

Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Vernepleierens kompetanse - et svar på
Samhandlingsreformens visjon om helhetlige og
koordinerte pasientforløp?

The social educator`s expertise-an answer to
interaction reforms (samhandlingsreformen)
challenges?

May Kristin Dolen

Totalt antall sider inkludert forsiden: 50

Molde, 24.05.2012



Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høgskole i logistikk

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Hege Bakken.

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 24.05.2012

SKIGARDSVISE

Lyrics: Stanley Jacobsen

Music: Finn Ludt

Heilt innåt skogen står det ein skigard, mosegrodd og grå.
Han er til nedfalls og søkk isaman,
men som eit minnesmerke der han står.
Ein gong var dette eit viktig stengsel
som verna åkeren mot krøtterfot.
Men ein skigard kan 'kje vara evig, veit du,
kan aldri vara evig.

Ein gamal skigard som står og vitnar om ei svunnen tid,
det er ei soge om gamal storheit,
kamp mot naturen, kamp som er forbi.
Nå vert det kjempa på andre frontar
men skigardar, det har me lell.
Ein skigard kan 'kje vara evig, veit du,
kan aldri vara evig.

Kva er ein skigard? Ein skigard er så mange rare ting:
Ein rad med stokkar sett som eit gjerde
eller eit stengsel i ditt eige sinn,
ein gamal fordom, eit raseskille,
hat og misunning eller aversjon.
Men ein skigard kan 'kje vara evig, veit du,
kan aldri vara evig.

Kvar du så snur deg, det er ein skigard mellom før og nå.
Ein skigard er som ei landegrense.
Ein skigard er eit stengsel for dei få,
eit hat i hjarta, eit klasseskille,
ein sjalusi, ein uvisshet, ein krig.
Men ein skigard kan 'kje vara evig, veit du,
kan aldri vara evig.

Har du ein skigard? Å jau, du har nok ein, for alle har
ein ting ein gjerne vil stengja ute,
ein ting ein ikkje syna vil einkvar.
Men desse stengsler treng ikkje vara,
ein skigard kan du kliva om du vil!
Ein skigard kan 'kje vara evig, veit du,
Kan aldri vara evig.

Denne sangen som er kjent og kjær for mange, fikk en dag en litt annen mening for meg enn før. Tidligere har jeg relatert denne sangen til et gjerde som står der for å holde husdyr inne, eller ute. Når jeg hørte sangen denne gangen, fikk jeg assosiasjoner til samhandlingsreformen og andre reformer. De varer ikke evig, på samme måte som en skigard ikke gjør det.

Reformene står der som minner over svunnen tid, akkurat som skigarden. Skigarden er et skille mellom før og nå, akkurat som samhandlingsreformen. I ettertid kommer vi til å snakke om før og etter samhandlingsreformen inntreden i helse- og omsorgstjenesten.

I sangen nevnes gammel fordom. Og jeg tenker, hvor ofte kan ikke fordommer hindre oss i å se lengre enn til skigarden? Så kommer spørsmålet om du har en skigard? Og hvem har ikke det? Noe som vi vil skille fra noe annet. Disse stengslene kan klatres over, og vi kan overvinne eksempelvis gamle fordommer og angsten for det som er nytt.

Denne sangen vil i ettertid bety noe annet for meg. Jeg kommer til å forbinde den med bacheloroppgaven min. Et skille mellom før og nå. Jeg har klatret over en stengsel som en skigard er, skigarden her er bacheloroppgaven. Jeg har klatret over, fullført og funnet ut at det faktisk er spennende å se hva som er på den andre siden også. Skigardsvisa handler, slik jeg tolker den, om å utvide horisonten. Dette tar jeg med meg videre i mitt arbeid og møte med andre mennesker. Vi må være klar over at vi vil møte mange mennesker med skigarder i sitt eget sinn Ved å være bevisst på skigardene vi kan møte hos andre, og hos oss selv, kan vi klatre over og gjøre noe med det som skigarden stenger ute, eller inne.

Innhold

1: Innledning.....	1
1.1: Tema og bakgrunn for valg av tema.	1
1.2: Aktualitet.	2
1.3: Formålet med oppgaven.....	3
1.4: Hvordan jeg har løst oppgaven.....	4
2: Problemstilling.	5
2.1: Avgrensing av problemstilling:.....	5
2.2: Begrunnelse av problemstilling.	5
2.3: Begrepsavklaring.	6
2.3.1: Koordinator.....	6
2.3.2: Individuell plan.	7
2.3.3: Samhandling og samarbeid.....	8
2.3.4: Tverrfaglig og tverretattlig.....	8
3: Metode.....	9
3.1: Metode og begrunnelse.....	9
3.2: Beskrivelse av metode.....	10
3.3: Min forforståelse.	11
3.4: Validitet og relabilitet.....	12
4: Hovedinnhold:	12
4.1: Teori.	12
4.1.1: Historikk.	13
4.1.2: Samhandlingsreformens utfordringer.	15
4.1.3: Vernepleierens kompetanse.	18
4.1.4: Koordinatorrollen.....	22
4.2: Analyse.....	24
Koordinator og individuell plan.	25
Koordinatorrollen og vernepleierens kompetanse.	26
5: Avslutning.....	37
5.1: Oppsummering.	38
5.2: Konklusjon.	38
6: Litteraturliste:	40
6.1: Selvvalgt pensum	41

1: Innledning.

1.1: Tema og bakgrunn for valg av tema.

Tema for denne bacheloroppgaven er; Vernepleierens kompetanse, et svar på Samhandlingsreformens visjon om helhetlige og koordinerte pasientforløp?

Bakgrunnen for valg av tema til bacheloroppgaven er Stortingsmelding nr. 47, som omhandler samhandlingsreformen, med undertittel; Rett behandling – på rett sted – til rett tid. (Senere i oppgaven kan Stortingsmelding nr. 47 også bli omtalt som samhandlingsreformen eller reformen).

Interessen for samhandlingsreformen ble vekket gjennom et prosjekt på skolen hvor jeg innså at denne reformen er viktig for meg som privatperson, som yrkesutøver, og ikke bare meg, men alle andre som er borgere i landet.

Samhandlingsreformen ble innført fra 01.01.2012 og skal gradvis fases inn i løpet av få år. Et av virkemidlene for å understøtte samhandlingsreformen er gjennom lovverket, og i den forbindelse er to nye lover innført fra 01.01.2012.

Den ene er Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, som er en sammenslåing av Lov om sosiale tjenester og Lov om helsetjenesten i kommunene. Disse er fjernet fra Norges lover.

Den andre er Lov om folkehelsearbeid. Bakgrunnen for denne loven er å “medvirke til en samfunnsutvikling som styrker folkehelsen og utjevne sosiale forskjeller i helse og levekår” (Prop.90L. 2010-2011:11). Erkjennelsen av at folkehelsearbeid er langsiktig og krever systematisk innsats, har ført til at denne loven skal være med å understøtte og legge til rette for samarbeid på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer.

1.2: Aktualitet.

Samhandlingsreformen er kommet for å bli. I alle fall til en ny reform kommer. Nye reformer vil komme, men det vil alltid være spor igjen etter de gamle reformene.

Samhandlingsreformen sammen med nytt lovverk er vårt nye styringsredskap for helse- og omsorgssektoren. Jeg som kommende vernepleier er en del av denne sektoren og kommer til å måtte forholde meg til reformen profesjonelt, men også privat.

Reformen omhandler livsløpet vårt fra vugge til grav, og tar innover seg de demografiske endringene som er ventet i fremtiden og som vil føre til flere eldre og syke. Noe som vil føre til et økt behov for ansatte i helse- og omsorgssektoren. Det at reformen omhandler livsløpet vårt gjør den ekstra aktuell. Fordi alle har et livsløp. Noen har et langt livsløp, andre har kortere. Noen har mer behov for hjelp enn andre. Som fremtidig vernepleier kommer jeg til å jobbe med forskjellige mennesker i deres livsløp. Spesielt i livsløpet til mennesker med behov for langvarige og koordinerte tjenester.

Vernepleiere skal tenke helhetlig. En del av den helhetlige tankegangen er å huske på at alle mennesker har et levd liv, med ulike erfaringer. Noe som krever respekt fra oss som hjelpere. Der du er i livsløpet ditt akkurat nå, har du ikke vært før, og du kommer heller ikke til å bli værende der. Vi lever, og livet er dynamisk og i utvikling på en eller annen måte hele tiden. Det er lett å tenke at livet er statisk i den forstand at en gjerne er i den samme jobben, bor på samme sted og så videre. Det kan stemme, men forandringer skjer allikevel rundt oss og med oss.

Vårt syn på mennesker i «svake grupper» blir lett farget av at vi ser på dem som svake fordi de tilhører en «svak gruppe». De er en pasient eller bruker, og det er det vi ser. Vi definerer ofte mennesker etter hva vi ser, ikke hvem de er. Stigmatisering. Det å løfte blikket og prøve å se helheten og hva som skjuler seg bak «stigmaet», er en viktig del av vernepleierens grunnholdning. En ideologi om å prøve å forstå helheten og sammenhengen mellom mennesket og samfunnet. En del av dette er å møte mennesker med respekt, og der de er i sine livsløp.

Reformens målgruppe omtales oftest som pasienter og brukere. Det gjør at vi kan tenke at denne reformen ikke angår oss. Det gjør den, det er få mennesker som går gjennom livet uten å være pasient en eller annen gang. Om vår pasientrolle ikke strekker seg lengre enn til en konsultasjon hos fastlegen, er vi pr definisjon en pasient.

Et av hovedpunktene i samhandlingsreformen er å styrke kommunenes helhetlige ansvar for tjenestetilbudet i sin kommune. Dette tydeliggjøres blant annet gjennom nytt lovverk. Styrkingen av de kommunale tjenestene vil blant annet være opprettelse av lokale medisinske senter som skal ta over unødvendige innleggelser på sykehus. I løpet av vårt livsløp fødes vi som oftest på et sykehus, og ofte forlater vi livet der. De medisinske sentrene blir kanskje nettopp der starten og avslutningen på livsløpet vårt vil skje?

En annen visjon i samhandlingsreformen er ønsket om at behandling på sykehus og institusjoner skal unngås ved hjelp av forebygging og tidlig intervensjon. For at forebygging skal kunne virke, må det etter mitt syn, begynne hos de som er friske, ergo vil det innbefatte den friske populasjonen i landet. På den måten vil reformen omhandle alle. Tidlig intervensjon er viktig og da er barnehage og skoler aktuelle steder å begynne.

Jeg tar med dette i innledningen for å vise at samhandlingsreformen er aktuell for alle borgere i dette landet, fordi vi lever og bor her. Videre i oppgaven vil jeg fokusere mer på hvordan samhandlingsreformen har relevans for vernepleieren som profesjonell, og vernepleieprofesjonen generelt.

1.3: Formålet med oppgaven.

Formålet mitt med oppgaven er et ønske om å løfte frem vernepleierens rolle som profesjonell helse- og omsorgsarbeider. Og å synliggjøre vernepleierens kompetanse.

Dessverre er det mange som ikke vet hva en vernepleier er, eller hvilken kunnskap vernepleieren innehar. Gjennom egen erfaring har jeg opplevd at andre profesjoner som tilhører helse-, omsorg- og sosialtjenesten heller ikke vet hva en vernepleier er eller står for.

Jeg har hørt ledere beskrive arbeidsoppgavene på sin arbeidsplass leder, og det er som om de snakker direkte til vernepleieren og leser fra fagplan for vernepleiere. Men nei, vernepleier kan ikke jobbe der fordi de har en forestilling om at vernepleieren ikke har kunnskapen som trengs. Dette stiller jeg meg undrende til. Hva er det som gjør dette? Hvordan kan vi få endret dette? De forskjellige undervisningsinstitusjonene kunne kanskje reklamert mer for vernepleiestudiet? Har profesjonen selv gjort nok? Mange spørsmål som jeg ikke skal ta stilling til her, men jeg nevner dem som en undring.

