Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Hvordan kan jeg som vernepleier bidra i møtet med den eldre pasient i hjemmesykepleien?

How can I as a social educator contribute in the meeting with the elderly patients in home care?

Lingen, Marita

Totalt antall sider inkludert forsiden: 41

Molde, 25.05.2016

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.**	☒
2.	**Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen:** • 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.	☒
3.	**Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å betrakte som fusk 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.**	☒
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**	☒
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**	☒
6.	**Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider**	☒

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Inger Cecilie Frisvoll

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 godkjennelse.
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: 25.05.2016

Antall ord:10847

Forord

Hva ser du søster, i din stue? En gammel, sur og besværlig frue, skjelven på hånden og fjern i blikket, litt skitt og litt rot der hun har sittet. Du snakker høyt, men hun hører deg ikke, hun sikler og hoster, har snue og hikke. Hun takker deg ikke for alt det du gjør, men klager og syter, er i dårlig humør.

Er det hva du tenker? Er det hva du ser? Åpne dine øyne og se, det er mer. Nå skal jeg fortelle deg hvem hun er, den gamle damen som sitter her.

En pike på ti i ett lykkelig hjem, med foreldre og søsken – jeg elsker dem!
En jente på seksten med et hjerte som banker, av håp og drømmer og romantiske tanker.
En brud på tjue med blussende kinn, i mitt eget hjem går jeg lykkelig inn.

En mor med små barn som bygger et hjem, mot alt som er vondt vil hun verne dem. Og barna vokser med gråt og latter, så blir de store, og så er vi atter to voksne som nyter freden, som trøster hverandre og deler gleden. Når vi bli femti og barnebarn kommer, som bringer uro og latter hver eneste sommer.

Hva ser du, søster? En tung, trett og senil gammel skrott? Nei, prøv en gang til.. Se bedre etter.. Se om du kan finne et barn, en brud, en mor, en kvinne! Se meg som sitter her, innerst inne! Det er MEG du må prøve å se, og finne!

Ukjent

1.0 Innledning 1
1.1 Bakgrunn for valg av tema 1
1.2 Forforståelse 3
2.0 Problemstilling 4
2.1 Hovedproblemstilling 4
2.2 Avgrensning 5
2.3 Begrepsavklaring 5
2.3.1 Eldrebølgen/eldre pasienter 5
2.3.2 Vernepleierens kompetanse 6
2.3.3 Hjemmesykepleie 6
3.0 Metode 7
3.1 Kvalitativ metode 7
3.2 Reliabilitet og validitet 7
3.3 Kildekritikk 7
4.0 Teori 8
4.1 Kommunikasjon/samhandling 8
4.2 Relasjon 9
4.3 Tverrfaglig samarbeid 9
4.4 Lovverk 10
Lov om pasient- og brukerrettigheter 10
Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. 11
Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. 11
4.5 Samhandlingsreformen 12
4.6 Hjemmesykepleien og den eldre pasient 14
4.7 Vernepleierens arbeidsmodell 18
Kartlegging 19
Analyse 19
Målvalg 19
Tiltak 20
Evaluering 20
5.0 Drøfting 22
5.1 Vernepleierens arbeidsmodell og vernepleierens kompetanse 23
5.2 Kartlegging 25
5.3 Analyse 27
5.4 Målvalg 29
5.5 Tiltak 30
5.6 Evaluering 31
6.0 Avslutning 32
7.0 Litteraturliste 33

1.0 Innledning

Jeg har valgt å se nærmere på hvordan jeg som vernepleier kan bidra i møtet med den eldre pasient i hjemmesykepleien.

Samhandlingsreformen ble iverksatt januar 2012 og innebærer at kommunene skal overta ansvaret for pasienter som er utskrivningsklare fra sykehuset. Kommunene skal også opprette et tilbud for akutthjelp og/eller observasjon. Målet med samhandlingsreformen er at pasientene skal få hjelp nærmere sitt bosted, og det skal være en billigere løsning enn at de får unødvendig mange liggedøgn på sykehuset. Det er en utbredt bekymring for om små kommuner er i stand til å overta det ansvaret reformen gir dem (Halvorsen, Stjernø og Øverbye 2012).

Helse- og omsorgsdepartementet (2013) sier at helse- og omsorgstjenestene står ovenfor store oppgaver fremover. Befolkningens alderssammensetning endres og kompleksiteten i oppgavene vil øke. I stedet for å heve terskelen for å få hjelp, må det i større grad utvikles tjenester som støtter opp under forebygging, tidlig innsats og rehabilitering. For å utløse ressurser på tvers av og utenfor kommunene må det sees på med nye øyne hva en tjeneste skal være, og hvem som skal være med å skape de. Morgendagens omsorgstjeneste skal legge til rette for at brukerne og pasientene i større grad skal være en ressurs i eget liv. Morgendagens omsorgstjeneste skal også legge til rette for at lokalsamfunnets innbyggere mobiliseres på nye måter og blir ressurser for hverandre. Velferdsteknologi blir en ressurs for brukere og pasienter som får bedre muligheter til å mestre hverdagen, og for at ressursene hos ideelle og frivillige organisasjoner videreutvikles og tas i bruk på nye måter.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har i flere år jobbet i kommunehelsetjenesten, og de siste fem årene har jeg jobbet i hjemmesykepleien. Jeg har valgt temaet samhandlingsreformen og hjemmesykepleien på bakgrunn av mitt arbeid, der kan komme borti morgendagens utfordringer og se utfordringene i forhold til eldre hjemmeboende. Jeg ønsker å fokusere på hvordan samhandlingsreformen har påvirket hjemmetjenesten, og hva jeg som vernepleier kan bidra med i møtet med eldrebølgen. Det vil bli flere vernepleiere som arbeider i

hjemmetjenesten og somatikken generelt, og derfor tenker jeg at dette temaet er vernepleiefaglig relevant.

I stortingsmelding 47 står det at kommunens rolle i den samlede helse- og omsorgspolitikken vurderes endret slik at de i større grad enn i dag kan oppfylle ambisjonene om forebygging og innsats i sykdomsforløpet i tidligere faser. I samhandlingsreformen legges det til grunne at den forventede veksten i behov for en samlet helsetjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene. Kommunene skal sørge for en helhetlig tenking med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at det helhetlige pasientforløpet i størst mulig grad ivaretas. I utviklingsområdet må det være større fokus rettet mot spekteret av ulike fagprofesjoner, og evner til å utvikle en samlet tjeneste som gjør bruk av faglige egenskaper og fortrinn hos den enkelte faggruppe (Helse- og omsorgsdepartementet 2009).

Ut i fra det som skrives i stortingsmeldingen om helhetlig tenking, og et større fokus rettet mot spekteret av ulike fagprofesjoner, kan vi se at det vil være vernepleiefaglig relevant. Med et større tverrprofesjonelt samarbeid, tenker jeg det vil være enklere å skape et helhetlig tjenestetilbud til brukerne av kommunehelsetjenesten.

Ellingsen (2012) sier at han opp gjennom årene har fått mange spørsmål som er knyttet til hva en vernepleier egentlig har lov å gjøre på sykehjem eller i hjemmesykepleien. Vernepleierutdanningen er ikke den mest kjente utdanningen, og dette fører til at arbeidsgivere ofte er noe usikre på hva disse vernepleierne egentlig kan. Og ikke minst, hva de egentlig har lov til. En av kjepphestene har vært at vernepleieren aldri skal være noen ”sykpleier-light”. Vernepleiere og sykepleiere har i stor grad ulik kompetanse, men i noen tilfeller er disse to utdanningenes kompetanse kryssende.
Det er mange historier om vernepleiere som ikke får jobb da det er usikkert om vernepleiere har kompetanse til å gi medisiner, eller være ansvarsvakt. Et eksempel på dette er når jeg selv var i praksis i akuttpsykiatrien, og vernepleierne som jobbet der kunne fortelle at de ikke hadde fått dele ut medisin, før for noen år tilbake.
Hvis omsorgstjenestene ikke utnytter den kompetansen og de fagfolkene som finnes, vil utfordringene i tjenestene bli enda større en det de allerede er knyttet til ”eldrebølgen” som kommer, økte krav til kvalitet og fokus på aktiv omsorg. Vernepleiere skal sammen med sykepleiere og personell utdannet på fagskole og videregående skole utgjøre fremtidens

omsorgstjenester. Som helsepersonell er det krav om at den enkelte har kompetanse i det de blir satt til å utføre. Den enkelte har ansvar for å vurdere dette selv og arbeidsgiver har ansvar for å gi opplæring. Utnytt vernepleiekompetansen til aktiv omsorg og målrettet miljøarbeid. Sørg for bred kompetanse i utviklingen av enda bedre omsorgstjenester (Ellingsen 2012)

Slik jeg har erfart det kan vernepleieren gjøre en like så god jobb i hjemmetjenesten som sykepleierne, og det har blitt økt ønske om vernepleiere i ulike stillinger. Ofte kan vi se i utlysningstekster at ulike arbeidsplasser søker etter sykepleier/vernepleier. Når vi skal ta ansvar for mennesker som trenger hjelp i hjemmene sine, er det viktig og ha fokus på å behandle den hjelpetrengende der han/hun er.

1.2 Forforståelse

Røkenes og Hanssen (2012) sier at vi forstår andre på bakgrunn av våre erfaringer, tanker og følelser. Vi forstår alltid ut ifra noe, for eksempel på bakgrunn av den kulturen vi er en del av. For-forståelse er den forståelsen vi bringer med oss til møtet med andre mennesker. Det vi forstår, virker tilbake på det vi forstår ut fra (Røkenes og Hanssen 2012).

Min forforståelse når det gjelder samhandlingsreformen og hjemmesykepleien er nok preget av mine år i hjemmesykepleien, og spesielt mine opplevelser knyttet til hvordan vernepleieren kan bidra. Dette kan nok på en måte prege oppgaven min, siden jeg har en del erfaringer. Men jeg må prøve og være bevisst på at mine tidligere erfaringer ikke farger oppgaven min for mye.

Aadland (2004) sier at forforståelsen kan gå forut for erfaringer, og det kan bli en bevisst eller ubevisst forventning om hvordan noe kommer til å bli. Den hermeneutiske sirkel skrur seg gjennom hele livet vårt, i en evig veksling mellom forforståelse og tolkning, teori og praksis, refleksjon og opplevelse. Vi er aldri den helt samme personen fra en dag til en annen, fra ett år til det neste (Aadland 2004).

