

«Du må bare skrive ut, ønske lykke til, og stole på at det går bra!»

En kvalitativ undersøkelse av sykepleieres muligheter og begrensninger for skjønnsutøvelse når pasienter skal utskrives fra sykehus til kommunale helse- og omsorgstjenester.

Jorunn Aas Handeland¹ og Bodil Tveit²

Jorunn Aas Handeland¹, sykepleier, Master i helsefagvitenskap,

Høgskolelektor ved Institutt for sykepleie og helse, Diakonhjemmet Høgskole, Oslo

E-post: jorunn.handeland@diakonhjemmet.no

Bodil Tveit, sykepleier², PhD i profesjonsstudier, Førsteamanuensis ved Institutt for sykepleie og helse, Diakonhjemmet Høgskole, Oslo

Abstract

“You can only discharge them, wish them luck, and hope for the best!”

The aim was to investigate nurse's experiences of the possibilities to act according to their professional discretion in the process where patients are transferred from hospital to primary health services. Six in-depth interviews and one focus group interview with hospital nurses were conducted. The theoretical framework was based on Dworkin's concepts of discretion and Martinsen's description of prerequisites for discretion. Nurses collected and assessed complex information about the patients to be able to define the necessary level of care after discharge. Prerequisites for a robust assessment were adequate time, and the relationship to patients. Focus on effectivity, medical treatment, and limited possibilities to hand over their assessments to the municipal health services, created challenges. Nurses were negotiating between professional ideals and requirements from regulations. This created a potential conflict within the nurses between a professional role and a performer role, which in turn can lead to problematic consequences, both for nurses and for patients.

Key words/ Nøkkelord

discretion; discharge; judgment; transfer; profession, Skjønn; utskrivelse; vurdering; overføring; profesjon

Referee*

Introduksjon.

Da startskuddet for Samhandlingsreformen gikk i 2012 ble forbedring av koordineringen mellom nivåene i helsesektoren definert som et satsningsområde. Bakgrunnen var en vurdering av at det i overgangene mellom nivåene eksisterer et betydelig potensial for svikt.

Svikt i overgangene kan true pasientsikkerheten, gi unødige innleggelser, forlenge sykehusopphold, gi økt antall reinnleggelser og føre til at pasienter som trenger sammensatte og koordinerte tjenester ikke får det omsorgstilbudet de har behov for (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). I artikkelen settes søkelys på nettopp en slik overgang: nemlig når pasienter skal overføres fra sykehus til kommunale helse- og omsorgstjenester.

Studier fra norsk kontekst har funnet at overføringer mellom sykehus og kommunehelsetjenesten ofte er mangelfullt organisert og preget av ineffektiv kommunikasjon, sviktende informasjonsrutiner og manglende helhetstenking (Danielsen og Fjær 2010). Paulsen og Grimsmo beskriver utskrivningsforløpet som «*en reise på tvers av kulturelle og organisatoriske skiller*» (2008: 94). For å sikre overgangene er det utarbeidet rutiner og systemer for blant annet informasjonsutveksling og kommunikasjon. Til tross for dette består mange av utfordringene, og kvaliteten på informasjonen som formidles er ikke nødvendigvis blitt bedre (Hellesø og Fagermoen 2010; Hellesø, Sørensen og Lorensen 2005; Melby, Hellesø og Wibe 2010). En mulig forklaring kan være at sykepleiere i sykehus og kommune vurderer pasientens situasjon ulikt, og for eksempel kan ha ulike forståelser av hva det innebærer at en pasient er utskrivningsklar (Hellesø og Fagermoen 2010; Paulsen og Grimsmo 2008).

Studier av overføringsfasen har vist at sykepleiere er den yrkesgruppen som ofte påtar seg ansvar for å kompensere for manglende overføringsrutiner. De bidrar til at overføringene fungerer «*ved hjelp av fleksibilitet og faglig skjønn*» (Danielsen og Fjær 2010: 28). I følge Olsvold (2010) er ikke dette uproblematisk dersom det medfører at sykepleierne kan måtte bidra til praksis som strider mot forståelsen av hva som sykepleiefaglig sett er best. Paradoksalt nok stilles de oftere til ansvar for hvordan de sikrer driftsmessig kontinuitet, enn for hvordan de utfører direkte, klinisk pasientarbeid og sin omsorgspraksis (Olsvold 2010). Utenlandske studier har vist tilsvarende funn, så problemstillingene er ikke særnorske (Connolly, Grimshaw, Dodd, Cawthorne, Hulme, Everitt, Tierney, Deaton 2009; Wong 2004).

I jakten på det helhetlige, sømløse helsetilbudet, anser vi det som fruktbart å undersøke hva slags praksis gjeldende rutiner danner grunnlag for. Hensikten med studien artikkelen bygger på var å utforske forholdet mellom sykepleieres profesjonelle skjønnsutøvelse, og rutiner og føringer for utskriving og overføring av pasienter til kommunehelsetjenesten. Studien tok utgangspunkt i følgende forskningsspørsmål:

1. Hvordan opplever sykepleierne sin rolle ved utskriving av pleietrengende pasienter fra sykehus til kommunehelsetjenesten?
2. Hvilket rom for skjønnsutøvelse finnes det i sykepleiernes praksis knyttet til utskriving og overføring av pasienter, og hvordan påvirkes skjønnet av rutiner og forskrifter?

Teori om skjønn.

