



Gry Opsahl, 1. lektor, HiOA, avd. SU



Betty-Ann Solvoll, 1.-amanuensis, UIN



Vigdis Granum, 1.-amanuensis, HiOA, avd. SU

FAG

Samhandlingsreformen

Forførende samhandlingsreform

Samhandlingsreformen bruker mange positivt ladete ord, men medfører nye og krevende oppgaver for kommunehelsetjenesten.

Hensikten med artikkelen er å presentere en analyse av Samhandlingsreformen (SHR) (1), og se denne i forhold til sykepleiernes profesjonskompetanse. Etterkrigsgenerasjonens økning i antall eldre har resultert i politiske samfunnsreformer: NAV-reformen (2), Pensjonsreformen (3), NOU 2005: 3 Fra stykkevis til helt (4) og SHR. Økningen viser også et kulturelt mangfold da innvandringstilveksten utgjør 11, 4 prosent av befolkningen og 67000 er over 67 år (5). I tillegg til økt eldrebefolkning er det forventet stor økning i sykdommer knyttet til levevaner og helseatferd (1)

SHR er et strategisk styringsdokument for helse- og sosialtjenesten med virkning fra 2012. Det overordnede målet for SHR er å redusere sosiale helseforskjeller, og at alle skal få et likeverdig tilbud av helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og livssituasjon.

Prognoser fra SSB viser et behov for en økning på cirka 100 000 nye årsverk innen pleie- og omsorgssektoren. (1) Sikring av et likeverdig helsetjenestetilbud ligger i tilgjengelig profesjonskompetanse hos helsepersonell, derav følgende problemstilling: Hvordan utfordrer SHR profesjonskompetanse i sykepleie?

Teoretisk utgangspunkt

Profesjonskompetanse er et begrep som benyttes for å vise til hvilke krav som stilles til utøvelse av sykepleie. Profesjonsutøvelse kommer til uttrykk i et asymmetrisk forhold hvor den hjelpesøkende er avhengig av den profesjonelles kompetanse, og må stole på tjenesteyteren. Profesjonen tar seg av bestemte oppgaver for fellesskapet. Aksepterer man dette vil profesjonen ha kontroll over adgangen til oppgavene og kvaliteten på tjenesten. Profesjoner er avhengig av tillit både fra pasienter og myndigheter. Kvaliteten på tjenesteytingen har kunnskapsmessige, moralske, rettslige og økonomiske sider (6).

Abbott hevder at kunnskap er det sentrale element for en profesjon. Han kaller råderett over faget juridiksjon; å ha makt til å definere hva som er riktig kunnskap på feltet gir makt til å bestemme hva som er riktig behandling og hvilken yrkesgruppe som skal utføre behandlingen (7).

I Rammeplan for Sykepleierutdanning står det: «Formålet med sykepleierutdanningen er å utdanne yrkesutøvere som er kvalifisert for sykepleiefaglig arbeid i alle ledd av helsetjenesten, i og utenfor institusjoner. Pleie, omsorg og behandling utgjør hjørnesteinene i sykepleierens kompetanse. Sykepleieren

forholder seg til pleie og kontinuerlig omsorg for den syke ut fra hvordan det erfarer å være syk, og ut fra kunnskap om de enkelte sykdommers årsak, diagnostikk og prognose. En sykepleier skal også ha kompetanse i forhold til helsefremmende og forebyggende arbeid, undervisning og veiledning, forskning og fagutvikling, kvalitetssikring, organisering og ledelse. De skal ha kunnskap om helsepolitiske prioriteringer og juridiske rammer for yrkesutøvelsen. Utdanningen skal fremme en yrkesetisk holdning og en flerkulturell forståelse av helse og sykdom. Fullført studium gir graden bachelor i sykepleie og gir grunnlag for å søke autorisasjon som sykepleier i henhold til lov om helsepersonell» (8).

Faglig skjønn

Autorisasjonen gir rett til selvstendighet i yrkesutøvelsen med rett til å utøve faglig skjønn. Sykepleiere har rolle både som profesjonsutøver og som forvaltningsansatt. Som profesjonsutøver er det den enkelte sykepleiers faglige skjønn og utøvelse som sikrer kvalitet på tjenesten. I rollen som forvaltningsansatt er det lojaliteten til de politiske beslutninger som gjelder. Motsetningene mellom profesjonsutøvelse med rett til faglig skjønn og rollen som forvaltningsansatt vil kunne føre til rollekonflikter, da forventningene som rettes mot en og samme rolle ikke er i samsvar med hverandre (9). Spesifikk kunnskap utvannes hvis profesjonene nøytraliseres, slik vi ser det i profesjonsnøytral Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og Folkehelse-lov (10). Tverrfaglig samarbeid forutsetter at profesjonene kjenner sitt kompetanseområde.

