



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for folkehelsefag
4AVS304

Siv Anette Pettersen
Veileder: Vangen Skyrud, Randi Kristin

”Sykepleie- nye utfordringer gir nye muligheter”

”Nursing-new challenges present new opportunities”

Ord: 9662

Bachelor i sykepleie, kull 121

2012

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

Det verste med nye klær
er at de hindrer oss i å bruke de gamle (Swârd,1992)

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0	INNLEDNING	5
1.1	Begrunnelse og valg av tema	5
1.2	Presentasjon av problemstilling	5
1.3	Avgrensing	6
1.4	Oppgavens hensikt	6
1.5	Oppgavens struktur	6
2.0	METODE	7
2.1	Litteraturstudie	7
2.2	Innhenting av litteratur	7
2.3	Kildekritikk	7
2.4	Presentasjon av forskningsartikler	8
2.5	Etiske vurderinger	9
3.0	SAMHANDLINGSREFORM	10
4.0	SYKEPLEIENS RETNINGSLINJER OG ETISKE KODEKS	12
4.1	Sykepleiens grunnlag og profesjon	12
5.0	SYKEPLEIE I FOKUS	14
5.1	Dorothea Orems egenomsorgsteori	14
5.1.1	Menneskesyn	14
5.1.2	Omgivelser	15
5.1.3	Helse	15
5.1.4	Sykepleie	16
5.1.5	Sykepleiens hjelpemetoder	17
5.1.6	Problemløsning og sykepleiesystemer	17

6.0	KVALITET I SYKEPLEIEN	18
6.1	Kvalitet i spesialist- og primærhelsetjenesten	18
6.2	Sykepleiens kvalitet	20
6.3	Faglig forsvarlighet	20
7.0	REFORMPOLITIKK OG ORGANISASJONSKULTUR	21
7.1	Organisasjonskultur	21
7.2	Er helse en vare?	22
8.0	ER SAMHANDLINGSREFORMEN EN TRUSSEL MÅT VÅR ORGANISASJONSKULTUR OG SYKEPLEIEFAGLIGE FORSVARLIGHET GJENNOM DE KOORDINERTE TJENESTENE REFORMEN KREVER?	23
8.1	Case: Utskrivningsklarert med bakgrunn i økonomi?	24
8.2	Case: Teknologisk sykepleiekompetanse gir resultat	26
8.3	Case: Misforstått økonomistyring	27
8.4	Koordinert helsetjeneste	28
9.0	ER DOROTHEA OREMS EGENOMSORGSTEORI PÅ BØLGELENGDE MED SAMHANDLINGSREFORMEN OG DE YRKESETISKE RETNINGSLINJER?	30
9.1	Orem versus Yrkesetiske retningslinjer	30
9.2	Orem versus Samhandlingsreformen	33
10.0	KONKLUSJON	34
	LITTERATUROVERSIKT	35

Vedlegg

1.0 INNLEDNING

Jeg har gjennom hele min praksis, vært opptatt av å ha pasientene i fokus. Formuleringene i *Sykepleiens grunnlag*, beskriver det etiske fundamentet for all sykepleie. Sykepleiefagets begrunnelse er mennesket selv og respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet skal prege praksis (Norsk sykepleierforbund, 2011). Intensjonen til Samhandlingsreformen er at kommunene skal få en ny rolle i helsetjenesten, de skal styrke det forebyggende arbeidet, bedre legetjeneste, organisering og oppgavefordeling, samt ha fokus på økonomi og administrative utfordringer som blir en følge av Samhandlingsreformen. (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2008-2009). Ut fra dette, ble det naturlig og utfordrende for meg, å se nærmere på hva Samhandlingsreformen kan bety for sykepleiepleien som fag og innvirkning på pasientbehandlingen.

1.1 Begrunnelse og valg av tema

Den ovennevnte reformen er spennende og gir nye muligheter og utfordringer. Reformen innehar tema som forsvarlighet i sykepleien og behovet for koordinerte tjenester. (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2008-2009). Etter praksis på sykehuset, ble jeg enda mer inneforstått med viktigheten av samhandling på tvers av helse – og omsorgsetater. Som leser vil se etter hvert i oppgaven, opplevde jeg noen situasjoner i praksis som jeg mener er i grenselandet til hva jeg vil kalle sykepleiefaglig forsvarlighet.

Fra egen erfaring vet jeg at omstillingsprosesser, både store og små, kan være vanskelige og forholde seg til. Kanskje blir det merarbeid som følge av endringene som skal skje? Mitt personlige inntrykk er at mange i kommunene har en ”gammel tralt”; slik gjør vi det her – holdning, og ledelsen på arbeidsplassen er en viktig brikke her. Jeg tar derfor også opp organisasjon og organisasjonskultur som en følge av dette.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Er samhandlingsreformen en trussel mot vår organisasjonskultur og sykepleiefaglig forsvarlighet gjennom de koordinerte tjenestene reformen krever?

1.3 Avgrensning

Jeg har valgt å holde arenaen i denne oppgaven åpen, med bakgrunn i samhandlingsreformens krav til samarbeid på tvers i helseetatene. Jeg kommer kun kort inn på forebygging.

Legetjenesten og de administrative utfordringene er utelatt. Jeg har ikke eget teorikapittel om lovverk, men har det med som understøttende litteratur. Sentralt i Orems teori finner vi de ulike egenomsorgsbehovene, åtte i tallet, (Cavanagh, 1999) har ikke valgt å gå nærmere inn på disse.

1.4 Oppgavens hensikt

Gjennom avsluttende eksamen vil jeg bruke muligheten til og utvikle meg til en kommende sykepleier, en sykepleier jeg kan være stolt av. Jeg ønsker med oppgaven og lære mer om pasienter og sykepleieres muligheter og utfordringer i møte med samhandlingsreformen. De Yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (2011) er min ballast i oppgaven og min veileder i sykepleien. Gjennomføringen av samhandlingsreformen krever en omstillingsprosess, derfor er det viktig og kunne ha kjennskap til organisasjon og organisasjonskultur.

1.5 Oppgavens struktur

Først i oppgaven er innledningen, så kommer et metodekapittel, hvor kildekritikken er en del av det hele. Tar deretter for meg teorien om Samhandlingsreformen, sykepleierens retningslinjer, sykepleie i fokus hvor vi dykker inn i Dorothea Orems egenomsorgsteori, kvalitet i sykepleien samt reformpolitikk og organisasjonskultur kommer til slutt.

Jeg har i drøftingsdelen valgt å benytte meg av case for å besvare en utfordring i forhold til Samhandlingsreformen, koordinering, økonomi, kultur og kommunehelsetjenesten.

2.0 METODE

Vilhelm Aubert har formulert metode som følger:

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Siteret i Dalland, 2007, s.81).

2.1 Litteraturstudie

Som vi ser i overstående beskrivelse av hva en metode er, ser vi at det er et middel og finne frem til ny kunnskap på. Jeg bruker litteraturstudie som metode, det vil si at jeg har basert min oppgave på tidligere utgitt litteratur (Dalland, 2007).

2.2 Innhenting av litteratur

Høgskolens bibliotek ble et naturlig utgangspunkt for litteratursøking, inkludert BIBSYS, både i forhold til bøker og forskningsartikler. Jeg har også lånt bøker via mitt lokale bibliotek samt lånt bøker fra sykepleiere jeg kjenner privat. Nettsøking er også med, noen fag artikler og noe lovverk. Artikkene er med for å skape litt krydder i teori og drøfting

2.3 Kildekritikk

Samhandlingsreformen virker å ha mye til felles med vår pensumlitteratur om hvordan vi bør ivareta pasientene på en best mulig måte. Det at det er gitt fra høgskolen at det skal være litteraturstudie ga meg noen begrensninger i forhold til oppgaven. I og med samhandlingsreformen trådte i kraft 1.1.12 kunne jeg gjerne tenkt meg og hatt med et intervju i denne oppgaven med en avdelingsleder på et lokalt sykehjem, for å gi eksempler på hvordan reformen har virket inn i praksis i oppstartsfasen. Jeg har valgt og ikke vektlegge forskning om samhandlingsreformen i og med den er i en tidlig fase, slik at forskning vil være vanskelig

og oppdrive. Jeg har brukt norske, svenske, danske og engelske søkeord. Jeg søkte blant annet på dansk forskning, men fant fort ut at jeg ønsket å bruke forskning fra Norge, med bakgrunn i ulike forhold til både helsetjenestenes oppbygning og ulikheter i utdanning i nordiske land. Jeg har søkt i flere databaser, blant annet PubMed, Cinahl og Swemed+. Jeg begrenset mine søk til norske artikler, full text, og alle mine forskningsartikler er fagfellevurdert, og funnet på Swemwd+.

Verdt og nevne er også at det har vært vanskelig og få tilgang til siste utgaver på noe av min litteratur, da det er stor pågang på bibliotekene i disse tider.