Profesjonalitet og skjønn fremstilles ofte som tett sammenvevd, da profesjonelt arbeid kan defineres som profesjonell kunnskap anvendt med skjønn i enkeltsituasjoner (Grimen og Molander 2008; Krogstad og Foss 1997; Molander og Eriksen 2008) Ved bruk av skjønn

tilpasses fagkunnskap, erfaring og handlingsregler slik at det blir mulig å handle riktig og hensiktsmessig i situasjonen (Alvsvåg 2007). I studien henter vi inspirasjon fra to komplementære forståelser av skjønn:

Rettsfilosofen Ronald Dworkin har beskrevet skjønn som et rom for handlingsfrihet omgitt av restriksjoner i form av normativt forankrede standarder, populært beskrevet som «*the hole in the doughnut*» (1977: 31). Behov for skjønn oppstår, ifølge Dworkin, i situasjoner der en person må fatte beslutninger utfra visse «standarder». Dworkin definerer standardene som alt fra lovverk til føringer, rutiner og retningslinjer, som er fastsatt av bestemte autoriteter. Først når en slik situasjon har oppstått er det relevant å snakke om skjønn, og da er skjønn uunngåelig. Dworkin hevder det er misvisende å påstå at man enten har eller ikke har skjønn, men skiller imidlertid mellom det han betegner som svakt og sterkt skjønn. I et handlingsrom som åpner for svakt skjønn er aktøren i betydelig grad bundet av bestemte standarder. I et handlingsrom som tillater sterkt skjønn er aktøren i mindre grad bundet av standardene, og har dermed større frihet til å velge mellom reelle handlingsalternativer (Dworkin 1977; Grimen og Molander 2008).

Omsorgsfilosof Kari Martinsen er opptatt av hvordan skjønnets handlingsrom skapes av at gitte forutsetninger er til stede: «*Skjønn trenger tid, rom og stillhet, og mulighet for samtale*» (2005: 41). Der forutsetningene er tilstede eksisterer det grunnlag for forståelse, som igjen er en forutsetning for å kunne handle riktig. Martinsen er kritisk til en utvikling som fører til at sykepleieren må gjøre sine vurderinger i et system som i økende grad baserer seg på regler, retningslinjer og standarder. Dersom systemet oppfordrer til å etterleve standarder uten nærmere tilpasning og situasjonsanalyse, svekkes viktige forutsetninger, og risikoen er stor for at skjønn tilsidesettes. (Martinsen 1997; 2005). Med Martinsens perspektiv er det implisitt at sykepleie må utøves i et handlingsrom preget av sterkt skjønn.

Felles for Dworkin og Martinsen er at de fastholder at profesjonsutøveren både er ansvarlig for, og må kunne begrunne og argumentere for sine handlingsvalg. For å ivareta et profesjonelt ansvar må standarder tolkes og tilpasses enkeltsituasjoner ved å anvende skjønn. Automatisk etterlevelse av regler kan aldri forsvares, og regler må aldri anvendes for å forsvare handlinger som strider mot gjeldende moral og etikk (Dworkin 1977; 1993; Martinsen 1989; 1997).

Skjønnsutøvelse er omdiskutert innenfor profesjonell praksis. Diskusjonene om skjønnets plass dreier seg ofte rundt to hovedargumenter: 1) sterk grad av skjønn i profesjonell praksis kan komme i konflikt med samfunnets krav til rettferdighet og likebehandling, og 2) svært strengt regulert praksis kan vanskeliggjøre profesjonelt skjønn og individuell behandling, og dermed forringe kvaliteten på tjenestene (Alvsvåg 2007; Austgard 2010; Grimen og Molander 2008; Molander og Terum 2008).

Utskrivningsrutinene.

I norsk helsetjeneste eksisterer det mange føringer og rutiner, eller standarder, som regulerer samhandlingen mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste. I artikkelen tar vi utgangspunkt i *Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter* (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). Forskriften er førende for gjeldende administrative rutiner og for finansiering av helsetjenesten, og det fastslås sentrale prinsipper som blant annet skal gjelde for hvordan

overføring av pasienter fra sykehus bør foregå. I forskriften står det, at det ved sykehusinnleggelse skal vurderes hvorvidt pasienten vil trenge kommunale tjenester ved utskrivelse. Dersom helsepersonell i sykehus vurderer at pasienten vil ha behov for kommunale tjenester skal kommunen varsles innen 24 timer, eller når et slikt behov oppstår. Ved en slik varsling skal det også vurderes og varsles om når man forventer at pasienten kan utskrives.

Sentralt i forskriften står vilkårene for at en pasient skal kunne vurderes som utskrivningsklar. I følge forskriften er en pasient utskrivningsklar når følgende er vurdert og dokumentert: «a) problemstillingen(e) ved innleggelse, slik disse var formulert av innleggende lege, skal være avklart, b) øvrige problemstillinger som har fremkommet skal være avklart, c) dersom enkelte spørsmål ikke avklares skal dette redegjøres for, d) det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose(r), og videre plan for oppfølging av pasienten og e) pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelsen, og forventet framtidig utvikling skal være vurdert.» (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). Når pasienten er vurdert som utskrivningsklar skal kommunen varsles om dette. I merknadene til forskriften påpekes det at varsler fra sykehuset ikke skal «bestemme eller gi uttrykk for hvilket tilbud pasienten skal ha i kommunen etter utskrivning. Det er opp til kommunen å vurdere hvilket tilbud og hvilket omfang tilbudet til pasienten skal ha etter utskrivning.» (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). Samarbeidsavtaler og rutiner som utarbeides i de enkelte helseforetak og kommuner skal være i samsvar med forskriften.

Metode.