Hovedbudskap

Samhandlingsreformen er svært mangelfull og utydelig på hvilken kompetanse helsetjenesten trenger for å håndtere «eldrebølgen». Oppgavefordelingen vil føre til at utsatte og svært sårbare pasientgrupper marginaliseres da de skal tas hånd om i en allerede presset kommunehelsetjeneste.

Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

- » Sykepleie
- » Samhandling
- » Kommunehelsetjeneste
- » Spesialisthelsetjeneste
- » Sykepleierutdanning



VIKTIG KOMPETANSE: Behovet for sykepleiernes profesjonskompetanse økes med samhandlingsreformen, som pålegger kommunene flere og mer spesialiserte helsetjenester. Arkivfoto: Tarjei Ekenes Krogh.

Det er først ved å kjenne og respektere de ulike helseprofesjoners kompetanseområder at tverrfaglig samarbeid kan realiseres.

Metode

Dokumentanalyse ble valgt som metodisk tilnærming. SHR er et injeksjonsdokument som i metodelitteraturen defineres som sekundærdokument; «Det kan for eksempel være lovtekster, regjeringsrapporter, avisartikler eller hensigts-erklæringer fra virksomheter, interesseorganisasjoner og politiske partier» (11). Analyse av tekst handler blant annet om å stille spørsmål til tekstene som bidrar til å besvare problemstillingen. Studiens overordnede spørsmål ble styrende for analysen: Hvordan utfordrer SHR profesjonskompetanse i sykepleie?

SHR ble først gjennomlest for å få et helhetsinntrykk. Vi valgte ut Del I Sammendrag og hovedgrepene i samhandlingsreformen og Del II Samhandlingsproblemenes omfang for en særlig analytisk gjennomgang. Del I og II ga god oversikt over helheten i dokumentet. Dette utvalget vil også prege fortolkningene.

For eksempel når vi gir begrepet «samhandling» oppmerksomhet, så kan det være bias ut ifra tekstutvalget av Del II som har «samhandling» som hovedtema. Som analytisk redskap, tok vi kun utgangspunkt i ett av profesjonskompetansens kvalitetsvariabler; det kunnskapsmessige. Analysen kan derfor betraktes som en deduktiv innholdsanalyse. Innholdet er analysert og kategorisert i forhold til denne kvalitetsvariabel.

Presentasjon og tolkning

Samhandlingsreformen utfordrer profesjonskompetanse i sykepleie ved for svak profilering av faglig kunnskap. Det er påfallende hvordan hovedinnholdet i SHR bygger på en erkjennelse av mangelfull samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Ved å påpeke denne mangelen, blir teksten i SHR selv mangelfull og utydelig på hvilken kompetanse framtidig helsetjeneste trenger. Med unntak av medisinsk kompetanse (legene), blir beskrivelser av behovet for andre helseprofesjoner usynlig. Det går tydelig fram at man skal styrke allmennlegetje-

nesten og utvikle spesialisthelsetjenesten slik at de i større grad kan bruke sin spesialiserte medisinsk-teknologiske kompetanse. Sykepleie

«Spesifikk kunnskap utvannes hvis profesjonene nøytraliseres.»

som profesjonskompetanse blir ikke omtalt i meldingen.

Kompetansebygging

Teksten peker på muligheter som finnes i strukturene i og mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste hvor man må forbedre pasientflyt og koordinering av tjenestetilbudet. Hvilken kompetanse som må styrkes for å oppnå dette, blir ikke beskrevet. «Kompetanseoppbygging skal tilpasses eventuell oppbygging av kapasitet til tidspunktet for når volumendringene på behovssiden inntreffer; det må utdannes riktig omfang av de ulike typer helsepersonell, og kompetanse

som er tilpasset helsetjenestens krav» (1, s. 36).