Jeg har begrenset meg til litteratur fra 2004 og frem til i dag, bortsett fra bøkene Organisasjonskultur av Bang og Orems sykepleiemodell i praksis, begge fra 1999. Jeg mener de er relevant i forhold til oppgaven fordi Orems teori har gyldighet i dag og organisasjonskultur er med på å forme oss som yrkesutøvere. Jeg har benyttet Cavanagh(1999) og Kristoffersen, Nortvedt & Skaug (2005) i Orems teori, men deres tolkning er noe forskjellig med tanke på Orems problemløsning i sykepleie. Kristoffersen deler prosessen i tre, Cavanagh forklarer det med fire. Jeg har ut fra dette lagt mest vekt på Kristoffersens tolkning av teorien. Cavanagh (1999) har tolket Orems teori, men igjen blitt oversatt til norsk.

Jeg har benyttet både primær- og sekundær litteratur i oppgaven. Primærlitteratur er forfatterens egen teori, mens sekundær er tolkninger av andre sine teorier. Viktig og være bevisst på mulige feiltolkninger i sekundærlitteratur ut fra hva opprinnelig forfatter mener når man leser denne oppgaven. Jeg anser pensumlitteratur for troverdig i og med det er anbefalt fra høgskolen, men også her finner vi tolkninger av andres teorier. Dette gjelder blant annet Grunnleggende sykepleie, Kristoffersen et.al. (2005) og Støre Brinchmanns Etikk i sykepleien(2005).

2.4 Presentasjon av forskningsartikler

Jeg vil følgelig kort presentere forskningsartiklene jeg har brukt videre i denne oppgaven.

”Individuell tilretteleggelse for eldre pasienter etter sykehusopphold– en fenomenologisk-hermeneutisk studie basert på erfaringer fra sykepleieledere i kommunen” Tingvoll & Fredriksen Dreyer(2011).

Forskerne ønsket og finne ut hvordan sykepleierledere i kommunen opplever samordning og oppfølging av det sykepleiefaglige tjenestetilbudet til eldre pasienter. Jeg brukte søkeordene Sykepleierledere og kommunene, fikk fire treff, hvor denne var meget relevant for mitt tema i denne oppgaven.

”Den gamle kroppen.” Sykepleierstudenters tanker om eldreomsorg som fremtidig arbeidsplass (Gjessing Bruun & Wolff Skaalvik, 2010), fant jeg ved å bruke søkeordene students, nursing og elderly, fikk fem treff. Jeg valgte denne artikkelen fordi den viser at få nyutdannede sykepleiere ønsker å jobbe med eldre i kommunen. Dette er relevant for min oppgave.

I studien til Moksnes, Nordberg & Lorentzen(2008) *”Ventetid for utskrivningsklare pasienter fra sykehus”* ønsket forskerne og finne ut om betalingsordninger innført av staten mellom sykehus og kommunen ville føre til nedgang av antall liggedøgn i sykehus etter pasienten var utskrivningsklar til hjemkommunen. Denne bruker jeg som støtte i min drøfting. Brukte søkeordene samhandling, sykehus, kommune, utskrivningsklare og fikk 189 treff.

2.5 Etiske vurderinger

Jeg bruker personlige, praksisrelaterte caser gjennom drøftingen i denne oppgaven, derfor har jeg bevisst utelatt detaljer som kan knytte lesere til pasientene og anser derfor at mitt etiske og juridiske ansvar i forhold til pasientene og arbeids- og praksisplass ivaretatt. Mine personlige erfaringer kan virke noe provoserende, dømmende, men jeg har i denne oppgaven tatt et utsnitt av erfaringer som passer til mitt tema. De er kun eksempler og ment for og vekke interesse hos leser, og er ikke en beskrivelse av alle som jobber i kommunen eller på sykehus. APA standard er gjennomgående i denne oppgaven i henhold til skolens krav.

3.0 SAMHANDLINGSREFORM

Under planlegging og utarbeiding av samhandlingsreformen kom man fram til at det var tre helse- og omsorgsutfordringer som skulle være i fokus; behovet for koordinerte tjenester, økt innsats innen forebygging og utfordringer om samfunnets økonomiske bæreevne. Man ønsker at pasienter som har behov for koordinerte tjenester, skal få en person å forholde seg til, en koordinator. Å få kommunene til å jobbe med mer forebyggende helsearbeid, vil bli en del av Samhandlingsreformen. Årsaken til at vi trenger denne reformen er, foruten pasienters behov for koordinerte tjenester, er faktoren om at forebygging og rehabilitering ikke er prioritert i dagens kommuner. Når det gjelder den økonomiske bæreevnen, vil det være viktig med et godt samarbeid mellom de ulike helseforetakene vedrørende oppgavefordelingen, en avgjørende faktor og må baseres på et forpliktende samarbeid (Halvorsen, 2010).

I Stortingsmelding 47-SHR heter det:

Regjeringen mener at dersom det ikke settes inn tiltak vil utviklingen bli en trussel mot samfunnets bæreevne, både med hensyn til tilgang på arbeidskraft og samfunnsøkonomi over tid gjøre det nødvendig med prioriteringsbeslutninger som vil bryte med grunnleggende verdier i den norske velferdsmodellen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009).

Gjennom reformen legges det vekt på at kommunene skal bli med og finansiere spesialisthelsetjenesten, og kommunene må bli bedre på å ta imot utskrivningsklare pasienter tidligere enn det som til nå har vært praksis i mange kommuner. Når kommunene er raskere på å ta imot, kan spesialisthelsetjenesten fokusere på det de er gode på, nemlig å behandle de sykeste. Ved tilrettelegging av tydelige prioriteringer, vil Nasjonal helseplan kunne videreutvikles til å bli et godt arbeidsredskap (Halvorsen,2010).

Definisjon av begrepet samhandling har jeg valgt å ta fra St.meld. 47 (2008 – 2009):

”Samhandling er et uttrykk for helse – og omsorgstjenestens evne til oppgavefordeling seg imellom for og nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte” (Helse-og omsorgsdepatementet 2008-2009).

Reformen er ikke en kritikk til dagens helse – og omsorgstjeneste, men et arbeidsredskap som kan gjøre en god tjeneste bedre, men fokuset på samhandling må ikke fjerne fokuset fra

kvalitets – og utviklingsarbeid (Helse- og Omsorgsdepartementet 2008-2009). Samhandling er mer forpliktende enn samarbeid, at det bygger på en felles forpliktelse, er en konkret handling, bygger på likeverd mellom fagpersoner og er en prosess i pasientforløpet sier Orvik (2004).

Gjennom reformen ønsker Regjeringen å sikre den fremtidige helse – og omsorgstjeneste slik at den svarer til pasienters behov for koordinerte tjenester samtidig som den tar høyde for de store utfordringene vi har samfunnsøkonomisk. Tiltakene som må settes i gang, må ikke være av en slik art at de går på bekostning av vår grunnleggende bæresten, nemlig den at alle, uavhengig av økonomi, rase eller tro, så skal alle ha rett til likeverdige helse – og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet 2008-2009).

Regjeringen ønsker en klarere pasientrolle. Dette kan bedres ved at pasientene får lov til å medvirke i større grad og et bedre samarbeid med de ulike pasientorganisasjonene og andre aktører vil man kunne arbeide for en klarere pasientrolle gjennom struktur – og systemtiltak rettet mot et bedre helhetlig pasientforløp. Forløp er den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse – og omsorgstjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet 2008-2009). Denne tenkningen rundt forløp, har som formål å bidra til at systemer og tjenester rettes felles inn mot at pasienten selv skal kunne mestre sitt liv eller gjenopprette tapte funksjoner, altså i størst mulig grad, bidra til egenmestring. Det vil bli viktig for kommunene å legge til rette forholdene på en slik måte at befolkningen i større grad kan ta ansvar for egen helse. Men det er ikke bare kommunene som må legge til rette for, også sykepleierutdanningen har et ansvar for å legge til rette undervisning som samsvarer med det samfunnet til enhver tid har behov for. Slik som det er nå, vi blir eldre og eldre og dette krever av helsetjenesten at man utdanner helsepersonell med fokus på eldreomsorg (Gjessing Bruun & Wolff Skaavik, 2010).

4.0 SYKEPLEIENS RETNINGSLINJER OG ETISKE KODEKS

Regler og retningslinjer for utøvelsen av sykepleie, finner vi i Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere og ICNs etiske regler. Retningslinjene er en veileder for sykepleieren, men også for samfunnet for øvrig. Retningslinjene vil være en garanti for samfunnet om at det er en høy etisk standard og sikre forsvarlig praksis (Slettebø, 2009). I sykepleiens grunnlag finner vi fundamentet for all sykepleie beskrevet og begrunnet med respekten for enkeltindividet og dets iboende verdighet. For at vi skal sikre god sykepleiepraksis, er Yrkesetiske retningslinjer et nyttig arbeidsredskap og veileder for hvordan vårt menneskesyn og grunnleggende verdier bør utøves i praksis. Som sykepleier har vi en plikt til å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død (Norsk sykepleierforbund, 2011).

