan få sykepleiere til å se på sykehjem som en fremtidig arbeidsplass?* Hentet fra: <https://vid.brage.unit.no/vid-xmlui/bitstream/handle/11250/98867/Bergland%20sykepleien%202010.pdf?sequence=1>

Bjørkquist, C., Fineide, M. J. (red.) (2019). *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Bolman, L. G., Deal, T. E. (2014). *Nytt perspektiv på organisasjonsledelse. Struktur, sosiale relasjoner, politikk og symboler*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

Brottveit, G. (red.) (2018). *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder. Om å arbeide forskningsrelatert*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bukve, O., Kvåle, G. (red.) (2014). *Samhandling og kvalitet i helse organisasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Dalen, M. (2004). *Intervju som forskningsmetode – kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.

Damsgaard, H. L. (2010). *Den profesjonelle sykepleier*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Danielsen, K. K., Nilsen, E. R. & Fredwall, T. E. (2017). *Pasientforløp for eldre med kronisk sykdom*. Omsorgsbiblioteket: Omsorgsbiblioteket.

Dolonen, K. A. (2019). *Færre på vakt om natten*. Hentet fra: <https://sykepleien.no/2015/08/sykere-pasienter-kutter-pleiestillinger>

Døving, E., Elstad, B., Storvik, A., (red.). *Profesjon og ledelse*. Bergen: Fagforlaget.

Erichs, J. (2019). *Nattarbeid øker risiko for dødsfall med 26 prosent*. Sykepleien. Hentet fra: <https://sykepleien.no/2017/11/nattarbeid-oket-risiko-dodsfall-med-26-prosent>

Eriksson-Zetterquist, U., Kalling, T., Styhre, A., Woll, K. (2015). *Organisasjonsteori*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Fonn, M. (2019). *Dette bør du vite om nattarbeid*. Sykepleien. Hentet fra: <https://sykepleien.no/2015/05/dette-bor-du-vite-om-nattarbeid-0>

Gautun H & Bratt C. *Bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien og sykehjem*. NOVA Rapport nr 14. 2014. Hentet fra: <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2014/Bemanning-og-kompetanse-i-hjemmesykepleien-og-sykehjem>

Giuliani, M. V. (2003). Theory of attachment and place attachment. I M. Bonnes, T. Lee & M. Bonaiuto (Eds.), *Psychological theories for environmental issues* (ss. 137–170). England: Ashgate Publishing.

Grannum, V., Opsahl, G. & Solvoll, B-A. R. (2020). *Hvordan kan vi gi bedre pleie til pasienter med demens?* Hentet fra:
<https://sykepleien.no/meninger/innspill/2018/09/hvordan-kan-vi-gi-bedre-pleie-til-pasienter-med-demens>

Grimen, H. (2011). *Profesjonelt ansvar og gode ansvarspraksisar*. Utdanningsforbundet. Første steg nr. 2, 30-33.

Grimsmo, A., Kirchhoff, R., Aarseth, T. (2015). *Samhandlingsreformen i Norge*. Nordiske Organisasjonsstudier © 2015 Fagbokforlaget, 17 (3): 3–12.

Grimsmo, A., Løhre, A., Røstad, T., Gjerde, I., Heiberg, I. & Steinsbekk, A. (2016). *Helhetlige pasientforløp- gjennomføring i primærhelsetjenesten*. Tidsskrift for omsorgsforskning, 2(02), 10 s. doi: 10.18261/issn.2387-5984-2016-02-02.

Halvorsrud, L., Kuburović, J., Andenas, R. (2017). Jobbtilfredshet og livskvalitet blant norske hjemmesykepleiere. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 13(1).

Hanssen, G. S., Helgesen, M. K. og Homen, A. K. T. (2014). *Den forhandlende kommune i samhandlingsreformen – forhandlingspraksis og lederegenskaper*. Hentet fra:
https://www.idunn.no/file/pdf/66707869/den_forhandlende_kommune_i_samhandlingsreformen_forhandlin.pdf

Hernes, H. (2002). Profesjoner og relasjoner. *De profesjonelle*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Hovin, O. A. (2018). *Vi som jobber natt risikerer å få flere alvorlige sykdommer, men vi er en glemt gruppe*. Hentet fra:

<https://www.midnorskdebatt.no/meninger/ordetfritt/2018/06/07/Vi-som-jobber-natt-risikerer-å-få-flere-avgjørelser-men-vi-er-en-glemt-gruppe-16870545.ece>

Høst, Tor. (2014). *Ledelse i helse- og sosialsektoren*. Oslo: Universitetsforlaget.

Irgens, e. I. (2012). *Profesjon og organisasjon*. Bergen: Fagforlaget.

Jacobsen, D.I. (2012). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Johannessen, A., Tufte, P.A. og Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt.