SHR har ikke tatt stilling til hva som menes med «riktig omfang av ulike typer helsepersonell». Det er en rød tråd i hele SHR at man skal satse mer på helsefremmende og forebyggende arbeid for å styrke ressursiden i befolkningen. Slik forventer man å dempe veksten i sykehus-tjenester. Den helsefremmende og forebyggende kompetansen hos sykepleiere har per i dag fortrinnsvis vært rettet mot barn og unge – nå skal den rettes mot hele aldersspennet i befolkningen. Tidlig intervensjon i forhold til utsatte grupper handler om kunnskap om sekundær- og tertiærforebygging.

Tilbud i kommunene

Det neste store poenget er at bestemte pasientkategorier, med særlig vekt på eldre og kronisk syke, skal få sitt pleie-, omsorgs- og behandlingstilbud i kommunene. Personer med KOLS, diabetes, demens, kreft, psykiske lidelser (spesielt depresjoner) og rus skal ut av sykehus. Dette er en av

«Det er sykepleieres ansvar å gi pleie, omsorgsfull hjelp og behandling.»

oppgavene som skal fordeles mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Økning i de sykdommene vi har nevnt ovenfor er knyttet til levevaner og helseatferd som tillegges pleie, omsorg og medisinskfaglig oppfølging i kommunene. Sykepleiere utgjør den største pleie- og omsorgsintensive gruppen i helsetjenesten. Forventningspresset i kommunene på oppfølging til de nevnte målgrupper vil stige, mens sykepleieårverkene fortsatt er sterkest representert i spesialisthelsetjenesten.

Forførende form

SHRs form fremstår som forførende og tar i bruk ord og begreper som i første omgang skaper god «resonans». Samhandling og oppgavefordeling er to eksempler. Hvem er imot at samhandling mellom tjenestenivåene skal bli bedre? Hvem er imot en klar oppgave- og arbeidsfordeling?

I praksis fører endringene til nye og utfordrende oppgaver for kommunehelsetjenesten med tidlig ansvar for medisinsk ferdigbehandlete pasienter, i tillegg til et økt pleie og omsorgsintensivt og medisinskfaglig ansvar for de kronisk syke og de eldste eldre med sammensatte lidelser. Ønsket effekt er dempet vekst i bruk av sykehus-tjenester ved at en større del av helsetjenestene

yttes i kommunehelsetjenesten. Dette tilsvarer BEON-prinsippet; et kvantitativt forhold mellom produksjon og ressursinnsats, det vil si det rimeligste omsorgsnivået (12).

Oppgavefordeling

Oppgavefordeling og ansvar knyttet til syke eldre og pasienter med kroniske lidelser utfordrer nettopp profesjonskompetansen i sykepleie. Det er vårt ansvar å gi pleie, omsorgsfull hjelp og behandling. Lovregulerte avtalesystem forsterker kravet til den enkelte profesjonsutøvers forvaltningsrolle og svekker mulighetsstrukturene ved manglende kvalitetssikring av profesjonskompetanse i kommunehelsetjenesten (13). Oppgavene skal gjennomføres på en koordinert og rasjonell måte. Kvalitetskrav er ikke synliggjort i definisjonen av samhandling. Nytt lovverk er profesjonsnøytralt.

Vår tolkning er at det er urealistiske og høye forventninger om dempet vekst i spesialisthelsetjenesten som følge av helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunehelsetjenesten og anvendelse av BEON-prinsippet. Det er ikke gjennomført konsekvensanalyse av disse hovedstrategiene. I påfølgende diskusjonsdel vil dette bli problematisert.

Diskusjon

Teksten i SHR profilerer kunnskapsprofilen i framtidig helsetjeneste for dårlig. Profesjonskompetanse i sykepleie er profilert spesielt dårlig. Analysen peker også på at sentrale begreper og teksten i SHR virker forførende.

I en framtid der sykepleierollen i enda større grad vil handle om å samhandle og koordinere tjenestetilbudene bedre, vil vektlegging av organisatorisk kompetanse, som inkluderer organisasjonskompetanse og organiseringskompetanse, bli enda viktigere (14). Vi er redde for at de svakeste pasientgruppene vil marginaliseres. Det viser allerede erfaringer fra betalingsforskriften for ferdigbehandlete pasienter (15).

Fra og med 2012 ble det innført kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunalt betalingsansvar for medisinsk ferdigbehandlete pasienter. Kommunene får også plikt til å etablere tilbud med øyeblikkelig hjelp og døgntilbud til pasienter med behov for behandling eller observasjon. Denne plikten skal fases inn i perioden 2012–2015 og fullfinansieres. Hvilke helseprofesjoner skal betjene dette?