2.0 Problemstilling

2.1 Hovedproblemstilling

"Hvordan kan vernepleieren bidra i møtet med den eldre pasient i hjemmesykepleien?"

19. juni 2009 kom St. Meld. 47. som omhandler samhandlingsreformen, rett behandling - på rett sted – til rett tid. Den har dagens og fremtidens helse- og omsorgsutfordringer i fokus. Hovedutfordringene er knyttet til både et pasientperspektiv og et samfunnsøkonomisk perspektiv. Vurdert i forhold til disse to perspektivene bygger stortingsmeldingen på at bedre samhandling bør være et av helse- og omsorgssektorenes viktigste utviklingsområder fremover. Vektleggingen av utviklingsbehovet står ikke i motsetning til en oppfatning av at dagens tjenester ikke har mange kvaliteter, og at de fleste pasienter tas hånd om på en god måte. Det er en god helse- og omsorgstjeneste som skal bli enda bedre (Helse- og omsorgsdepartementet 2009).

Jeg har jobbet i hjemmesykepleien i ganske mange år, og var yrkesaktiv der når samhandlingsreformen tredde i kraft. Når mennesker kommer dirkete fra sykehus og inn i hjemmene sine, tenker jeg det kan skape forvirring og sårbarhet hos pasienten. Jeg tenker det er viktig at hjemmesykepleien er rustet til å ivareta den enkelte pasient, og kan møte pasienten der han/hun er i sin situasjon. Jeg ønsker å rette fokuset på hva jeg som vernepleier kan bidra med i møtet med eldre pasienter i hjemmene sine. Mine erfaringer gjennom jobben i hjemmesykepleien er at hovedfokuset er å behandle og hjelpe pasienten uansett hvilken situasjon han er i. Etter at samhandlingen trådde i kraft tenker jeg det blir forventet at vi skal ta oss av pasientene, og være rustet til å ta imot de uansett hvor syke de er, eller hvilken sykdom de har.

I dag har det kommet mange rutiner og prosedyrer ved hjemmesykepleien som skal gjøre at vi skal greie å ivareta pasientene. Det er enhetsleder og eventuelt teamledere som har hovedansvaret for at organisasjonene skal være organisert og tilrettelagt på en slik måte at vi alltid er rustet til å ta i mot nye pasienter, uansett situasjon. Siden hjemmesykepleien hjelper et bredt spekter med pasienter, både eldre og yngre, mennesker med både psykiske og fysiske lidelser, psykiatriske pasienter og somatiske pasienter, har jeg valgt og avgrense oppgaven min.

2.2 Avgrensning

Denne oppgaven utforsker hvordan samhandlingsreformen påvirker kommunehelsetjenesten. Jeg har valgt å avgrense oppgaven til å gjelde for hjemmesykepleien, og hovedfokuset mitt vil være hvordan jeg som vernepleier kan bidra i møtet med den eldre pasient i forhold til forebygging, mestring og tilrettelegging. Jeg vil vise til stortingsmelding nummer 47 som kom i juni 2009 (Helse- og omsorgsdepartementet 2009), siden disse endringene har betydning for hvilke utfordringer vi møter ute i hjemmesykepleien i dag.

Jeg vil i hovedsak vise til arbeidet en enkelt del av helse- og omsorgstjenesten kan gjøre, spesielt i forhold til eldre pasienter. Med eldre pasienter tenker jeg mennesker fra 67 år og oppover. Jeg vil komme litt inn på pårørende i en sårbar situasjon, men ha størst fokus på pasienten selv. Mange pasienter vil kreve et helhetlig og koordinert tilbud.
Jeg vil ha en teoretisk overbygging hvor jeg viser til samhandlingsreformen, og hvilke utfordringer som kom i forhold til den. Jeg vil også bruke annen aktuell litteratur som belyser problemstillingen, og jeg vil komme inn på hvilke etiske dilemmaer jeg som vernepleier kan komme opp i når jeg skal arbeide med mennesker i deres hjem.

2.3 Begrepsavklaring

Som nevnt tidligere tar jeg utgangspunkt i samhandlingsreformen og hjemmesykepleien, samt hvordan jeg som vernepleier kan bidra i møtet med eldre pasienter i hjemmene sine. Sentrale begreper som jeg kommer til å benytte i min oppgave er eldrebølgen/den eldre pasient, vernepleierens kompetanse og hjemmesykepleien. Jeg vil under her gi en fortløpende kort begrepsavklaring i forhold til overnevnte begreper.

2.3.1 Eldrebølgen/eldre pasienter

Når jeg bruker begrepet eldrebølgen eller eldre pasient/pasienter, mener jeg mennesker over 67 år.

Det er en utbredt oppfatning om at vi står ovenfor en eldrebølge som vil skape store problemer. Vi står ovenfor store utfordringer, og i følge en beregning fra Statistisk Sentralbyrå vil antall eldre over 80 år øke fra 219 000 i dag til 320 000 i 2030, og 16 prosent av Norges befolkning vil være over 67 år. For å kunne handle rett i møtet med utfordringene er det viktig å ikke se seg blind på eldrebølgen, men kartlegge alle faktorene og deres betydning (Melberg 2012).

2.3.2 Vernepleierens kompetanse

> *Vernepleiere arbeider med barn, ungdom, voksne og eldre som har, eller kan komme til å utvikle funksjonsvansker av fysisk, psykisk eller sosial karakter. Arbeidsoppgaver er ikke avgrenset til bestemte brukergrupper, men mennesker med utviklingshemning er en viktig gruppe for vernepleiefaglig arbeid* (Fagplan 2012: 4).

Vernepleierens arbeidsområder er svært varierte. De fleste vernepleiere arbeider i den kommunale helse- og sosialtjenesten. Den største delen av arbeidet skjer i form av hjemmebaserte tjenester, men vernepleiere bistår også brukerne utenfor hjemmet og yter assistanse slik at de kan fungere i fritid og arbeid. Med kombinasjonen av å være både en helse- og sosialfaglig utdanning har vernepleieren kvalifikasjoner for å arbeide i forhold til personer med aldersdemens, psykiske lidelser, rusproblemer og så videre. Vernepleiere har god relasjonell kompetanse. Den relasjonelle kompetansen er helt nødvendig for å kunne samarbeide både med pårørende, tjenestemottakere og andre yrkesgrupper på en god måte(Fagplanen 2012).

2.3.3 Hjemmesykepleie

Når jeg bruker begrepet hjemmesykepleie mener jeg all pleie som blir utført i den enkeltes hjem.

"Hjemmesykepleie betegner all sykepleie som blir utført i den enkeltes hjem, uavhengig om det er en sykepleier eller annen helsearbeider som utfører tjenesten" (Fjørtoft 2006: 10).

3.0 Metode

Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å skaffe eller etterprøve kunnskap. Begrunnelsen for å velge en metode er at vi mener den vil gi oss gode data, og belyse spørsmålet vårt på en faglig interessant måte (Dalland 2007).

3.1 Kvalitativ metode

"De kvalitative metodene tar i større grad sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle" (Dalland 2007, 82).

Både kvalitativ og kvantitativ metode tar sikte på å bidra til bedre forståelse av samfunnet vi lever i, og hvordan mennesker, institusjoner og grupper handler og samhandler. Kjennetegn ved kvalitativ metoder er at man går i dybden og får mange opplysninger og få undersøkelsesenheter. Jeg vil også prøve å få frem det som er spesielt, og ofte blir det brukt ustrukturerte observasjoner. Dataen so blir samlet inn ved bruk av kvalitativ metode tar sikte på å få frem en sammenheng og en helhet. Fremstillingen skal også ta sikte på å formidle forståelse og forskeren ser fenomenet innenfra, og erkjenner påvirkning og delaktighet (Dalland 2007).

3.2 Reliabilitet og validitet

Jeg har brukt forskningsartikler, fagartikler, pensumbøker og andre fagbøker i arbeidet med oppgaven. Jeg har sjekket mange av artiklene, og funnet ut at de er fagfellevurderte. Uten om dette kan jeg bare anta at kildene jeg har brukt er grundig utført og reliable. Litteraturen jeg har valgt og bruke er relevant for oppgavens innhold, og for temaet og problemstillingen.

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk er en metode som brukes for å finne ut om en kilde er sann. Hensikten med kildekritikk er å gi leserne del i de refleksjonene du har gjort om hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillingen. Kildekritikken skal også vise om du er i stand til å forholde deg kritisk til det kildematerialet du bruker i oppgaven, og hvilke kriterier som benyttes under utvelgelsen av kilder. Det er to sider ved

kildekritikk, hjelp til å finne frem til den litteraturen som belyser problemstillingen på best mulig målte, og å gjøre rede for den litteraturen som er anvendt i oppgaven (Dalland 2007).

Oppgaven er basert på et litteraturstudie i forhold til emnet. Jeg har brukt litteratur fra pensumlisten til vernepleiestudiet ved Høgskolen i Molde. Jeg har også brukt ulike søkebaser som Oria, Bibsys og andre. På disse søkebasene fant jeg relevant litteratur som stortingsmeldinger, offentlige utredninger, lover, forskrifter, aktuelle bøker og andre forskningsartikler som var aktuelle for min oppgave. Søkeord jeg brukte var: samhandlingsreformen, morgendagens utfordringer, vernepleier, hjemmesykepleien.

Jeg har brukt litt litteratur fra pensum, men det var noe begrenset hva jeg kunne anvende om hjemmetjenesten og eldre pasienter eller eldrebølgen. Jeg har funnet litteratur på ulike nettsider, og en del bøker som jeg har funnet gjennom søkemotoren til biblioteket på skolen. Jeg synes det var vanskelig å finne ut hva jeg kunne stole på, og hva jeg skulle fokusere på. Likevel føler jeg at jeg har hatt et kritisk blikk på det jeg har anvendt av teori. Jeg har også brukt lovverk og stortingsmeldinger i arbeidet med oppgaven min, og jeg har brukt offentlig godkjente søkebaser der artiklene er kvalitetssikret og har større troverdighet.

4.0 Teori

4.1 Kommunikasjon/samhandling

NOU (2005) sier at store pasientgrupper er avhengig av at den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten fungerer som en sammenhengende behandlingskjede. De skal gi et helhetlig tilbud, og i mange sammenhenger er ikke samhandlingen god nok. Dette kan føre til et sviktende behandlingstilbud og unødvendige innleggelser i sykehus, samt mangelfull oppfølging fra hjemmesykepleien og legetjenesten. Spesielt mennesker med sammensatte lidelser har store fordeler av en god samhandling (NOU 2005:3).

