

TVERRFAGLIG REHABILITERING I HJEMMET

Av Jill Hole og Jon-Håvard Hurum



Jill Hole er spesialergoterapeut og jobber i Drammen kommune.



Jon-Håvard Hurum er fysioterapeut og jobber i Kongsberg kommune.

Sammendrag

HVERDAGSMESTRING, hverdagsrehabilitering og hjemmerehabilitering er ord vi opplever blir brukt om hverandre for å beskrive en tjeneste utført hjemme hos bruker. En begrepsavklaring er nødvendig for å sikre at alle snakker om det samme og vet hvilken metode som inkluderer hvilke brukere. Målgruppen en arbeider med, er styrende for hvilke av de ulike arbeidsmetodene kommunen velger. Ut fra vår erfaring er det nødvendig å opprettholde og utvikle det spesifikke rehabiliteringstilbudet i kommunen, både i institusjon og i hjemmet hos den enkelte. Samtidig er det behov for en holdningsendring og en dreining til et mer forebyggende perspektiv innen kommunehelse. Det er etter vårt syn ingen motsetning mellom hverdagsrehabilitering og hjemmerehabilitering – det er behov for både spesifikk rehabilitering som behandler og gjør mennesker i stand til å mestre dagliglivets aktiviteter etter skade/sykdom, og generell rehabilitering som forebygger funksjonsfall og som oppfordrer til egenmestring. Arbeidsmetodene er ulike, og således også kravene til kompetanse.

NØKKELOD: Målgruppe Hjemmerehabilitering
Tverrfaglig rehabiliteringsteam Behandlingsforløp
Kompetanse

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.

Introduksjon

Siden hverdagsrehabilitering ble lansert i Norge i 2011, har begrepet bredt om seg. Hverdagsrehabilitering er i dag en viktig del av føringene som legges for kommunenes arbeid innen helse og omsorg. Dette er synliggjort gjennom blant annet «Innovasjon i omsorg» (NOU 2011:11, 2011) og «Morgendagens omsorg» (Meld.st. nr. 29 (2012-2013), 2013). En oversikt på <http://ergoterapeutene.org> viser at omkring 100 kommuner i Norge var i gang eller skal i gang med å satse på hverdagsrehabilitering per mars 2014 (Ergoterapeutene, udatert). Det er positivt og nødvendig med økt fokus på forebyggende arbeid og en holdningsendring innen helse og omsorg. Likevel er det etter vårt syn nødvendig å opprettholde og utvikle det spesifikke rehabiliteringstilbudet i kommunen, både i institusjon og i hjemmet hos den enkelte som har blitt rammet av funksjonsfall som følge av sykdom eller skade. Vi ser en fare for at den økte satsingen på hverdagsrehabilitering kan medføre at satsingen på «tradisjonell» rehabilitering reduseres i kommunene. Som definisjonen nedenfor beskriver, er de to nært beslektet, men også innholdsmessig forskjellige. Vi opplever at begrepene «hverdagsrehabilitering» og «hjemmerehabilitering» blir brukt i samme åndedrag for å beskrive en tjeneste utført hjemme hos bruker. Ordene har ulik betydning og ulike målgrupper. Begge forfatterne av denne artikkelen har erfaring fra arbeid i Tverrfaglig rehabiliteringsteam i Bærum kommune. Hurum har etter dette arbeidet med oppstart av ambulende rehabiliteringsteam i Kongsberg kommune og har vært prosjektleder for dette arbeidet. Hole er nå med på planlegging og oppstart av Tverrfaglig hjemmerehabiliteringsteam i Drammen kommune. Det er disse erfaringene som er utgangspunktet for denne artikkelen.

Definisjoner

HVERDAGSMESTRING er et grunnleggende forebyggende og rehabiliterende tankesett – en holdning - som styrer ulike arbeidsformer og tjenester. Hverdagsmestring vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen, uansett funksjonsnivå. Brukerstyring og vektlegging av den enkeltes ressurser og deltakelse er sentralt (Ness et al., 2012).

REHABILITERING

«Habilering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig

bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet» (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011).