Den andelen av eldrebefolkningen som er innvandrere med behov for helsehjelp utfordrer også sykepleiekompetansen. Minoritetspasienter

skal bli møtt med respekt for og kunnskap om sin kultur og religion i møte med helsetjenesten. Dette medfører et kunnskapsløft innen helseprofesjonsutdanningene.

Avansert kompetanse

Oppgavefordeling vil innebære at forventningspresset i kommunene på den pleie- og omsorgsintensive og medisinskfaglige oppfølgingen stiger. Det er bekymringsfullt all den tid sykepleieårverkene er sterkest representert i spesialisthelsetjenesten. Dersom reformen skal gjennomføres etter denne intensjonen, må den pleie- og omsorgsintensive og den medisinskfaglige delen av profesjonskompetansen i sykepleie styrkes i kommunehelsetjenesten.

I land som vi liker å sammenlikne oss med, England, USA og Australia, har det i flere tiår vært utdannet sykepleiere med avansert klinisk kompetanseprofil. Utdanningsprogram i avansert klinisk sykepleie finnes i over 30 land og i alle verdensdeler (16). Denne utvidete kompetansen kan bli vesentlig for norske sykepleiere.

Mangler helhetsvurdering

En helhetlig vurdering av de ulike helseprofesjonenes rolle i fremtidens helsetjeneste er fraværende i reformteksten. Dette er bekymringsfullt da nettopp disse skal samhandle om oppgavefordelingen. Bruken av uttrykket «oppgavefordeling» høres positivt og tilforlættelig ut. Det uttrykket derimot kan komme til å skjule, er stridigheter som kan oppstå mellom første- og andrelinjetjenesten når sykehusene presser på for utskrivning av ferdigbehandlete pasienter. Disse pasientene vil ofte være overrepresentert av eldre mennesker med sammensatte lidelser, som må leve med sine lidelser og trenger hjelp til det. Profesjonskompetanse må utvikles i forhold til målgruppene, og den organisatoriske kompetanse i forhold til ny forvaltningsstruktur (14). Dette setter sykepleiere på prøve på flere måter. De positive begrepene i SHR kan lett skape forventninger i befolkningen om bedre tilgang til gode helsetjenester, noen ganger urealistiske forventninger. Hvis, eller når, forventningene ikke innfris, eller ikke er mulig å innfri, kreves det av en profesjonell sykepleier at hun eller han takler de reaksjonene dette vil medfølge. Hvordan håndterer man en befolkningsgruppe som er misfornøyd med helsetjenesten, og hvordan håndterer man kaos og uorden? Dette innebærer behov for å styrke sykepleierens kunnskaper og ferdigheter også i konflikthåndtering (17).

Tilslører ansvar

Den forførende formen i fremstillingen i SHRs tekst kan videre bidra til å tilsløre hvem som skal ta ansvar for de medisinske ferdigbehandlede pasientene. Det er innført lovregulert avtalesystem for å sikre samhandlingstiltakene. I NOU 2005:3 (4), som danner bakgrunn for SHR, ble pasientrelaterte problemkomplekser drøftet, og samhandling definert som: «aktivt samarbeid og handlinger mellom alle som direkte eller indirekte er involvert i pasientbehandlingen». SHR legger mer vekt på strukturelle grep for å bedre samhandlingen. Fokuset er flyttet fra pasient til struktur.

Det er sykepleieres ansvar å gi pleie, omsorgsfull hjelp og behandling. Dette er knyttet til rollen som profesjonsutøver. Samtidig vil lovreguleringen av reformen forsterke kravet til den enkelte profesjonsutøvers forvaltningsrolle. Sykepleieren kommer i «skvis» mellom lojalitet til loven, og de faglige kvalitetskravene som ligger i profesjonskompetanse. Framtidens sykepleiere bør derfor i større grad ha evne til kritiske vurderinger av politiske beslutninger, og evne til «å se bakenfor» de positive og tilslørende ordene. Sykepleieres evne til å tenke kritisk og reise de kritiske spørsmålene, og konfrontere politikere og myndigheter med de ulike begrepene, vil være en avgjørende kompetanse i fremtiden. Denne typen kompetanse blir viktig når sykepleier

skal kunne fungere innenfor et maktfelt der pasienten lett kan bli en «kasteball.»