4.1 Sykepleiens grunnlag og profesjon

”Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert”(Norsk sykepleierforbund, 2011)

Sykepleieren innehar selv det hele og fulle ansvar for sine handlinger og utøvelsen av sykepleie. Det innebærer at sykepleieren må sette seg inne i og oppdatere seg på gjeldende lover og regler som er med på og regulerer tjenesten. Man må også holde seg oppdatert på forskning og utvikling og selv bidra med fagutvikling som kan anvendes i praksis. Å ha rom for etiske refleksjoner er en del av dette arbeidet med å drive forsvarlighet i sykepleien.

Sykepleieren og pasienten; Herunder kommer veiledningen for hvordan vi som sykepleiere best mulig skal ivareta den enkeltes pasients verdighet og integritet sammen med retten til helhetlig sykepleie og omsorg.

Viktig faktor her er å huske på pasientens rett til medbestemmelse. Sykepleiepraksisen tilsier at vi skal fremme helse og forebygge sykdom, men vi skal også være en støtte opp om livsmot og håp. Samtidig har vi et ansvar for at vår pasient, i møte med den teknologiske og politiske utviklingen, blir ivaretatt på en verdig og trygg måte.

Sykepleieren og pårørende; Vi skal selvfølgelig også utvise respekt og omtanke for pårørende. De er en viktig ressurs og støttespiller og vi må sørge for at de også blir ivaretatt og får nødvendig informasjon uten å bryte løftet om taushet.

Sykepleieren og medarbeidere; Sykepleieren skal utvise respekt for andres arbeid og være en støttespiller i vanskelige situasjoner. Sykepleieren må ha et åpent og godt samarbeid med andre faggrupper i helsetjenesten. Som sykepleier, tar man også på seg oppgaven med å ha et faglig og etisk veiledningsansvar. dette gjelder ikke bare andre inne helsetjenesten, men også ovenfor pasient og pårørende.

Sykepleieren og arbeidstedet; ”Sykepleieren setter seg inn i arbeidstedets visjon, verdier, mål og gjeldende retningslinjer, og er lojal mot disse så langt de er i samsvar med sykepleiens grunnlag” (Norsk sykepleierforbund, 2011)

Som før nevnt, skal vi holde oss orientert på hvilke retningslinjer vi har å jobbe etter og vi må følge med på utviklingen inne vårt fagfelt. Gjennom egen praksis og erfaring, kan vi være bidragsyttere til gode holdninger, blant annet gjennom lojalitet til arbeidsplassen (Norsk sykepleierforbund, 2011).

5.0 SYKEPLEIE I FOKUS

Når jeg skulle velge sykepleieteoretiker måtte jeg gå igjennom flere for å finne teorien som ”passet” min oppgave, valget falt på Dorothea Orem.

5.1 Dorothea Orems egenomsorgsteori

Dorothea Orem, født i 1914, utdannet sykepleier og tok sin eksamen i sykepleievitenskap i 1945. Gjennom mange år har hun hatt stor innvirkning på vår måte å tenke sykepleie på. Hun har utviklet flere teorier, jeg har valgt å se nærmere på hennes egenomsorgsteori fordi jeg mener at den fortsatt har gyldighet i forhold til Samhandlingsreformen.

I følge Kristoffersen et.al.(2005) beskriver Orem egenomsorg som ulike aktiviteter det enkelte menneske gjør for å opprettholde normalfunksjoner for seg selv eller andre i familien. At vi har omsorg for andre, blir beskrevet som noe som læres i den kulturen vi er en del av og det samfunnet vi lever i. Disse måtene å handle etter, er målbevisste handlinger som gjøres for å fremme normalfunksjoner, utvikling, helse og velvære. Orem vektlegger menneskets natur, menneskets muligheter og dets begrensninger.

Kristoffersen et.al.(2005) har sett nærmere på grunnlag i Orems teori som innbefatter begrepene menneske, omgivelser, helse og sykepleie.

5.1.1 Menneskesyn

Orem hevder at mennesket skiller seg ut fra andre levende vesener ved at de har evne til å reflektere, til å uttrykke seg og til å bruke symboler i tenkning og kommunikasjon. Orem ser på mennesket som et aktivt vesen som innehar en høy grad av frihet.

Liv-Helen Odland stiller spørsmålsteget ved om vi er så annerledes enn dyr? Hun stiller seg også spørrende om vi alle er likeverdige? Menneskesynet representerer verdier som vi har

bygd opp gjennom hele livet og som preger våre handlinger og holdninger (referert i Støre Brincmann, 2005).

”egenomsorg er de handlinger som et menneske tar initiativ til og utfører på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære. omsorg for andre er et voksent menneskes bidrag til helse og velvære for avhengige medlemmer av den voksnes sosiale gruppe” (Referert i Kristoffersen et.al. 2005,s.39)

Orem hevder at mennesket innehar et naturlig ønske om å hjelpe de som trenger det. Omsorg for barn, syke, eldre og funksjonshemmede er en naturlig del av oss som mennesker og integrert i vår egenomsorg. Målrettede handlinger for å hjelpe andre, må være identifiserte og bevisstgjorte innen de kan tjene som egenomsorgshandlinger for et menneske. Gjennom Orems teori, kan man få en forståelse av at hun har stor tro på menneskets ressurser og dets muligheter for problemløsning, personlig vekst og utvikling, så slik sett kan hennes teori også ses på som en utviklingsteori.

Kunnskap står sentralt hos mennesket ved utøvelsen av egenomsorg. Mennesket har et grunnleggende behov for å lære, til å tilegne seg kunnskap og til å gjøre bruk av, dra nytte av den kunnskapen og de ferdighetene man har tilegnet seg (ibid.s.40).

5.1.2 Omgivelser

Orem legger mest vekt på miljøet når hun tar til orde for hvor viktig kulturen og den sosiale konteksten det enkelte individ befinner seg innenfor. Spesifikke handlinger læres og utvikles i den kulturen vi er en del av og det samfunnet vi bor i og det påvirkes av verdier, vaner og normer som kan sies å være denne gruppens varemerke. Orem sier også at det er samsvar mellom det moderne samfunnets forventninger, at mennesket i stor grad skal være selvstendig og selv ha ansvar for eget liv. Det er også allment akseptert at ethvert menneske som trenger helsetjenester, skal få det de har behov for, dette er uavhengig av sosialøkonomisk status(ibid.s.40).

5.1.3 Helse

Orem mener at når menneskesynet endres, så endres også vårt syn på helse. Begrepene helse og velvære dreier seg om forskjellige tilstander hos den enkelte og at disse begrepene er

knyttet sammen. Hun påpeker helsebegrepet er både subjektivt og objektivt og det legges vekt på normal utvikling og funksjon. Et menneske kan oppleve velvære også på tross av sykdom eller skade, motgang og svikt i funksjonsevner. Når det gjelder helsebegrepet generelt, så innebærer det også det faktum at helse er ikke avgrenset til helsetjenesten, men det er et ansvar for alle og det er viktig at hver og én utvikler gode vaner som kan være med å fremme helse. Orem understreker viktigheten av kunnskaper, ferdigheter og positive holdninger.

5.1.4 Sykepleie

Orem sier sykepleie er en profesjon, en utdanning som gir et teoretisk grunnlag i tillegg til det man tilegner seg gjennom praktisk opplæring. Det overordnede målet for sykepleie vil være å fremme folks normale funksjoner, utvikling, helse og velvære. Egenomsorgen kan utføres av mennesket selv eller ved hjelp og støtte av sykepleieren. Sykepleie ses på som en hjelpetjeneste hvor oppgavene baserer seg på å gjøre noe for et annet menneske som vedkommende selv ikke evner å utføre. Hvordan dette gjøres, er avhengig av hvem man gjør det for, personlighet og livssituasjon. Sykepleieren handler som passer til den som får hjelp for å dekke pasientens egenomsorgskrav. Når en sykepleier går inn og hjelper en annen, kan man si man oppretter et menneske- til- menneske- forhold, men Orem understreker at dette i seg selv ikke er et mål for sykepleie.

Orem bruker begrepet sykepleiekapasitet og forklarer det i forhold til egenomsorgskapasitet slik:

Sykepleiekapasitet og egenomsorgskapasitet har det til felles at de begge viser til et sett av menneskelige egenskaper og ferdigheter som er nødvendige for å gjennomføre planlagte handlinger. De er forskjellige ved at sykepleiekapasitet er utviklet og utøves til andres fordel og velvære, mens egenomsorgskapasitet er utviklet og utøves til fordel for en selv. Ettersom sykepleiekapasitet er rettet mot andre mennesker, er det viktig at de profesjonelle teknologiske ferdighetene suppleres med sosiale og mellommenneskelige ferdigheter (Kristoffersen et al, 2005.s.47).

Orem forholder seg retten til å si at sykepleie er utøvelse av kunst og klokskap og hun mener at sykepleieren har egenskaper som gjør at hun handler hensiktsmessig i konkrete situasjoner. Klokskap mener hun er nært knyttet til moral og den moralske handlingen baseres på kunnskap om den konkrete situasjonen. Egenomsorgskapasitet kan sies å være et kompleks sett av handlinger tilpasset ulike stadier og faser i livet, for å ivareta egenomsorgsfunksjoner.