Karlsson, B. & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid: Humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kaufmann, G., Kaufmann, A. (2003). *Psykologi i organisasjon og ledelse*. Bergen: Fagforlaget.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2017). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lahn, L. C. & Jensen, K. (2013). Profesjon og læring. *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Larsen, A. K. (2017). *En enklere metode: veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode*. Bergen: Fagbokforlaget.

Leenderts, T. A. (2014). *Person og profesjon* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lie, J. S., Arnberg, L., Goffeng, L. O., Gravseth, H. M., Lie, A., Haugen Ljoså, C. & Matre, D. (2014). *Arbeidstid og Helse: Oppdatering av en systematisk litteraturstudie (STAMI-rapport nr.1/2014)*. Hentet fra: <https://stami.brage.unit.no/stami->

xmlui/bitstream/handle/11250/2411025/STAMI-rapport-nr-1-2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Luthans, F. og Larsen, J. K. (1986). How managers really communicate. *Human relations*, 39, 161-178.

Meld. St. 34 (2012-2013). *Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Mintzberg, H. (1973). *The Nature of Managerial Work*. New York: Harper & Row.

Molander, A., Terum, L.I. (red.) (2008). *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

NSF, (2018). *Forsvarlighet - Om faglig kompetent og omsorgsfull sykepleie*. Hentet fra: [file:///C:/Users/pepii/Desktop/Master%20oppgaver/NSF%20Forsvarlighetshefte-april 2018..pdf](file:///C:/Users/pepii/Desktop/Master%20oppgaver/NSF%20Forsvarlighetshefte-april%202018..pdf)

Ramsdal, H., Michelsen, S. og Aarseth, T. (2002) «*Profesjonar, stat og lokalstyre*», *Den nye kommunen*. Kommunal organisering i endring. Bukve, O. og Offerdal, A (red.). Det Norske Samlaget, Oslo.

Riksrevisjonen. Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. Hentet fra: <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2015-2016/ressursutnyttelse-og-kvalitet-i-helsetjenesten-etter-innforingen-av-samhandlingsreformen/>

Ryen, A. (2012). *Det kvalitative intervjuet. Fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Saksvik-Lehouillier, I. (2015). «*Experiencing discomfort working alone on the night shift – relations to shift work tolerance, personality and work mastery*». Hentet fra: <https://psykologisk.no/sp/2015/12/e15/>

Sandås, N. (2014). *Når natta blir lang*. Hentet fra: <https://fagbladet.no/nar-natta-blir-lang-6.91.179702.4a267d0d26>

Sterud, T., Eiken, T., Grimsrud, T. K., Tynes, T., Aasnæss, S. (2008). *Organisatorisk arbeidsmiljø*. (NOA delrapport, 12/2008) Hentet fra: https://stami.brage.unit.no/stami-xmlui/bitstream/handle/11250/288523/stamirapporter_79.pdf?sequence=1

Svartdal, F. (red.) (2000). *Psykologi – en introduksjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Svensson, L. (2013). Profesjon og organisasjon. I Molander, A. og Terum, L., I. (red.). *Profesjonstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.

Teigen, I. M., Rendum, K. L., Slørdal, L., Spigset, O. (2009). *Feilmedisinering hos pasienter innlagt i sykehus*. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1337-41 doi: 10.4045/tidsskr.09.31088

Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tjora, A. (2018). *Hva er fellesskap*. Oslo: Universitetsforlaget.

Tjora, A. Melby, L. (2013). *Samhandling for helse. Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tønnessen, S., Kassah, B. L. L., Tingvoll W. A. (2016). *Hjemmesykepleien i samhandling med spesialisthelsetjeneste*. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2016/01/samhandling-med-spesialisthelsetjenesten>

Vangen, S. og Huxham, C. (2009) En teoretisk forståelse av samarbeidets synergi. I: Willumsen, E (Red.): *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Wig, S. (2019). *Hva svarer du på spørsmålet «hva jobber du med?»*. Hentet fra: <https://psykologisk.no/2019/08/hva-svarer-du-pa-sporsmalet-hva-jobber-du-med/>

Willumsen, E., Ødegård, A. (red.). *Tverrprofesjonelt samarbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.

Vedlegg 1

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Sykepleiernes arbeidsoppgaver på natt i en kommunal institusjon?»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å finne ut hvilke arbeidsoppgaver som utføres av nattsykepleiere. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med prosjektet er å undersøke «arbeidsdagen» for nattsykepleiere i kommunal sektor.

Forskningsspørsmål til analyse:

«Blir arbeidsbelastningen/fordelingen påvirket av hvordan arbeidsplassen er organisert?

«Hvordan arbeides det for å gi helhetlig tilnærming til brukere?»