Studiens empiriske materiale ble samlet gjennom en kvalitativ intervjuundersøkelse bestående av seks semistrukturerte dybdeintervjuer og ett fokusgruppeintervju med fire deltakere. Hensikten med de individuelle intervjuene var å innhente data om sykepleieres erfaringer og vurderinger gjennom samhandlingsforløpet. Hensikten med fokusgruppeintervjuet var å utdype sentrale temaer som fremkom fra de individuelle intervjuene, samt å validere funnene (Halkier 2008; Kvale og Brinkmann 2009; Polit og Beck 2008).

De ti respondentene var sykepleiere i direkte pasientarbeid ved medisinske og kirurgiske sengeposter ved et norsk lokalsykehus. Respondentene ble rekruttert strategisk for å sikre ønsket bredde i erfaring (Malterud 2003; Polit og Beck 2008). Respondentene hadde jobbet fra ett til 35 år og var i alderen 25 til 58 år.

Datainnsamlingen ble gjennomført i første kvartal av 2011. De individuelle intervjuene ble foretatt med utgangspunkt i en tematisk intervjuguide der hensikten var å få frem respondentenes erfaringer med sine oppgaver og utfordringer i planlegging og overføring av pasienter fra spesialisthelsetjeneste til kommunehelsetjeneste. Utfra analyse av de individuelle intervjuene ble det utarbeidet en intervjuguide for fokusgruppeintervjuet. Det ble gjort lydopptak av alle intervjuene.

Intervjuene ble analysert gjennom en fortolkende meningsanalyse (Kvale og Brinkmann 2009; Ryan og Bernard 2000). Både de individuelle intervjuene og fokusgruppeintervjuet ble transkribert verbatim, med normalisering til skriftlig språk (Halcomb og Davidson 2006). Først leste forfatterne den transkriberte teksten fra de individuelle intervjuene grundig for å få et overordnet inntrykk av innholdet. Deretter ble det foretatt en meningsfortetting med påfølgende koding av meningsenheter. Ut i fra disse ble meningsbærende temaer identifisert.

På dette stadiet av analysen ble intervjuguiden til fokusgruppeintervjuet utarbeidet, utfra temaene som var identifisert. Fokusgruppeintervjuet ble transkribert, meningsfortettet og meningsbærende temaer som kunne relateres til funnene fra de individuelle intervjuene ble identifisert. Deretter ble temaene fra gruppeintervjuet og de individuelle intervjuene koblet sammen og analysert samlet videre. Gjennom analyseprosessen ble det tydelig at temaene knyttet an til sykepleiernes oppgaver og erfaringer gjennom pasientforløpet. Det ble derfor naturlig å strukturere temaene lineært, og å koble dem til pasientforløpet fra innleggelse til utskrivelse. Begge forfattere har vært aktive gjennom hele prosessen. Førsteforfatter gjennomførte intervjuene og transkriberingen under veiledning av andreforfatter. Begge forfatterne gjennomførte deretter den videre analysen sammen.

Validitet og etiske vurderinger.

Datainnsamlingen ble utført ved førsteforfatters arbeidsplass, noe som kan ha ulemper og fordeler (Halvorsen, Johnsen, Repstad, Aasland og Balsnes 2009). Kjennskapen til arenaen kan ha gjort det vanskelig å oppdage nye og ukjente aspekter ved datamaterialet (Gubrium og Holstein 2003). Samtidig kan kjennskapen ha bidratt til at intervjuene opplevdes som aktuelle og relevante av sykepleierne, og til å relatere prosjektet til praksis. Det kan også ha styrket mulighetene til å forstå sykepleiernes historier. Lokale forhold og demografi skiller det aktuelle sykehuset fra sykehus det kan være naturlig å sammenligne det med. Funnene er derfor ikke automatisk overførbare til andre arenaer, men fordi sentrale føringer er nasjonale, kan vi anta at sykepleiernes situasjon ved dette sykehuset ikke er unik. Dette bidrar til relevans og overføringsverdi.

Gjennom intervjustudien har vi ønsket å belyse sykepleiernes fortellinger om sine erfaringer og gjøremål. Studien kunne kanskje vært styrket dersom intervjuene hadde vært supplert med observasjoner av hva sykepleierne faktisk gjør. Det metodiske grepet med bruk av både individuelle intervjuer og fokusgruppeintervju antas på den annen side å styrke gyldigheten av funnene.

Prosjektet ble meldt til NSD. Sykehusledelsen gav tillatelse til å gjennomføre intervjuene. Respondentene mottok muntlig og skriftlig informasjon, det ble innhentet skriftlig samtykke, og de fikk mulighet til å trekke seg om og når de måtte ønske. Respondentene er anonymisert.

Funn.

Funnene er analysert med utgangspunkt i forskningsspørsmålene. Fremstillingen bygger på sykepleiernes beskrivelser av egen praksis og er organisert under seks tematiske overskrifter, som i hovedsak følger kronologien i et pasientforløp.

Innsamling og vurdering av kompleks informasjon fra dag 1.

Allerede fra innleggelsen startet sykepleierne vurderingen av pasientens tilstand med tanke på en kommende utskrivning. For å skaffe et solid grunnlag for vurderingen, samlet de kompleks informasjon fra journal, gjennom observasjon av pasienten og i samtale med pasient og pårørende. Informasjonen vurderte de i lys av faglig kunnskap, verdier og erfaringer. Basert

på dette, konkluderte de med hvorvidt pasienten ville trenge kommunale tjenester etter utskrivelsen, og hva slags bistand som ville være best:

Når jeg tar imot en pasient prøver jeg å få tatt en anamnese ved å intervjuer pasienten. Da kan jeg kartlegge hvordan ting har fungert hjemme, og jeg får utsikter for hvordan oppholdet kan bli. Det peker på hva som skal skje etterpå.