Jeg tenker at samhandling er en viktig ting i forhold til å danne et helhetlig og koordinert tilbud til pasientene, samt for å kunne følge opp og vurdere de ulike tiltakene.

Helse- og omsorgsdepartementet (2009) sier at det har i arbeidet med samhandlingsreformen vært vesentlig og identifisere og avklare hvor store samhandlingsproblemene er. En av forklaringene er at det eksisterer ulike oppfatninger avhengig av ståsted og erfaringsbakgrunn på den som behandler pasienten. Egentlig tenkes det at samhandlingsproblemet skyldes at ressurser og kompetanse ikke er fordelt og tilpasset de behovene som forventes at skal løse de ulike leddene i helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet 2009).

4.2 Relasjon

Ordet relasjon betegner egentlig at en gjenstand står i forbindelse med en annen. I dagligtale brukes begrepet relasjon om forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker. For eksempel den enkelte yrkesutøvers forhold til pasienter, pårørende og kolleger (Eide og Eide 2013).

Når jeg bruker begrepet relasjon tenker jeg på forholdet eller forbindelsen mellom mennesker. Videre tenker jeg at en god relasjon er viktig for å gjøre en så god jobb som mulig, og for at pasienten og dens pårørende skal stole på meg som arbeidstaker.

Eide og Eide (2013) sier at evnen til å skape en god relasjon er viktig i ethvert forhold til pasienter. Relasjonen kan være avgjørende for behandlingsresultatet, og mye tyder på at evnen til å lytte og forstå den andre og det å skape god kontakt er avgjørende. Dette kan være viktige faktorer for å motivere for endring og utvikling (Eide og Eide 2013).

4.3 Tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid er en arbeidsform. Det er når flere yrkesgrupper jobber sammen, på tvers av faggrensene for å nå et felles mål. Tverrfaglighet blir sett på som en kreativ vei til samarbeid. Ulike faggrupper har ulike fagområder, og å være faglig er det motsatte av å arbeide ut fra tilfeldigheter. En fagperson har kunnskaper og erfaringer om hvordan problemer og utfordringer kan forstås og håndteres innen for sitt fag. For å ivareta en helhet tenkes det at det trengs fler fag, og det forutsetter at fagene kompletterer hverandre.

For å kunne arbeide tverrfaglig må vi ikke bare ha kunnskaper om de andre profesjonenes ansvarsområde, men først og fremst ha en egen fagidentitet (Galvin og Erdal 2010).

4.4 Lovverk

Både pasientens/tjenestemottakers og de ansattes rettigheter og plikter er hjemlet i ulike lovverk. Pasientenes rettigheter er hjemlet i lov om pasient- og brukerrettigheter og i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, mens de ansattes rettigheter er hjemlet i arbeidsmiljøloven.

Lov om pasient- og brukerrettigheter

Formålet med loven er å bidra og sikre at befolkningen har den samme tilgangen på tjenester av god kvalitet. Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient/bruker og helse- og omsorgstjenestene, og ivareta respekten for den enkelte pasient/brukers liv, integritet og menneskeverd (Helse- og omsorgsdepartementet 1999).

Loven inneholder mange ulike kapitler og paragrafer som inneholder lover og rettigheter som pasientene og brukerne har. I § 3-1 står det at pasient/bruker har rett til å medvirke når det gjennomføres helse- og omsorgstjenester. Pasienten har rett til å medvirke valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Tjenestetilbudet skal også så langt som mulig utformes i samarbeid med pasienten.
I § 3-2 står det at pasienten har rett til informasjon, og skal ha den informasjonen som er nødvendig i forhold til å få innsikt i egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. I kapittel fire står det masse om samtykke, og det kan kun gis helsehjelp hvis pasienten samtykker, med mindre det foreligger lovhjemmel eller andre gyldige grunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke (Helse- og omsorgsdepartementet 1999) .

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

Lovens formål er å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av skade, sykdom, lidelse og nedsatt funksjonsevne. Den skal også fremme sosial trygghet og bedre levekårene, samt bidra til likeverd og likestilling. Samtidig skal den sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig, og ha en aktiv og meningsfylt tilværelse. Loven skal også sikre at tjenestetilbudet er kvalitetssikret og er likeverdig, og at tjenestetilbudet er tilgjengelig og tilpasset den enkeltes behov (Helse- og omsorgsdepartementet 2011).

Loven gjelder for alle helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes i kommunen eller privat som har avtale med kommunen.
I § 3-1 står det at kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunen har ansvar for alle pasient- og brukergrupper, personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblemer, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. Kommunen har ansvar eller plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav som er fastsatt i lov eller forskrift. I kapittel 4 står det at tjenestene som ytes eller tilbys skal etter loven være forsvarlige, og kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at den enkelte pasient gis et helhetlig, koordinert og verdig tilbud. De som utfører tjenestene skal være i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og ha tilstrekkelig fagkompetanse. For at tjenesteyterne skal ha tilstrekkelig fagkompetanse har enhver kommune plikt til å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av sine ansatte (Helse- og omsorgsdepartementet 2011).

Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.

Lovens formål er å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon. Den skal også sikre full trygghet mot psykiske og fysiske skadevirkninger. Videre skal den sikre trygge ansettelsesforhold og likebehandling i arbeidslivet, og legge til rette for tilpasninger i arbeidsforholdet knyttet til den enkelte arbeidstakers forutsetninger og livssituasjon. Den skal også gi et grunnlag for at arbeidsgiver og arbeidstaker i virksomhetene selv kan ivareta og utvikle sitt arbeidsmiljø i samarbeid med arbeidslivets parter og med nødvendig veiledning og offentlig myndighet. Til slutt skal arbeidsmiljøloven bidra til et inkluderende arbeidsliv (Helse- og omsorgsdepartementet 2005).

4.5 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen ble gradvis iverksatt i 2012, og innebærer at kommunene skal overta ansvaret for sykehusenes pasienter når de er klare for utskrivning. Kommunene skal også opprette et tilbud for akutthjelp og observasjon. Siktemålet er at pasientene skal få hjelp nærmere sitt bosted, og det skal være en billigere løsning enn at pasienten har unødvendige liggedøgn på sykehuset (Halvorsen, Stjernø og Øverbye 2010).

I Meld. St. 26, fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet, står det at hverdagsrehabilitering er en arbeidsform som skiller seg fra andre typer rehabiliteringstilbud i kommunen. Den skal i større grad utføres av ansatte i hjemmetjenesten, og skjer i brukerens hjem. Rehabiliteringen skal bygge på brukerens egne mål, og for mange vil det dreie seg om å mestre hverdagslige aktiviteter. De hverdagslige aktivitetene kan være å stelle seg selv, lage mat, komme seg på butikken, være sammen med familie og pårørende eller å delta på sosiale og kulturelle aktiviteter. For å gjennomføre dette er vi avhengig av et tverrfaglig team med ergoterapeut, sosionom, vernepleier eller sykepleier med rehabiliteringskompetanse. Teamet skal vurdere rehabiliteringspotensialet, kartlegge fysiske, psykiske og sosiale ressurser og utarbeide en plan og instruere hjemmetjenestepersonell. Det er vanlig og fange opp nye brukere/pasienter allerede ved første henvendelse om behov for hjemmetjenester eller utskrivning fra sykehus. Hverdagsrehabilitering er aktuelt for personer med et akutt funksjonsfall, men også for personer med gradvis funksjonsfall eler ved progredierende sykdom, for å bevare og bedre brukerens/pasientens funksjoner lengst mulig. Erfaringer viser så langt at det er en god investering å komme tidlig inn med tverrfaglige rehabiliteringsressurser, i stedet for å gi mer og mer kompenserende bistand og pleie etter hvert som funksjonsevnen reduseres. Dette kan gi et bedre liv for den enkelte, og kan utsette eller redusere behovet for andre kostnadskrevende kommunale pleie- og omsorgstilbud (Helse- og omsorgsdepartementet 2015).

Mange pasienter og brukere i helse- og omsorgstjenesten har behov for koordinerte tjenester fra ulike tjenestesteder, og ofte over korte eller lengre perioder. Det er i dag

systemer som er rettet inn mot helheten i de tjenester som skal svare på pasientenes behov for koordinerte tjenester. Store deler av spesialisthelsetjenesten er både i sin organisering og sin funksjon, preget av at målet er medisinsk behandling og helbredelse. Kommunale helsetjenester har et mye større fokus på pasientens funksjonsnivå og mestringsevne. For pasienten/brukeren er det en gjensidig avhengighet mellom de to målformuleringene. Men forskjellen i målforståelsen kan likevel bidra til samhandlingsproblemer, fordi det påvirker kommunikasjonen og hvilke problemstillinger som skal vektlegges. Selv om det gjennom de siste årene har vært jobbet mye med tiltak i forhold til å bedre kommunikasjonen i helse- og omsorgstjenestene, er fremdeles tilbakemeldingene fra tjenestemottakerne at samhandlingen ofte er dårlig. Dårlig koordinerte tjenester betyr også dårlig og lite effektiv bruk av ressurser (Helse- og omsorgsdepartementet 2009).

Tingvoll, Kassah og Kassah (2014) sier at virkemidlet som benyttes for å gjennomføre samhandlingsreformen er lovendringer og forskrifter, og endringer i organiseringen av helse- og omsorgstjenester. Kompetanseheving er også fremhevet som et av virkemidlene som skal til for å realisere målet med reformen. Reformen retter også fokuset på behovet for klarere prioriteringer i helsevesenet, og det legges vekt på at utfordringene i stor grad skal løses ved at kommunene får et økt ansvar for veksten av helse- og omsorgstjenester. Økningene i legeressurser skal også i hovedsak legges til kommunene, og dette kan betraktes som en nødvendighet for at kommunen skal kunne ivareta sitt ansvar for blant annet pasientene når de er utskrivningsklare (Tingvoll, Kassah og Kassah 2014).

Kassah, Tønnesen og Tingvoll (2014) har gjennomført en kvalitativ studie i forhold til samhandlingsreformen og informantene de har brukt gir uttrykk for at de er opptatt av at kompetansebehovet som følger av reformen. De sier at kommunene har for lav kompetanse til å ta imot alvorlig syke pasienter som er utskrivningsklare. Videre viser studien at hovedutfordringen i kommunene er begrensede ressurser til å realisere pålagte oppgave. I oppsummeringen skriver de at studien viser at kommunene prioriterer intermediære senger og kompetanseheving, mens rehabilitering, forebygging og brukermedvirkning nedprioriteres. Dette synes å ha sammenheng med det blir lagt stor vekt på det medisinske perspektivet når de prioriterer (Kassah, Tønnesen og Tingvoll 2014).

