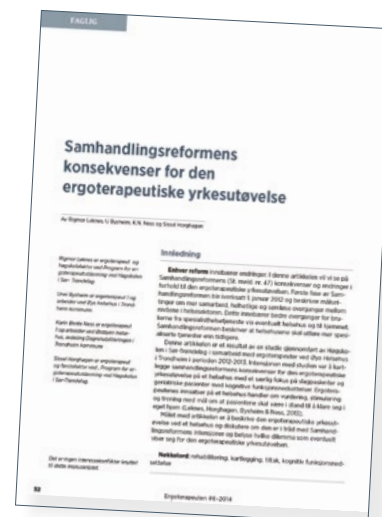


KOMMENTARARTIKKEL

Samhandlingsreformens konsekvenser for den ergoterapeutiske yrkesutøvelsen

Artikkelen «Samhandlingsreformens konsekvenser for den ergoterapeutiske yrkesutøvelsen» er skrevet av Rigmor Leknes, Unni Bysheim, Karin Bente Ness og Sissel Horg-hagen. Den står på trykk på side 30 i denne utgaven av Ergoterapeuten.



Av Cathrine Haby og Alf-Inge Solbakken



Cathrine Haby er ergoterapeut og ansatt i NAV, Hjelpe-middelsentralen i Buskerud.



Alf Inge Solbakken er ergoterapeut og ansatt i NAV, Hjelpe-middelsentralen i Oslo og Akershus.

Det er ingen interessekonflikter knyttet til dette manuskriptet.

Artikkelen omhandler arbeidssituasjonen til ergoterapeutene på Øya Helsehus etter innføringen av Samhandlingsreformen i 2012. Artikkelen tar for seg en stadig mer utfordrende arbeidshverdag, hvor pasientene som legges inn har sammensatte funksjonsutfordringer, og det er krav om kortere behandlingsforløp på avdelingene grunnet pågang av nye pasienter. Forfatterne nevner begrepet tverrfaglig rehabilitering som arbeidsmåte for å lykkes med tjenestetilbudet pasientene får, men tidsbegrensninger hindrer utførelsen av ergoterapitjenesten slik de ønsker det. Eksempelvis mener forfatterne at det ikke er anledning til å legge trening til brukers hjem i så stor grad som det ønskes.

Det påpekes også at andre yrkesgrupper ikke forstår viktigheten av ulike tiltak, for eksempel utførelsen av morgen-ADL. Det fremgår tydelig av artikkelen at de ønsker ytterligere ergoterapiressurser for å kunne møte de utfordringene de står overfor, og på den måten kunne gi et tilbud slik de ønsker.

Til tross for dette dokumenteres

det ingen økning av funksjonsnivå til pasientene i perioden med økte ressurser i form av studenter.

Erfaringene som er gjort på Øya Helsetun, er nok sammenfallende med hva flere rehabiliteringsinstitusjoner i kommunen Norge erfarer etter innføringen av Samhandlingsreformen. Likevel kan det synes som om de har utelatt vesentlige punkter som kan påvirke ressursbruken på institusjonen. Vi ønsker med dette å fremheve noen punkter vi mener man burde sett på i denne sammenheng.

PRIORITERINGER

Som i alle andre situasjoner der man møter økt arbeidspress, medfører det et behov for å prioritere arbeidsinnsatsen. Ser vi på definisjonen av rehabilitering, gir den mulighet for å prioritere pasientene:

«*Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egeninnsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet*

og deltakelse sosialt og i samfunnet». (Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, Lovdata.no)

Vi har valgt å utheve brukerens egeninnsats, ettersom denne vil være avgjørende når det kommer til ergoterapitjenesten som gis. Dersom pasienten har et sykdomsbilde som hindrer den egeninnsatsen som kreves, kan man prioritere denne pasienten ned for en periode. Dette kan være fordi pasienten har behov for økt pleie for å stabilisere sykdomsbildet eller avklare situasjonen. Dermed vil man kunne frigjøre tid og ressurser til fordel for pasienter som selv kan bidra, og som har et rehabiliteringspotensial.