5.1.5 Sykepleierens hjelpemetoder

For å møte menneskers egenomsorgskrav har sykepleien fem hjelpemetoder for å imøtekomme disse kravene. Det er metoder som kan brukes alene eller sammen med flere, det som er avgjørende er pasientens egenomsorgskapasitet, samt årsaken til svikt i egenomsorgen.

- Å gjøre noe eller handle for en annen vil si det samme som at sykepleieren kompensere for manglende ressurs ved at sykepleieren utfører en bestemt handling eller flere for å opprettholde egenomsorgen og for å nå et mål. Viktig at sykepleieren er seg sitt ansvar og sin rolle bevisst.
- Å veilede og rettlede en annen er det samme som at sykepleieren er en veileder mens pasienten selv gjennomfører egenomsorgen. når man veileder, så forutsettes det at det er en form for kommunikasjon mellom pasient og sykepleier.
- Å sørge for fysisk og psykisk støtte ofte kombinert sammen med veiledning. Her må sykepleieren være aktivt deltagende for at pasienten skal nå målet. meningen med den støttende funksjonen er at man skal hjelpe pasienten til å selv kontrollere og gjennomføre egenomsorgshandlinger. ved å være en støttende part for pasienten, kan det gi trygghet og motivasjon for pasienten til å gjennomføre nødvendige handlinger.
- Å sørge for omgivelser som fremmer utvikling vil være å tilrettelegge det som kreves i omgivelsene slik at pasienten selv kan gjennomføre nødvendige handlinger. Er man i et miljø som virker utviklende, kjennetegnes det ofte ved at man har tiltro og tillit til og anerkjennelse av menneskets utviklingspotensiale.
- Å undervise er en hjelpemetode som brukes når pasienten har behov for å tilegne seg ny kunnskap for å klare å ivareta sin egen egenomsorg. Sykepleierens kreativitet kan utfordres når man skal planlegge ulike læresituasjoner for at det skal være i samsvar med pasientens behov (Kristoffersen et.al.2005).

5.1.6 Problemløsning og sykepleiesystemer

Orem mener at det er en nær relasjon mellom sykepleierens rolle og problemløsning. Orem har følgende definisjon av problemløsning:

”det å avgjøre hvorfor en person trenger sykepleie, det å utarbeide et system for sykepleietjenester, det å planlegge tilbudet av spesialiserte sykepleietjenester, og det å fremskaffe og kontrollere utførelsen av sykepleietjenester” (Siert i Kristoffersen et.al.s. 50).

Orems problemløsning i tre faser dreier seg om å analysere og fortolke data, avgjøre hvorfor sykepleie er nødvendig, og ta beslutninger vedrørende sykepleie. Videre dreier det seg om å utarbeide sykepleiesystemer og iverksetting av systemene. Sykepleieren må benytte både personlige egenskaper og metoder sammen med ulike tillærte teknikker og metoder for å fremme en pasients fysiske og psykiske tilstand slik at vedkommende selv kan gjennomføre egenomsorgshandlinger.

Egenomsorgskapasitet kan sies å være et kompleks sett av handlinger tilpasset ulike stadier og faser i livet, for å ivareta egenomsorgsfunksjoner(Cavanagh, 1999).

6.0 Kvalitet i sykepleien

”kvalitet er en helhet av egenskaper og kjennetegn et produkt eller tjeneste har, som vedrører dets evne til å tilfredsstille fastsatte behov eller krav som er antydnet” (Jakobsen, 2005.s.36).

Vil her også ta med litt om sykepleiens faglige forsvarlighet.

6.1 Kvalitet i spesialist- og primærhelsetjenesten

I motsetning til primærhelsetjeneste, har ikke spesialisthelsetjenesten noen formelle kriterier for kvalitet. Når kvalitet skulle ned på papiret ble det tatt utgangspunkt i utredningen ”Pasienten først” og resultatet ble ti punkter som til sammen skal være et tegn på kvalitet. Disse punktene er: tilgjengelighet, lydhørhet, faglighet, forsvarlighet, ansvarlighet, punktlighet, åpenhet, helhet, vennlighet og gjensidighet. Jeg velger å se nærmere på faglighet og forsvarlighet.

I primærhelsetjenesten har de formaliserte krav om kvalitet, men fordi begrepet kan være vanskelig å måle, knyttes det først og fremst opp mot den enkelte pasients opplevelse av trygghet, omsorg og forsvarlig sykepleie.

Fagligheten går på kompetansen den enkelte utøver av helsetjenester har. Med den utvikling vi ser i dag, er det viktig at forhold legges til rette slik at ansatte har mulighet til å holde seg faglig à jour både teoretisk og praktisk, men dette er ikke et ansvar for arbeidsgiver alene, for hver og en utøver av helsetjenester, plikter selv å ta initiativ for å holde seg oppdatert innen sitt fagfelt.

Forsvarlighet, basert på faglige vurderinger og ikke på trivielle hverdagsproblemer, er også viktig når vi snakker om kvalitet. Men, vi skal ikke frata pasienters eget ansvar for egen helse, vi skal sammen med pasienten legge planen for hvordan gjenopprette god helse og funksjon(Jakobsen, 2005).

6.2 Sykepleiens kvalitet

I følge Rita Jakobsen (2005) kan høy kvalitet sidestilles med god sykepleie. Norsk sykepleierforbund (2011) har, i sin definisjon av kvalitet, brukt begrepene verdier og egenskaper og disse begrepene spunnet sammen og danner grunnlaget for kvalitet.

I verdier ligger det respekt for det enkelte liv og menneskers egenverd, man skal forebygge sykdom og fremme / gjenopprette helse og lindre lidelse, samt ha en praksis som er vitenskaplig basert.

Under egenskaper kommer handling og samhandling og beskrivelsen av disse, sammen utgjør dette kvaliteten i sykepleie.

Som tidligere nevnt, finner vi sykepleiens verdigrunnlag nedfelt i den etiske kodeks for sykepleiere. Abstrakte verdier synliggjøres gjennom sykepleierens handlinger og samhandling med pasienten. For å opprettholde fagets kvalitet, er det viktig å være bevisst på fagets innhold og begrensning og ha felles målsetting om utviklingen av faget i samsvar med egne verdier og mål (Jakobsen, 2005).

6.3 Faglig forsvarlighet

De nye helselovene slår fast at hver og en fagutøver har et ansvar for at tjenester ytes med faglig forsvarlighet. Dette innebærer at vi som yrkesutøvere selv må sørge for at våre tjenester gis innenfor de rammene som vår kompetanse bygger på. Vi kan ikke påta oss oppgaver som vi ikke har tilstrekkelig opplæring i eller kunnskap om. Dette vil utfordre oss til å holde oss faglig à jour med vårt fagfelt gjennom videreutdanning og kompetansesøking for at rammene for faglig forsvarlighet ikke brytes. Pliktregelen i Helsepersonellovens §4 krever at helsehjelp skal fylle to kriterier; den skal være faglig forsvarlig og omsorgsfull (Lov om helsepersonell, 1999).

7.0 REFORMPOLITIKK OG ORGANISASJONSKULTUR

Å innføre en reform er ikke det samme som og si at en reform er gjennomført. Å endre en organisasjon, er ikke det samme som og si at en reform er gjennomført. Nei, vi må se på virkninger, hvordan man tolker reformens innhold og hvordan man reagerer på den. Når en reform skal innføres blir organisasjonen tvunget inn i en omstillingsprosess. Dette dreier seg også om de mennesker som blir berørt av den, for eksempel gjennom et ansettelsesforhold. Man kan si at en reform er gjennomført når prosessen har vart så lenge at man kan begynne å evaluere, se på positive og negative reaksjoner og virkninger. Hvor lang tid en innføring vil vare er avhengig av hvor omfattende reformen er og kanskje også av motstanden man møter mot de endringer som kommer. Er det en kultur på arbeidsplassen som ”tillater” endring? Hva med tilliten til de som ”bestemmer” innføringen, tilliten til organisasjonen?

7.1 Organisasjonskultur

Organisasjonskultur styres vår atferd gjennom å gi føring for handling, gi standarder og kriterier for handling, samt være et kontrollpunkt for oss og legitimere vår atferd, gir oss måter og løse utfordringer på. Kulturen kan også være integrert ved at den er identitetsskapende, sette grenser og virker stabiliserende. Den fremmer også lojalitet og setter grenser og sist, men ikke minst, en organisasjonskultur kan være med på å dempe angst fordi den kan ha en struktur som virker som et forsvar mot angst(Bang, 1999).

Innen organisasjonskultur er det mange forklaringer på hva kultur er og det finnes antagelig like mange definisjoner. I denne oppgaven har jeg valgt meg en definisjon som jeg synes passer godt til oppgavens innhold, samt til medlemmer av berørte organisasjoner.

Organisasjonskultur kan defineres slik:

”Et mønster av grunnleggende antagelser – oppfunnet, oppdaget eller utviklet av en gitt gruppe i det den lærer å hanske med sine eksterne tilpasnings- og interne integreringsproblemer – som har fungert bra nok til og bli betraktet som gyldige, og som derfor læres bort til nye medlemmer som den rette måten å oppstarte, tenke og føle på i relasjon til disse problemene”(Bang, 1999, s.21).