I stortingsmelding 47 står det at helsetjenesten har et stort fokus på behandling av sykdommer og senkomplikasjoner, fremfor tilbud innrettet på å mestre og redusere kronisk sykdomsutvikling. Når vi kommer til praktiske prioriteringssituasjoner viser det seg at forebygging og tidlig innsats blir tapere i kampen. Vi har i dag ikke gode nok systemer for analyser og beslutninger om hvordan ressursene bør utnyttes i de ulike leddene i kjeden for forebygging, diagnosearbeid, behandling og rehabilitering (Helse- og omsorgsdepartementet 2009).

4.6 Hjemmesykepleien og den eldre pasient

"Hjemmesykepleie er en viktig del av dagens helsetjeneste. Stadig flere bor hjemme og mottar hjelp i eget hjem, og omfanget av hjemmesykepleien har økt drastisk de siste tiårene" (Fjørtoft 2006: 9).

Fjørtoft (2006) sier at tidligere ble hjemmesykepleien sett på som et tillegg til sykehus. Dette har endret seg, og hjemmesykepleien har i dag en sentral plass i helsetilbudet til befolkningen. Hjemmesykepleien har endret posisjon, fra et sted i utkanten av helsetjenesten til en plass mer i sentrum. Dette medfører at en større andel helsetjenester foregår utenfor institusjon. De siste årene har det skjedd en rekke endringer som har fått konsekvenser for hjemmesykepleien. Endringer i samfunnet, helsepolitikken og helsetjenestene har gjort at stadig flere eldre bor hjemme, og mottar sykepleie der. De store institusjonene har blitt bygd ned, og dette fører til mindre plasser i institusjon, og flest mulig skal få pleie, behandling og omsorg i eget hjem. De siste årene har også mange av oppgavene blitt forskjøvet fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, og omsorgsbehov som tidligere ble ivaretatt på institusjoner skal nå bli dekket hjemme (Fjørtoft 2006).

Tidligere var det flere gamlehjem, men de eksisterer knapt lengre. Målet i eldreomsorgen i dag er endret fra trygghet i institusjon til trygghet i eget hjem. I tråd med målet om trygghet i eget hjem, har det siden 1994 vært en omfattende bygging av omsorgsboliger. Omsorgsboliger er boliger som er tilpasset eldre og andre mennesker med funksjonshemminger. Omsorgsbolig er ofte en mellomløsning mellom privat hjem og institusjon. Slike boliger er selvstendige boformer, og hjemmesykepleien gir hjelp etter den enkeltes behov, på lik linje med de som bor i private hjem (Fjørtoft 2006).

Ansatte i hjemmesykepleien jobber innenfor andre menneskers rammer for eget liv og hjem, her har de ingen naturlig tilgang, tilhørighet eller oppgaver.
Hjemmene de i hjemmesykepleien jobber i, er etablert uten tanke på at det skal komme hjemmesykepleie dit. Og hjemmet skal fortsatt eksistere som en sosial enhet uten medvirkning fra hjemmesykepleien når tjenestetilbudet er avsluttet (Hegerstrøm 2005).

Formålet med hjemmesykepleien har vært å yte hjelp til enkeltpersoner og familier i situasjoner der menneskene selv ikke kan ivareta nødvendige oppgaver. Dette kan dreie seg om hjemmeboende med funksjonshemninger, personer som trenger terminal pleie, personer med store medisinske behov, tjenestemottakere med forbigående behov og personer som trenger avansert oppfølging. Det kan være vanskelig å sikre et godt arbeidsmiljø i et privat hjem, hvor tjenestemottaker og pårørende kanskje har private krav til for eksempel innredning, døgnrytme og andre ting. Pasienter i hjemmetjenesten kan ofte være redd for at hjemmene deres skal bli omgjort til institusjoner, og det trenger ikke å være i tråd med tjenestemottakers oppfatning til hvordan et tilbud i hjemmet skal organiseres (Vesterager 2002).

Når vi møter tjenestemottakerne våre i eget hjem, får vi et unikt innblikk i vedkommendes liv. Vi får anledning til å se ham/henne i en større sammenheng, enn i en sykeseng med et nattbord. Hjemmet viser mer hva hvem han er, og hvilket liv han lever. Dette gir oss som helsepersonell en gylden mulighet til å se flere sider ved tjenestemottakeren, og til å møte helheten hos den enkelte. Å møte pasienter hjemme kan gi en unik mulighet til å kartlegge behovet for hjelp, det fysiske og materielle aspektet i et hjem gir viktige data om pasientens tilstand og situasjon. Det forteller oss noe om pasientens ressurser og viser hvordan den enkelte mestrer de daglige funksjonene. Ved å observere pasienten i sitt daglige liv, får vi et innblikk i hvordan den eventuelle helsesvikten påvirker livet til pasienten (Fjørtoft 2006).

I hjemmesykepleien møter vi mange ulike mennesker som trenger hjelp til å mestre hverdagen hjemme. De trenger ofte hjelp til å leve et så godt liv som mulig, på egne premisser tross sine kroniske lidelser. Uavhengig av hva slags hjelp de ulike pasientene trenger, er livskvalitet og mestring sentrale mål i hjemmesykepleien (Fjørtoft 2006).

Livskvalitet er et subjektivt begrep med mange dimensjoner. Ofte brukes det som å ha det godt eller det gode liv. Hvordan den enkelte forstår det med å ha et godt liv varierer fra menneske til menneske. I møtet med ulike pasienter er det derfor viktig å få tak i pasientens egne oppfatning av sitt liv. Å ha det godt er en indre opplevelse, men som samtidig er styrt av en del ytre faktorer (Fjørtoft 2006).

Ansatte i hjemmesykepleien trenger kunnskap om hva som kan true livskvaliteten til sine pasienter, og hva som kan gjøres for å styrke den. Begrepet livskvalitet vekker ofte positive assosiasjoner hos mennesker, og peker mer på muligheter enn begrensninger. Uansett hvilken situasjon og livsutsikter pasientene har, er det alltid noe som kan gjøres for å eventuelt bedre livskvaliteten til mennesker.
Mestring er også viktig for alle mennesker, det er alt vi gjør for å håndtere eller beherske ulike situasjoner. Mestring kan defineres som en persons atferdsmessige og kognitive anstrengelser for å håndtere utfordrende eller stressende situasjoner. Det kan for eksempel være å takle forverring av sykdommen, eller takle økende funksjonstap over tid. Utfallet av mestring er avhengig av pasientens egne ressurser og strategier, hvor krevende situasjonen er, og i hvilken grad omgivelsene støtter eller hindrer mestring (Fjørtoft 2006).

Den største brukergruppen i hjemmesykepleien er syke eldre, hele tre fjerdedeler av brukerne er over 67 år. Å bli eldre er i seg selv ingen sykdom, men mange eldre er syke. De eldste er de som er over 80 år, og selv om noen er spreke og greier det meste selv, vil de i denne alderen bli preget av økende kroppslig svekkelse og avhengighet av andres hjelp. Det kan være en gradvis overgang, eller en plutselig overgang av å være selvhjulpen til å bli avhengig av hjelp. Levealderen har de siste årene økt, og flere bor lengre hjemme i sine egne hus. Listen for å få hjelp har også blitt hevet, og pasientene i hjemmesykepleien er gjennomgående sykere nå enn før. Eldre mennesker har et langt liv bak seg, og er preget av både nære og fjerne hendelser. I møtet med eldre er det derfor viktig å ha med seg et livsløpsperspektiv. Det er det livet den enkelte pasient har levd, han eller hun er ikke en skrøpelig person, men et menneske som har levd et langt liv. I hjemmesykepleien møter vi eldre som har behov for hjelp grunnet helsesvikt som fører til at de ikke lengre greier å ivareta sin egenomsorg. Selv om alderen i seg selv ikke er en sykdom, vil alderen påvirke helsetilstanden. Det kan bli en kombinasjon av vanlige aldersforandringer og sykdom, og det er ikke alltid like klart hva som skyldes hva. Det er derfor vesentlig og finne ut om den eldres funksjonssvikt skyldes sykdom eller normal aldring. Eldre kan ha redusert evne til å

ta i mot ny informasjon, og det kan være vanskelig for de å tilpasse seg endringer i livet (Fjørtoft 2006).

Psykologisk aldring er et upresist og vanskelig begrep å forklare. I hovedsak handler det om hvordan mennesker endrer sin evne til å mestre tap og kriser i alderdommen. Endringer i sosiale forhold og fysisk funksjonsevne på grunn av alvorlig sykdom virker inn på menneskers evne til å mestre belastende hendelser, og evnen til å løse problemer. Av den grunn kan det være vanskelig å vite om endringer i mestringsevne i alderdommen skyldes sosiale endringer, psykologiske forhold eller helsesvikt og konsekvenser av fysisk helsesvikt (Snoek og Engedal 2013).

For at vi skal kunne gi et godt omsorgstilbud til eldre, er det viktig å ha kjennskap til hva det enkelte individ legger vekt på for å ha det godt. For eldre med fallerende helse og behov for hjelp, er ofte livskvalitet knyttet til det å være trygg på å få den hjelpen de trenger. Det blir ofte en balansegang mellom å være selvhjulpen å det å være avhengig av hjelp, sammen med et strekt ønske om å få bo i eget hjem. I hjemmesykepleien må vi derfor legge vekt på den eldres ressurser og muligheter, samt samarbeide om å finne gode praktiske løsninger, og etterhvert vurdere hvordan det går. For at eldre skal være trygg i eget hjem, må det oppleves trygt. Eldre har ofte mange og sammensatte helseproblemer, og det er viktig at de for kompetent faglig tilsyn og oppfølging (Fjørtoft 2006).