Slik mener vi man også kan tenke rundt pasienter som venter på en langtidsplass. Disse pasientene vil kunne prioriteres ned, ettersom pasienten ikke selv kan bidra til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet, slik definisjonen beskriver. Av erfaring vet man at det stilles strenge krav i de fleste kommuner for å få en langtidsplass, og for å få en slik plass må man i praksis være så hjelpetriggende at man har behov for heldøgns pleie. Sannsynligheten er også stor for at rehabiliteringspotensialet er lite med tanke på at pasienten i utgangspunktet er vurdert til en langtidsplass.

Gjennom å prioritere vil man frigjøre ressurser som kan benyttes til trening av de pasientene som er motivert for og har kapasitet til å rehabiliteres. Vi som yrkesgruppe bør bli flinkere til å prioritere, begrunne og dokumentere våre tiltak, både overfor egen yrkesgruppe og våre samarbeidspartnere. En aktiv bruk av kartleggings- og vurde-

ringsredskaper vil også være med på å bekrefte våre faglige vurderinger som bør ligge til grunn for all prioritering. Prioriteringene bør også diskuteres i det tverrfaglige teamet, slik at alle er klar over hva som gjøres og hvorfor.

SAMARBEIDSFORMER

Et annet aspekt som nevnes i artikkelen er måten man fordeler arbeidsoppgavene på dersom man jobber tverrfaglig slik Bredland, Linge og Vik (2011) definerer tverrfaglig samarbeid, «*som en form for teamarbeid som tilstreber en helhetlig tilnærming for å nå felles mål*». De sier også at dette best kan skje ved en «*fleksibel samordning av ulike typer kompetanse. Resultatet forventes å bli bedre enn om hver og én løste sin del av oppgaven alene. Felles mål og oppgavens art kan føre til at man går på tvers av vanlige yrkesroller og kompetansegrenser ved fordeling av oppgaver.*»

Her velger vi å utheve «på tvers av vanlige yrkesroller og kompetansegrenser». Dette fordi man på en institusjon hvor det jobbes tverrfaglig bør ha muligheten for at flere bidrar til at samme oppgave blir løst. Med bidrar mener vi at flere yrkesgrupper sammen gjør oppgaven side om side, slik at man etter hvert vil kunne fordele oppgavene på flere. Dermed kan sykepleieren, pleiemedhjelperen eller fysioterapeuten gjennomføre tiltakene som kan anses som ergoterapitiltak, og omvendt i forhold til de andre yrkesgruppene i teamet. ADL-trening i hjemmet med en sykepleier bør i høyeste grad være en mulig konsekvens av slikt samarbeid. Dermed vil man kunne fordele arbeidsoppgavene på flere, noe som også kan bidra til å frigjøre flere ressurser internt

på institusjonen. Dette vil også være med på å øke forståelsen for hverandres fagfelt internt i de tverrfaglige teamene.

AVSLUTNING

Mange i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten vil ha godt av å diskutere faglige prioriteringer og utnyttelse av tilgjengelige ressurser. Faglige argumenter må ligge til grunn, og det må være dokumentert hvilken effekt det har at våre nåværende ressurser ikke strekker til, eller hva konsekvensen av at prioriteringene er som de er i dag. Prioriteringer gjøres hele tiden ut fra de ressursene vi har, og ut fra hvilke pasienter som best kan nyttiggjøre seg våre tjenester. Dokumentasjon er viktig for å vise hva vi gjør og hvorfor, også i forhold til ikke å gi noen ergoterapi. Hvis vi klarer å vise oss fram på en god måte, kan vi få andre til å se nytteverdien av å ha flere ergoterapeuter, og slik få tilført flere ressurser.

Til slutt vil vi minne om at det vil være en fordel at alle de ansatte på institusjonen har samme oppfatning av hva rehabilitering er, og dermed anser kurs for samtlige ansatte, med fokus på det tilbudet institusjonen skal gi, som nødvendig. Det å dele sin kunnskap og erfaring vil komme alle de involverte til gode og gi motiverte fagmiljøer.

Kilder

- Bredland, E., Linge, O.A. og Vik (2011) Det handler om verdighet og deltakelse. Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid. 3.utgave, Gyldendal Akademisk
Lovdata.no, Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256#KAPITTEL_3