Rehabilitering er en prosess som omfatter flere tjenester som sammen utgjør et helhetlig pasientforløp. En enkelt tjeneste, som for eksempel fysioterapi eller ergoterapi, ansees ikke som rehabilitering, selv om målet også her er å gjenvinne funksjon (St.prp. nr. 1 (2007-2008), 2007). Bruker skal være i sentrum, og rehabiliteringsprosessen skal være planlagt og målrettet (Rambøll, 2012).

HVERDAGSREHABILITERING

Hverdagsrehabilitering er en arbeidsform forankret i hjemmetjenesten. Ergoterapeut og fysioterapeut, samt noen ganger sykepleier, kartlegger og setter opp mål i samarbeid med bruker. De lager tiltak, men utfører ikke selve treningen. Treningen blir utført av hjemmetrenere i hjemmesykepleien under veiledning av ergo- eller fysioterapeut eller sykepleier. Treningen foregår i brukers hjem eller nærmiljø, og det benyttes vanlige hverdagsaktiviteter. Det er fokus på forebygging, og brukergruppene er i hovedsak brukere som ber om tjenester for første gang, som har et funksjonsfall, eller som ber om hjelpemidler. Hverdagsrehabilitering inkluderer i hovedsak eldre, og er ofte av generell karakter (Ness, 2012).

HJEMMEREHABILITERING

Hjemmerehabilitering er rehabilitering som foregår i brukers hjem og i kjente omgivelser. Det er ofte tverrfaglig team sammensatt av ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier. Hjemmerehabilitering har som utgangspunkt at brukers hjem eller hjemområde er mest hensiktsmessig som treningsarena. Hjemmerehabilitering er spesifikk rehabilitering. Dette innebærer at det er rehabiliteringsteamet som foretar kartlegging, setter mål sammen med bruker og pårørende og utfører den praktiske treningen. Arbeidet foregår i tett samarbeid med hjemmesykepleien (Rambøll, 2012). Målgruppen er personer over 18 år som har behov for tett tverrfaglig oppfølging i en avgrenset periode etter gradvis eller brå funksjonsvikt. Brukerne må være motiverte og ha mulighet for å bedre funksjonsnivået sitt (Rambøll, 2012). I Kongsberg kommune inkluderes personer som trenger tett tverrfaglig oppfølging i overgang fra institusjon til eget hjem, eller for å hindre eller utsette institusjonsopphold.

Det som i hovedsak skiller hjemmerehabilitering fra hverdagsrehabilitering, er målgruppen. Der hverdagsrehabilitering vektlegger forebygging og tidlig intervensjon for å forhindre eller utsette et mer omfattende og passivt pleiebehov, kan hjemmerehabilitering også omfavne brukere/pasienter med større oppfølgingsbehov. Hjemmerehabilitering kan omfatte hverdagsrehabilitering, men hverdagsrehabilitering kan ikke omfatte hjemmerehabilitering (Rambøll, 2012).

Hva velger kommunen?

Ifølge forskrift om habilitering og rehabilitering, kapittel 3 paragraf 5, skal kommunen planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet og ha en generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering i kommunen. Tjenester som inngår i kommunens helse- og omsorgstjenestetilbud, skal integreres i et samlet tverrfaglig re-/habiliteringstilbud.

Før kommunen bestemmer seg for hvilken arbeidsmetode det er mest hensiktsmessig å benytte seg av, må begrepene diskuteres og forstås. Dette er nødvendig for at alle de involverte snakker om det samme og vet hvilken metode som inkluderer hvilke brukere. Det er i dag ingen sentrale føringer for hva kommunene kaller tverrfaglig rehabiliteringsteam. Det kan føre til begrepsforvirring. Hvilke målsettinger og strategier kommunen har, er styrende for hvordan en disponerer ressursene. Målgruppen er styrende for hvilke av de ulike arbeidsmetodene kommunen velger. Det er hensiktsmessig å kartlegge de ulike tilbudene som finnes fra før, og hvor det er behov for økt kompetanse og innsats. For en effektiv og helhetlig gjennomføring er det viktig at tiltakene forankres politisk og på alle ledelsesnivåer i den kommunale helsetjeneste.