Ofte stod en mer systematisk vurdering av pasientens evne til mobilisering og fungering i dagliglivet sentralt i vurderingen sykepleierne gjorde av pasientens kommende bistandsbehov. En sykepleier beskrev det slik:

Jeg pleier å ta pasienten opp på sengekanten, ser om han klarer å reise seg og gå. Jeg vurderer hvor stødig han står. I matsituasjonen ser jeg om han faktisk klarer å få i seg maten. Man ser jo veldig godt i stell- og matsituasjonen hvordan han fungerer.

De mer erfarne sykepleiere kunne i enkelte tilfeller gjøre vurderingen ganske raskt ut i fra et umiddelbart inntrykk av pasienten:

Man kan tydelig se at: Ok, her må han ha mer hjelp hjemme eller sykehjem. Det klarer man å se ganske fort.

Utfra en helhetlig vurdering av informasjonen avgjorde sykepleierne om det skulle sendes innleggelsesmelding til kommunen innen de første 24 timene.

Justering av vurderingen.

Etter at innleggelsesmeldingen var sendt, fortsatte sykepleierne sin vurdering av pasientens omsorgsbehov. De samlet kontinuerlig informasjon og justerte de opprinnelige vurderingene. Samtlige sykepleiere beskrev hvordan de så for seg pasienten i sin hjemmesituasjon. På den måten dannet de seg et indre bilde av hvordan pasienten skulle kunne få det dersom han skulle bli skrevet ut til hjemmet:

Når jeg ser de skraleste tenker jeg: "Hvordan skal dette gå?" Jeg ser for meg hvordan de skal få det hjemme. At de blir sittende alene i en stol store deler av dagen, men hjemmesykepleien som kommer noen ganger for å hjelpe dem.

Noen ganger kunne sykepleierne se at pasienten fint var i stand til å klare seg hjemme:

Jeg ser for meg at pasienten kan sitte oppe i stolen noen timer, og klare seg med hjelp til morgenstell og kveldsstell. Da prøver vi det.

En annen sykepleier refererte til en pasients beskrivelse av vanskelige og tøffe dager hjemme:

Hun satt hjemme hele dagen. Hjemmesykepleien kom tre ganger om dagen. De fulgte henne til en stol, så ble hun sittende å se tv, hun var redd. Hvis hun måtte på toalettet måtte hun bare gjøre fra seg der og da.

Når sykepleierne betraktet disse indre bildene av pasientens mulige hjemmesituasjon, så de forbi sykehusoppholdet og forsøkte å forutse mulige konsekvenser av at pasienten måtte reise hjem. Dette kunne forsterke den oppfatningen de hadde gjort seg, eller tjene til at de måtte

justere den. Uansett ansporet det dem til å jobbe for at pasienten skulle få det de opplevde som et egnet tilbud fra kommunen.

Krav om effektivitet.

Krav om effektivitet lå som en sterkt artikulert forventning gjennom hele oppholdet. Sykepleierne opplevde at rutinen om at kommunen skal varsles innen 24 timer la sterke føringer for pasientarbeidet. Selv om de forsøkte å etterleve dette, syntes noen at det å skulle fokusere på utskrivelsen så tidlig forstyrret møtet med, eller skapte avstand til, pasienten:

Jeg må jo sette meg opp som en autoritet mer enn den åpne favnen. Det er jo ikke det pasienten ønsker å høre første dagen: at vi skal planlegge utreisen!

Sykepleierne tilstrebet både at pasientoppholdene ikke skulle bli lenger enn høyst nødvendig, samtidig som den enkelte pasient skulle få den tiden han trengte. På den ene siden var tidlig planlegging viktig for å opprettholde drift, samtidig uttrykte enkelte frykt for at fokuset på pasienten skulle forsvinne:

Det er viktig at vi er stolte over å ha det effektivt, men jeg kunne like gjerne svart omvendt: at vi ikke får konsentrert oss om her og nå, når pasienten skal ut med en gang.

Det ble stilt spørsmålsteget ved om det overhodet var mulig å være effektiv nok, fordi det alltid ble forventet at forløpet burde gå enda raskere. Effektiviteten kolliderte ofte med sykepleiernes vurdering av eldre, skrøpelige og svært syke pasienters behov for tid og forutsigbarhet:

Jeg er skeptisk til at alt skal gå så fort. Disse gamle tåler ikke at ting går sånn «180- grader rundt på en gang» - det nytter nesten ikke.

Tempoet som ble forventet kunne føre til at sykepleiere måtte besørge utskrivelser som, i deres øyne, skjedde for tidlig eller forhastet. Dersom tempoet tok overhånd fryktet noen av sykepleierne at pasienten ville bli skadelidende. Én fortalte følgende historie:

Det var en dame som var ganske skrall som skulle hjem. Jeg prøvde å si at: «Hun har jo ikke klær, noen må komme med det til henne!», men nei: hun skulle hjem. Jeg måtte sende henne hjem i ambulanse fordi hun ikke hadde klær, og det er jo ikke greit! Det er effektiviteten i sykehusverdenen, at det skal gå fort og raskt.»

Når funksjonsvurdering møter medisinsk vurdering.