Ved å skrive denne oppgaven vil jeg prøve å belyse hva en vernepleier er og hvilken kunnskap vernepleieren har. Prøve å vise hvorfor vernepleieren kan være en sterk kandidat til jobber i fremtidens helse- og omsorgssektor. Og i denne oppgaven, inneha rollen som koordinator for mennesker med behov for langvarige og koordinerte tjenester over lang tid, hjemlet i den nye helse- og omsorgstjeneste loven. Ved å knytte denne rollen opp mot samhandlingsreformen, håper jeg å få synliggjort at vernepleieren med sin utdannelse, kan være et svar på kompetansen som regjeringen søker etter i samhandlingsreformen.

Reformen er et viktig styringsredskap for stat og kommune, og for meg som profesjonell. Samhandlingsreformen gjelder alle og mange forskjellige profesjoner, samtidig føler jeg etter å ha lest stortingsmeldingen at ideologien som ligger til grunn i samhandlingsreformen taler veldig til meg som vernepleier. Ideologien bak reformen virker for å ha mange likhetstrekk med ideologien til vernepleieprofesjonen. Dette ønsker jeg å undersøke i min oppgave.

1.4: Hvordan jeg har løst oppgaven.

Jeg har løst oppgaven ved å lese litteratur jeg mener er aktuell for oppgaven. Stortingsmelding nr.47 om samhandlingsreformen, rammeplan for vernepleiere og fagplan for bachelor i vernepleiere 2012, er grunnlaget i oppgaven. Det som står i Stortingsmelding nr. 47, om koordinatorrollen, samt det som står i fagplan for vernepleiere om vernepleierens kompetanse, vil jeg videre prøve å drøfte, samt bruke annen relevant teori om koordinering. I koordinatorrollen eller koordineringsbegrepet ligger andre roller og begrep som jeg vil avklare etter problemstillingen min. Jeg har også tatt med historikk for å gjøre leseren bedre kjent med bakgrunnen til vernepleieprofesjonen og samhandlingsreformen, og håper på denne måten å gi en større forståelse av hva disse er.

2: Problemstilling.

Tema: *Vernepleierens kompetanse – et svar på Samhandlingsreformens visjon om helhetlige og koordinerte pasientforløp?*

Problemstilling: *Er vernepleierens kompetanse egnet i koordinatorrollen?*

2.1: Avgrensning av problemstilling:

Jeg ønsker her å tydeliggjøre min problemstilling og avgrensning. Samhandlingsreformen er et aktuelt, men stort tema. Derfor avgrenser jeg problemstillingen til en del av reformen som er viktig med tanke på pasientene og brukerne med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Jeg har valgt å avgrense problemstillingen til vernepleierens rolle som koordinator. Plikten for å tilby en koordinator er hjemlet i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, kapittel 7, § 7-2.

Ved å avgrense problemstillingen til koordinatorrollen får jeg drøftet om vernepleierens kompetanse vil være egnet i jobben som koordinator. Jeg får synliggjort hva samhandlingsreformen skriver om koordinatorrollen, og hva som legges i den.

I samhandlingsreformen generelt og i koordinatorrollen spesielt er helhetlig tankegang viktig. Dette er en av grunnpilarene i vernepleierutdanningen. Den helhetlige tankegangen tar jeg med meg videre i arbeidet med oppgaven, og kommer nærmere inn på den senere.

2.2: Begrunnelse av problemstilling.

Bakgrunnen for problemstillingen er mangesidig, men som snart ferdig utdannet vernepleier har jeg gjort meg noen refleksjoner over vernepleierens kompetanse og status.

Etter å ha hatt et prosjekt om samhandlingsreformen på skolen, og lest hva som står skrevet i Stortingsmelding nr. 47, sitter jeg igjen med en følelse av at ideologien bak samhandlingsreformen taler til meg som vernepleier og ideologien vernepleieren har. Er det bare jeg som føler det slik, eller kjenner andre seg også igjen?

Ved å rette problemstillingen mot koordinatorrollen får jeg forhåpentligvis et svar på om samhandlingsreformen og koordinatorrollen er forenelig med vernepleierens kompetanse.

2.3: Begrepsavklaring.

I oppgaven og problemstillingen er det brukt begrep som kan forstås på flere måter. Jeg vil her skrive hva jeg legger i de viktigste begrepene som omhandler koordinatorrollen, og hvordan jeg tolker disse. Begrepene jeg vil avklare er koordinator, individuell plan, samhandling, samarbeid, tverrfaglig og tverretatlig. Jeg vil prøve å vise at de har en sammenheng med hverandre, og er relevante for koordinatorrollen.

2.3.1: Koordinator.

Thommesen m.fl. (2009) har i sin bok om individuell plan skrevet et kapittel om koordinatoren og koordinatorrollen. Informantene de hadde i kommunen hvor de foretok sine undersøkelser mente at den personlige koordinatoren var den mest sentrale delen av ordningen. De skriver at:

«I sosiologien forstås en rolle som de normer og regler som knytter seg til en bestemt posisjon eller oppgave. Koordinatorrollen er en relativt ny rolle som det foreløpig ikke er knyttet så mange regler eller normer til» (Thommesen m.fl. 2009:111).

Det at koordinatorrollen er forholdsvis ny, gjør at vi i sterkere grad kan være med på å forme den til å bli en rolle som fyller kravene om å hjelpe de som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Michalsen, Vatne og Hollingen (2007) skriver i Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning at det har vært stor usikkerhet i forhold til koordinatorrollen. Hva skal innholdet være, og hvem skal være koordinator? Samhandlingsreformen erkjenner at dette er en utfordring, og vektlegger dette høyt. Dette arbeidet skal prioriteres fremover.

I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, kapittel 7, § 7-1, står det:

«For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her, skal kommunen tilby koordinator. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging

av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdriften med individuell plan» (MEDLEX Norsk Helseinformasjon 2012:27).

Det er viktig å merke seg at «Plikten til å oppnevne koordinator skal gjelde uavhengig av om pasienten eller brukeren ønsker å benytte seg av individuell plan» (MEDLEX Norsk Helseinformasjon 2012:28). Også at koordinatorrollen skal være profesjonsnøytral. Det vil si at alle i utgangspunktet kan inneha denne rollen.

2.3.2: Individuell plan.

I helsedirektoratets veileder for individuell plan står det at formålet med planen er at pasient eller bruker skal få et helhetlig koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Dette understøttes i Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) og er et viktig verktøy i samhandlingsreformen. Stortingsmeldingen presiserer at «Individuell plan er brukernes og pasientenes egen plan, og den skal bygge på brukernes mål om deltagelse sosialt og i samfunnet» (Meld.St.16 2011-2015:90).

«Individuell plan kan beskrives både som et verktøy og en prosess. Den legger først og fremst til rette for at det etablerte tjenesteapparatet setter tjenestemottakeren i sentrum. I tillegg utfordres tjenesteytere, etater, institusjoner og kommuner til å organisere, samarbeide og samvirke på nye måter» (Individuell Plan 2010:18).

Individuell plan er hjemlet i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, kapittel 7, § 7-1.

«Kommunen skal utarbeide en individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her. Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte» (MEDLEX Norsk Helseinformasjon 2012:27).

Arbeidet med individuell plan utføres av koordinator i samarbeid med pasient eller bruker.

2.3.3: Samhandling og samarbeid.

Jeg velger å skrive om samhandling og samarbeid under et fordi det er lett å tenke at disse begrepene betyr det samme. Thommesen m.fl. (2008) beskriver at begrepet samhandling viser til ytre observerbare trekk ved forholdet mellom aktører. At en gjør noe sammen, samhandling. De skriver videre at samarbeid er å arbeide sammen mot en felles målsetting. De mener at det er mulig å samarbeide uten å samhandle direkte.

«Tjenesteytere fra ulike instanser som kjenner hverandres oppgaver, og som er bevisste på at de har et felles mål med arbeidet, vil ofte være opptatt av å tilpasse seg hverandres arbeid på en slik måte at de hele tiden legger forholdene til rette for at også andre skal kunne lykkes i sitt arbeid. Det må kunne kalles samarbeid, selv om de ikke samhandler» (Thommesen m.fl. 2008:98-99).

Stortingsmelding nr. 47. definerer samhandling på denne måten:

«Samhandling er et uttrykk for helse- og omsorgstjenestens evne til oppgavefordeling seg i mellom for og nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte» (St.meld.nr.47. 2008-2009:13).

Samhandling krever derfor et perspektiv som går ut over den enkelte institusjon eller forvaltningsnivå (St.meld.nr.47. 2008-2009:51).

Martiniussen (2001) beskriver samhandling som et gjensidig handlingsforhold mellom to eller flere personer. I samhandling tar de som er involvert hensyn til hverandres handlinger og grunnene til disse.

Dette håper jeg viser at samarbeid og samhandling ikke er synonymt med hverandre, men at de allikevel henger sammen og er avhengige av hverandre.

2.3.4: Tverrfaglig og tverretatlig.

Tverrfaglig vil si å jobbe og samarbeide på tvers av profesjoner. Eksempelvis vernepleiere, sykepleiere, barnevernspedagoger, leger med mer.

Tverretatlig vil si å jobbe på tvers av etater. Eksempelvis helse- og omsorgstjenesten, teknisk etat, NAV med mer.

Jeg tenker at disse begrepene på en måte er to sider av samme sak. Det og jobbe på tvers av etater, vil sannsynligvis medføre at en også jobber med andre profesjoner. Det som kan være en forskjell er at de som jobber tverrfaglig, kanskje har et arbeid som foregår nærmere pasienten eller brukeren?

3: Metode.

3.1: Metode og begrunnelse.

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilken som helst middel som tjener dette formålet, hører med til arsenalet av metoder» (Dallan 2000:83).

Metoden jeg har valgt for å bruke i oppgaven er litteraturstudie. Jeg mener tilnærmingen er hermeneutisk. Hermeneutikken forsøker

«å se helheten i forskningsproblemet. Forskeren stiller helheten i relasjon til delene og pendler mellom del og helhet for på den måten å få en så fullstendig forståelse som mulig. Hele tiden anvender forskeren sin egen førforståelse som et verktøy i tolkningen» (Dalland 2008:58).

En litteraturstudie er en kvalitativ metode. Dalland (2008) skriver om kjennetegnene til kvantitativ og kvalitativ metode. Ut fra dette finner jeg flest likhetstrekk med kvalitativ metode: Jeg prøver å gå i dybden på et spesifikt område. Få frem det spesielle eller avvikende. Data prøver å få frem en sammenheng og en helhet og en forståelse.

Kvalitativ metode «tar i større grad sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle» (Dalland 2008:84).

I litteraturstudie vil jeg bruke forskning og teori som er skrevet før for å underbygge problemstillingen i min oppgave. Det vil også si at jeg bruker både primære og sekundære kilder. Primærkilden er den som har skrevet litteraturen. Skundærkilder er hvis forfatteren referer til andre i sin bok.

Det som kan være en utfordring i oppgaven er at samhandlingsreformen med tilhørende lovverk, er så ny at vi ennå ikke har noen empiriske erfaringer med reformen. Det gjør at det er ingen ny forskning som viser til effekten av at kommunene skal tilby en koordinator til de som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Derfor kan det å finne litteratur som omhandler reformen, være vanskelig å finne. Men med min problemstilling tror jeg det skal være greit å finne nok litteratur som omhandler vernepleieren og samhandling.

Til syvende og sist uansett hvilken metode vi velger så er det;
«sjelden at bøker endrer verden, vanligere er det at mennesker gjør det» (Wilmar m.fl. 2009:144).

3.2: Beskrivelse av metode.

Litteratursøk som metode “har som mål å få et bilde av hva som allerede er skrevet om problemområdet vi ønsker å arbeide med” (Dalland 2008:64).