Som ansatt i hjemmesykepleien får vi en unik mulighet til å møte pasienten der han lever livet sitt, i eget hjem og i eget miljø. Dette kan gi bedre forutsetninger for å få en korrekt datainnsamling og behovsvurdering enn om vi møter pasienter på et kontor, eller i en institusjon. Hvis pasientene kommer fra et opphold i institusjon, er det allerede samlet inn en del opplysninger. For andre pasienter starter vi med en liten eller ingen dokumentasjon, og ofte kommer hjemmesykepleien inn etter en periode med generell eller uspesifikk funksjonsnedgang, der det kan være flere diffuse og sammensatte problemer. I en slik situasjon må det gjøres en omfattende datainnsamling.
Pasientens pårørende kan ofte være en fin informasjonskilde hvis pasienten selv samtykker i at hjemmesykepleien kan prate med pårørende. Pasienten og et familiemedlem kan ofte utfylle hverandre svært godt når vi skal få et bilde av situasjonen. Hvordan selve huset er og hvordan det er innredet har ofte svært mye og si for personer med redusert funksjonsnivå. Og se på dette kan ha god relevans for å kartlegge pasientens

funksjonsnivå, forebygge ulykker i hjemmet , behovet for rehabilitering og tilrettelegging av pleien som skal utføres i hjemmet. Når vi er hjemme hos pasientene, kan vi få mye informasjon direkte gjennom å observere. En annen viktig faktor er hvordan pasienten selv ser på situasjonen, og hvordan han opplever helsetilstanden og funksjonsvanskene sine. Det skal være et mål at pasienten, pårørende og hjelpeapparatet har en lik forståelse av hva pasienten har bruk for av hjelp, og hva som er problemet (Solheim 2000).

Pasienten i hjemmesykepleien har blitt sykere og mer pleietrengende, og de har behov for både omfattende pleie og omsorg. Det jobber mange ulike faggrupper i hjemmetjeneste, og det er ofte gråsoner i forhold til hvem som skal gjøre hva. Derfor er det viktig at de ulike faggruppene er bevisste på sitt faglige sted, da hjemmesykepleien har behov for et vidt spekter av kunnskap. Som tjenesteyter i hjemmesykepleien skal en være med å bidra til at den enkelte pasient/tjenestemottaker mestrer en vanskelig livssituasjon. Dette kan innebære alt fra fysisk assistanse til å styrke ressurser og livsmot. Vi må ha kunnskap om og forståelse av pasientenes situasjon, og for hva som skal til for å oppnå best mulig helse og livskvalitet (Fjørtoft 2006).

4.7 Vernepleierens arbeidsmodell

Vernepleierens arbeidsmodell fokuserer faglig skjønn, og på regulering av fagpersonen rom for skjønn i ulike situasjoner i møtet med pasienten. Målet er at fagpersonen i alle situasjoner skal ha nok støtte til å ta gode handlingsvalg, men også ha nok handlingsrom til å gjøre de fortløpende tilpasningene som kreves for at hjelpen/tjenestene skal bli gode. Det er denne balansen på en side som kan sikre brukeren mulighet til å påvirke tjenesten, og på den andre siden skal sikre faglig forsvarlighet (Owren og Linde 2011).

I FOs hefte ”Om vernepleieryrket”, står det at det må gis tilpasset hjelp i samhandling med den enkelte pasient i dagliglivet. For å kunne gi tilpasset hjelp, må vernepleiere gjennomgå de ulike situasjonene i pasientens/tjenestemottakers hverdagsliv og avklare hva de inneholder for den enkelte. Vi skal tilpasse kommunikasjonen til den enkelte slik at personen selv i størst mulig grad kan gjøre handlingsvalg selv. Hvis vi skal gå systematisk til verks og gjøre målrettet tiltaksarbeid, bruker vernepleieren en arbeidsmodell som begrepsfester ulike faser i en målrettet arbeidsprosess. Arbeidsmodellen kan benyttes ved tilrettelegging av opplæring, livsmiljø, opptrening av tidligere ferdigheter og behandling. Modellen er vist seg å være anvendbar både på individ- og systemnivå. Modellen

tydeliggjør hvilke valg vi står ovenfor når vi skal arbeide med målrettede endringsprosesser, og utfordrer vernepleieren til å begrunne valgene i de ulike fasene. Valgene skal begrunnes ut i fra pasienten/tjenestemottakerens livssituasjon og ha forankring i tilgjengelig fagkunnskap (FO 2008).
Vernepleierens arbeidsmodell består av flere faser: kartlegging, analyse, mål tiltak og evaluering.

Kartlegging

I kartleggingsfasen skal vi innhente data som danner et grunnlag for videre faglig arbeid. Vi kan innhente data på ulike måter, den kan være tilfeldig, systematisk eller usystematisk. Alt miljøarbeid starter som regel med tilfeldig data som er utilstrekkelig. Når vi skal innhente data må vi ha en plan, og den skal være målrettet og man skal ha behov for de data som innhentes (Linde og Nordlund 2010).

Under kartleggingen skal det altså innhentes relevante opplysninger som skal bidra til at vi kan foreta en helhetlig vurdering av situasjonen til den enkelte. For å gjøre en bredest mulig vurdering må vi anvende ulike metoder for å innhente data. For eksempel intervju, samtale, observasjoner, registreringer. Det kan også være aktuelt og kartlegge rammefaktorer som fysisk miljø, omsorgsmiljø og sosialt nettverk (FO 2008).

Analyse

Grunnlaget for selve analysen er datainnsamlingen vi gjør i kartleggingsfasen. For å lage en analyse trenger jeg data som er konkret og som jeg kan sammenligne med teori. I forhold til hva jeg og Klara ønsker å fokusere på, beveger jeg meg flere ganger mellom data, analyse og drøfting, dette kalles spiraltankegang (Linde og Nordlund 2010).

FO (2008) sier at på bakgrunn av den innhentede dataen henter vi frem relevant teori, forskning og litteratur på området, samt erfaringsbasert kunnskap for å analysere den aktuelle situasjonen.

Målvalg

Som et resultat av analysen, og med utgangspunkt i pasientens ønsker, formuleres det mål. Det er alltid et mål å ha god livskvalitet. Det kan både være trivselsmål eller læringsmål,

samt mål om å vedlikeholde ferdigheter eller funksjoner som allerede er etablerte (FO 2008).

Linde og Nordlund (2010) viser til at overgangene mellom analyse og tiltak blir kalt målvalgsprosessen. Når vi skal lage mål blir kvalitetssikring sterkt vektlagt. Vi holder i praksis ulike problemstillinger opp mot hverandre, og vurderer og velger områder for videre arbeid. Det er viktig at målene er realiserbare, og etter pasientens ønsker.

Tiltak

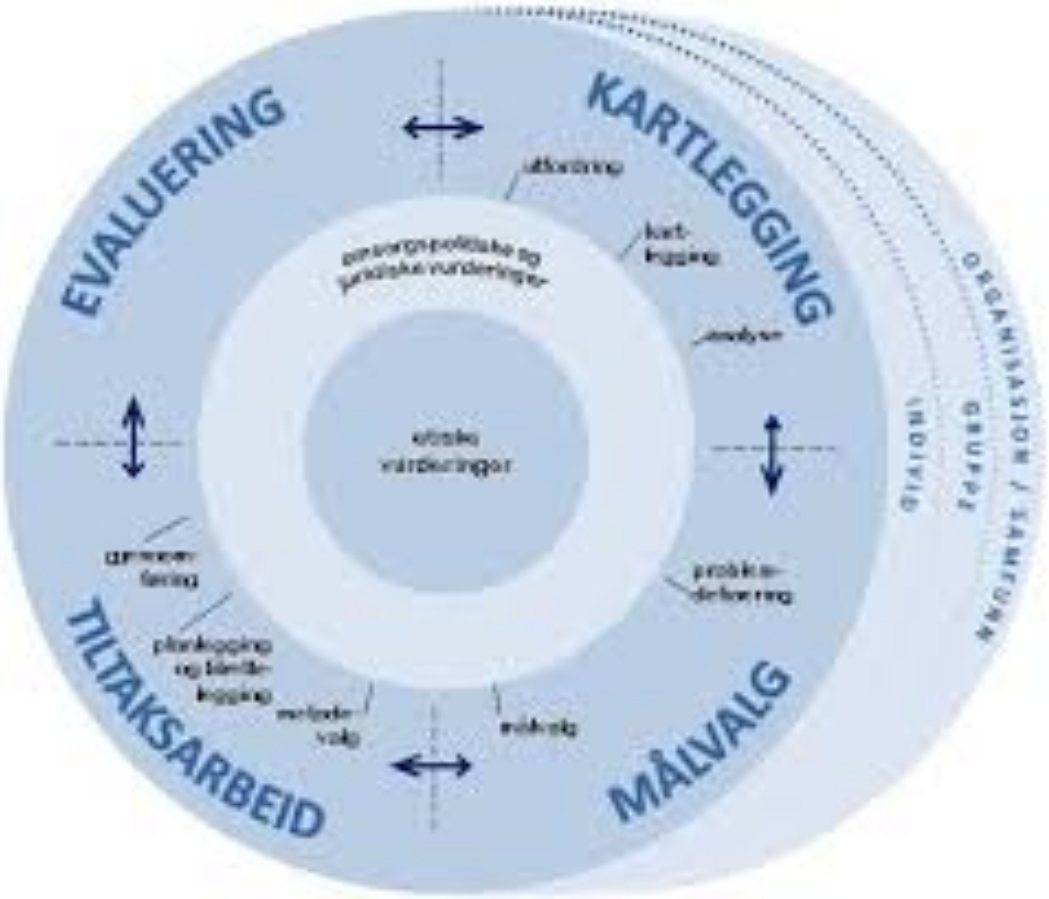
Linde og Nordlund (2010) sier at et tiltak er en konkret beskrivelse på hvordan vi skal planlegge, tilrettelegge og iverksette et tiltak.

FO (2008) hevder at tiltaksarbeidet kan deles inn i tre faser: metodevalg, planlegging og gjennomføring. Disse fasene vil ofte foregå parallelt for å finne fram til det best egnede individuelle tiltaket (FO 2008).

Evaluering

Før tiltak gjennomføres, utarbeides det rutiner og valg av metode for evaluering. Evaluering knyttes i stor grad av måloppnåelse, hvordan en prosess forløper og vurdering av de rammer, ressurser og metoder vi har hatt til disposisjon. Det er viktig at vi ikke bare evaluerer resultatet, men også har et blikk på den prosessen vi har vært gjennom (FO 2008).

Videre hevder Linde og Nordlund (2010) at evalueringen skal vise om tiltaket har fungert etter sin hensikt. Det er viktig at det samles data underveis, slik at vi har noe å sammenligne med, og prosessen må evalueres jevnlig. Evalueringen benyttes for å undersøke om målene er oppnådde og for å kvalitetssikre arbeidet.