Fordi pasientene skulle utskrives så snart de var meldt utskrivningsklare, stod selve beslutningen om at pasientene var utskrivningsklare, sentralt. Selv om legene hadde det endelige ansvaret for beslutningen om utskrivelse, var det sykepleiernes oppgave å vurdere pasientenes samlede funksjonsnivå og forventede utvikling:

Pasienten skal være sånn at han kan reise seg opp av senga og komme seg ut på badet selv. Han skal kunne klare seg uten veldig mye hjelp: bare at noen er der og tilrettelegger og kommer med mat og sånn.

Når beslutningen skulle fattes diskuterte leger og sykepleiere sammen. Da hendte det at sykepleierens vurdering var svært forskjellig, og noen ganger motstridende til legens vurdering:

Legen kan si: "Ja, CRP er synkende, vi kan gå fra antibiotika intravenøst til tableter. Så tar vi ut kateteret i dag, så kan han reise hjem i morgen". Da har pasienten å bli utskrivningsklar: fra en dag til en annen.

I møte med legens medisinske vurdering kunne sykepleierne oppleve at det var vanskelig å få gehør for sin vurdering av pasientens funksjonsnivå og evne til å ta vare på seg selv. Flere sykepleiere uttrykte frykt for at den medisinske vurderingen ble vektlagt i for stor grad, og at det medisinske perspektivet fikk dominere på bekostning av sykepleiernes funksjonsperspektiv når beslutningen ble fattet:

Det er forskjell på å være medisinsk klar og klar. Det er ikke alltid diagnosen som sier noe om hvordan han faktisk fungerer! Jeg skulle jo ønske at pasienten faktisk var klar!

Informasjonen om pasientens funksjonsnivå ble oppsummert i et kartleggingskjema. Sykepleierne hadde et svært bevisst forhold til hvordan de fylte ut skjemaet og hva de ville oppnå med det:

Gjennom skjemaet kan vi gi bestillerkontoret et bilde av pasientens funksjon. Jeg vil at bestillerkontoret skal se alvoret i situasjonen, at de skal våkne, og ser at her er det er pasient de må ta tak i!

Å forsøke å påvirke vedtaket uten å få anbefale.

Et dilemma med funksjonsvurderingskjemaet, var at det var basert på avkryssing. Dette opplevdes som en forenkling av virkeligheten. Pasientens situasjon var, ifølge sykepleierne, mye mer nyansert enn det skjemaet gjorde det mulig å beskrive. Særlig utfordrende kunne det være å formidle informasjon om pasientens psykiske eller kognitive fungering:

Det er tre kolonner, men det er jo glidende overganger i virkeligheten. De sier lite om pasientens mentale og psykiske tilstand.

Dette kunne medføre at hensyn til pasienter med god fysisk fungering, men med stort pleiebehov på grunn av sin mentale tilstand, ble oversett når vedtak skal fattes:

Det er ofte jeg føler at de ser på det fysiske, men at det ikke legges nok vekt på at pasienten har vært i en forvirringstilstand, eller har så langtkommen demens at det ikke fungerer med hjemmesykepleie som går ut og inn.

Når sykepleierne i tillegg ikke hadde mulighet til å gi konkrete anbefalinger til kommunen, på bakgrunn av prinsippet om at kommunen fritt skal kunne fatte vedtak utfra informasjonen fra sykehuset, kunne det føre til opplevelse av maktesløshet. Flere av sykepleierne gav uttrykk for at, når de gjennom hele oppholdet hadde gjort en vurdering av hva pasienten ville trenge, anså de det som sin oppgave å formidle denne vurderingen:

Det er vi som sykepleiere som ser pasienten nærmest. Så jeg synes bestillerkontoret kanskje i større grad bør høre på sykepleierne, som er hos pasienten hele tiden. Det gir følelse av

avmakt noen ganger, hvis man ikke blir hørt på de observasjonene man er lært opp til å gjøre, og som man tenker er en god ting å gjøre som sykepleier.

Prinsippet fremstod som en hindring i sykepleiernes streben etter å formidle sin forståelse av pasientens behov. De risikerte også sanksjoner dersom de brøt med det. En sykepleier hadde opplevd å få klage fordi hun hadde uttrykt noe som ble oppfattet som en anbefaling:

Jeg sa at pasienten ønsket sykehjemsplass. Det ble opplevd som at jeg anbefalte noe. Det var ikke min jobb, men jeg mener at det er min jobb!

Det bildet sykepleierne hadde etablert av pasientens situasjon, anså de som pålitelig fordi de var sammen med pasienten gjennom hele døgnet:

Jeg tror ikke vi undervurderer pasienten, vi ser ham den tiden han er på sykehuset og er så tett på ham, så jeg tror beskrivelsen vi gir er ganske reell.

I følge sykepleierne fikk de gjøre sine vurderinger, men de fikk ikke alltid ha dem som handlingsgrunnlag. Dilemmaet ble forsterket av at det samtidig ble forventet at sykepleierne skulle støtte bestillerkontorets vedtak, selv når de var uenige:

Det er litt rart egentlig, at vi ikke kan skrive det at vi tror eller vi anbefaler. Jeg har så lyst til å si: «selvfølgelig bør han få sykehjem», men så har jeg ikke myndighet til å si det. Det føles urettferdig mange ganger, å være lojal, for jeg er ganske uenig.

Klumpen i magen.