Jeg har i denne forbindelsen brukt søkt etter litteratur som omhandler emnet. Jeg har benyttet meg av forskjellige søkemotorer som; Bibsys, NORART og SveMed+. Jeg har også benyttet meg av tilbudet om å leie en bibliotekar.

Jeg viser her hva jeg har funnet for å synliggjøre at samhandlingsreformen og vernepleieren, ikke er synonymt med hverandre:

- Samhandlingsreform? - 41 treff.
- Samhandlingsreform? and vernepleie? – 0 treff.
- Samhandlingsreform? and koordinator? – 1 treff.
- Vernepleie? and koordinator? – 1 treff.
- Vernepleie? and kompetanse? – 12 treff.

- ((tverr? or multi? or inter?) and verneplei?) – 92 treff.
- ((tverr? or multi? or inter?) and samhandlingsreform?) – 6 treff.

Det dette viser er at det pr. i dag ikke finnes en kombinasjon av samhandlingsreform og vernepleie. Hvorfor? Jeg håper at mine funn vil forandre seg etter at samhandlingsreformen har vart en stund, og at årsaken til at det er lite treff er at samhandlingsreformen er ny.

Jeg brukte også engelske søkeord som; Coordination reform, helth care reform, social educator, competence*, coordinat*, cooperat*. Søk på engelsk fikk heller ikke noen gode resultat.

Jeg har ikke brukt noen av funnene i oppgaven min da de var lite relevante.

3.3: Min forforståelse.

“All forklaring og behandling er verdiladet. Så snart man foretar distingsjoner, viser man at man foretrekker noe framfor noe annet. Enten forståelsen mener å bygge på empirisk vitenskap, eller hevder at “Jesus er svaret”, uttrykker man verdivurderinger” (Aadland 2004:108).

Dette sitatet viser at jeg allerede ved å ha valgt problemstillingen i denne oppgaven har en spesiell interesse for temaet. Det i utgangspunktet kan tilsi at jeg har en forforståelse for temaet, og at jeg allerede har dannet meg et inntrykk av hva jeg ønsker å finne ut.

Min forforståelse kan påvirkes av min alder og tidligere erfaringer med reformer. Et levd liv som pårørende, som privatperson og som arbeidstaker. Utfordringen blir om jeg klarer å skille mine personlige opplevelser og hva det har gjort med meg, fra det å være objektiv og profesjonell.

Det at jeg har en personlig kompetanse som går på at jeg har vært pårørende til mennesker som har vært avhengig av hjelpeapparatet i perioder av livet, gjør at jeg har en forforståelse av at om intensjonene er gode, er ikke alltid resultatet det. At jeg har jobbet med mennesker som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, gjør at jeg vet at

det ikke alltid er slik at teori og praksis stemmer overens. Det at jeg nå også har fått en større teoretisk kunnskap, gjør at jeg vet at det er skrevet mye om profesjonsstridigheter, gråsoneproblematikk med mer, som er med å påvirker resultatene av vår innsats. Disse erfaringene gjør at jeg kanskje har en forforståelse som kan gjøre meg partisk.

Når det er sagt, kommer jeg til å legge vekt på å være objektiv, bruke forskjellig litteratur og forfattere og legge til side min forforståelse så langt det lar seg gjøre. Å være helt nøytral tror jeg er vanskelig så lenge jeg allerede har interesse for temaet.

3.4: Validitet og relabilitet.

“Validitet står for relevans og gyldighet. Relabilitet betyr pålitelighet” (Dalland 2008:50).

Utgangspunktet i mitt litteraturvalg er Stortingsmelding nr.47 og fagplan for vernepleiere. Begge disse dokumentene er retningsgivende dokument på hvert sitt område. Med det som utgangspunkt mener jeg at kildene er pålitelige. Det er disse dokumentene som danner grunnlaget for min oppgave. Annen litteratur jeg kommer til å bruke, kommer fra anerkjente kilder og forfattere. Litteraturen har jeg fått tilgang til gjennom pensum, stortingsmeldinger, dokument som er utgitt og bibliotek.

4: Hovedinnhold:

4.1: Teori.

Innledningsvis vil jeg skrive litt om historikken til vernepleierutdanningen og samhandlingsreformen. Videre vil jeg referere til hva samhandlingsreformen ser på som utfordringer i dagens helse- og omsorgspolitik. Ved å vise til dette kan jeg kartlegge problemområder som jeg tror vernepleieren med sin kunnskap kan være med på å løse. Jeg kommer videre til å avgrense dette mot vernepleierens rolle som koordinator for mennesker med behov for koordinerte tjenester over lengere tid.

4.1.1: Historikk.

For å kunne danne seg et bilde av hva en vernepleier er, kan det være greit å vite litt om historien bak vernepleierutdanningen. Hvordan startet det og hva førte til at vernepleierutdanningen ble opprettet?

I begynnelsen av 1950 årene, overtok sosialdepartementet, det som den gangen ble kalt åndssvakeomsorgen. Det førte til en sentralisering av omsorgen for psykisk utviklingshemmede. Fra å være en brukergruppe som ofte ble sett på som en skam for familien, og gjerne ble gjemt vekk, ble det nå dannet store sentralinstitusjoner hvor denne brukergruppen ble samlet.

Emma Hjorts hjem i Akershus ble startet på slutten av 1800 tallet. Senere ble dette en av de største sentralinstitusjonene i Norge. Hjemmet var privat drevet frem til 1915, da staten overtok.

Overlege Ole B Munch ble ansatt ved institusjonen i 1946. Han så behovet for et engasjert og kvalifisert personale for å kunne bedre livssituasjonen for denne gruppen mennesker. Munch blir sett på som gründeren for vernepleierutdanningen i Norge. Han mente at diakonene og sykepleierne ikke hadde nok kunnskap om pedagogikk, og at lærere ville komme til kort i forhold til kunnskap om kropp og helse. Kompetanse på begge områder var påkrevd og ble opphavet til det som er vernepleierutdanningen (Hutchinson 2009:52).

Utdanningen startet med Munchs internundervisning av ansatte ved hjemmet. Siden ble utdanningen ettårig, deretter toårig og fra 1961 en treårig utdanning formalisert med grunnregler fra Sosialdepartementet. I dag er dette studiet et treårig bachelorstudie og vernepleiere er etter endt utdanning autorisert helsepersonell hjemlet i Lov om helsepersonell, kapittel 9 - § 48, punkt æ (Syse 2009:650).

Fra 50 tallet og frem til i dag har vernepleierutdanningen gjennomgått store forandringer. I en periode var utdanningens relevans omdiskutert. Ideologien og kunnskapen som

vernepleierutdanningen har, ble heldigvis verdsatt, og er i dag en utdanning som utvikler seg i takt med tiden og er attraktiv for mange fordi den på en unik måte kombinerer kunnskap og kompetanse fra ulike felt. Et ønske for fremtiden er at flere arbeidsgivere forstår «vår unike kompetanse som brobygger mellom helsefagene på den ene siden, og sosialfagene på den andre siden» (Grung, Wærness, Ellingsen 2010:195).

Vernepleierutdanningen legger vekt på samarbeid, tverrfaglighet og det å tenke helhetlig. Dette gjør vernepleieren kvalifisert til å jobbe innen felt som; psykiatri, rusomsorg, kriminalomsorg, eldreomsorg, barnehager, skoler, spesialisthelsetjenesten, barnevern, rehabilitering, habilitering, NAV, som ledere i helse- og omsorgsektoren, i undervisning og fagutvikling og mer. Utdanningen har fokus på arbeidet med mennesker i «svake grupper». Hovedfokus er fremdeles rettet mot mennesker med psykisk utviklingshemming.

Et historisk innblikk i bakgrunnen for samhandlingsreformen.

Norge er en av mange velferdsstater. «En vanlig forståelse av velferdsstaten er at staten har ansvar for å sikre at borgernes grunnleggende behov blir ivaretatt» (Kassah og Kassah 2009:133). Hallandvik (2008) skriver at fremveksten til velferdsstaten har foregått parallelt med oppbyggingen av trygdesystemer og andre tiltak som har ført til utjevning og bedring av levekårene til innbyggerne i landet. Han skriver videre at «Helsetjenesten og trygdesystemene er bærebjelker i velferdsstaten» (Hallandvik 2008:23). Dette som grunnlag viser den ideologiske og politiske plattformen regjeringen styrer etter, og i takt med tiden skjer det politiske og samfunnsmessige endringer som fører til nye handlingsplaner og reformer som er tilpasset den tiden vi lever i.

Samhandlingsreformen er den siste i rekken av reformer og bakgrunnen for den er endringer i samfunnet og samhandlingsutfordringene som finnes. Samhandlingsreformen erkjenner at dette ikke er nye utfordringer, men at de har vært kjent i flere tiår og at utviklingen har skjedd fortløpende for å møte disse. Allikevel er tilbakemeldingene fra brukere, pasienter, pårørende og tjenestene at samhandling fortsatt er en utfordring (St.meld.nr.47. 2008-2009:21). Koordinatorrollen er et virkemiddel for å møte disse utfordringene.

Samhandlingsreformen er en retningsreform og skal fases inn fra 01.01.2012. I arbeidet med reformen har regjeringen identifisert de mest grunnleggende årsakene og mener at hovedutfordringene for helse- og omsorgstjenesten ligger i;

- *«Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok.*
- *Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebyggesykdom.*
- *Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne» (St.meld.nr.47. 2008-2009:21).*

4.1.2: Samhandlingsreformens utfordringer.

Vi kan ofte føle at nye reformer kommer som «julekvelden på kjæringa». Og det kan være riktig fordi vi ikke vet hvilket arbeid som ligger bak reformen eller når det startet. Vi er ikke forberedt på hva som kommer. Bak alle reformer ligger det en omfattende kartlegging som vi ikke tar del i. Kartleggingen kommer som regel i form av stortingsmeldinger, proposisjoner og dokumenter fra forskjellige avdelingene som ledes av regjering og storting. Det kan være arbeid som går langt tilbake i tid, og ofte er det den samfunnsmessige utviklingen som fører til en ny reform.

Ny kunnskap og forskning fører til nye tanker og forhåpentligvis, til en bedre forståelse av utfordringene som er, og som kommer i fremtiden. Så også med samhandlingsreformen. Dette er en dynamisk prosess og denne prosessen kan illustreres ved den hermeneutiske sirkelspiralen.

«Spiralen indikerer noe som egentlig aldri tar slutt, men stadig utvides» (Dalland 2008:58). Den viser at vi har kunnskap om en liten del, så får vi mer kunnskap om delen, som gir oss en helhet, så kommer ny kunnskap og vi har kunnskap om en del i lys av helheten og får en helhet i lys av delene, som igjen gir oss en dypere forståelse av delene.

«Når vi får øynene opp for at vi kun ser en bit av det hele og trenger andre som ser andre biter, så kan vi utvikle fag og forskning som treffer bredt» (Wilmar 2009:141).

Bjarne Håkon Hanssen, tidligere helse- og omsorgsminister, kom i sin tid med forslaget om en ny reform, samhandlingsreformen. Han brukte den første tiden som minister til å gjøre seg kjent med det som da var dagens helse-Norge. Han fikk på sin runde rundt i landet en erkjennelse av at mye var bra, men at mange mennesker ikke fikk den hjelpen de trengte, når de trengte den.

Samhandlingsreformen viser til at det i dag er få systemer som er rettet inn mot helheten i tjenestene som tilbys mennesker med behov for koordinerte tjenester. Mens «mange pasienter og brukere i helse- og omsorgstjenesten har behov for koordinering av tjenester i den forstand at tjenestene leveres fra ulike tjenestesteder og ofte også over kortere eller lengre tidsperioder» (St.meld.nr.47. 2008-2009:13).

Staten har for å understøtte utfordringene i samhandlingsreformen, kommet med to nye lover. Det er lov om folkehelsearbeid som skal bidra til «bedre forankring av folkehelsearbeidet i kommunenes politiske og administrative ledelse, i alle sektorer og i ordinære plan- og styringssystemer» (Meld.St.16. 2010-2011:30).