EVALUERING
KARTLEGGING
TILTAKSARBEID
MÅLVALG
utforsking
kart-
legging
analyse
prioriter-
ing
planlegging
og bestil-
legging
metode-
valg
mål-valg
prøvekø-
delegering
etiske
vurderingar
ORGANISASJON / SAMFUNN
GRUPPE
INDIVID

5.0 Drøfting

”Hva kan jeg som vernepleier bidra med i møtet med den eldre pasient i hjemmesykepleien?”

Etter at samhandlingsreformen tredde i kraft i 2012 kan vi se at det har blitt et større fokus på medisinske utfordringer, og et mindre fokus på forebygging, tilrettelegging og mestring hos pasientene (Helse- og omsorgsdepartementet 2009).

Helsetjenesten har i dag et stort fokus på sykdommer og senkomplikasjoner fremfor et tilrettelagt tilbud for å mestre kronisk sykdom. Forebygging og tidlig innsats blir nedprioritert mot de mer spesialiserte og eksponerte tjenestene. Det er ikke gode nok systemer for å ta beslutninger om hvordan ressursene bør brukes i de ulike leddene i kjeden fra forebygging, diagnosearbeid, behandling og rehabilitering (Helse- og omsorgsdepartementet 2009: 13).

Jeg vil bruke vernepleierens arbeidsmodell for å belyse hvordan jeg som vernepleier kunne ha bidratt i møtet med den eldre pasient. Pasienter som ikke nødvendig vis har sykdommer og senkomplikasjoner, men hvordan jeg kan bidra i møtet med pasienten i forhold til forebygging, mestring og tilrettelegging. Jeg tror det er minst like viktig og fokusere på at eldre mennesker i hjemmesykepleien skal få leve hjemme så lenge de ønsker, og at forebygging og tilrettelegging er viktige faktorer for at de skal få ønsket sitt gjennomført. Siden det i dag er større fokus på sykdommer og senkomplikasjoner har jeg valgt og drøfte i forhold til en case. Jeg har valgt å bruke en eldre person i casen min for å belyse drøftingen, og har brukt en fiktiv person og situasjon. Jeg har jobbet i hjemmesykepleien i noen år, og har som nevnt tidligere en del erfaringer. Jeg vet derfor at dette kan være en svært aktuell situasjon i hjemmesykepleien. Selv om jeg har en del erfaringer, har jeg prøvd å ikke farge drøftingen for mye med egne erfaringer .

Klara er 85 år, og bor i et lite hus på landet. Hun har den siste tiden hatt et større funksjonstap og er veldig sliten. Datteren har kontaktet kommunen, og hjemmesykepleien har fått beskjed om å dra på et vurderingsbesøk til Klara. Vi vet lite om henne fra før, da hun ikke har hatt kontakt med hjemmesykepleien tidligere. Den eneste hjelpen hun har hatt er middagsombringing tre dager i uken.

5.1 Vernepleierens arbeidsmodell og vernepleierens kompetanse

Vernepleiere arbeider ut i fra vernepleierens arbeidsmodell, eller den helhetlige arbeidsmodell som den også kalles. Arbeidsmodellen tar utgangspunkt i brukerorientering for habilitering og rehabilitering. Samtidig skal den bidra til at tjenesteyterne yter bistand i forbindelse med daglig omsorg, helse og trivsel (Linde og Nordlund 2010).

Som nevnt over er arbeidsmodellen egnet for mange ulike typer arbeid. Den er ikke knyttet til en bestemt brukergruppe, og har en systematisk fremgangsmåte. Modellen kan også brukes både på system- og individnivå. Jeg tenker derfor at arbeidsmodellen kan være fin å bruke når jeg som vernepleier for eksempel skal på et kartleggingsbesøk i hjemmesykepleien.

Når jeg som vernepleier skal kartlegge er det viktig at jeg er bevisst på hva jeg gjør, dette kan være gjennom å ha konkret kunnskap om den aktuelle saken. Under kartleggingen kan vi bruke ulike observasjons og registreringsmetoder, og må være oppmerksomme på eventuelle feilkilder ved bruk av observasjoner (Linde og Nordlund 2010).

Som FO (2008) sier bør kartleggingen så langt det lar seg gjøre foregå i samarbeid med brukeren/pasienten. Andre faggrupper og tverrprofesjonelt samarbeid kan også være viktig i samarbeidet, samt pårørende. Vi må arbeide ut ifra det som kan ha en positiv innvirkning eller utvikling på brukerens/pasientens ressurser, livskvalitet og mestring (FO 2008).

I forhold til analysen må jeg ha kunnskap om observasjonene og registreringene jeg har gjort, og ha ferdigheter til å vurdere det som er kartlagt opp mot teori, kunnskap og erfaringer (empiri).
Når analysen er gjennomført skal det settes opp mål, og jeg må ha kunnskap og ferdigheter i å sette mål for hva jeg og Klara ønsker å oppnå. Vi må sammen komme frem til hvilken retning vi ønsker å fokusere på, samt at målene må være realiserbare. Jeg tenker det er svært viktig at Klara selv får være med å formulere og sette mål, da jeg tenker at det er viktig at brukermedvirkning står i sentrum. I forhold til tiltak må jeg også ha kunnskaper om å lage tiltak, samt å planlegge, tilrettelegge og iverksette de. Tiltakene må også gjennomføres. Når vi skal lage tiltak i hjemmesykepleien, tenker jeg det er viktig at de er

lette og forstå. Jeg må ha kunnskap om å sette opp et tiltak slik at andre medarbeider også kan gjennomføre tiltaket sammen med Klara.
Haug og Paulsen (2007) sier det forventes at effektiviteten økes når brukerne selv får være med å utforme og skreddersy tjenestetilbudet. Økt deltakelse fra brukerne side forventes å skape mer fornøyde brukere, og man kan tenke seg at mer fornøyde brukere vil kreve mindre ressurser totalt (Haug og Paulsen 2007).

Prosessen skal evalueres jevnlig for å se om målene er oppnådd, eller om de må gjøres om. Evalueringen er også med på å kvalitetssikre arbeidet. Det skal også være laget/ satt opp avbruddskriterier, det kan for eksempel være hvis tiltaket virker mot sin hensikt, eller at Klara ikke lengre ønsker at tiltaket skal gjennomføres. Det kan også skje forandringer i hennes liv som gjør at det vil være aktuelt og avbryte tiltaket, eller endre på det. Tiltaket skal hele tiden tilpasses Klaras behov. Sluttevalueringen må være av skriftlig materiale, og den skal være til grunnlag for refleksjon hos hjelperne.

Linde og Nordlund (2010) sier at det vil være en fordel og dokumentere evalueringene, da disse kan være med på å danne grunnlag for refleksjon i sluttevalueringen. Siden arbeidet gjøres i dagliglivet til mennesker med ulike funksjonsnivå, kanskje sammen med deres pårørende og forvaltningsansvarlig, kan vi gjennom dokumentasjon av det faglige innholdet og erfaringene vi gjør oss, formidle til de ulike aktørene som er involvert i arbeidet. På denne måten kan de få muligheten til å evaluere og kvalitetssikre arbeidet vi gjør (Linde og Nordlund 2010).

Jeg tror og tenker at arbeidsmodellen vil være et nyttig og viktig arbeidsverktøy i mitt arbeid som fremtidig vernepleier i hjemmesykepleien. For eksempel i forhold til nye pasienter, både eldre og yngre. Jeg tenker at det er viktig allerede under første besøk og starte med kartlegging, analyse og å velge mål og tiltak som vi ønsker å sette i gang sammen med de ulike pasientene. Denne kartleggingen og det arbeidet vi gjør, kan bidra til at vi greier å ivareta pasientene våre på en best mulig måte. Jeg tror også jeg kan komme bort i situasjoner og dilemmaer som det kan være vanskelig og forholde seg til. Det vil derfor være viktig for meg som person og yrkesutøver å reflektere over mine valg og handlinger, og hvilke konsekvenser det kan få eller vil ha ovenfor pasienten/brukeren, dens pårørende og mine samarbeidspartnere.

5.2 Kartlegging

Hjemmesykepleien får beskjed om å dra på et vurderingsbesøk hos Klara som er 85 år, hun har den siste tiden hatt et større funksjonstap og er sliten. Jeg får ansvaret for å dra på vurderingsbesøket til Klara, på bakgrunn av min vernepleierutdanning. Når jeg ankommer hjemmet til Klara ser jeg tydelig at hun er slapp, hun sitter fortsatt i nattklær og forteller raskt at det er flere ting hun ikke lengre mestrer i hverdagen. Hun er blitt betydelig mer bekymret for å falle, og sier hun blir mye sittende. Klara forteller videre at hun har hatt mye hjelp av en datter som bor i nærheten, men at hun nå ser at hun kan bli litt til bry for familien. Datteren har også "et liv utenom" som hun selv sier, og ofte er hun på arbeid midt i uken. Jeg forteller Klara at jeg er hos henne for å ta en prat, og finne ut hva hun ønsker hjelp til.

Under samtalen er Klara noe skeptisk, og forteller at hun er redd for å havne på sykehjem. Hun sier hun ønsker å bo hjemme så lenge som mulig, men at hun da er avhengig av noe bistand fra hjemmesykepleien. Jeg informerer om at det er derfor jeg er her, og at hun skal få bistand fra oss.
Klara sier noe forsiktig at det blir dårlig med spising om dagen, og at hun har problemer med å få på seg benklær om morgenen fordi hun har blitt stiv i ryggen. Dette medfører at hun ofte går i nattkjole til langt ut på formiddagen, og at hun ofte ikke spiser mat før hun får middag fra kommunen. Videre sier hun at jeg sikkert har pratet med datteren hennes, da hun har gitt samtykke til at datteren kan fortelle hvordan hun opplever moren.

Metoden jeg bruker for å innhente opplysninger om Klara er gjennom samtale med henne selv og hennes datter. Dessuten har jeg en gylden mulighet til å observere henne under morgenstellet, noe Klara synes er helt greit. Hun sier det er betryggende at jeg er til stede. Etter at hun har fått ordnet seg og kledd på seg, ordner hun seg frokost mens jeg er til stede. Siden vi ikke har vært inne hos Klara tidligere har jeg ingen dokumentasjon og se tilbake på.

Jeg observerer og har samtaler med Klara for å danne meg et grunnlag for hva det vil være hensiktsmessig å fokusere på i forhold til å ivareta Klara, og bidra til å oppfylle hennes ønske om å bo hjemme lengst mulig.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a sier at pasient og bruker har rett til nødvendig helsehjelp, og rett til nødvendig helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Kommunen skal gi den som søker eller trenger helse- og omsorgstjenester, de helse- og behandlingsmetoder vedkommende trenger for å ivareta sin rett (Helse- og omsorgsdepartementet 1999).