I følge Bang, er grunnleggende antagelser et sett av lærte responser og løsninger man tar for gitt og disse antagelsene er per definisjon uangripelige og udiskuterbare.

Vi kan se på organisasjonskulturen gjennom to elementer som gjensidig påvirker hverandre. Kulturinnhold og kulturuttrykk. Kulturinnhold kan sies og være et nettverk av betydninger, meninger og modeller for handling som befinner seg i medlemmenes hoder.

Vi kan se på innholdet gjennom fire hovedpunkter: verdier, normer, grunnleggende antagelser og virkelighetsoppfatninger. Verdier kan for eksempel være en handlemåte eller slutt- tilstand som er foretrukket fremfor noe annet. Normer kan være de bevisste og ubevisste retningslinjene som tillegges medlemmene av organisasjonen og er ofte knyttet til verdier og vil derfor være rettesnor for handling i gitte situasjoner.

Lærte responser eller løsninger er det vi kan betrakte som gruppens grunnleggende antagelser og disse kan etter hvert bli tatt for gitt fordi medlemmene ser at de virker. Samhandling mellom medlemmene og deler av organisasjonen, vil danne grunnlaget for virkelighetsoppfatning. Medlemmene ser virkeligheten gjennom et ”filter” som bistår dem i å se meningen i deres handlinger.

Kulturuttrykk kan sies og være manifestasjoner av kulturinnhold og blir da de handlinger og den praksis man bruker for å bekrefte og uttrykke seg ovenfor sine medlemmer (Bang, 1999).

7.2 Er helse en vare?

Økonomiske og etiske hensyn fører til begrensninger på hva og hvor mye et offentlig finansiert helsesystem har å tilby. Vi kan se det er avstand mellom tilbud og etterspørsel slik at nødvendige prioriteringer tvinges frem. Helsetjenesten må anses og være et gode i samfunnet, men man kan sikkert være med og diskutere fordelingen og bruken av disse godene. Man kan vel si at når det gjelder helse burde ikke økonomi være et tema, men slik er det ikke. Betalingsevne og vilje er med på og styre fordelingen av godene. Nå er tiden moden for å se på andre fordelingsprinsipper, og på den måten legger opp til at alle har rett på helsetjenester uavhengig av økonomi, rase osv.. Innen fordelingspolitikken kan det være på sin plass å se nærmere på den etiske forsvarligheten (Lian, 2007).

8.0 ER SAMHANDLINGSREFORMEN EN TRUSSEL MOT VÅR ORGANISASJONSKULTUR OG SYKEPLEIEFAGLIG FORSVARLIGHET GJENNOM DE KOORDINERTE TJENESTENE REFORMEN KREVER?

Hovedtanken med Samhandlingsreformen er for kommunene skulle behandle flere, slik kan det bli lønnsomt for helseforetakene og da spesialisthelsetjenesten kan fokusere på de sykeste (Block Helmers, 2010). Det vil kanskje være en utfordring å finne ut hvem er de sykeste, når fortjener man en plass på sykehuset. Hva med de som kommer inn under den palliative fasen? Det er mange spørsmål å finne svar på. Det skal være lønnsomt for alle parter som blir omfattet av reformen å samhandle gjennom de økonomiske rammene som legges til grunn. Men, kan man bruke de rammene for å dekke egne behov? Jeg tenker da på ledere som sliter med å holde sine egne budsjett, kan det bli litt ”enkelt” å ta imot eller ikke sende? Vil noen diagnoser være mer lønnsomme enn andre?

Målet med reformen skal være å sikre en riktig framtidig helse – og omsorgstjeneste med basis i den enkelte pasients behov for koordinerte tjenester og samtidig føre til en økonomisk gevinst gjennom tett samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten (Block Helmers, 2010).

Bjarne Håkon Hanssen sier i forordet til Samhandlingsreformen i Stortingsmelding nr 47 (2008 – 2009) at ”vi må våge å tenke nytt”. Reformen vil stille nye krav til kursing og kompetanseutvikling hos sykepleier. Med dette mener jeg kommuner nå kommer til å ta imot pasienter med ulike lidelser og ulike typer behandling, som frem til nå har fått behandling på sykehus. Man vil nå måtte begynne å gi intravenøse væsker på sykehjem, mer dialyse ute i kommunene, for og nevne noe. Personlig tror jeg mennesket vokser på utfordringer og har et behov for utvikling. Jeg tror Samhandlingsreformen vil bidra til noe lærerikt for mange sykepleiere i kommunene.

Å få kommunene til å intensivere arbeidet med forebyggende helsearbeid, tror jeg kan bli motivert av trender som er i samfunnet nå. Det er jo ”in” å trene og være deltaker i en eller annen aktivitet. Toppturer, sykling og treningssentrer har jo merket stor pågang, så hvis kommunene vil, er tiden perfekt for å komme med tilbud innen forebyggende, helsefremmende og rehabiliterende arbeid. Det finnes mange personer som er engasjerte i fysisk aktivitet, så kanskje lurt å benytte seg av disse som motivatorer. ”*De som tror de ikke har tid til fysisk aktivitet nå, må huske å sette av tid til sykdom senere*” (Slinning & Haugen, 2011, s.81, sitat fra F. B. Lundberg).

8.1 Utskrivningsklarert med bakgrunn i økonomi?

Case:

Er i praksis på sykehus, hvor vi har en pasient innlagt på grunn av nedsatt allmenn tilstand. Hun har tidligere bodd hjemme, med hjelp fra hjemmesykepleien fire ganger i døgnet. Pasienten har en demenssykdom som viser seg og være relativt langkommet. På avdelingen observerer vi at hun vandrer mye, og det er stor falltendens. Hun får væsketilførsel på sykehuset, og er etter dette utskrivningsklar fra sykehuset, med sterkt anbefalt institusjonsplass, noe annet ville være uforsvarlig. Kommunen velger til tross for sykehusets anbefalinger, og pårørendes ønsker å ta pasienten hjem med tilsyn seks ganger i døgnet, på kommunens ansvar. Hun var ikke så ”dårlig” hjemme mente de. Lang historie kort... En uke etterpå er hun tilbake på avdelingen etter å ha blitt funnet ute i snøen. Hun har store frostskafer, og er ellers i dårlig forfatning etter å ha ligget lenge ute.

Forskningsartikkelen ”Ventetid for utskrivningsklare pasienter” viser tydelig nedgang i antall liggedøgn for pasienter som er utskrivningsklare etter innføring av betalingsordning mellom sykehus og kommunene (Moksnes, Nordberg & Lorentzen, 2008). Jeg må si jeg stiller meg litt undrende til hvordan oppfølging pasienten fikk når de kom hjem. Var det plutselig flere tilgjengelige ressurser i kommunene, ettersom de kunne ta i mot flere? Eller kom økonomiske hensyn foran pasientens rettigheter om nødvendig helsehjelp? I § 2-1a. står det at pasienter og brukere har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2012).

Samhandlingsreformen innebærer at kommunene får en betalingsplikt når det gjelder utskrivningsklare pasienter. Pasienter som er klare for utskrivning, men blir liggende utover dette på sykehus, koster kommunen kr 4000,- pr døgn. Det er derfor lett å skjønne at man kan bli kritiske i forhold til økonomi kontra forsvarlighet. Hva skal kommunen gjøre hvis man ikke har plass til å ta imot? Hva hvis pasienten ikke kan reise hjem? Påvirker man ventelister for de som står i kø på sykehusbehandling? Blir den sykepleiefaglige forsvarligheten satt på prøve under forhold vi egentlig ikke rår over? Som nevnt i case over, så frarådet man at pasienten skulle til egen bolig. Hvorfor ble allikevel rådet ikke fulgt? I følge Tingvoll & Fredriksen Dreier (2011), påpekes det av spesialisthelsetjenesten at mange reinnleggelser kunne vært behandlet i kommunehelsetjenesten. I tilfellet som er nevnt over, tror jeg personlig man kunne spart reinnleggelse hvis pasienten hadde blitt ivaretatt og råd fra

spesialistene blitt hørt. Her tror jeg det er en kombinasjon av flere faktorer som har sviktet, eller skal jeg si feilet. Som sykepleier er jeg først og fremst opptatt av min pasient, demens sykdom eller ei, det er pasientens ve og vel jeg har i fokus. Når så en reform fremtvinger slike avgjørelser som jeg var vitne til her, tror jeg den må ha blitt mistolket. Vi skal ikke glemme pasienten og faget vårt selv om en reform skal innføres. Vi kan ikke la pasienter lide fordi vi vil spare penger i kommunen. Som sykepleier vil jeg si det, hvis det var sykepleier som tok avgjørelsen, ble handlet i strid med våre Yrkesetiske retningslinjer og ICNs etiske regler, ja, jeg vil nesten si avgjørelsen brøt med sykepleiens grunnlag som er respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Har gjennom praksis erfart mye snakk om pasienter med demenssykdom og har også opplevd de blir ledd av, på godt og vondt. Som sykepleier har jeg forpliktet meg til å ivareta det enkelte menneskets iboende verdighet, uansett om det er demens sykdom eller ikke. Har også gjennom arbeid og praksis erfart de store helseorganisasjonene som har ofte en innarbeidet ”melodi” som gjeldene på deres avdeling. Mange har jobbet der lenge og man skal ikke forandre så mye før man blir sett på med et kritisk blikk. Organisasjonskulturen er vår trygghet i arbeidsdagen, den er kjent og innarbeidet og har lagt en standard som gir rom for ulike handlinger (Bang, 1999). Men selv om kulturen på vår arbeidsplass er et stempel på identitet og man skal jo være lojal mot arbeidsplassen sin, mener jeg her at vi som yrkesutøvere har gått over grensen for hva som er sykepleiefaglig forsvarlig. Sende hjem en pasient med demens sykdom, som vandrer, er ikke forsvarlig sykepleie. Føler det slik i denne saken at økonomi gikk foran pasient og på spørsmål om hvem som sa pasienten skulle hjem, var svaret: en i kommunen påtok seg ansvaret, og hjemmesykepleien mente for øvrig at hun ikke var så forvirret hjemme.