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester skal sikre bedre samhandling i kommunen, mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. For å sikre pasienter og brukere med behov for koordinerte tjenester det de har behov for, er dette hjemlet i lov, og det er en plikt som kommunen har overfor denne gruppen mennesker. Bakgrunnen til dette er at det «skal legges til rette for helhetlige pasientforløp slik at brukers helhetlige behov kan dekkes» (Prop.91 L. 2010-2011:51).

Tidligere var det mange systemer som var rettet mot ulike deltjenester i helse- og omsorgssektoren. Som var oppdelt i ulike organisatoriske enheter og som har separate finansierings- og IKT systemer. Dette fører til at det er en ulik forståelse av hva som er målet. Ved å ha ulike deltjenester er samhandling vanskelig. «I en undersøkelse fra 2007 kom det frem at leger i ulike deler av helsetjenesten la svært ulik betydning i begrepet. «Alle følte at de selv hadde hovedansvaret for pasientene» (Wilmar m.fl. 2009:132).

Dette kan også sees i en større sammenheng enn bare blant legene. Hvilken som helst type hjemmetjeneste, har den daglige kontakten med sine brukere. De vil føle at de har et stort ansvar for brukerens livskvalitet og at de er viktigst, mens eksempelvis fastlegen vil tenke

at det er det medisinske som er viktigst. For er ikke helsen god, vil det heller ikke være god livskvalitet. Samtidig vet vi at helse kan defineres ulikt.

Eksempelvis kan en som sitter i rullestol mene at han har en god livskvalitet fordi han har det han trenger og er frisk. En annen kan tenke på at han som sitter i rullestol vil ha en dårlig livskvalitet nettopp fordi han sitter i rullestol og dermed ikke er frisk. De lærde strides om hva som ligger i livskvalitetsbegrepet. Det som de kanskje kan enes om er at livskvalitetsbegrepet «har å gjøre med den enkeltes subjektive opplevelse av hva som er godt» (Askheim 2008:72).

Samhandlingsreformen legger også vekt på samfunnsøkonomiske forhold. Det gjør den ved å vise til at en hovedutfordring er den demografiske utviklingen og endringer i sykdomsbildet som igjen vil kunne true den samfunnsøkonomiske bæreevnen. Ved å ta med dette som en hovedutfordring har samhandlingsreformen også vist til at det ikke bare er pasientens/brukerens beste som ligger til grunn for reformen, men også å få til en bærekraftig økonomi i helse- og omsorgstjenestene. «En grunnleggende premisse for samfunnsøkonomiske vurderinger er at vi har begrensede ressurser til rådighet» (Pettersen m.fl. 2008:16). Det at vi har begrensede ressurser gjør at det offentlige må lage et finansielt rammeverk som sikrer at ressursene utnyttes effektivt i helsevesenet. Jeg tar med dette for å vise at selv om jeg vil fokusere på koordinatorens sin rolle, er ikke rollen uavhengig av hva som skjer ellers i samfunnet, og med økonomien.

Jeg nevner til slutt den siste hovedutfordring i følge samhandlingsreformen for å vise at samhandlingsreformen favner bredt. Den siste hovedutfordringen er at tjenesten i for liten grad preges av innsats for å forebygge og begrense sykdom. «Vi lever i et såkalt risikosamfunn der det forventes at alle gjør sitt beste for å unngå å bli rammet av ulykker, sykdom og lidelse» (Wilmar m.fl. 2009:189). Dette sitatet overlater, etter mitt syn, mye av ansvaret til den enkelte. Vi blir gjort oppmerksomme på faktorer som kan være med på å påvirke våre liv. Unnlater vi å gjøre det vi blir fortalt, er det på en måte vår egen skyld at vi blir syke.

4.1.3: Vernepleierens kompetanse.

«Et særlig trekk ved vernepleierne er at de har flere faglige «ben» å stå på – den sosialfaglige, pedagogiske og helsefaglige kompetansen» (Hutchinson 2009:61).

Vernepleiere er autorisert helsepersonell som vil si at de har helsefaglig kompetanse. Den helsefaglige kompetansen fører ikke til en perspektivbegrensning, men er heller med på å gi en større forståelse av utfordringene og behovene som mennesker med behov for sammensatte og koordinerte tjenester har.

Tidligere i teoridelen har jeg skrevet om historikken til vernepleieren, her vil jeg ta for meg hva vernepleierens kompetanse er. Hva er egentlig kompetanse?

Greta Marie Skau (2009) skriver at kompetanse stammer fra det latinske begrepet *competentia*, som betyr sammentreff eller skikkethet. Hun skriver videre at det å være kompetent kan bety to ting;

- a) «At en i kraft av sin stilling har rett, eller myndighet til å gjøre noe,
- b) At en har de nødvendige kvalifikasjoner til å fylle en stilling, ivareta bestemte oppgaver eller uttale seg om et spørsmål» (Skau 2009:55).

Skau mener at kompetansebegrepet bare gir mening i en sammenheng, i forhold til noe. «Det være seg en oppgave, en funksjon eller en yrkesrolle» (Skau 2009:55).

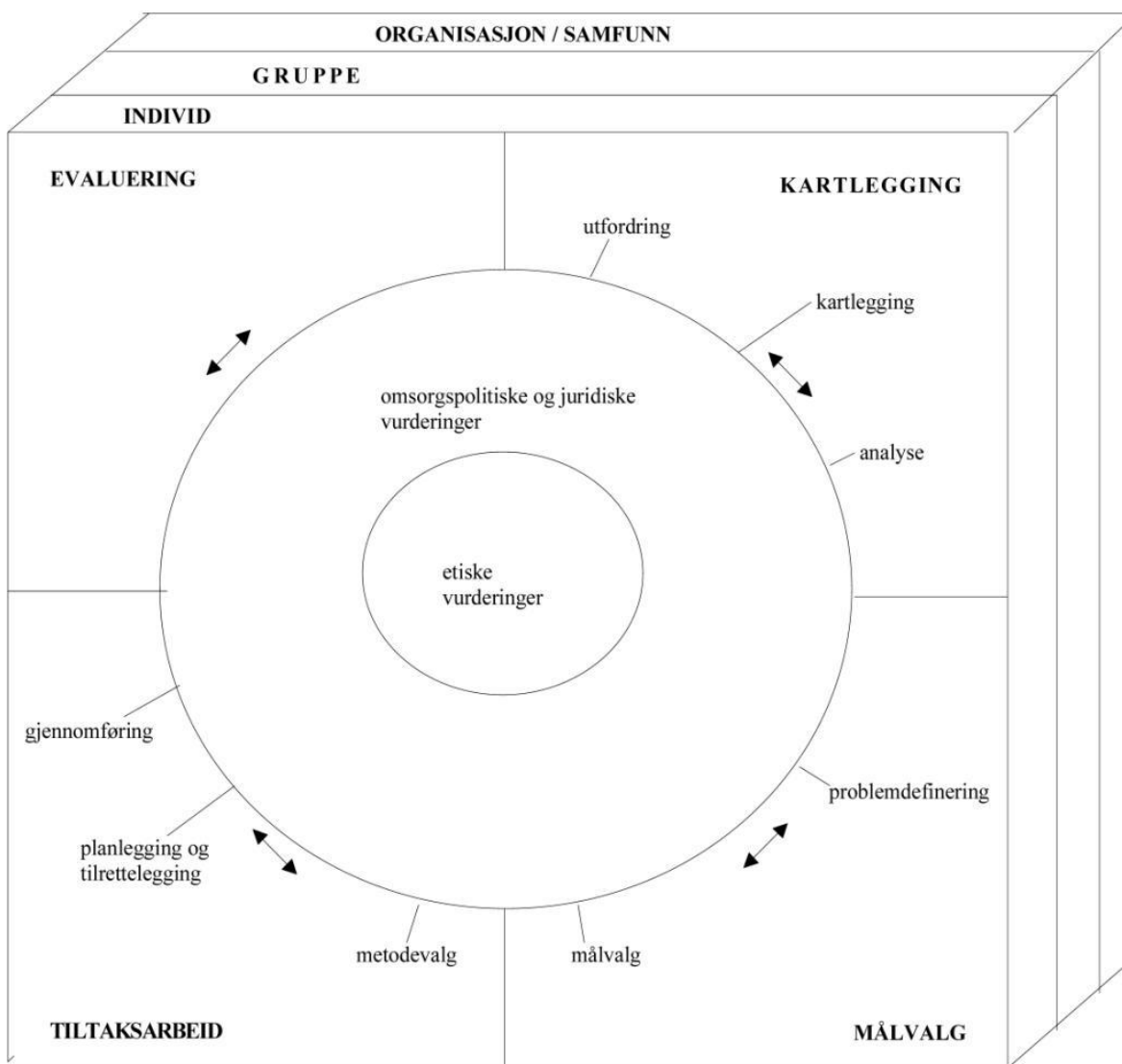
I fagplan for Molde 2012 står det om dannelsen av vernepleieren. I dannelsen av en vernepleier legges det vekt på nødvendigheten av å utvikle sine personlige egenskaper. Fagplanen refererer til Greta Marie Skau sin kompetansetrekant, hvor hun skiller mellom tre hovedformer for kompetanse. Teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse.

Skau (2009) skriver at den teoretiske kunnskapen består av fakta, er kunnskap vi leser oss til og som hele tiden endrer seg i takt med forskning og utvikling av nye teorier og «sannheter». Den yrkesspesifikke ferdigheten omfatter det profesjonsspesifikke. Det er ferdigheter og metoder som tilhører et bestemt yrke. Den er fornybar på den måten at nye

redskaper og teknikker kan komme. Den personlige kompetansen er i stadig utvikling. Den er med oss gjennom hele livsløpet, og er hva som gjør «meg til meg», og den handler «også om hvem vi lar andre være i møte med oss, og om hva vi har å gi på et mellommenneskelig plan» (Skau 2009:58). For profesjoner som jobber i direkte relasjon til andre mennesker, er den personlige kompetansen viktig. «Det handler om å kunne reflektere kritisk rundt egne handlinger. Personlig kompetanse handler også om en balanse mellom handling og samhandling» (Fagplan 2012:16).

Rammeplan for vernepleierutdanningen fra 1. desember 2005 legger føringer for hva vernepleierutdanningen skal inneholde. Dette er rammer fastsatt av utdannings- og forskningsdepartementet. Ut over disse rammene har de enkelte utdanningsinstitusjonene muligheter til å bestemme hvordan de ønsker å nå målene. Det betyr at det kan være forskjell på hvordan de ulike skolene i landet legger opp sin undervisning og hvilke virkemidler de bruker. Utdanningsinstitusjonene har sine egne fagplaner som viser forløpet mot en bachelorgrad i vernepleie. Videre når jeg referer til fagplanen, er det fagplanen som gjelder for utdanningsinstitusjonen hvor jeg tar min utdannelse.

Som nevnt legger vernepleierutdanningen vekt på en helhetlig tankegang, hvor det å se mennesket i en sammenheng er viktig. I den forbindelse er anvendelsen av vernepleierens arbeidsmodell nyttig. Vernepleierens arbeidsmodell viser en helhetlig tankegang og kan også sammenlignes med den hermeneutiske sirkelspiralen (Aadland 2004:191). «Modellen illustrer at vernepleierens arbeidsmåte kan forståes som en prosess der de ulike fasene står i gjensidig forhold til hverandre» (Fagplan 2012:7). Modellen ikke gir statiske svar, men illustrerer prosessen vernepleieren står i for å kunne tilpasse seg brukeren.



Figur 1. Vernepleierens arbeidsmodell.

Modellen viser at det i alle delene fokuseres på «etiske dilemmaer og avveininger, samt omsorgsideologiske og juridiske vurderinger fokuseres det på i alle faser» (FO 2008:16). Videre står det at satsingsområder og prioriteringer skal ha sammenheng med sentrale mål for tjenestemottakerne.