Flere sykepleiere beskrev selve utskrivelsesprosessen som den største kilden til frustrasjon og samvittighetskvaler. Konflikten oppstod som regel når pasienten måtte skrives ut til et tilbud sykepleieren vurderte som utilstrekkelig. Oftest innebar dette at pasienten reiste hjem med hjemmesykepleie, mens sykepleieren anså at det beste ville vært sykehjemsplass:

Du kjenner på en måte dårlig samvittighet, men du kan ikke gjøre noe og du kan ikke påvirke det. Det kan for eksempel være pasienter du ser trenger sykehjem, og så må de hjem med hjemmesykepleie. I tillegg må du argumentere overfor pårørende om hvor fint det er at pasienten skal få lov å være hjemme. Du kan støtte pårørende i at de er frustrert, men må også si: "Jeg tror det skal gå bra". Den er ikke grei, nei. Det er jo ikke sånne holdninger du ønsker å ha.

En grunn til at noen sykepleiere opplevde det vanskelig å skrive ut pasienter til hjemmet kunne være at de ikke helt stolte på at hjemmetjenesten hadde kapasitet til å ivareta pasienten godt nok:

Det er av og til vanskelig å føle seg trygg på at de får den oppfølgingen hjemme du føler at de har behov for. Du vet at det er mange som er innom, og det er mange ufaglærte. Praktisk bistand skal ha ansvar for ernæring: Hva er det de gjør? De skjærer brød, men det er ingen som sjekker om maten blir spist.

Dersom bistanden i hjemmet ikke fungerte kunne resultatet bli reinnleggelse etter kort tid, noe flere hadde erfart:

Denne pasienten kan lett komme tilbake fordi det ikke fungerer. Han kommer inn med sår, er underernært og i dårlig forfatning. Da får du den dårlige klumpen i magen fordi du så det, men ikke kunne gjøre noe.

Flere uttrykte at de opplevde det som meningsløst å skrive pasienten ut til et tilbud de hadde liten tro på at ville fungere. Sykepleierne hadde begrenset mulighet til å påvirke beslutninger og vedtak, og de nådde ikke alltid frem med sin vurdering av pasienten. Likevel kunne de ikke gjøre annet enn å skrive ut pasienten, slik en sykepleier uttrykte det:

Du må bare skrive ut, ønske lykke til, og stole på at det går bra!

Diskusjon.

Funnene indikerer at sykepleierne foretar skjønnsbaserte vurderinger gjennom hele pasientens sykehusopphold med tanke på hva som vil være pasientens behov etter sykehusoppholdet. Underveis i prosessen, og særlig i selve utskrivningsfasen, oppstår det konflikter og spenninger der sykepleiernes handlingsrom begrenses og deres faglige vurderinger tilsidesettes.

Mulighetsrommet for skjønnsutøvelse.

Sykepleierne anvender skjønn når de vurderer pasienten med tanke på utskrivning helt fra innleggelsen. De etablerer tidlig en forståelse av pasientens behov for bistand etter sykehusoppholdet ved å koble sammen kompleks informasjon fra ulike kilder, som pasientens historie, aktuell sykdomssituasjon, funksjonsnivå før og nå, samt egne erfaringer med hva som har fungert bra og dårlig ved lignende pasientforløp. Koblet sammen med sykepleiernes fagkunnskap og forståelse av god omsorg, danner dette grunnlaget for vurderingen sykepleierne gjør videre. Funnene viser også hvordan vurderingen justeres underveis i pasientoppholdet. Skjønnsutøvelse kan beskrives som nettopp slik praktisk anvendelse av ulike kunnskapsformer i konkrete situasjoner (Grimen og Molander 2008). De konkrete situasjonene har alltid sitt utgangspunkt i møtet mellom sykepleier og pasient. Gjennom samtale og nærhet etablerer sykepleierne en relasjon til pasienten. Dette er i tråd med Dåvøy (2005), som viser at sykepleiernes skjønnsutøvelse uløselig er knyttet til pasientrelasjonen, og Christoffersen (2011) som hevder at en skjønnsvurdering aldri kan løsrives fra møtet mellom mennesker. Skjønnsutøvelsen dreier seg da om hvordan sykepleierne fortløpende fanger opp, tolker og forstår inntrykkene fra pasienten, og bringer dette inn i vurderingene av ulike handlingsalternativer (Martinsen 1997). Så fremt sykepleierne har mulighet til å ha sin forståelse av pasienten som handlingsgrunnlag, og de kan etterleve rutinene på en måte som kan føre til at pasientens behov ivaretas, sammenfaller mulighetene for skjønnsutøvelse med Dworkins (1977) beskrivelse av et handlingsrom preget av relativt sterkt skjønn.

Selv om sykepleierne har lite formell myndighet når det gjelder de endelige beslutningene, forsøker de å påvirke beslutningene. De handler skjønnsbasert når de formidler sin vurdering for å sikre at pasientens beste ivaretas, slik de for eksempel gjør når de argumenterer for at beslutningen om at pasienten er utskrivningsklar bør utsettes fordi pasienten trenger mer tid til å restituere seg. Gjennom argumentasjon går sykepleierne i dialog med de som har beslutningsmyndighet. Forutsatt at de anvender argumenter som har gjennomslagskraft i situasjonen, er det mulig for sykepleierne å påvirke beslutningene. Da eksisterer det et rom

der skjønnnet kan utspille seg i (Martinsen 1997). I og med at argumentasjon er en forutsetning for at de skal kunne holdes ansvarlige, søker sykepleierne å ivareta et profesjonelt ansvar når de argumenterer for sine vurderinger (Dworkin 1977; Martinsen 1989).

Skjønnnet begrenses.