Jeg blir derfor nødt til å stille meg selv dette spørsmålet. Har jeg noen rett til å overta ansvaret for et annet menneske og utsette det for fare? Kan det være slik at jeg som sykepleier blir tvunget inn i en ”formynder rolle” til pasienter når jeg er på jobb?

Jeg har ikke alle svarene, men jeg føler heller ikke at jeg er ferdig med denne historien. Jo mer jeg tenker på den, desto fler problemstillinger dukker opp. Var årsaken manglende kompetanse hos den personen som sa at pasienten skulle hjem? Det er mange som må sørge for å fornye og oppgradere sin kunnskap og kompetanse, det gjelder ulike ledd i helsetjenesten, også sykepleierne har et forpliktende ansvar til å holde seg faglig à jour og oppdatert på utvikling og forskning. Dette er i tråd med hva Yrkesetiske retningslinjer (2011) pålegger oss og Samhandlingsreformen har også kompetanse og kunnskapsutvikling høyt prioritert. Det er viktig at arbeidsgiver legger forholdene til rette og gir rom for

videreutdanning og kompetanseheving. Organisasjonskulturen på for eksempel et sykehjem, i en kommune, preges ofte av de som leder den (Bang, 1999). Det er ofte de som legger føringen for hvordan organisasjonen skal fungere og hva som er rettesnoren for medlemmene. Har man en organisasjonskultur med verdier og normer for viktigheten av utvikling, så er kanskje endringer i forhold til Samhandlingsreformen enklere å innføre, mens der hvor man finner noen grunnleggende antagelser som vi kan nok, vi vet nok, vil motstanden mot endring og utvikling kunne bli en utfordring. Lærte responser kan være vanskelige å snu, men som sykepleiere har vi et ansvar for egen læring, og et ansvar for å undervise og veilede andre. Så, for å få en god organisasjonskultur som er åpen for endring og utvikling, tror jeg vi må bygge en kultur som virker trygg og sikker i en ellers hektisk arbeidsdag.

8.2 Teknologisk sykepleiekompetanse gir resultat

Case:

Oppgående og ressurssterk pasient med behov for dialyse. Bor langt unna sykehuset og ønsker å få gjort dialysen i hjemmet. Sammen med hjemmesykepleien blir forholdene lagt til rette og dialysen gjennomføres med teknologiens hjelp; SKYPE

Her ser vi hva teknologi og utvikling kan bidra til i positiv forstand når helsetjenestens organisasjon er villig til utvikling og endring, samt at de ansatte lar seg undervise. En veileder sitter på sykehuset og guider hjemmesykepleieren i prosedyren som må gjennomføres for dialysen. På sikt, etter mye undervisning og veiledning fra sykepleiere i hjemmesykepleien utfører nå pasienten dialysen selv, med veiledning fra hjemmesykepleien på Skype. Han får med dette tilbake kontrollen og mestring over eget liv. Utfordringen vil kanskje ligge i dialogen mellom pasient og hjelper, så det kan være en utfordring for hjelperen å forsikre seg om at pasienten har forstått. Det er spesielt viktig ved langvarig sykdom å søke å oppnå en likeverdig og balansert dialog for å bidra til mestring hos pasienten (Knutstad, 2010).

Respekt og interesse for den enkelte tror jeg merkes av pasient og eventuelt også pårørende selv om undervisning foregår via Skype. Gjennom dette tilbudet og denne utviklingen kan man si pasientens integritet blir ivaretatt, han er blitt hørt og kommunens helsetjeneste er en organisasjon som preges av vilje til å løse utfordringer. Jeg tror flere kommuner kunne ha godt av å lære av denne samhandlingen som her er avtalt og planlagt. Her oppfylles mange kriterier i Samhandlingsreformen og også sykepleiens Yrkesetiske retningslinjer.

Samhandlingsreformen sier samhandling er et uttrykk for helse- og omsorgstjenestens evne til å fordele oppgaver seg imellom slik at den enkelte pasient får de koordinerte tjenester han har krav på. Man har prioritert å dekke opp for pasientens medbestemmelse og hans egne ressurser og man fikk da til en god og pasientrettet løsning. Det som man kan se på som utfordringen her, ved bruk av Skype, er hvis nettet kan falle ut, noe som kan være vanlig i enkelte områder i vårt langstrakte land. Jeg forutsetter at man har en plan for hvordan man skal ivareta pasienten hvis det skjer, og handler rolig og avbalansert. Som nevnt i caset så har vi her en ressurssterk pasient og jeg tar det som en selvfølge at han er orientert om eventuelle uforutsette utfordringer som kan dukke opp og hvilke løsninger som da er tilgjengelig. Det vil også etter hvert bli slik at de ansatte i hjemmesykepleien blir opplært til hvordan løse utfordringer og kanskje pasienten også, etter flere gjennomførte dialyser, selv vet hva som må gjøres. Jeg tar det som en selvfølge at hjemmesykepleien ikke sender ufaglærte ut på dialyse. Nei, det vil være uforsvarlig sykepleie og stride mot de grunnleggende verdiene vi jobber etter.

8.3 Misforstått økonomistyring

Case:

Gunnar har gjennomgått et hjerneslag og er ferdig behandlet på sykehus. Han gleder seg til og komme hjem til jul. Gunnar er i behov for tett oppfølging i hjemmet, han har vanskelig for å utføre hygiene, lage mat og trenger en del veiledning til en del andre oppgaver, samt oppfølging i forhold til rehabilitering. På grunn av manglende ressurser i kommunen, må Gunnar bli værende på sykehuset selv om han er utskrivningsklar.

Som vi kan se ut fra caset over, så måtte en utskrivningsklar pasient bli værende på sykehuset i påvente av å kunne få komme hjem i eget hus og få den nødvendige oppfølgingen der. For en belastet hjemmesykepleie, med mangel på folk i høytider, kan man kanskje ty til en enklere løsning enn det å få tak i nok folk til å jobbe, for ikke å snakke om hvor kostbart det er hvis man må pålegge noen overtid på en helligdag. Det er billigere for tjenesten å si man ikke kan ta i mot. På den annen side, kan det kanskje begrunnes i at man ikke har tilgang på nødvendig kompetanse, slik vil det være sykepleiefaglig uforsvarlig å sende pasienten hjem. Nødvendig kompetanse skal ut i kommunene, men det er en kjensgjerning at det tar tid og innføre reformer. Det tar tid å gi folk kompetanse, det krever ressurser å la fagpersonell få rom til

videre – og etterutdanning, ja, vi kan vel si at ting tar tid. Det kan ikke være slik at vi skal spekulere i økonomi kontra liggedøgn på sykehuset. Det er hele tiden andre som har behov for den plassen, som trenger spesialistkompetansen man finner på sykehuset, for eksempel de akutt syke. Hva skal prioriteres? Hvilke etiske hensyn skal legges til grunn for de økonomiske begrensningene i et offentlig og kommunalt finansiert helsetjeneste? Er det mangel på plasser eller kompetanse, mangel på fagfolk eller teknologi, da må man inngå avtaler og samarbeide frem gode alternativer til man har fått på plass gode koordinerte løsninger. Å fordele oppgaver, fordele goder som vår helsetjeneste er, kan vel ikke by på mindre samarbeidsvilje hos de deltakende aktører, men dette blir jo synsing fra min side, jeg har jo ikke fakta fra de som har erfaringer fra dette. Men jeg vil allikevel påpeke at vi hele tiden må ha pasientens beste i fokus og sørge for at den sykepleiefaglige forsvarligheten ivaretas sammen med de etiske regler for sykepleie.