Resultatet av kartleggingen jeg har gjort viser at Klara ikke mestrer å utføre morgenstell selv, da hun har problemer med å få på seg benklær, og dørstokken inn til badet er svært høy, Hun mestrer heller ikke å smøre seg mat selv lengre, da kjøkkenbenken er for høy og det er en ganske god avstand fra kjøleskapet og bort til kjøkkenbordet. Kartleggingen viser også at Klara har god støtte og hjelp fra sin familie, men at de ikke lengre greier å hjelpe Klara hver dag grunnet arbeid og egen familie.

Som Fjørtoft (2006) sier kan vi få et unikt innblikk i pasientens liv når vi møter henne i eget hjem. Samtidig som utformingen av boligen kan bety mye for personer med nedsatt funksjonsevne. Det kan være viktig å kartlegge om det finnes funksjonshemmende faktorer i hjemmet som kan gjøre det vanskelig. Videre må det vurderes om det er behov for hjelpemidler eller annen tilrettelegging i boligen. Her kan en ergoterapeut bidra, med erfaring og kompetanse (Fjørtoft 2006).

Videre tenker jeg at selv om jeg som vernepleier har gjort en karlegging av Klara, kan det være aktuelt at flere fagprofesjoner også kartlegger henne. Siden hun den siste tiden har vært slappere og spist lite mat, kan det være aktuelt at for eksempel hennes fastlege undersøker henne. Jeg tenker det vil være aktuelt for å utelukke at det er sykdom eller andre grunner som forårsaker at Klara er slapp og ikke lengre mestrer hverdagen sin like godt lengre. Videre kan det være aktuelt at for eksempel en ergoterapeut eller fysioterapeut kommer inn i bildet, de kan hjelpe Klara med å tilrettelegge hjemmet hennes med hjelpemidler hvis hun ønsker det. For Klara kunne det kanskje vært aktuelt med overganger over de høye dørstokkene, og håndtak på badet som hun kunne holde seg fast i. Fysioterapeuten kanskje hjelpe henne og trene opp igjen, eller vedlikeholde funksjonene hennes som har blitt svekket den siste tiden. For at Klara skal få et helhetlig og koordinert tilbud, tenker jeg at det kan være nødvendig med et tverrprofesjonelt samarbeid siden jeg som vernepleier ikke har kompetanse til å gjøre dette alene.

5.3 Analyse

Grunnlaget for selve analysen er datainnsamlingen vi gjør i kartleggingsfasen. For å lage en analyse trenger jeg data som er konkret og som jeg kan sammenligne med teori. I forhold til hva jeg og Klara ønsker å fokusere på, beveger jeg meg flere ganger mellom data, analyse og drøfting, dette kalles spiraltankegang (Linde og Nordlund 2010).

Valg av område

Hovedfunnet fra kartleggingen viser at Klara ikke lengre mestrer personlig hygiene så godt, og at hun er redd for å falle. Hun har også problemer med å ordne seg mat, noe som kan føre til at hun er så slapp for tiden. Et viktig poeng som kom frem under kartleggingen er at Klara ønsker å fortsette og bo hjemme så lenge som mulig, og ønsker ikke noen sykehjemsplass. Ut ifra de data jeg har innhentet i kartleggingsfasen, velger jeg og fokusere på mestring/tilrettelegging og livskvalitet.

Tilrettelegging og forebygging

En godt tilrettelagt bolig øker personens mulighet til å mestre hverdagen og bo lenger hjemme (Fjørtoft 2006: 179).

Etter samtalen med Klara og hennes datter, samt mine observasjoner ble vi sammen enige om at Klara trenger tilrettelegging i de situasjonene hun ikke lengre mestrer. Hun ønsker selv at vi skal være til stede og støtte henne under morgenstell, og legge til rette for at hun får ordnet seg frokost. Selv om Klara uttrykker at hun gjerne ønsker at hjemmesykepleien smører maten for henne og setter den i kjøleskapet, er hun innforstått med at det er viktig at hun vedlikeholder sine ressurser. Hvis Klara er avvisende på at vi skal tilrettelegge for henne i stedet for å gjøre det for henne, er det viktig at jeg motiverer Klara til å gjøre mest mulig selv. Og at jeg forklarer henne at jeg gjør det for hennes beste, og at det er viktig at vi ikke overtar helt for henne. Hvis hun ønsker å bo hjemme lengst mulig, er det viktig at hun vedlikeholder og bruker de ressursene hun allerede har, og at hjemmesykepleien tilrettelegger for at hun ikke skal miste de.

Selv om jeg mener det er viktig og tilrettelegge for Klara i stede for å ta over, er det viktig og vurdere Klaras egne vurdering av situasjonen.

Fjørtoft (2006) sier at pasientens egen vurdering av situasjonen og hva slags hjelp hun trenger som er vesentlig. Det er viktig og la pasienten selv beskrive hvordan hun opplever situasjonen, og hva som er problemet. Dette er en forutsetning for å ivareta brukerperspektivet. Den enkelte er ekspert på seg selv og eget liv, det må vi som helsepersonell godkjenne. Uavhengig av kunnskapsnivå og innsikt i pasientens situasjon, forteller pasientens egen beskrivelse mye. Den forteller oss noe om hvordan problemet har blitt løst til nå, og hvilke forventninger hun har til å få hjelp (Fjørtoft 2006).

For at Klara skal greie mest mulig selv, tenker jeg det vil være aktuelt med noen hjelpemidler. For eksempel en arbeidsstol som hun kan bruke på kjøkkenet, den kan hun trille frem og tilbake på og det kan bli lettere for henne og hente ting i kjøleskapet. Videre tenker jeg det kan være aktuelt med overganger over dørstokkene og håndtak på badet, kanskje også en toalett forhøyer og en rullator som hun kan bruke inne. Jeg tenker også at hjelpemidlene kan være med å forebygge eventuelle fall, eller andre uhell som kan skje når Klara ferdes i huset på egenhånd.

Forebygging er en sentral oppgave i hjemmesykepleien, og det er aktuelt for nesten samtlige brukere. Vi jobber hele tiden for å forebygge ytterligere helse- og funksjonssvikt. Forebygging hindrer, hemmer eller reduserer sykdom, skade eller komplikasjoner av skade eller sykdom. Et forebyggende perspektiv innebærer at vi hele tiden tenker fremover på hvilke problemer som kan oppstå, for eksempel fallulykker og depresjon på grunn av sosial isolasjon (Fjørtoft 2006).

Mestring og livskvalitet

En person må mestre en rekke funksjoner for å klare hverdagen i eget hjem. Hvis det er en ubalanse i ressursene til pasienten og kravene til mestring, må dette justeres. Kravene kan senkes, eller ressursene kan styrkes ved å sette inn aktuelle tiltak (Fjørtoft 2006).

Klara mestrer fortsatt mange ting i hjemmet enda, og jeg tenker det vil være veldig aktuelt at hjemmesykepleien bidrar til at Klara mestrer de tingen i hverdagen hun ikke gjør per i dag. Som kartleggingen viser er det ikke så mange ting som skal til for at Klara mestrer det meste, hun trenger kun litt tilrettelegging for å kunne stelle seg om morgenen og for å få i seg mat.

Fjørtoft (2006) sier at å klare å bo i sin egen bolig kan i selg selv gi en opplevelse av mestring og bidra til å øke selvtilliten. Det er viktig og sette seg ned sammen med pasienten og få en felles forståelse av problemet, og sammen sette opp realistiske mål. Vi må ta utgangspunkt i pasientens egne ressurser og muligheter og bygge videre på dem (Fjørtoft 2006).

Under kartleggingen av Klara kom det tydelig frem hvilke ressurser hun har, og jeg tenker det er svært viktig og bygge videre på dem. Dette tenker jeg kan være med på å bidra til at Klara opplever en følelse av mestring. Det er viktig og ikke tråkke over henne, men hjelpe henne med det hun trenger. Vi setter sammen opp realistiske mål som vi kan hjelpe henne å nå. Slik situasjonen til Klara er i dag, er det mulig og bygge videre på hennes ressurser.

Fjørtoft (2006) hevder at for at vi skal kunne gi pasientene et godt tilbud er det viktig å ha kjennskap til hva hun selv legger vekt på for å ha det godt. For eldre med skrantende helse og behov for hjelp er livskvalitet ofte knyttet til det å være trygg på at de får den nødvendige hjelpen når de trenger det. Ofte blir det en balansegang mellom å være selvhjulpen og det å være avhengig av hjelp, sammen med et ønske om å bo hjemme så lenge som mulig (Fjørtoft 2006).
Klara forteller under kartleggingen at det er svært viktig for henne å bo hjemme så lenge som mulig, dette er noe hun legger vekt på for å kunne ha det godt. Det er viktig for henne at hjemmesykepleien trygger henne med at de kommer innom henne hver dag, og at hun er sikker på at hun får den hjelpen hun trenger. Derfor lager vi en avtale med henne om at hjemmesykepleien kommer innom til et fast tidspunkt hver dag, men likevel må vi gjøre henne bevist på at det kan skje uforutsette ting i hjemmesykepleien om gjør at vi av og til kan bli litt forsinket. Hun synes også selv at det høres greit ut at vi er hos henne og bistår under morgenstell og måltider, og er gjort bevist på at tiltakene kan endres hvis situasjonen hennes endres.

5.4 Målvalg

I forhold til målvalg ønsker jeg sammen med Klara å fokusere på at hun får bo hjemme så lenge som mulig, samt hun mestrer de dagligdagse aktivitetene.

Hovedmål:

Klara bor hjemme så lenge som mulig.

Begrunnelse: Kartleggingen viser at Klaras høyeste ønske er å slippe å komme på institusjon. Siden jeg hadde ansvaret for å kartlegge hennes situasjon vil jeg ha fokus på hennes ønsker, og arbeide for at hun får oppfølging i hjemmet fra hjemmesykepleien.
Delmål 1: Klara opplever mestring i hverdagen.
Begrunnelse: Det er viktig for Klara å kjenne på at hun mestrer og bo hjemme, siden det er det hun ønsker aller mest. Hun trenger litt bistand for å mestre hverdagen, og hjemmesykepleien bistår henne derfor der hun trenger det. Det vil likevel være viktig at hjemmesykepleien ikke tar over for henne, og at hun får ha kontroll over egen hverdag.
Delmål 2: Klara unngår et større funksjonsfall.
Begrunnelse: Det er viktig for Klara at hjemmesykepleien støtter henne, og hjelper henne å forebygge at hun skal få et større funksjonsfall. Under kartleggingen vises det at hun blir mer passiv siden hun har brukt veldig lang tid på for eksempel å få på seg klærne. Når hun er mer passiv og blir sittende i en stol, kan det tenkes at det kan føre til at hun svekkes betydeligere.

