

OPPDRAGET ER UTFØRT, MEN ER JOBBEN GJORT?

AV: KAREN IRENE LYSBERG, UNIVERSITETSLEKTOR SYKEPLEIEVITENSKAP, NTNU



Nok hjelp?: Oppdraget hos en pasient kan være «bading» med tidsangivelse 30 minutter eller «tilsyn med mat» 5–10 minutter. Mange ganger holder ikke tida og det er behov for mer tid enn oppdraget tilsier, skriver artikkelforfatteren. Foto: Mikkel Østergaard, NTB Scanpix

Å standardisere tjenester kan synes lønnsomt og effektivt, men pasientene får ikke nødvendigvis den hjelpen de søker og reelt sett har behov for.

Sykepleiestudenter og sykepleiere i hjemmesykepleien arbeider etter en liste med pasienter de skal besøke og oppdrag de skal gjennomføre i løpet av en dag. For eksempel kan praktiske oppdrag hos en pasient være «bading» med tidsangivelse 30 minutter eller «tilsyn med mat» 5–10 minutter. Mange ganger holder ikke tida og det er behov for mer tid enn oppdraget tilsier.

Kommuner som Trondheim og Oslo organiserer helse- og omsorgstjenester innenfor rammene av en bestiller/utførermodell. Modellen er inspirert av New Public Management (NPM). Viktige hensyn for kommunen er å styre tildeling av tjenester innenfor vedtatte budsjettammer, ivareta likebehandling samt sikre effektive tjenester. Hva pasienten skal ha hjelp til, beskrives mer eller mindre i detaljerte vedtak, ofte med en tidsangivelse for hvert «oppdrag».

Hva vet vi om omsorgskvalitet innenfor rammene av bestiller/utførermodell? Det er grunnlag for større oppmerksomhet på prosessene for enkeltvedtak, hvordan vedtakene utformes særlig der tjenesten utøves innenfor en bestiller-/leverandørmodell. Hvilke hensyn ivaretar vedtakene? Hvilke menneskesyn reflekterer de? Hvor detaljerte er de og bør de være? Hvordan er klageforløpene? Disse og lignende problemstillinger er det viktig å vite mer om for å kunne utvikle effektive og faglig gode helse- og omsorgstjenester.

I Trondheim kommune lanseres et historisk løft for kommunehelsetjenesten i 2017 med tiltak som skal gjøre det attraktivt å jobbe i kommunen. Gis det samtidig rom til fagutvikling og muligheten til å stille kritiske spørsmål for at det skal bli enda mer attraktivt å arbeide i hjemmetjenesten? Mange sykepleiestudenter erfarer i dag at eldre pasienter med et sammensatt sykdomsbilde og komplekse hjelpebehov, får for lite tid og ressurser når tjenesten er organisert etter bestiller/utførermodell.

Sykepleie handler om å ivareta pasienters grunnleggende behov. Enkeltvedtak kan begrense mulighetene for å møte pasientenes individuelle behov i situasjonen, for eksempel ensomhet eller begynnende underernæring. God sykepleiepraksis innebærer å opptre med faglig kunnskap og omsorg, samt koordinere andre helsetjenester når pasientens behov tilsier det. Sentralt i sykepleietjenesten står sykepleiers evne til å se hele mennesket, å kunne vurdere og forstå umiddelbare og langsiktige pasientbehov samt å iverksette ønskede og nødvendige tiltak. Følgelig er ethvert møte mellom sykepleier og pasient et «sannhetens øyeblikk» preget av ulike tiltak fra sykepleiers side og opplevelse av større eller mindre grad av trygghet og velvære fra pasientens side. Å utøve god sykepleie innenfor rammene av detaljerte (og trolig velmente) enkeltvedtak hjemlet i pasientrettigheter, kan derfor være krevende. Når pleie, omsorg, behandling og veiledning reduseres til «oppdrag» med ferdig utfylte tiltaksplaner med tidsangivelse i vedtak, kan sykepleiefag og sykepleieprofesjon bli uthulet.

I sykepleieutdanningen er det viktig å skape bevissthet om dilemmaene som kan følge av sprik mellom sykepleiefaglige hensyn og økonomiske rammekrav som

reflekteres i enkeltvedtak. Mange sykepleiestudenter erfarer at det tar lang tid for pasienter med et sammensatt sykdomsbilde og komplekse hjelpebehov å få endret vedtakene. Flere studenter sliter med dårlig samvittighet i mangel på tid, særlig der tjenestene ytes innenfor en bestiller/utførermodell. Studenter meddeler at når det er tvil om pasientene får i seg tilstrekkelig med mat og drikke burde sykepleier ivareta behovene her og nå, og ikke være styrt av vedtak med tidsangivelse.

Hovedtillitsvalgte for NSF Trondheim kommune skriver i en kronikk i Adresseavisen 29. september 2016 at de ser konturene av et system som setter faget til side, og erstatter dette med et prosedyreregime som standardiserer adferd og handlinger i pasientkontakten. Å standardisere tjenester kan synes lønnsomt og effektivt, men pasientene får ikke nødvendigvis den hjelpen de søker og reelt sett har behov for.

I Stortingsmeldingene Fremtidens primærhelsetjeneste (Meld. St. 26 (2014 – 2015)) og Nasjonal helse- og sykehusplan (Meld. St. 11 (2015 – 2016)) trekkes sykepleiere i kommunehelsetjenesten fram som en viktig gruppe med behov for mer avansert kompetanse, samtidig som det er et stort behov for innovasjon og utvikling. Dette stiller store krav til helse- og omsorgsledere. Noen ganger kolliderer fagledelse og fagutøvelse på den ene siden med behovene for effektiv økonomi- og virksomhetsstyring på den andre siden. For sykepleiere flest gir det lite mening om hensynet til økonomiske styringsmål settes foran pasientens behov. Å drive fagutvikling og skape innovasjon innenfor slike styringssystemer kan dessuten være krevende.

Flere kommuner i Norge følger etter Trondheim og Oslo og innfører bestiller/utførermodell (NPM). Det bør være et tankekors at et paradigmeskifte har startet i Midtjylland og Sjælland i Danmark som har fjernet produksjons- og aktivitetsstyringen i sykehusene, og Skottland som har avskaffet helseforetaksmodellen.

Til slutt et tankeeksperiment: Ville kommunene gjøre tilsvarende vedtak for vedlikehold og reparasjon av vannrør og elektriske anlegg? Og er det sannsynlig at faglærte rørleggere og elektrikere uten innvendinger ville utføre oppdragene når de skal stå faglig inne for resultatet? Rørleggere og elektrikere er sitt fag bevisst og forebygger ytterligere skade på anlegg selv om oppdraget i utgangspunktet var avgrenset. Slik bør det også være for sykepleieren for å forebygge helsesvikt (eller død).