«Formålet med vernepleierutdanningen er å utdanne brukerorienterte og reflekterte yrkesutøvere som er kvalifiserte til å utføre miljøarbeid, habiliterings- og rehabiliteringsarbeid sammen med mennesker med fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjonsvansker som ønsker og har bruk for slike tjenester» (Rammeplan for vernepleie 2005:4).

Hutchinson (2009) skriver om hvordan vernepleieprofesjonen har overlevd på tross av at virkefeltet har vært under stadig omveltning og rekonstruksjon. Dette har vært mulig fordi «vernepleierne har maktet å «absorbere» forandringene som har kommet i kravene til tjenestene og i organiseringen av dem» (Hutchinson 2009:62).

Samhandlingsreformen har fokus på pasient- og brukerperspektivet, noe som igjen vil føre til forandringer i tjenesteyternes hverdag. Eksempelvis den lovpålagte rollen som koordinator. Evnen til å «absorbere» forandringer er en viktig egenskap for vernepleieprofesjonen. I fagplanen står det at «det handler om å forstå de sammenhengene og forutsetningen samhandlingen foregår innenfor» (Fagplan 2012:16). Vernepleieren som sosialpolitisk aktør kan være et nøkkelord her.

Vernepleierens varierte «nedslagsfeltet» viser at vernepleieren har kompetanse til å jobbe på mange områder som tidligere har vært definerte områder for andre profesjoner. Det vil ikke si at vernepleieren innehar all kompetanse som eksempelvis en lærer har, men at vernepleieren også er en pedagog som kanskje har fått noen andre «verktøy» å bruke gjennom sin utdanning, enn læreren. Begges yrkesspesifikke kompetanse kan sammen bli brukt for å gjøre livet enklere for mennesker med spesielle behov. Der har kanskje vernepleieren en kompetanse som eksempelvis læreren ikke har.

I rammeplan for vernepleiere nevnes noen punkter om hva som forventes av en vernepleier etter endt utdanning. Jeg refererer her noen punkter som jeg mener kan ha relevans for koordinatorrollen. Punktene refererer til vernepleieprofesjonen generelt, men jeg har tillatt meg å ta vekk enkelte punkt og ord i punktene som etter mitt syn ikke er så relevante for koordinatorrollen;

- *Møte brukere med empati og respekt ut fra perspektivet om likeverd, uavhengig av alder, kjønn, kultur, livssyn og virkelighetsoppfatning*
- *kunne kommunisere og handle etisk forsvarlig sammen med brukere, pårørende*
- *kunne ivareta brukernes interesser i tverrfaglig samarbeid med andre yrkesgrupper*
- *identifisere interesser, ressurser og begrensninger i samarbeid med brukere med sikte på god livskvalitet og størst mulig grad av mestring*
- *kunne utføre saksbehandling som bygger på forvaltningsmessige prinsipper og aktuelt lovverk, og som ivaretar brukernes behov og rettigheter*

- *kunne kartlegge og analysere sammenhengen mellom samfunnsmessige forhold og livssituasjonen til brukerne*
- *ha utviklet endringskompetanse og kunne anvende metoder for endring av ulike rammebetingelser til beste for bruker/brukergrupper*
- *kunne dokumentere, kvalitetssikre og evaluere eget arbeid*
- *kunne forebygge og håndtere konflikter av ulik art*
- *vise evne til å utforske faglige problemstillinger på en systematisk og reflekterende måte» (Rammeplan for vernepleiere. 2005:5).*

4.1.4: Koordinatorrollen.

I Prop. 90L (2010-2011) står det at «koordinatorrollen skal som i dag innebære at koordinator skal være kontaktperson og ha hovedansvaret for å følge opp innspill fra pasient, bruker og pårørende. Koordinator har en viktig rolle i samhandling med spesialisthelsetjenesten, og skal bidra til at pasienten eller brukeren får et «sømløst» tilbud» (Prop.90L 2010-2011:367).

Hva definisjonen på et «sømløst» tilbud er, finner jeg ikke, men jeg tolker det som at det muligens har samme betydning som det samhandlingsreformen kaller brudd i behandlingen? Brudd i behandlingen vil i denne sammenhengen bety svikt i tjenesteytingen. At ytelsene fra de ulike tjenestestedene ikke møter pasientens behov. Brudd kan eksempelvis være unødig venting på grunn av dårlig informasjonsflyt mellom de forskjellige instansene som skal yte tjenester til tjenestemottakeren. Samordning av IKT systemer i helse- og omsorgssektoren kan være en løsning på dårlig informasjonsflyt.

Videre står det at ved behov bør det opprettes kontakt mellom koordinator på førstelinje og koordinator på andrelinje. Hvis ansvarsforholdene er uklare, må koordinatoren ta initiativ for å avklare dette, så ikke pasient eller bruker blir kasteball i systemet.

Etter å ha lest samhandlingsreformen og hva som står om koordinatorrollen i forskrift til helse- og omsorgstjenesteloven, er det dette jeg finner som konkret omhandler koordinatorrollen. Verken i forskrift til lov eller i loven er det nevnt noe om hvilken kompetanse den som innehar koordinatorrollen bør ha. I forskriften står det at

koordinatorrollen er profesjonsnøytral, og at det er opp til kommunene å vurdere hvem som er best egnet til å inneha rollen i forhold til den enkelte pasient eller bruker. I selve lovteksten står det at kongen i statsråd kan i ny forskrift komme med nærmere bestemmelser om hvilken kompetanse koordinatoren bør inneha.

Fordi koordinatorrollen ikke har nærmere bestemmelser om hva rollen bør inneholde, eller hvilken kompetanse koordinatoren bør ha, har jeg brukt annen litteratur for å finne hva andre legger i begrepet. Thommesen m.fl (2008) har skrevet en bok om individuell plan. De oppsummerer koordinatorrollen, knyttet til forskrift om individuell plan, gjennom forskjellige begrep som blir brukt rundt i kommunene; Personlig koordinator, rydder, lytter, samtalepartner, støttespiller, ressursmobilisator og veileder, pådriver og flokeløser, representant, ambassadør, advokat og mekler, krumtapp og balansekunstner (Thommesen m.fl 2008:134).

Alle disse betegnelse beskriver relevante sider ved det å være koordinator mener de. Dette viser at koordinatoren bør inneha forskjellige egenskaper, men det viktigste er etter mitt syn, kunnskapen om at koordinatorrollen er der for brukerne. For at de skal ha et best mulig møte med hjelpeapparatet. Derfor medfører koordinatorrollen også å kunne veilede brukerne slik at kontrollen over eget liv blir gitt tilbake til dem. Brukermedvirkning og Empowerment (myndiggjøring).

Det at koordinatorrollen er mangesidig, gjør at sammenblanding av roller kan oppstå. Ofte er det en ansatt som har god kjennskap til brukeren som utnevnes til koordinator. Michalsen m.fl. (2007) skriver at begrunnelsen for å bruke en ansatt som kjente brukeren best, var fordi denne kunne ivareta kontinuiteten i arbeidet. Dette kan være en styrke nettopp fordi kjennskap til brukeren er viktig for å kunne vite hva brukeren har behov for, samtidig kan denne nærheten føre til den nevnte sammenblandingen av roller.

Michalsen m.fl. (2007) skriver at i konkrete samhandlingssituasjoner med pasient eller bruker, ble de daglige gjøremålene prioritert framfor arbeid med individuell plan, som er den eneste klart definert oppgave for koordinatoren i følge ny lov. Michalsen m.fl. konkluderer med at koordinatorens ansvar og rolle bør tydeliggjøres mer slik at rollen ikke utvikler seg slik at den blir en hindring for brukermedvirkning. På bakgrunn av sine funn stiller de spørsmålet om det er heldig at nærmeste profesjonelle hjelper er koordinator?

Dette kan kanskje underbygges av det Gundersen og Moynahan (2006) skriver om at tjenestemottaker ofte plasserer offentlige ansatte i sitt intime nettverk. Det er ofte tjenesteyteren som er det mennesket som tjenestemottaker har mest kontakt med. Hvis denne tjenesteyteren også er koordinator kan rollesammenblanding bli et problem.

4.2: Analyse.

«Samhandlingsreformens verdimeslige utgangspunkt er at det skal tilstrebes at de ulike oppleggene for pasientmedvirkning i størst mulig grad er forankret i det helhetlige pasientforløpet. Det er pasientens integritet og behov som er utgangspunktet for helse- og omsorgstjenestens eksistens» (St.meld.nr.47. 2008-2009:47).

Innledningsvis tar jeg med dette perspektivet om samhandlingsreformens verdimeslige utgangspunkt fordi perspektivet om pasientmedvirkning også er viktig for vernepleieren, og i denne sammenhengen viktig i drøftingen min om koordinatorrollen og samhandlingsreformens visjoner.

I rammeplanen for vernepleierutdanningen står det at en vernepleier skal kunne; «identifisere interesser, ressurser og begrensninger i *samarbeid* med brukere og kunne planlegge og gjennomføre praktisk, metodisk miljøarbeid med sikte på god livskvalitet og størst mulig grad av mestring» (Rammeplan for Vernepleiere 2005:5). Begge sitatene viser at brukermedvirkning er viktig, og derfor relevant for koordinatorrollen.

Med dette som et bakteppe vil jeg først i analysedelen belyse nærmere begrepene koordinator og individuell plan for å vise hvordan og hvorfor jeg mener disse to begrepene hører sammen og ikke kan drøftes uavhengig av hverandre.

Hovedfokuset i analysedelen vil være knyttet opp mot min problemstilling; «Er vernepleierens kompetanse egnet i en koordinatorrolle?» Jeg vil drøfte dette opp mot de funnene jeg har gjort i forbindelse med koordinatorrollen og samhandlingsreformen.

Koordinator og individuell plan.

«Ordningen med individuell plan er innført som et virkemiddel for å kunne gi et bedre tilbud til tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosialtjenester» (Helsedirektoratet 2010:8).

Dette viser at fokuset på pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, ikke er nytt. Siden slutten av 90 tallet påpekes det at tjenesteapparatet er for oppstykket og dårlig koordinert (Individuell plan 2010:8). I veileder til individuell plan står det at i Stortingsmelding nr. 14 (2002-2003) som gjaldt samordning av Aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten, også viste til behovet for å bedre samarbeid og koordinering. Thommesen (2010) skriver at rehabiliteringspolitikken også tok for seg helhetstenkningen og at alle tre «reformene» bygger på analyser av velferdsstatens tilbud til borgerne av landet.

Ved å ta med dette ønsker jeg å vise at mange av de grunnleggende begrepene i samhandlingsreformen og som blir brukt for å underbygge endringer i helse- og omsorgssektoren, også tidligere har vært brukt i andre stortingsmeldinger og reformer. Dette viser at erkjennelsen av problemområdet «koordinerte tjenester» har eksistert lenge. Samhandlingsreformen har tatt dette videre ved å endre lovverket for å understøtte problemområdet koordinering av tilbud til mennesker med behov for langvarige og koordinerte tjenester.

Individuell plan (IP) ble innført som et virkemiddel for å bidra til et «helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud til pasienter og brukere» (Prop.91L. 2010-2011:361). Thommesen m.fl. (2008) skriver at intensjonen bak IP er å gi brukeren et helhetlig og sammenhengende tilbud der ansvarsforholdene mellom bidragsyterne er avklart. IP skal også bidra til større selvråderett over eget liv for brukeren (Thommesen m.fl. 2008:42).

Retten til individuell plan har vært hjemlet i forskjellige lover siden 2001 og 2004. (Individuell Plan 2010:11-12). Ansvaret for å utarbeide en individuell plan, var gjennom kommunehelsetjenesteloven, pålagt kommunehelsetjenesten. Forskrift for individuell plan

ga nærmere regler for formålet, ansvaret for utarbeidelsen og hva den skulle inneholde. «Planen skal blant annet sikre at det til enhver tid er en tjenesteyter som har hovedansvaret for tjenestemottakeren» (Prop.91L 2010-2011:361). Denne tjenesteyteren ble i forskrift for individuell plan kalt for koordinator. Koordinatoren skulle være en kontaktperson i tjenesteapparatet som tjenestemottaker og pårørende kunne forholde seg til.