5.5 Tiltak

I forhold til tiltak som kan settes i gang hos Klara, kan jeg tilrettelegge for at Klara skal mestre å kle på seg selv og lage seg mat. Jeg kan være en pådriver og støtte for henne, slik at hun føler seg sikrere når hun gjennomfører dette.

Tiltakene jeg planlegger og tilrettelegger for at Klara skal føle mestring i hverdagen er bistand under morgenstell og måltider. Det er viktig at tiltakene er godt beskrevet i en tiltaksplan, sånn at andre som jobber i hjemmesykepleien kan bistå henne likt.

Tiltakene kunne for eksempel vært som følger:
Personlig assistanse/stell: På grunn av fallfare og usikkerhet hos pasienten ønsker hun hjelp til morgenstell. Hun mestrer mye selv, men trenger spesielt hjelp til benklær. Viktig at hun gjennomfører det hun greier selv, og dette er også et ønske fra henne selv (behovet vurderes fortløpende).
Personlig assistanse/måltider: Se at hun ordner seg frokost, eventuelt sette frem pålegg og brødskiver hvis hun ikke mestrer dette selv. På dårlige dager ønsker ofte Klara at vi smører maten til henne, men det er viktig og motivere henne til å gjøre det meste selv (behovet vurderes fortløpende).

Siden Klara gjør godt rede for seg selv, tenker jeg det er viktig og høre på hennes ønsker. Tiltakene kan også reguleres ut fra situasjonen hennes, kanskje endres den bare etter en kort periode og hun får behov for mer eller mindre bistand.

5.6 Evaluering

Så lenge det er hjemmesykepleien som deltar i prosessen tenker jeg at det er vi som er ansvarlige for å evaluere og kvalitetssikre arbeidet. Blir Klara innlagt i for eksempel sykehjem, er det andre instanser som må evaluere tiltaket hvis det fortsatt er aktuelt og utføre det.

Jeg tenker det vil være aktuelt å lage en evalueringsplan for tiltakene som blir satt i gang hos Klara. Derfor bør det settes opp en tidsplan for når tiltaket skal evalueres, hva som skal evalueres og hvem som skal utføre evalueringen. Kanskje vil det være aktuelt at flere profesjoner er delaktig i evalueringsprosessen, med det tenker jeg for eksempel jeg som vernepleier, sammen med for eksempel en sykepleier og Klaras fastlege. Ved siden av dette tenker jeg at det er viktig at Klara selv er med på å evaluere hvordan hun synes det går, samt at pårørende kan komme med innspill hvis de har merket noen forskjell på sin mor.

Vi må hele tiden være bevist på at tiltakene er ordnet på Klaras premisser, og det er henne dette omhandler. Men selv om hun er hovedpersonen, tenker jeg hun må få valget om hun ønsker å delta på samtalene eller ikke og forsikre henne om at det er greit om hun ikke ønsker.

6.0 Avslutning

I denne oppgaven har jeg funnet ut at utfordringene i samhandlingsreformen påvirker hverandre, og at de kan sees på uavhengig av hverandre. Samhandlingsreformens utfordringer påvirker hverandre gjensidig, og dette kan føre til at flere pasienter har behov for langvarige og koordinerte tjenester.

Stortingsmelding nummer 47, om samhandlingsreformen er en erkjennelse om at helse Norge har en del utfordringer. Den viser også at det er vanskelig med prioriteringer i kommunehelsetjenesten. Jeg har derfor i prøvd å vise hva som kan gjøres for pasienter i hjemmesykepleien som trenger tilrettelegging og forebygging i hverdagen. Jeg tenker at det vil være svært viktig og prioritere dette, selv om det har blitt et større fokus på sykdommer og oppfølging av senkomplikasjoner i hjemmesykepleien.
Jeg har også vist til noen av hovedutfordringene, og pasientenes behov for tilrettelegging og forebygging i hjemmesykepleien.

Jeg valgte og ta for meg eldre pasienter i hjemmesykepleien, da jeg tror forebygging og tilrettelegging er minst like viktig som å ha fokus på sykdommer og medisinsk oppfølging. Samtidig kommer eldrebølgen, og i forhold til dette vil jeg som vernepleier kunne bidra i møtet med morgendagens utfordringer. Som Fjørtoft (2006) sier er hele tre fjerdedeler av pasientene i hjemmesykepleien over 67 år, og at i 2025 vil 16% av Norges befolkning være over 67.
Jeg har også prøvd å få frem hvordan vernepleierens kompetanse kan komme til nytte i slike situasjoner. Jeg har brukt vernepleiens arbeidsmodell og en case for å belyse dette, og jeg tror at vernepleierens arbeidsmodell kan være et fint verktøy i det første møtet med den eldre pasient i hjemmesykepleien.
Men i en travel hverdag med knappe ressurser kan det være at det ikke er de eldre pasientene som har ett slik behov som får det største fokuset. Når jeg opplever at de eldre blir ivaretatt på en god måte, og på sine premisser, føler jeg at jeg kan bidra til at pasientene får oppfylt sitt ønske om å bo hjemme så lenge som mulig. Gjennom at eldre hjemmeboende blir ivaretatt, kan gevinsten være at vi forhindrer innleggelser på sykehuset eller andre institusjoner.

7.0 Litteraturliste

Aadland, Einar. 2004. *"Og eg ser på deg..." Vitenskapsteori for helse- og sosialfag.* Oslo: Universitetsforlaget.

Dalland, Olav. 2007. *Metode og oppgaveskriving for studenter.* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, Hilde og Tom Eide. 2013. *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk.* Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Ellingsen, Cato Brunvand. 2012. *Vernepleieren kan hvis hun kan!* https://vernepleieren.com/2012/03/28/vernepleieren-kan-hvis-hun-kan/

Fagplan. 2012. *Bachelor i vernepleie. Fagplan 2012.* Høyskolen i Molde.

* Fjørtoft, Ann-Kristin. 2006. *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter.* Bergen: Fagbokforlaget.

* FO – fellesorganisasjonen. 2008. *Om vernepleieryrket.*

Galvin, Kari og Bodil Erdal. 2010. *Tverrfaglig samarbeid i praksis – til beste for barn og unge i Kommune- Norge.* Oslo: Kommuneforlaget.

Halvorsen, Knut, Steinar Stjernø og Einar Øverbye. 2010. *Innføring i helse- og sosialpolitikk.* Oslo: Universitetsforlaget.

Haug, Erna og Kirsti Meum Paulsen. 2007. *Mellom fag, forvaltning og politikk i helse- og sosialtjenesten. En problembasert introduksjon for studenter.* Oslo: Universitetsforlaget.

* Hegerstrøm, Turid. 2002. *Om relasjoner i hjemmetjenestene.* Oslo: Universitetsforlaget.

Helse- og omsorgsdepartementet. 2015. Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Meld. St. 26 (2014 – 2015).

https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. 2013. Morgendagens omsorg. Meld. St. 29 (2012-2013). https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. 2009. Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. St. Meld. nr. 47 (2008-2009). https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. 1999. Sist endret: 01.11.2015. *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven).* https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven (Lest: 04.05.16)

Helse- og omsorgsdepartementet. 2011. Publisert i 2011. Sist endret 01.10.2015. *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).* https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorgstjenesteloven (Lest: 04.05.16)

Helse- og omsorgsdepartementet. 2005. Publisert i 2005. Sist endret 01.01.2016. *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven).* https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62 (Lest: 04.05.2016)

Helse- og omsorgsdepartementet. 2012. Publisert 2011. Sist endret 01.01.2015. *Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.* *https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-11-18-1115* (Lest: 05.05.2016)

* Kassah, Bente Lilljan Lind, Siri Tønnesen og Wivi-Ann Tingvoll. 2014. ”Samhandlingsreformen – utfordringer, løsninger og implikasjoner”. I *Samhandlingsreformen under lupen. Kvalitet, organisering og makt i helse- og*

omsorgstjenestene, red. Bente Lilljan Lind Kassah, Wivi-Ann Tingvoll og Alexander Kwesi Kassah, 51-67. Bergen: Fagbokforlaget.

Linde, Sølvi og Inger Nordlund. 2010. *Innføring i profesjonelt miljøarbeid. Systematikk, kvalitet og dokumentasjon.* Oslo: Universitetsforlaget.

* Melberg, Hans Olav. 2012. ”Eldrebølgen: Bedre enn sitt rykte?”. I *Fremtidens helse-Norge,* red. Hans Olav Melberg og Lars Erik Kjekshus, 57 – 67. Bergen: Fagbokforlaget.

NOU – Norges offentlige utredninger. 2005: 3. Fra stykkevis til helt, en sammenhengende helsetjeneste. https://www.regjeringen.no/contentassets/80b5d874b6b9488e837b369e88e21851/no/pdfs/nou200520050003000dddpdfs.pdf

Owren, Thomas og Sølvi Linde. 2011. ”Innledning”. I *Vernepleiefaglig teori og praksis – sosialfaglige perspektiver,* red. Thomas Owren og Sølvi Linde, 13 – 27. Oslo: Universitetsforlaget.

Røkenes, Odd Harald og Per-Halvard Hanssen. 2012. *Bære eller briste. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker.* Bergen: Fagbokforlaget.

Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engedal. 2013. *Psykiatri. Kunnskap – forståelse – utfordringer.* Oslo: Akribe.

* Solheim, Marit. 2000. *Kan eg komme inn? Verdiar og val i heimesjukepleie.* Oslo: Universitetsforlaget.

* Tingvoll, Wivi-Ann, Bente Lilljan Lind Kassah og Alexander Kwesi Kassah. 2014. ”Helse- og omsorgstjenestene – et overbikk”. I *Samhandlingsreformen under lupen. Kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene,* red. Bente Lilljan Lind Kassah, Wivi-Ann Tingvoll og Alexander Kwesi Kassah, 17-32. Bergen: Fagbokforlaget.

* Vesterager, Hanna. 2002. *Ditt hjem – vår arbeidsplass. En arbeidsmiljøhåndbok.* Oslo: Kommuneforlaget.

* Selvvalgt litteratur