8.4 Koordinert helsetjeneste

Koordinering av tjenester bør styres av faste fagpersoner. Det er her viktig med riktig og allsidig kompetanse hos den som skal være koordinator, slik at han eller hun har de nødvendige forutsetningene som skal til for å ivareta den enkelte pasient og den enkelte tjeneste. Å samhandle på tvers av sektorer, på tvers av fag, på tvers mellom sykehus og bofellesskap, på tvers av sykepleie og tannlege osv, det kan by på utfordringer. det er et stort puslespill man prøver å få på plass, og man må være tålmodig fordi alt ikke lar seg løse på en dag. Samhandlingsreformen er jo en reform som skal gå over flere år, en reform for utvikling, og mange helseorganisasjoner og andre som kan bli involvert i en pasients hverdag, skal på plass. Man må tillate seg å bli kjent, med tilbud og pasient, med økonomi og avtaleverk. Tom Colbjørnsen: ”I Norge har vi en naiv holdning til at om vi bare vedtar noe, så tror man at det blir sånn” (sitert i Slinning & Haugen, s.53, 2011).

Har kommunene hatt tid nok i forkant til å utdanne de som skal være den samlende koordinatoren? Det er viktig å ha en organisasjonskultur som er åpen for at sykepleierne har ”lov” til å være profesjonelle og at de kan bli kompetente ledere og ha ferdigheter i konflikthåndtering så vel som pasienthåndtering. Det kan oppstå konflikter i samhandling med andre helsetjenester, andre faggrupper, men det kan også forekomme innen egne rekker. Vi er alle individualister med egne holdninger og verdier som vil være med å påvirke vår

atferd i organisasjonen. Det er på det rene at ikke alle har i seg egenskapene som skal til for å bli koordinator, men det kan være fruktbart å ha en kultur i organisasjonen som tar høyde for ulikhetene. det kan kanskje være nyttig med vekst- og utviklingsgrupper nå som Samhandlingsreformen innføres. Slike grupper kan være øvingsarenaer og inspirasjon i arbeidsdagen (Skau, 2005).

9.0 ER DOROTHEA OREMS EGENOMSORGSTEORI PÅ BØLGELENGDE MED SAMHANDLINGSREFORMEN OG DE YRKESETISKE RETNINGSLINJER?

Skal her forsøke å se nærmere på Orem's teori i forhold til Samhandlingsreformen. Vil også trekke inn Yrkesetiske retningslinje og ICNs kodeks for sykepleiere og se om Orem's teori har gyldighet i forhold til den nye reformen og endringene som er gjort i Yrkesetiske retningslinjer. Sykepleiens kvalitet og forsvarlighet ligger også til grunn for drøftingen her.

9.1 Orem versus Yrkesetiske retningslinjer

Orem betrakter mennesket som aktivt og at det innehar en høy grad av frihet. Hva Orem legger i aktivt, jeg velger å tro at det er evnen til handling. Som enkeltindivider har vi evne til å ivareta egenomsorg, så sant vi ikke er utsatt for skade eller sykdom som gjør at vi trenger hjelp eller støtte fra andre. I følge Yrkesetiske Retningslinjer skal sykepleie baseres på respekten for enkeltindividet og dets verdighet. I følge Mosebye er kjennetegn på respekt: ærefrykt, ærbødighet og aktelse (siteret i Slettebø, 2009) Vi skal bygge vår sykepleie blant annet på omsorg basert på kompetanse. Vi må hele tiden holde oss à jour med hva som skjer i faget vårt, holde oss orientert om forskning og følge utviklingen, samtidig som vi skal følge gjeldende lover og regler for sykepleiere og helsetjenesten som vi er en del av. Gjennom å bidra med egen kompetanse, dele og drøfte erfaringer, kan vi sikre gode og forsvarlige sykepleieoppgaver.

Orem's tro på menneskets ressurser og evne til personlig vekst og utvikling, støttes opp av våre retningslinjer som sier vi har et ansvar for at vår pasient blir tatt med på avgjørelser som berører han/henne og gjennom samhandling og felles vurdering, kan pasientens medbestemmelse, verdighet og integritet bli ivaretatt.

Begrepet kunnskap kommer stadig frem gjennom hele oppgaven og berøres og omhandles på flere steder. Yrkesetiske retningslinjer sier vi som yrkesutøvere har det hele og fulle ansvar for våre handlinger. Skal vi yte forsvarlig sykepleie, er det viktig å ha kunnskap om den organisasjonen vi er en del av, vår arbeidsplass har retningslinjer som vi skal være lojale mot og vi kan positivt bidra med gode holdninger og dele våre ferdigheter med andre. Vi er med på å bestemme hva slags kultur vi skal ha for endring og vilje til å møte nye utfordringer. Man

kan finne mange likhetstrekk i Orems teori, med andre sykepleieteoretikere. Men Orems modell er godt kjent og mye utbredt, og dagens sykepleie har et økt fokus på helsefremmende arbeid, dette krever en sykepleiepraksis basert på behov og funksjon, det finner vi i Orems teori (Cavanagh, 1999). Gjennom den kulturen vi er en del av, lærer vi spesifikke handlinger som preger oss og som vi kan si er gruppas varemerke, men det er her det er viktig å være mottagelig for variasjon og åpen for nytenkning og problemløsning. Hvis ikke, så er det fare for at vi ikke evner å se hva som er behovet, hva kan vi bidra med, slik at vi opprettholder en forsvarlig, kunnskapsrik og godt koordinert helsetjeneste. Det innebærer at vi må være aktive deltagere i det offentlige helsenorger, være med på etiske refleksjoner og bidra positivt til helsepolitiske beslutninger som kan styrke og bedre legge til rette for en godt utviklet helsetjeneste, sørge for at de får hjelpen først, de som trenger den mest. Samtidig er det slik at alle, uansett hvem og hva du er, har lik rett til helsehjelp. Ved riktig oppgavefordeling, kan kanskje den rette hjelpen kan gis der du bor.

Når vi skal bidra til at vår pasient skal ivareta sin egenomsorg, mener Orem at vi som sykepleiere kan gå inn og kompensere for den manglende ressurs pasienten har, eller vi kan være veilederen som støtter pasienten til selv å kunne ivareta sin egenomsorg. Hun sier også at vi skal, der det trengs, være en støttespiller og fysisk støtte, slik kan pasienten nå det som er målet for handlingen, egenomsorg. Vi må legge ting til rette og innta en undervisende rolle, eller det er kanskje slik at sykepleieren trenger undervisning for å foreta en handling og da kan teknologien hjelpe oss, f. eks Skype. Dette som her er nevnt, er det Orem kaller for sykepleiens hjelpemetoder og de er helt i tråd med våre Yrkesetiske retningslinjer. Man kan stille seg spørsmål om ikke hennes teori har våre retningslinjer som en ”grunnmur” for teorien. Det som er mer interessant er at endringene som er gjort i de Yrkesetiske retningslinjene ikke kommer på kant med Orems teori i dag. Retningslinjene ble revidert i 2011, blant annet ble punkt 3 flyttet til å bli punkt 1 og jeg er ikke helt sikker på hva som ligger til grunn for det (Norsk sykepleierforbund, 2011). Det kan virke som sykepleiens kompetanse har blitt satt på dagsordenen med fokus på videreutdanning og fagutvikling for å styrke den faglige forsvarligheten, men også for å møte Samhandlingsreformens krav. Det er på det rene at Samhandlingsreformen krever økt kompetanse i kommunen fordi vi vil møte nye utfordringer. Vi møter andre oppgaver og vi skal samhandle på tvers av helsetjenesten, pasienter skal prioriteres ut fra faglige vurderinger og forsvarligheten skal ivaretas.

9.2 Orem versus Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen har hovedfokus på tre områder; koordinering av tjenester, økt innsats på forebyggende arbeid og økonomi. Hva er det som trengs for at vi skal få en god koordinering av tjenester? Svaret er vel klart, det trengs fagpersoner med god kompetanse for å dekke den prioriteringen som må gjøres i forhold til pasienter som trenger hjelp fra spesialisthelsetjenesten og prioriteringer blant de som kan få nødvendig hjelp der de bor. Alt dette er avhengig av personen som koordinerer disse tjenestene, må ha god fagkunnskap og samtidig huske på pasienten i fokus. Faglig forsvarlighet er et krav i sykepleien, men er det noen fare for og komme på kant med seg selv og den kompetansen man har tilegnet seg? Ja, det tror jeg man lett kan komme til å gjøre hvis det er mangel på kvalifisert helsepersonell til å ta de rette avgjørelsene. Vi skal tenke kvalitet, som Orem hevder er faglighet og forsvarlighet. Reformen sier det er en fordel at man har en koordinator i kommunen, men jeg tror da, i små samfunn, kan man lett bli utsatt for ”nabohenvendelser” og påvirkninger fra lokalsamfunnet for øvrig. Som måleenhet for kvalitet i primærsykepleien er trygghet, omsorg og forsvarlig sykepleie og disse faktorene kan nok bli satt på prøve, ja, sågar påvirket av at alle kjenner alle. Det skal gjøres en god jobb for å finne rett person til jobben og denne må også føle seg støttet opp av kollegaer og av de verdiene som sykepleie bygger på. Samhandlingsreformens krav om samhandling og kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten, vil også legge press på kommunen til å legge forholdene til rette, slik kan man møte de ulike utfordringene fremtidens helsetjeneste står ovenfor. Jeg tenker da på at vi stadig blir eldre, vi blir et mer og mer flerkulturelt samfunn. Vi må kunne ”reglene” for de ulike trosretningene slik at også våre utenlandske borgere føler seg ivaretatt av sykepleiere og øvrig helsepersonell. Det fremkommer av Samhandlingsreformen at Regjeringen ønsker seg en klarere pasientrolle og det kan man få hvis pasientene får lov til å være med å bestemme selv i større grad. Personlig kan det bli slik at jeg tar dette som kritikk til dagens tjenester og at vi som fagpersonell ikke er gode nok til å lytte til pasientene våre. Pasienters rett til medbestemmelse er nedtegnet i Yrkesetiske retningslinjer (2011) og Orem's hjelpemetoder påpeker også at vi skal gjøre sammen med pasienten og jeg tror jo at de fleste av fagutøverne er gode på det å lytte til pasienten, men selvfølgelig, vi kan bli bedre. Dette går på egen utvikling og vi må holde oss orientert i samfunnet, vi blir eldre og samtidig har vi tilgang til ny teknologi nesten daglig og det gjelder pasientene også. Andre krav vil stilles enn det vi er vant til og vi må være forberedt til å imøtekomme kravene.