Stortingsmelding nr.47 om samhandlingsreformen har tatt dette et skritt videre fordi det erkjennes at intensjonen bak individuell plan ikke har fungert. Derfor kom forslaget om en lovpålagt kommunal plikt om at pasienter og brukere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, får en kontaktperson å forholde seg til.

Fra 01.01.2012 er kommunene, gjennom helse- og omsorgstjenestelovens § 7-2, pålagt å utnevne en koordinator for denne gruppen mennesker. I lovteksten står det at koordinatoren har som oppgave å sørge for «nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan» (MEDEX Norsk Helseinformasjon 2012:27).

Dette viser at den lovpålagte koordinatorrollen ikke er uavhengig av individuell plan, og derfor må ses i en sammenheng. Slik jeg forstår det førte erkjennelsen av at det var utfordringer i forhold til pasientene og brukernes behov for langvarige og koordinerte tjenester, til en rettighet for tjenestemottakere, og en plikt for tjenesteytere om å utforme individuell plan. Dette har ikke fungert etter intensjonene, og samhandlingsreformen og nye lover understreker dette ved å presisere og hjemle tilbudet om koordinator i § 7-2, i helse- og omsorgstjenesteloven. Håpet er at dette skal sikre at denne gruppen mennesker, faktisk får den oppfølgingen de har krav på.

Koordinatorrollen og vernepleierens kompetanse.

Som tidligere nevnt ble tilbudet om koordinator først hjemlet i lov 01.01.2012. Det vil si at koordinatorrollen i denne sammenhengen er ny. Det at enkelte kommuner også tidligere har oppnevnt koordinatorene for pasienter og brukere, har som regel hatt sammenheng med individuell plan, og praksisen i gjennomføringen har vært ulik i de forskjellige kommunene. Det at det nå er hjemlet i lov, skal i praksis føre til en likhet for loven uansett i hvilken kommune du bor.

For å vise konkret hva som står i lovteksten om koordinatorrollen, velger jeg å referere § 7-2 i helse- og omsorgstjenesteloven en gang til;

«For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her, skal kommunen tilby koordinator. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordningen av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Kongen i statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilken kompetanse og hvilke oppgaver koordinatoren skal ha» (MEDEX Norsk Helseinformasjon 2012:27).

Hva står konkret om koordinatoren i lovteksten?

- Kommunen *skal* tilby koordinator.
- Koordinatoren *skal* sørge for den nødvendige oppfølgingen av den enkelte pasient eller bruker.
- *Sikre* samordning av tjenestetilbudet.
- *Sikre* fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Etter å ha lest paragrafen er det dette som konkret viser hva som er lovpålagte oppgaver, og som i denne sammenheng blir koordinatorens rolle. Jeg vil også ta med hva som står i forskrift til helse- og omsorgsloven for å se om det tydeligere viser hva en koordinator skal gjøre:

«Oppnevningen av koordinator innebærer at en bestemt person får hovedansvaret for koordineringen og oppfølgingen av den enkelte pasient eller bruker, men ikke at vedkommende skal ha eneansvaret for koordineringen av tjenestetilbudet. Ansvaret for å utarbeide individuell plan må være forankret hos ledelsen av virksomheten, og ledelsen må sørge for rammebetingelser som gjør det mulig å fylle koordinatorrollen.

Koordinatorrollen innebærer blant annet å være kontaktperson og ha ansvaret for å følge opp innspill fra tjenestemottakere og pårørende, koordinator har en viktig rolle i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten, og skal bidra til at pasienten får et sømløst tilbud» (MEDEX Norsk Helseinformasjon 2012:28),

Her er det som jeg finner om koordinatorrollen i forskrift til helse- og omsorgstjenesteloven;

- Koordinator *får hovedansvaret* for koordinering og oppfølging av den enkelte pasient eller bruker.
- Koordinator *har ikke eneansvaret* for koordineringen av tjenestetilbudet.
- Koordinatorrollen innebærer *blant annet* å være kontaktperson
- *Ha ansvaret* for å følge opp innspill fra tjenestemottakere og pårørende.
- Koordinatorrollen *er viktig* i samhandling med spesialisthelsetjenesten.
- *Skal bidra* til at pasienten får et «sømløst» tilbud.

Som tidligere nevnt (punkt 4.1.4) finner jeg ikke en definisjon på hva et sømløst tilbud er, men velger å tolke det som et pasientforløp uten brudd. Det som står i forskrift til helse- og omsorgstjenesteloven om koordinatoren tolker jeg som at det menes at koordinatorrollen er viktig i forhold til at pasient og bruker skal ha en kontaktperson som har ansvaret for å følge opp innspill fra pasient og familie. Koordinator *får hovedansvaret* for koordinering og oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, men hva som ligger i dette, sies ikke.

Samtidig som koordinator har hovedansvaret for koordinering og oppfølging, står det at han ikke har eneansvaret for koordinering av tilbudet. Dette blir i mine ører svært motstridende. Koordinator *har hovedansvaret*, men ikke *eneansvaret*? At koordinator ikke har *eneansvaret* for koordineringen kan tolkes på den måten at i et pasientforløp der pasienten eller brukeren har behov for en koordinator, vil det være behov for tjenester fra flere tjenesteytere. Alle disse må samarbeide og samhandle for at pasient eller bruker skal få et best mulig tilbud og oppfølging. Allikevel må det etter mitt syn være en som har hovedansvaret for dette, koordinatoren. Koordinator *har hovedansvaret* står det. Hvorfor ikke la det stå slik? Da ville det vært konkret. «Dette er mitt hovedansvar når jeg er koordinator». Det som står i lovteksten er en ting, men forskrift til lov skal på en måte klargjøre dette. Noe det etter mitt syn ikke gjør. Som det er nå ser jeg en fare for at dette blir så uklart at pasient eller bruker kan bli en kasteball i systemet, som er det som samhandlingsreformen ønsker å unngå. Hvem har så ansvaret?

Slik jeg ser det kommer ikke koordinatorens ansvarsforhold klart frem verken i lovteksten eller forskrift til lov. Dette kan i verste fall føre til uenighet mellom profesjonene som er involvert i pasientforløpet til den enkelte. I et verst tenkelig scenario, kan dette føre til at

ingen tar ansvaret for pasienten eller brukeren. Det er oppnevnt en koordinator etter loven, men hva er koordinatorens mandat? Koordinatoren har hovedansvaret for koordinering og oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, men ikke eneansvaret. I loven står det at koordinator skal sørge for den nødvendige oppfølgingen av den enkelte pasient eller bruker. Jeg stiller spørsmålet; hva er nødvendig oppfølging?

Dette viser at det er åpent for bruk av skjønn, og ved skjønnsmessige vurderinger kan pasientene eller brukerne fremdeles «falle mellom to stoler». «I helse og sosialpolitikken blir dette ofte skildra som gråsoneproblematikk» (Djupvik og Eikås 2010:70). I samhandlingsreformen står det at tidligere var tjenestene «utpreget grad søyleorganiserte, med parallell, vertikal organisering (St.meld.nr.47 2008-2009:47). Denne organiseringen bidro til at mange pasienter eller brukere havnet i «gråsonen». Ingen tok det hele og fulle ansvar for dem, men mange hadde meninger.

I forbindelse med begrepet gråsoneproblematikk har jeg lyst til å ta frem et eksempel på hvordan dette kan arte seg. Samhandlingsreformen legger vekt på pasienters behov for koordinerte tjenester, forebygging og demografiske endringer som fører til flere eldre og syke.

Jeg kjenner en dame på snart 80 år som har vært inn og ut av sykehus de siste årene. Det startet med en hofteoperasjon, så en til. Feil fra sykehuset sin side førte til reoperasjon og fysioterapi. Hjelpemiddel fra hjelpemiddelsentralen ble nødvendig. Siden ble det grå stær operasjon og fjerning av bukspyttkjertel. Alt dette har overlappet hverandre. Senere har damen hatt mye vondt i magen og har vært mye på sykehus i den forbindelse. Hva skjer? Dessverre ingenting. Er denne damen et menneske som er i målgruppen til utfordringene i samhandlingsreformen og som burde ha krav på en koordinator? Jeg mener ja, men hvem tar ansvaret?

Hun har en frisk mann på 83 år som tar vare på henne. Han vasker og rydder, men er blitt veldig sliten. Han ringer leger, sykehus og skriver brev. Han fungerer som en koordinator, men føler seg hjelpeløs i møte med hjelpeapparatet. Hvor er tilbudet om koordinering i dette tilfellet? Er det kommunene, fastlegen eller spesialisthelsetjenesten som skal ta ansvar? Lovteksten etter mitt syn er klar. Dette er et menneske som har behov for en koordinator, nettopp fordi det er flere instanser, flere fagprofesjoner og etater som er inne i

behandlingen. Hvis vi også tenker forebygging, så vil det kanskje gjelde mannen? Hvis det fortsetter som nå, blir det kanskje to pasienter på grunn av belastningen på den pårørende.

Hvis en ser på hovedutfordringene i samhandlingsreformen om at pasientenes behov for koordinerte tjenester ikke besvares godt nok, så er vel dette et klassisk eksempel på at det ikke besvares godt nok. I prop. 91L står det at departementet ikke kan se behov for at alle pasienter og brukere får denne ordningen, som eksempelvis de som er inne for en kortere periode, eller en enkeltstående behandling. Det bør avgrenses til de som har bruk «for langvarige og koordinert tjenester, herunder habiliterings og rehabiliteringstjenester» (Prop. 91L. 2010-2011:367). Videre står det at kravet om langvarige tjenester ikke betyr varig, men at det skal strekke seg over et visst tidsrom.

I dette tilfellet kan det at det har dukket opp forskjellige lidelser underveis, gjøre at hun ikke er blitt fanget opp. Samtidig vet vi at å skifte en hoft, kan føre til en lengre behandlingsperiode hvor forskjellige instanser kan være inne. Hadde denne damen hatt en koordinator og en individuell plan, kunne hverdagen for henne og mannen blitt en helt annen.

Det at mandatet til koordinatorrollen fremdeles ikke er klarlagt, gjør at jeg har lyst til å dvele litt ved koordinatoren og koordinatorrollen.

Thommesen m.fl (2008) benevner koordinatoren som «personlig koordinator, rydder, lytter, samtalepartner, støttespiller, ressursmobilisator og veileder, pådriver og flokeløser, representant, ambassadør, advokat, mekler, krumtapp og balansekunstner» (Thommesen m.fl. 2008:134). I punktene fra rammeplanen, punkt 4.1.3 om vernepleierens kompetanse, kan en kjenne igjen essensen i Thommesen m.fl sine begrep om koordinatoren. Eksempelvis må en være en god lytter for å kunne møte et annet menneske med respekt. Være en god støttespiller for å ivareta brukernes interesser. Kunne være flokeløser, advokat og mekler for å kunne forebygge og håndtere konflikter.

Hvis en ser dette opp mot lov og forskrift til lov, er det fremdeles vanskelig å definere hva som trengs i koordinatorrollen, men en holdning om at alle mennesker er likeverdige og har krav på respekt, bli sett og hørt, er etter mitt syn grunnleggende.

Koordinatorrollen er i utgangspunktet profesjonsnøytral som betyr at hvem som helst pr i dag kan bli koordinator. Samtidig er det i samhandlingsreformen nevnt at en koordinator kan være «en sykepleier, sosionom, fysioterapeut, ergoterapeut eller annet» (St.meld.nr.47 2008-2009:52). Da har det etter mitt syn, allerede «fargelagt» kompetansen til den som kan være koordinator. Vi er ofte opptatt av hva som ligger i en rolle, men det å se den i en større sammenheng kan være vanskelig. Med det mener jeg at vi ofte låses i forestillinger om hvordan ting er, eller hvordan en rolle skal utføres. Ved å nevne noen profesjoner som kan inneha koordinatorrollen, som skal være profesjonsnøytral, har vi allerede dannet oss noen inntrykk av rollen og kompetansen til den som skal ha den. Vår forforståelse blir aktivert.