Funnene viser at kravet om effektivitet er det elementet som i størst grad begrenser sykepleiernes muligheter for skjønnsutøvelse. Samhandlingsreformen innebærer en raskere overføring av pasienter fra spesialist- til kommunehelsetjeneste. Til *Forskrift om kommunal medfinansiering* knytter det seg økonomiske insentiver, noe som forsterker presset for å få ned liggetiden. Denne typen effektivitet står i motsetning til tid som en grunnleggende forutsetning for skjønn (Martinsen 2005). Sykepleiernes erfaringer viser at de kan oppleve at effektivitetskravene reduserer deres mulighet til å etablere en relasjon til pasienten. Når sykepleierne forteller at de ikke kan møte pasienten med åpen favn, eller at de ikke får konsentrert seg om *her og nå*, opplever de å måtte distansere seg fra pasienten. Dermed reduseres også muligheten til å etablere en solid forståelse for pasientens situasjon (Dåvøy 2005, Christoffersen 2011). Det er lite i sykepleiernes beskrivelser som omhandler hvorvidt de stilles ansvarlige for hvordan de ivaretar individuell pleie og behandling. Ansvar er mer rettet mot hvordan de får systemet til å fungere effektivt. Både Olsvold (2010) og Conolly (et al. 2009) viser til liknende funn, der sykepleiere primært stilles ansvarlige for hvordan de skaper effektivitet.

Til tross for at de gjør funksjonsvurderinger, erfarer sykepleiere at informasjonen de innehar om funksjon og psykososiale forhold ikke alltid inkluderes i beslutningsprosessene. Fordi flere beslutninger i stor grad bæres av medisinske fakta, risikerer sykepleierne at informasjonen de gir tilsidesettes dersom den ikke er forenelig med medisinske fakta. De opplever frustrasjon når de ikke får gehør for argumenter om pasientens tilstand, eller vurderingen av hans muligheter til å kunne fungere hjemme. Det kan være utfordrende for sykepleierne å argumentere for sine handlinger og vurderinger, slik de ifølge Dworkin og Martinsen har ansvar for. Dersom det ensidig fokuseres på medisinske forhold, kan dette påvirke hva slags bistand pasienten tilbys. I følge Hellesø og Fagermoen (2010) bør fokus flyttes fra det sykdomsorienterte, til i større grad også handle om pasienters omsorgs- og pleiebehov.

Selv om prinsippene om tidlig utskriving og om at helsepersonell ikke får anbefale tiltak for kommunen kan forklares utfra driftshensyn, viser våre funn at prinsippene kan bli tvingene for sykepleiernes praksis: det forventes at de overholdes uansett situasjon. Noen sykepleiere hadde opplevd sanksjoner dersom de brøt med prinsippene. Rutiner som gir liten mulighet for situasjonstilpasning vil kunne føre til svakere skjønn (Dworkin 1977; 1978; Martinsen 2000; 2005). Fordi profesjonelt skjønn må involvere etiske vurderinger og forutsetter moralsk dømmekraft, kan det å ukritisk følge en regel betegnes som uprofesjonelt. Sykepleierne må ha evne til å gjenkjenne situasjoner der en regel ikke er gyldig (Christoffersen 2011). Den samme spenningen mellom føringer og sykepleieres selvstendige handlingsvalg er beskrevet av Kirchhoff (2010) i en studie fra hjemmesykepleien. Når sykepleiere handler på grunnlag av egne vurderinger, dels uavhengig av vedtakene, kan det være uønsket i systemet samtidig som det bidrar til at pasientene får den pleien de faktisk trenger. Når sykepleierne i vår studie opplever at de ikke får handle i samsvar med det de mener er riktig, kan en konsekvens bli det Martinsen kaller for sentimental omsorg (Martinsen 2000; 2005).

Konklusjon.

Studien viser at sykepleierne gjør skjønnsvurderinger gjennom pasientforløpet, og de opplever dette som en sentral del av sin profesjonsutøvelse. Samtidig opplever de at rutiner og føringer i noen situasjoner begrenser skjønnstøvelsen på måter som oppleves tvingende, og som begrenser mulighetene til å påvirke beslutninger. Disse trekkene ved sykepleiernes arbeidssituasjon peker i retning av en utførerrolle. En utfører forventes å gjennomføre de oppgavene han pålegges, uten at vedkommende i særlig grad kan påvirke innholdet i handlingen. Der en profesjonell aktør må svare for ansvaret for pasienten, holdes utføreren ansvarlig overfor bestilleren og oppdraget (Busch 2005; Kirchhoff 2010). Utføreren agerer dermed i et handlingsrom preget av svakt skjønn, der skjønnets forutsetninger har liten plass.

Spenningen mellom en profesjonsrolle og en utførerrolle er utfordrende for sykepleierne. Vårt materiale antyder at sykepleierne på samme tid forsøker å ivareta både det de oppfatter som det beste for pasienten og å etterleve rutiner. De forhandler kontinuerlig mellom to roller: den profesjonelle rollen og utførerrollen. Studier fra andre kontekster har gjort lignende funn i hvordan sykepleierne strekker seg langt for å sikre individuell omsorg og pleie innenfor lite fleksible rammer (Vike 2004; Danielsen og Fjær 2010; Olsvold 2010). Problemet er at dette innebærer flere omkostninger. Vårt materiale viser eksempler på slike omkostninger: På den ene siden sykepleiere som blir frustrerte og opplever avmakt når de erfarer at de ikke lykkes i å ivareta pasientens beste, og på den andre siden pasienter som ikke får et godt, individuelt tilpasset pleie- og omsorgstilbud.