«Hvordan oppleves samarbeidet mellom profesjoner på ulike nivåer i organisasjonen?»

Prosjektet er en masteroppgave som inngår i studiet «Masterstudium i samordning av helse- og velferdstjenester» ved Høgskolen i Østfold.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskolen i Østfold/Hiof er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Tilfeldig utvalg gjennom henvendelse til avdelingsledere og/eller virksomhetsledere i kommunale døgnbemannede institusjoner.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det dybdeintervju med varighet på ca 45-50 min. Opplysninger som samles inn i intervju er rettet mot arbeidsopplevelse på natt.

Opplysningene registreres på nettskjema-diktafon app.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålet vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Veileder og intervjuer vil ha tilgang til dine opplysninger.

Navn og dine kontaktopplysninger vil bli erstattet med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. All annet identifiserbar data vil lagres på Høgskolen i Østfold sin server.

Involverte deltakere vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjon, heller ikke institusjon/arbeidsplassen.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes vår 2020. Alle personopplysninger og opptak vil bli slettet/destruert ved godkjent prosjekt.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskolen i Østfold har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Høgskolen i Østfold ved førsteamanuensis Mona Jerndahl Fineide, +47 696 08 808, mona.j.fineide@hiof.no.
- Vårt personvernombud: Martin Gautestad Jakobsen.
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
Mona Jerndahl Fineide

Student
Petra Engebretsen

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Sykepleiernes arbeidsoppgaver på natt i en kommunal institusjon?*» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. vår 2020.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2

INTERVJUGUIDE

Fase 1: Rammesetting

1. Løst prat (5 min)

- Uformell prat

2. Informasjon (5-10 min)

- Forteller litt om temaet mitt; hvorfor sykepleiere på natt er av særlig interesse for min studie.
- Forklarer hva intervjuet skal brukes til, gir informasjon om taushetsplikt og anonymitet
- Spørre om noe er uklart
- Informer om ev. opptak og sørger for samtykke til ev. opptak
- Starter opptak

Fase 2: Erfaringer

3. Overgangsspørsmål: (15 min)

- Kan du beskrive vekten?
- Hvor mange pasienter har du ansvar for på en nattevakt som sykepleier? I hvor mange timer? Type arbeidsfordeling?
- Hva slags erfaringer har du med inkludering av nattsykepleiere i viktige spørsmål mtp arbeidsoppgaver tilknyttet natt? Både pasientrettet og andre type oppgaver.
- Sjekkliste eller oppfølgingsspørsmål

Fase 3: Fokusering

4. Nøkkelspørsmål: (50-60 min)

- Hvordan fungerer kommunikasjon, rapport og lignende? Kommer alle relevante opplysningene frem?
- Hvordan er arbeidsfordelingen mtp pasientgruppen, fast/vikar personell? Blir dine arbeidsoppgaver påvirket av dette?
- Er sykepleiere på natt invitert på sykepleiemøter og kurs på lik linje med dagpersonell?
- Hvilken rolle/nærhet opplever du til din nærmeste leder? Kollegaer som arbeider til andre tider og andre profesjoner på natt?
- Oppfølgingsspørsmål eller sjekkliste

Fase 4: Tilbakeblikk

5. Oppsummering (ca. 15 min)

- Oppsummere funn
- Har jeg forstått deg riktig?
- Er det noe du vil legge til?

Vedlegg 3

NSD sin vurdering

Prosjekttittel "Hvordan balanseres sykepleiernes arbeidsoppgaver på natt i en kommunal institusjon?"

Referansenummer 901618

Registrert 25.03.2019 av Petra Engebretsen - petra.engebretsen@hiof.no

Behandlingsansvarlig institusjon Høgskolen i Østfold / Avdeling for helse og velferd

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat) Mona Jerndahl Fineide, mona.j.fineide@hiof.no

tlf: 69608808

Type prosjekt Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student Petra Engebretsen, pepiina@hotmail.com, tlf: 93080001

Prosjektperiode 09.03.2019 - 01.07.2020

Status 25.03.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

25.03.2019 - Vurdert Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 25.03.2019. Behandlingen kan starte. MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres. TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.07.2020. SYKEPLEIERE SIN TAUSHETSPLIKT Sykepleiere har taushetsplikt. Det er derfor viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltpasienter eller avsløre taushetsbelagt informasjon. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksom på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, som for eksempel alder, kjønn, sted, diagnoser og eventuelle spesielle hendelser. Vi forutsetter også at dere er forsiktig ved å bruke eksempler under intervjuene. Forsker og informant har et felles ansvar for det ikke kommer frem taushetsbelagte opplysninger under intervjuet. Det kan derfor være hensiktsmessig om forskeren avklarer dette med informanten i forkant av intervjuet. LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a. PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for