Skau (2009) skriver om kompetansetrekanten hvor teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse til sammen blir vår profesjonelle kompetanse. Derfor ønsker jeg med dette å sette koordinatorrollen i en større sammenheng, og vise hvordan disse henger sammen. Den profesjonelle kompetansen som en koordinator bør ha, vil etter mitt syn, bety lite hvis vedkommende ikke har med seg den personlige kompetansen som gjør koordinatoren i stand til å møte andre mennesker med empati, ydmykhet og respekt. Disse egenskapene ligger i den personlige kompetansen. En kan lese seg til mye, men i møtet med andre mennesker vil det komme frem om dette ligger genuint i mennesket, eller ikke.

Grunnmuren i eksemplene ovenfor er holdningen til andre mennesker, evnen til samarbeid, samhandling og koordinering. Evnen til samhandling og evnen til å se hva hver enkelt kan bidra med ut fra sin kompetanse, sin livssituasjon og sine muligheter. Til det beste for det mennesket eller den gruppen mennesker vi jobber for eller med.

Slik jeg ser det er koordinatorrollen uklar og lite definert i samhandlingsreformen og i helse- og omsorgstjenesteloven. Det som allikevel fremheves i samhandlingsreformen er at «Alle som arbeider i helsetjenesten har en plikt til å legge pasientperspektivet til grunn for sine handlinger. Dette medfører også en plikt til å se utover egne faglige rammer og forsøke å se pasientens helhetlige situasjon» (St.meld.nr.47. 2008-2009:51).

Den måten dette er skrevet i samhandlingsreformen gjør at jeg forstår det som at dette også kan relateres til koordinatorrollen. Hvilket igjen underbygger vernepleierens kompetanse i

forhold til koordinatorrollen. Jeg viser til rammeplan for vernepleierutdanningen hvor det står at vernepleieren skal kunne «møte brukere med empati og respekt ut fra et perspektiv om likeverd og kunne ivareta brukernes interesser i tverrfaglig samarbeid med andre yrkesgrupper» (Rammeplan for vernepleiere 2005:5).

Videre vil jeg igjen nevne vernepleierutdanningens vektlegging om en helhetlig tankegang, hvor det å se mennesket i en sammenheng er viktig. Jeg viste tidligere i oppgaven til vernepleierens arbeidsmodell (4.1.3, Fig 1) som vi kan forstå som en prosess, og at de ulike delene står i forhold til hverandre. «Vernepleierens bruk av arbeidsmodellen innebærer en tilnærming hvor kunnskap fra ulike fagområder knyttes sammen for å belyse behovet bedre» (FO 2008:16). Videre står det at vernepleieryrket er en erkjennelse av at kunnskap fra flere fagområder må til for å kunne yte bistand til mennesker med sammensatte behov. Dette viser at tverrfaglighet er viktig for vernepleieren, men også at det ligger i grunnholdningen at vi er avhengig av andre profesjoner for å kunne gi et best mulig tilbud til de som trenger det.

Vernepleierens arbeidsmodell og fremgangsmåte er et godt arbeidsredskap som også kan være egnet å bruke i koordinatorrollen. Kartlegge for å finne ut hva pasienten eller brukeren har behov for. Noe som fordrer et nært samarbeid med pasienten, brukeren eller de personene som representerer dem. Det ivaretar også pasientperspektivet og brukermedvirkningen.

Så definere problemet, eller utfordringene som brukeren har, for så å finne oppnåelige mål, jobbe med tiltak og gjennomføre disse. I dette arbeidet, må vi huske at det er pasienten eller brukeren som eier prosessen. Vi er «middelet» for å nå målet om et sømløst tilbud til det beste for pasienten eller brukeren, uten brudd i pasientforløpet.

Som vist til i rammeplanen (4.1.3) skal vernepleieren kunne ivareta brukernes interesser i tverrfaglig samarbeid med andre yrkesgrupper. Noe som samhandlingsreformen viser til ved å påpeke at vi som helsearbeidere må kunne se utover egne faglige rammer for å kunne se helheten i pasientens situasjon.

I min siste praksis var jeg så heldig å få oppleve dette på en måte som viste meg at tverrfaglig samarbeid kan fungere optimalt, og til det beste for brukeren. Kollegiet var

tverrfaglig sammensatt. Hvis en ansatt hadde behov for kompetansen til en annen ansatt i en sak, ble de trukket inn i den aktuelle saken. De hadde møter hvor saker ble diskutert og hvor de kom med innspill til hverandre. Et tverrfaglig samarbeid som fungerte fordi de hadde respekt for hverandres kompetanse, og kunne se begrensinger i sin egen når det var nødvendig.

Brodtkorb og Rugkåsa (2009) skriver at tverrfaglig samarbeid i mange tilfeller er en forutsetning for faglig, godt arbeid i velferdsstaten. Samtidig vet vi at dette ofte kan være vanskelig å få til i praksis. Samhandlingsreformen har erkjent dette og sier at det; «I dag er få systemer som er rettet inn mot helheten i de tjenester som skal svare på pasientenes behov for koordinerte tjenester» (St.meld.nr.47 2008-2009:13). Lovfesting av koordinatorrollen er et tiltak som i utgangspunktet skal bedre denne pasientgruppens situasjon.

«Faglig og tverrfaglig kompetanse er vesentlige utøvelsesgrunnlag for pedagogisk praksis i helhetlig helsehjelp for den enkelte pasient og gjennom hele pasientforløpet» (Brataas 2011:223). Dette sitatet er hentet fra en bok om sykepleiepedagogisk praksis. Det viser at det er flere profesjonsutdanninger som tenker at dette er viktig. Et godt utgangspunkt for senere samarbeid.

Ulike profesjoner har ulik fagbakgrunn og kan fokusere på ulike sider ved pasienten eller brukerens situasjon. En lege fokuserer ofte på det medisinske, en psykolog på det mentale, en fysioterapeut på muskler og skjelett og så videre. Mange vil føle at de har hovedansvaret for pasienten, og at det er deres fagfelt som er det viktigste. Koordinatoren vil i dette tilfellet prøve å balansere det til det beste for pasienten og brukeren. I følge rammeplan for vernepleiere skal vernepleieren kunne «vise evne til å utforske faglige problemstillinger på en systematisk og reflekterende måte» (Rammeplan for vernepleiere 2005:5). Noe som etter mitt syn vil bety det å kunne se ut over egne profesjonsgrenser. Noe som ligger i vernepleierens grunnholdning og utdanning.

I fagplan for Molde 2012, er det en visjon i 10 punkter som jeg vil referere fra. Det ene punktet er om tverrfaglighet. Der står det; «Vernepleieren har et betydelig potensiale i forhold til brobygging og integrasjon – på tvers av fag og profesjoner» (Fagplan 2012:10). Videre står det at utdanningen vil styrke fokuset på tverrfaglig integrering og samarbeid.

For en koordinator vil dette være viktige egenskaper å ta med seg i utøvingen av jobben. Det at dette kommer inn allerede i utdannelsen, vil forhåpentligvis føre til at vernepleieren ser på faglige problemstillinger med et åpent sinn for å finne løsningen til det beste for brukeren.

I rammeplanen står det at vernepleieren skal kunne utforske faglige problemstillinger på en systematisk og reflekterende måte. I fagplanen er det et punkt om refleksjon; «Hånd i hånd med ferdigheter og handlekraft trenger vernepleieren god kompetanse i å reflektere over egne og andres handlinger, for å forstå noe mer om verdigrunnlag, ringvirkninger og handlingsalternativer «Fagplan 2012:10).

Skau (2008) skriver at menneskene «har en enestående evne til å gjøre oss selv til gjenstand for våre refleksjoner. Som eneste art på kloden har vi muligheten til å forandre oss gjennom bevisste handlinger..... Foruten å gjøre oss selv til gjenstand for vår refleksjon, kan vi reflektere over forholdet til våre omgivelser» (Skau 2008:22).

Evnen til refleksjon hører også til i vår personlige kompetanse, og er en viktig faktor i vår samlede profesjonelle kompetanse. Skau (2008) skriver at disse prosessene er gjensidig avhengig av hverandre. Hun skriver at det vi gjør mot andre reflekteres tilbake til oss selv, mens det vi gjør mot oss selv, reflekteres ut til andre. I en koordinatorrolle må dette, etter mitt syn, være en viktig ingrediens. Det å kunne reflektere over seg selv, sin væremåte og påvirkning, kan forhåpentligvis føre til en større forståelse av andre mennesker, deres profesjon og meninger. En koordinator bør kunne balansere dette slik at alle føler seg sett og hørt, men huske at det er pasienten eller brukeren som er hovedfokuset.

Det at retten og plikten til å få eller tilby en koordinator til mennesker med behov for langvarige og koordinerte tjenester nå er hjemlet i lov, er i utgangspunktet bra. Denne utfordringen blir tatt på alvor, og noen har, og tar ansvar for dette. Når mandatet til denne rollen ikke er tydelig, kan det føre til usikkerhet, både for den som har behov for tjenesten og koordinatoren. Et ordtak sier at «veien blir til mens vi går». Det kan selvfølgelig stemme i dette tilfellet også, men vi kan også risikere at uklare forhold til hvilket ansvar og hvilken kompetanse koordinatoren bør ha, kan føre til at det blir igangsatt tiltak som ikke har rot i pasienten eller brukeren sitt liv. «Når vi utøver skjønn og bestemmer at det beste vil være noe annet enn en person uttrykker ønske om, kan vi vise det som omsorg –

men også som erobring» (Hutchinson 2010:18). Dette er noe som er viktig å ta med seg. Hvem bestemmer?

Der det er rom for å bruke skjønn, kan det bli variasjoner over hvordan koordinatorrollen blir tolket. Siden lovfesting av koordinator er ny, er det ingen dokumentasjon om hvordan koordinatorrollen fungerer. Derfor viser jeg til Thommesen m.fl. (2008) sin bok om individuell plan, som er en konkret oppgave for koordinatoren. De skriver at selv om individuell plan ble lovfestet, var det stor forskjell i praksis av utforming og forståelse av denne.

Intensjonen bak samhandlingsreformens fokus på å finne systemtiltak som har forankring i et helhetlig pasientforløp, er bra. Koordinatoren er en av nøkkelpersonene i denne sammenhengen og har et stort ansvar for den enkelte pasient eller bruker. Det er mange ting som må på plass for at dette skal fungere. En avklaring i forhold til kompetanse og en «stillingsinstruks» må til, men det kreves også at rammebetingelsene blir lagt til rette fra ledelsen sin side. Helsesektoren er kjent for å ha begrensede ressurser tilgjengelig, men både økonomiske og menneskelige ressurser må til for å oppfylle intensjonen om koordinatorrollen. Hvis ikke dette innfris kan koordinatoren bli sittende mellom «barken og veden» og ikke ha myndighet til å utføre det koordinatoren mener er riktig i forhold til pasienten eller brukeren. I Prop.91L står det at dersom ansvarsforholdene mellom tjenesteyterne er uklare, må koordinatoren ta initiativ til avklaring slik at ikke pasienten eller brukeren blir en kasteball i systemet. Pr i dag mener jeg at ansvarsforholdet er uavklart.

Forhåpentligvis vil koordinatorrollen ha klare instruksjoner i fremtiden, slik at vi unngår dette. At kongen i statsråd lager et forskrift som klargjør dette, men så lenge bruk av skjønn er en mulighet, kan vi få ulik praksis i de forskjellige kommunene, som fra før har mange oppgaver å fylle. I en annen sammenheng blir det sagt at det er «makt i de foldede hender». Etter mitt syn kan dette også gjelde i denne sammenhengen. Makt i den forstand at ansvarsforholdene er uklare, derfor har ingen ansvaret og lite blir gjort. Kommunene kan bli sittende på «gjerdet» å vente på avklaring.