Utdanning og praksis

Kompetanseheving for å lykkes med oppgavefordelingen hviler både på utdanningsinstitusjonene og på helsetjenesten selv. Det gjelder særlig for sykepleie, som er den mest praksisintensive utdanning innenfor helsefagene. Sykepleierens profesjonskompetanse er den mest nærliggende å bygge på for å møte den foreslåtte oppgavefordelingen og oppfølgingsansvaret dette innebærer. Både kvantitet og kvalitet må sikres for å nå målene med å redusere sosiale helseforskjeller, og for at alle skal få et likeverdig tilbud av helsetjenester.

Analysene av SHR viser særlig implikasjoner for sykepleierutdanningen og for å styrke den kliniske kompetansen i kommunehelsetjenesten. Artikkelen peker på at kunnskapsgrunnlaget når det gjelder helsefremmende og forebyggende arbeid, må bli et framtidig satsingsfelt; kunnskapsbasert folkehelse. Det betyr et behov for å styrke undervisning og veiledning innenfor det helsefremmende og forebyggende området. Videre vil framtidige sykepleiere ha behov for mer helsepolitisk kompetanse og organisatorisk kompetanse, kommunikasjons- konflikthåndteringskompetanse og en styrket evne til kritisk tenkning.

Oppsummering

Artikkelen peker på svakheter i teksten i SHR.

I hovedsak har vi løftet fram fraværet av analyse og vurdering av helseprofesjonenes rolle og kompetanse i fremtidens helsetjeneste. Videre forskning bør gjøre en grundig analyse av kompetansebehovet i en framtidig helsetjeneste, både i spesialisthelsetjenesten så vel som i kommunehelsetjenesten. Forskning og utvikling relatert til utvikling av profesjonskompetanse i sykepleie, er også nødvendig.

LITTERATUR

1. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Helse- og omsorgsdepartementet.
2. St.prp. nr. 46 (2004-2005). Ny arbeids- og velferdsforvaltning.
3. St.meld. nr. 5 (2006-2007). Opptjening og uttak av alderspensjon i folketrygden.
4. NOU 2005: Fra stykkevis til helt. Helse- og omsorgsdepartementet (2005).
5. <http://www.SSBno.innvandring>
6. Grimen H, Terum LL. Evidensbasert profesjonsutøvelse. Oslo: Abstrakt, 2009.
7. Abbott A. The system of professions. A Essay on the Division of Expert Labour. Chicago and London: The University of Chicago Press, 1998.
8. Rammepplan for sykepleierutdanning 25. januar 2008, Kunnskapsdepartementet (2008b).
9. Hanssen GS, Helgesen M, Vabo SI. Politikk og demokrati: en innføring i stats- og kommunalkunnskap. Oslo: Gyldendal akademisk, 2007.
10. Clancy A, Kjølsvrud ES. Det er umulig å være profesjonsnøytral. Sykepleien 2011;5: 48-49
11. Birkmann S, Tanggaard L. Kvalitative metoder. I: Lynggaard K, red. Kap. 6 Dokumentanalyse. København: Hans Reitzels Forlag, 2010: 137-151.
12. Hallandvik, Jan-Erik. Helsetjeneste og helsepolitikk. Oslo: Gyldendal Akademiske, 2002.
13. Haukelien, Heidi., Vike, Halvard, og Bakken, Runar. Kompetanse og faglig infrastruktur i helse og omsorgstjenestene. TF-rapport nr. 252. Bø i Telemark: Telemarkforskning, 2009.
14. Orvik A. Organisatorisk kompetanse – i sykepleie og helsefaglig samarbeid. Oslo: Cappelen Akademisk forlag, 2004.
15. Hofstad E. Samhandlingsreformen kan ta liv. Sykepleien 2011; 6: 30-5.
16. Pulcini, J., Loke, A.Y., Gul, R., & Jelice, M. An International Survey on Advanced Practice Nursing: Education, Practice, and Regulation. Journal of Nursing Scholarship 2010; 42:31-39.
17. Ekeland TJ. Konflikt og konfliktforståelse. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2004.

LANGE ARBEIDSDAGER OG TRETTE BEN?

– Strøpene som gjør dagen lettere for deg kjøper du hos WWW.XWEAR.NO



Varer og faktura sendes med posten.

NB: Alle varer er sertifisert med Øko-Text Standard 100.