Forløpstenkingen i Samhandlingsreformen retter seg inn mot at pasienten selv skal kunne mestre sitt liv gjennom de systemene og tjenestene vi kan tilby, tjenester som baseres på hjelp til selvhjelp. Dette er i tråd med hva Orem sier i sykepleiens hjelpemetoder, hvor egentlig alt, synes jeg, er rettet inn mot pasienten, som selv skal mestre mest mulig. Orem sier også i sitt menneskesyn at mennesket er aktivt og innehar stor grad av evne til å utføre egenomsorgshandlinger og at vi som enkeltindivider har ønske om å bistå hverandre for å opprettholde egenomsorgen. Gjennom ny teknologi, har pasienten mulighet for å få undervisning i eget hjem og gjennom denne få nødvendig kompetanse og veiledning for å mestre hverdagen.

Både Orem og Samhandlingsreformen er opptatt av det med kompetanse, og sykepleierens kompetanse må videreutvikles og tilpasses ny teknologi, ny forskning, nye og flerkulturelle krav og nytt lov – og rammeverk. Som yrkesutøvere er dette en nødvendighet for at vi skal ivareta den sykepleiefaglige forsvarligheten, noe som vi har et ansvar for. Dette understøttes av Orem og Yrkesetiske retningslinjer. Jeg håper at Samhandlingsreformen ikke bidrar til at vi går på akkord med forsvarligheten, men også her ser jeg det kan være et spørsmål rundt det med kompetanse. Rett kompetanse på rett sted til rett tid må etterstrebes. Jeg håper kvaliteten på de tjenestene jeg som sykepleier kan tilby ikke står i fare for å bli understøttet, men blir styrket gjennom Samhandlingsreformen.

10.0 KONKLUSJON

Vi må våge å tenke nytt...

Teorien i oppgaven har vel kanskje ikke gitt meg noen helt klare svar på problemstillingen. Men jeg tror nok at man i organisasjoner må være åpne for nye utfordringer og ha en kultur som aksepterer at vi må innhente ny kompetanse. Forhold må legges til rette for videre- og etterutdanning og man må finne de som egner seg best til å være koordinører. Vi må ha en aksept for at det ikke ligger for alle å ha en slik rolle.

Istedenfor trussel, tror jeg nå heller at Samhandlingsreformen kan være en motivator for sykepleiere til å jobbe i kommunene. De vil få andre og nye oppgaver, nye utfordringer som krever noe av deg som utøver, nemlig at du holder deg à jour med faget ditt og det tror jeg er noe vi alle kan utvikles videre av. Har flere ganger gjennom oppgaven sendt noen tanker til A. Maslow og hans behovstenking (Fugelli & Ingstad, 2009) og tenkt, du verden, dette visste han allerede da han utformet pyramiden. Ut fra det jeg kan tolke i Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere og Orems egenomsorgsteori, så støtter disse teoriene opp Samhandlingsreformen. Jeg vil anse det som en styrke og ikke en trussel nå som reformen er i startfasen og skal innføres og gjennomføres i de ulike helseorganisasjonene. Jeg håper samhandlingsreformen gir et mer helhetlig omsorg og behandlingstilbud gjennom de koordinerte tjenestene. Pasientene kan da bli spart for belastninger, samtidig vil det kunne gi samfunnsøkonomiske fordeler.

I det helsefremmende lederskapet føler jeg at utgangspunktet med hva er bra og hvordan kan det bli bedre er kjernen for å involvere og stimulere til innovasjon, vekst og utvikling. Noen ganger skremmer det meg at det hele er så enkelt. Det handler om å snakke med folk, snakk med dine medarbeidere, snakke med de tillitsvalgte, legg forholdene til rette og følg opp. (Slinning & Haugen, 2011, s. 220, sitat fra S. Vågang)

LITTERAUTLISTE

*Bang, H. (1999). *Organisasjonskultur*. Oslo: Tano Aschehoug

*Block Helmers A.K. (2010). *Slik blir samhandlingsreformen*. Lokalisert på:
www.sykepleien.no/page/sykepleien/vis/artikkel-nyhet?p_documento-id=323061

*Cavanagh, S.J. (1999). *Orems sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Dalland, O.(2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*.(4.utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

*Fugelli, P. og Ingstad, B. (2009). *Helse på norsk: god helse slik folk ser det*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS

*Gjessing Bruun, S. & Wolff Skaalvik, M. (2010). ”Den gamle kroppen.”
Sykepleierstudenters tanker om eldreomsorg som fremtidig arbeidsplass. Lokalisert på:
<http://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/viewFile/1185/1123>

Halvorsen, K. (2010). *Grunnbok i Helse- og sosialpolitikk* (4.utg.) Oslo: Universitetsforlaget AS

Helse-og omsorgsdepartementet: *Samhandlingsreformen: (2008-2009)*. Lokalisert på:
<http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf>

Jahren Kristoffersen, N., Nordtvedt, F., & Skaug, E.-A.(Red.).(2005). *Grunnleggende sykepleie: Bind 1*.Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Jahren Kristoffersen, N., Nordtvedt, F., & Skaug, E.-A.(Red.).(2005). *Grunnleggende sykepleie: Bind 3*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F., Skaug, E-A.(Red.). (2005). *Grunnleggende sykepleie: bind 4*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

*Jakobsen, R. (2005). *Klar for fremtiden?:-om kvalitet, endring og teamarbeid i sykepleieledelse*.(2.utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

*Knutstad, U. (Red.).(2010). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2* (3.utg.), Oslo: Akribe AS

*Lian, O.S. (2007). *Når helse blir en vare: medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten*(2.utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget

Lov om helsepersonell: LOV 1999-07-02. (1999). Lokaliser på:

<http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html#4>

Lov om pasient- og brukerrettigheter: [LOV-2011-06-24-30](http://www.lovdata.no/all/hl-2011-06-24-30).(2012). Lokalisert på:

<http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html>

*Moksnes, K.M., Nordberg, E., & Lorentzen, B. (2008). *Ventetid for utskrivningsklare pasienter*. Lokalisert på:

<http://tidsskriftet.no/article/1635615>

*Norsk sykepleierforbund(2010). *Slik blir samhandlingsreformen*. Lokalisert på:

<http://www.sykepleien.no/nyhet/323061/slik-blir-samhandlingsreformen>

Norsk sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. lokaliseret på:

https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

*Orvik, A., (2004). *Organisatorisk kompetanse: i sykepleie og helsefaglig samarbeid*, Oslo: J.W. Cappelens Forlag a.s.

*Skau, G.M., (2005). *Gode fagfolk vokser: Personlig kompetanse i arbeid med mennesker* (3.utg.)Oslo: Cappelen Damm AS

Slettebø,Å. (2009). *Sykepleie og etikk* (5.utg.). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

Slinning, E. og Haugen, R.(2011). *Helsefremmende lederskap: slik leder de beste*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Støre Brinchmann, B.(Red.). (2005). *Etikk i sykepleien*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

*Swârd,G. ,Swârd, K.(1992). *Ord på veien; Ordtak og Tanker, Klippan: Schmidts Boktryckeri AB*

*Tingvoll,W.-A. & Fredriksen Dreyer, S.T.(2011). *Individuell tilretteleggelse for eldre pasienter etter sykehusopphold - en fenomenologisk-hermeneutisk studie basert på erfaringer fra sykepleieledere i kommunen*. Lokalisert på:

[http://svemedplus.kib.ki.se/Default.aspx?queryparsed=\(sykepleieledere%20kommunen\)%20AND%20granskning:"peer%20reviewed"%20AND%20fulltext:"yes"&query=sykepleieledere%20kommunen%20%20Limits:%20granskning:"peer%20reviewed"%20AND%20fulltext:"yes"&start=0&searchform=simple&prevDok_ID=&Dok_ID=122001&pos=0&rows=10&nextDok_ID=87434](http://svemedplus.kib.ki.se/Default.aspx?queryparsed=(sykepleieledere%20kommunen)%20AND%20granskning:)