Det at koordinatorrollen fremdeles er uklar, gjør at det også er usikkert hvilken kompetanse som trengs for å fylle rollen. Derfor har helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2,

andre ledd, tatt høyde for at «Kongen i statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilken kompetanse og hvilke oppgaver koordinatoren skal ha» (MEDEX Norsk Helseinformasjon 2012:27).

I forskrift til helse- og omsorgstjenesteloven står det at koordinatorrollen er profesjonsnøytral. Kommunene kan selv vurdere hvem som er best egnet som koordinator i forhold til den enkelte. I Prop. 91L er det nevnt eksempler på hvem som kan inneha rollen som koordinator. Vernepleieren er ikke nevnt i den sammenhengen. I det hele tatt viser mine søk at samhandlingsreformen og vernepleieren ga 0 treff. Samhandlingsreform og koordinator ga 1 treff. Dette behøver ikke å bety noe siden reformen er ny, men symptomatisk for meg er det at vernepleierprofesjonen ikke er nevnt. Selv om denne profesjonen etter mitt syn, bør være en profesjon å regne med på lik linje med andre.

Det at det i loven står at det er Kongen i statsråd som kan komme med forskrift om krav til kompetanse, gjør at det pr i dag er åpent. Jeg har ikke funnet at en forskrift om dette er kommet ennå. Det vil si at dette pr i dag er opp til kommunene å bestemme. Det er ikke klare retningslinjer for dette. Kommunene kan bestemme hvem som skal være koordinator for den enkelte, og kan bruke skjønn i vurderingen. I Prop. 91L står det at «kommunene bør ha en viss frihet til å vurdere hvem som er best egnet til å ha koordinatorrollen i forhold til den enkelte pasient eller bruker» (Prop. 91L 2010-2011:367). Denne åpningen for skjønnsvurdering gjør det ekstra spennende å se hvordan dette løses i de forskjellige kommunene.

5: Avslutning.

Arbeidet med denne oppgaven har vært veldig spennende. Samhandlingsreformen er ny, noe som betyr at det ikke foreligger noen forskning eller resultat av erfaringer med koordinatorrollen i denne sammenhengen. For min del har det hatt betydning på den måten at jeg ikke kan vise til empiriske data i denne forbindelsen. Samtidig har det at det ikke finnes noen dokumentasjon som har vært relevant i forhold til min oppgave, ført til at jeg kanskje har gjort meg noen tanker om emnet som ikke så mange andre har rukket ennå?

I siste semester av studiet har jeg hatt et læringsmål som går i at jeg er bevisst på forholdet mellom fag, etikk og juss i vernepleierprofesjonen. Arbeidet med denne oppgaven har i aller høyeste grad vært med på å realisere dette målet. I denne oppgaven har jeg frisket opp mine kunnskaper i forhold til vernepleierprofesjonen.

Det etiske aspektet i vernepleierprofesjonen ligger til bunn i alt arbeid vi foretar oss, og i arbeid med mennesker vil vi alltid komme opp i etiske dilemmaer. Det å være bevisst dette er viktig for vernepleiere som skal være hjelpere for andre.

Det at jeg har tatt for meg vernepleierens kompetanse, sett opp mot koordinatorrollen i samhandlingsreformen har gjort at jeg har måttet sette meg inn i lovverket. Som også oppfyller mitt læringsmål. Det å se dette i en sammenheng vil også være viktig i fremtiden i forhold til mitt virke som vernepleier, og forhåpentligvis som koordinator.

Jeg har i oppgaven vist til den hermeneutiske sirkelspiralen (4.1.3). Arbeidet med denne oppgaven har vært en prosess, og sirkelspiralen har vist seg relevant. Jeg begynte med en interesse for temaet, siden har det jeg har lest og lært ført til et ønske om å vite mer. Slik sett har arbeidet vært en prosess som jeg ennå ikke føler er over. Dette er bare starten. Jeg er i starten av min vernepleierkarriere, samhandlingsreformen er i starten. Det at begge deler er i starten gjør at jeg kan være med fra begynnelsen, og kanskje kunne være med å påvirke hvordan nettopp koordinatorrollen bør utformes? Jeg har med meg ny kunnskap og nye verktøy som jeg gleder meg til å ta i bruk.

5.1: Oppsummering.

Stortingsmelding nr.47, om samhandlingsreformen, er en ny og styrende reform. En reform som erkjennelsen at helse Norge har utfordringer i fremtiden. I drøftingen min har jeg utdypet begrepene koordinator og individuell plan for å vise at disse henger sammen. Jeg har vist til hvilke hovedutfordringer samhandlingsreformen erkjenner. Deriblant erkjennelsen av at pasientenes behov for koordinerte tjenester ikke besvares godt nok. Jeg viser også til at koordinatorrollen er forholdsvis ny, og at mandatet for rollen kan virke uklar.

Jeg har prøvd å belyse hva som ligger i koordinatorrollen hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven, forskrift til denne og hva samhandlingsreformen skriver om denne. Jeg har drøftet dette opp mot vernepleierens kompetanse, rammeplan for vernepleiere og fagplan for høgskolen i Molde 2012.

Jeg har prøvd å få frem at samhandlingsreformens utfordringer gjensidig påvirker hverandre. Og at de ikke kan ses uavhengig av hverandre, fordi samhandlingsreformens hovedutfordringer og hvordan disse blir løst, kan føre til flere pasienter eller brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester i fremtiden.

Brodtkorb og Rugkåsa (2009) skriver at hjelpeapparatet ikke er bygd opp med tanke for tilrettelegging av tverrfaglig samarbeid. Dette er også et område som samhandlingsreformen erkjenner og tar innover seg, og som koordinatoren kan være med å bedre.

5.2: Konklusjon.

Som problemstilling har jeg; «Er vernepleierens kompetanse egnet i en koordinatorrolle?» Ved å sammenligne vernepleierens kompetanse, § 7-2 i helse- og omsorgstjenesteloven, forskrift til lov og samhandlingsreformens ideologi og intensjoner, er min konklusjon at det er mange likhetstrekk mellom vernepleierens kompetanse og samhandlingsreformens intensjon å bygge videre på. Det at stillingsinstruksen for selve koordinatorrollen ikke er klarlagt ennå, gjør at jeg har måttet se problemstillingen i et helhetlig perspektiv, og sammenligne med det jeg mener har en relevans for koordinatorrollen.

Ved å løse problemstillingen min på denne måten mener jeg at den overordnede ideologien i samhandlingsreformen kan legges til grunn for koordinatorrollen også. Her er det et helhetlige og koordinerte pasientforløpet som ligger til grunn og er gjennomgangstema i samhandlingsreformen. Gjennom hele vernepleierutdanningen vektlegges det å se på alle mennesker som likeverdige. Den helhetlige tankegangen hvor det å se mennesket i en sammenheng er viktig. Dette sammen med evnen til å kunne se ut over egen profesjon, gjør etter mitt syn, vernepleieren svært godt egnet til å inneha en koordinatorrolle etter lov helse- og omsorgstjenester.

6: Litteraturliste:

- Askheim, Ole Petter (2008). *Fra normalisering til empowerment*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Brataas, Hildfrid (2011). *Sykepleiepedagogisk praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Brodtkorb, Elisabeth, Marianne Rugkåsa (2009). *Mellom mennesker og samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, Olav (2008). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Det kongelige helse- og omsorgsdepartement (2008-2009). *Stortingsmelding nr. 47. Samhandlingsreformen*. Oslo: Akademika AS.
- Det kongelige helse- og omsorgsdepartement (2010-2011). *Melding til stortinget 16. Nasjonal helse- og omsorgsplan*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Det kongelige helse- og omsorgsdepartement (2010-2011). *Proposisjon til stortinget 91L*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Djupvik, Alf Roger, Magne Eikås (2010). *Organisert velferd*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Fellesorganisasjonen (2008). *Om vernepleieryrket*. Oslo: Aktuelt.
- Fjørtoft, Kjersti og Berit Skorstad (2008). *Etikk i sosialt arbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Gundersen, Knut og luke moynahan (2006). *Nettverk og sosial kompetanse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Hollandvik, Jan-Erik (2008). *Helsetjeneste og helsepolitikk*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Helsedirektoratet (2010). *Individuell plan 2010. Veileder til forskrift om individuell plan*. Oslo:
- Henriksen, John- Olav og Arne Johan Vetlesen (2008). *Nærhet og distanse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Hollandvik, Jan-Erik (2008). *Helsetjeneste og helsepolitikk*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Hutchinson, Gunn Strand (2009). *Barnevernspedagog, sosionom, vernepleier*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Hutchinson, Gunn Strand (2010). *Samfunnsarbeid*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Høgskolen i Molde (2012). *Bachelor i vernepleie. Fagplan 2012*. Molde:

Kassah, Alexander Kwesi og Bente Liljan Lind Kassah (2009). *Funksjonshemming*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Martiniussen, Willy (2001). *Samfunnsliv, innføring i sosiologiske tenkemåter*. Oslo: Universitetsforlaget.

MEDLEX Norsk Helseinformasjon (2012). *Helse- og omsorgstjenesteloven med merknader og forskrifter*. Oslo: RK Grafisk AS.

Michalsen, Ragnhild, Solfrid Vatne, Anne Hollingen (2007). Koordinatorrollen ved individuell plan i psykisk helsearbeid: fokus på brukermedvirkning og samarbeid. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning nr. 4*, vol. 9, s. 15-28.

Pettersen, Inger Johanne, Jon Magnussen, Kari Nyland, Trond Bjørnenak (2008). *Økonomi og helse*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Thommesen, Hanne, Trine Normann, Jonas Tveit Sandvin (2009). *Individuell plan*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

Thommesen, Hanne (2010). *Rehabilitering som politikk, virksomhet og studiefelt*. Oslo : Gyldendal Norske Forlag AS.

Skau, Greta Marie (2009). *Gode fagfolk vokser*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Wilmar, Bente, Pernille Bruusgaard, Jam C. Frich, Per Fuggeli (2009). *Penger og verdier i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

6.1: Selvvalgt pensum

Brataas, Hildfrid (2011). *Sykepleiepedagogisk praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (s. 223 -235).

Fellesorganisasjonen (2008). *Om vernepleieryrket*. Oslo: Aktuelt. (s. 3 – 19).

Fjørtoft, Kjersti og Berit Skorstad (2008). *Etikk i sosialt arbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (s. 11 – 66).

Hutchinson, Gunn Strand (2009). *Barnevernspedagog, sosionom, vernepleier*. Oslo: Universitetsforlaget AS. (s. 15 – 31 og s. 51 – 66).

Høgskolen i Molde (2012). *Bachelor i vernepleie. Fagplan 2012. Molde*: (s. 4 – 41).

Kassah, Alexander Kwesi og Bente Liljan Lind Kassah (2009). *Funksjonshemming*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. (s. 132 – 150).

Martiniussen, Willy (2001). *Samfunnsliv, innføring i sosiologiske tenkemåter*. Oslo: Universitetsforlaget.

MEDLEX Norsk Helseinformasjon (2012). Helse- og omsorgstjenesteloven med merknader og forskrifter. Oslo: RK Grafisk AS. (s. 27 – 28).

Pettersen, Inger Johanne, Jon Magnussen, Kari Nyland, Trond Bjørnenak (2008). Økonomi og helse. Oslo: Cappelen Damm AS. (s. 13 – 19).

Thommesen, Hanne (2010). *Rehabilitering som politikk, virksomhet og studiefelt*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS. (s. 229 -246).

Wilmar, Bente, Pernille Bruusgaard, Jam C. Frich, Per Fuggeli (2009). Penger og verdier i helsetjenesten. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS. (s. 13 – 19 og 147 – 187).