Denne studien er basert på en gruppe sykepleieres erfaringer med overføring av pasienter fra spesialisthelsetjeneste til kommunale helse- og omsorgstjenester. Utskrivingsprosessen aktualiserer særegne utfordringer og spenninger mellom et stramt regelverk og profesjonelle skjønnsvurderinger. På bakgrunn av funn fra andre kontekster er det likevel grunn til å anta at man vil kunne finne lignende spenningsforhold også i andre sammenhenger. Slik vi ser det, er det behov for mer kunnskap om forholdet mellom sykepleieres profesjonelle skjønn og standardiserte rutiner og forskrifter innenfor ulike arbeidsfelt. I sær er det interessant å se på to forhold: det ene er konsekvensene for sykepleieres opplevelse og forståelse av ansvar og rolle, og det andre er konsekvensene for den omsorgen særlig sårbare og utsatte pasientgrupper mottar.

Litteratur.

Alvsvåg, H. (2007) Læring av sykepleie gjennom personlige og profesjonelle erfaringer. I Alvsvåg, H., og Førland, O. (red) *Engasjement og læring: fagkritiske perspektiver på sykepleie*, Oslo: Akribe.

Austgard, K. I. B. (2010) *Omsorgsfilosofi i praksis: Å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleien*, Oslo: Cappelen akademiske.

Busch, T. (2005) Bestiller- utførermodellen: utfordringer og problemområder. I Busch, T., og Vanebo, J. O., (red) *Modernisering av offentlig sektor: utfordringer, metoder og dilemmaer*, Oslo: Universitetsforlaget, s. 144-157.

- Christoffersen, S. A. (red) (2011) *Profesjonsetikk: om etiske perspektiver i arbeidet med mennesker*. 2. utg., Oslo: Universitetsforlaget.
- Connolly, M., Grimshaw, J., Dodd, M., Cawthorne, J., Hulme, T., Everitt, S., Tierney, S., Deaton, C. (2009) Systems and people under pressure: the discharge process in an acute hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 18(4): 549-558.
- Danielsen, B. V., og Fjær, S. (2010) Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleien Forskning*, 1, 2010: 28-34.
- Dworkin, R. (1977) *Taking rights seriously*, London: Duckworth.
- Dworkin, R. (1993) *Life's dominion: an argument about abortion, euthanasia, and individual freedom*, New York: Alfred A. Knopf.
- Grimen, H., og Molander, A. (2008) Profesjon og skjønn. I Molander, A., og Terum, L. I., (red) *Profesjonsstudier*, Oslo: Universitetsforlaget, s. 179-196.
- Gubrium, J. F., og Holstein, J. A. (2003) *Postmodern interviewing*, Thousand Oaks: Sage Publications.
- Halcomb, E. J., og Davidson, P. M. (2006) Clinical methods. Is verbatim transcription of interview data always necessary? *Applied Nursing Research*, 19(1): 38-42.
- Halkier, B. (2008) *Fokusgrupper*, Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Halvorsen, A., Johnsen, H. C. G., Repstad, P., Aasland, T., og Balsnes, A. H. (2009) *Å forske blant sine egne: universitet og region - nærhet og uavhengighet*, Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Hellesø, R., og Fagermoen, M. S. (2010) Cultural diversity between hospital and community nurses: implications for continuity og care. *International Journal of Integrated Care*- vol. 10.
- Hellesø, R., Sørensen, L., og Lorensen, M. (2005) Nurses' information management across complex health care organizations. *International Journal of Medical Informatics*, 74(11-12): 960-972.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009) *Stortingsmelding nr. 47: Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011) *Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter*.
- Kirchhoff, J. (2010) *De skjulte tjenestene: om uønsket atferd i offentlige organisasjoner*. 2010:1. Karlstad: Karlstads universitet.
- Krogstad, U., og Foss, C. (1997) *Det handler om å kunne snu seg: sykepleie- kompetanse- handlekraft*, Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Kvale, S., og Brinkmann, S. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utg., Oslo: Gyldendal akademisk.

- Malterud, K. (2003) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (1989) *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays*, Oslo: TANO.
- Martinsen, K. (1997) *Fra Marx til Løgstrup: om etikk og sanselighet i sykepleien*, Oslo: TANO.
- Martinsen, K. (2000) *Øyet og kallet*, Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, K. (2005) *Samtalen, skjønnnet og evidensen*, Oslo: Akribe.
- Melby, L., Hellesø, R., og Wibe, T. (2010) Elektronisk utskrivningsrapport og informasjon til kommunehelsetjenesten. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, nr 10: 1037-1039.
- Molander, A., og Eriksen, E. O. (2008) Profesjon, rett og politikk. I Molander, A., og Terum, L. I. (red) *Profesjonsstudier*, Oslo: Universitetsforlaget, s. 161-176.
- Molander, A., og Terum, L. I. (red) (2008) *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Olsvold, N. (2010) *Ansvar og yrkesrolle: om den sosiale organiseringen av ansvar i sykehus*, Oslo: Unipub.
- Paulsen, B., og Grimsmo, A. (2008) *God vilje - dårlig verktøy: om samhandling mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivninger av omsorgstrengende eldre*, Trondheim: SINTEF Helse.
- Polit, D. F., og Beck, C. T. (2008) *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*, Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams og Wilkins.
- Ryan, G. W., og Bernard, H. R. (2000) Data Management and Analysis Methods. I Denzin, N. K., og Lincoln, Y. S. (red) *Handbook of Qualitative Research*. 2. utg., California: Sage Publications: Thousand Oaks, s. 769-802.
- Vike, H. (2004) *Velferd uten grenser: den norske velferdsstaten ved veiskillet*, Oslo: Akribe.
- Wong, W. H. (2004) Caring holistically within the managerialism. *Nursing Inquiry*, 11: 2-13.