Behandlingsforløp

Samhandlingsreformen (Meld.st. 47 (2008-2009), 2009) vektlegger at kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON).

Personer rammet av slag faller ofte inn under målgruppen for hjemmerehabilitering. Etter et slag kan mange dra rett hjem etter sykehusopphold (Helsedirektoratet, 2010). Noen trenger opphold på døgnrehabilitering før de kan reise hjem.

Kontinuitet i trening i overgangen fra institusjon til hjem er for mange avgjørende for en vellykket rehabilitering. Mange uttrykker at bare de kommer hjem, så kommer ting til å bli lettere. Likevel er vårt inntrykk at mange opplever det motsatte. Guidetti, Asaba og Tham (2007) så i sin studie at mange trenger tid for å bli vant til sin nye kropp. Flere personer fortalte her om en fremmedgjøring, en frakobling mellom selvet og kroppen, i tillegg til en frakobling mellom interaksjonen mellom kroppen og omgivelsene aktiviteter utføres i. Det de før hadde tatt for gitt, ble nå umulig (Guidetti et al., 2007). Oppfølging av et tverrfaglig rehabiliteringsteam i overgangen fra institusjon til hjem kan gi brukeren den tiden, tryggheten og kompetente oppfølgingen som kreves for at personen skal bli mest mulig selvhjulpel i de aktivitetene og på de områdene i livet de ønsker. De nasjonale faglige retningslinjene for behandling og rehabilitering ved hjerneslag anbefaler at hver kommune bør ha et eget team som har ansvar for hjemmebasert rehabilitering. I retningslinjene fremheves viktigheten av at teamet sikrer overgangene og flyten i rehabiliteringskjeden (Helsedirektoratet, 2010).

Kommunene har forskjellige måter å identifisere brukere med behov for oppfølging av tverrfaglig team. I noen kommuner kan bruker selv, pårørende, fastlege eller andre be om tjenester fra rehabiliteringsteamet. Temaet foretar da en faglig vurdering av om dette er et hensiktsmessig tilbud til brukeren. I andre kommuner må henvendelsen gå via det kommunale tildelingskontoret eller tilsvarende (bestillerkontor, velferdskontor etc.). Hvordan vedtakene er formulert, og hvordan dette foregår, varierer i stor grad. I Kongsberg kommune er det bestemt at det skal fattes vedtak på rehabilitering i brukers hjem. Alle henvendelser går dermed til Forvaltningsavdelingen, og søknaden avslås eller det fattes et tidsbegrenset vedtak. Etter hvert som kommunenes rehabiliteringstilbud utvikles med rehabilitering i institusjon, rehabiliteringsteam og hverdagsrehabilitering, ser vi behovet for at noen sitter med et overordnet ansvar for koordinering og sørger for at brukerne får det tilbud som passer best i henhold til BEON. Vi mener det er naturlig at en slik funksjon ligger under et bestillerkontor. Teamene jobber intensivt for at hjemmeboende med funksjonstap, skade eller sykdom skal fungere best mulig i hverdagen og kunne bo i eget hjem så lenge det er ønskelig og mulig. Den enkelte får rask og tverrfaglig bistand i

egen rehabiliteringsprosess i en avgrenset periode. Arbeidet er målrettet, tilpasset den enkeltes behov og ønsker, og foregår i samarbeid med aktuelle samarbeidspartnere. Kartlegging, planlegging og gjennomføring av tiltak utføres av det tverrfaglige teamet i samarbeid med bruker/pårørende og andre aktuelle samarbeidspartnere. Det er hensiktsmessig å foreta en bred kartlegging i starten av arbeidet. Dersom en benytter faste kartleggingsverktøy, for eksempel Canadian Occupational Performance Measure, Short Physical Performance Battery, Functional Independence Measure eller ADL-taksonomi, kan en dokumentere om oppfølgingen fra det tverrfaglige teamet har hatt ønsket effekt, og om brukers mål har blitt nådd. I tillegg til de faste kartleggingsverktøyene benyttes det andre verktøy når det er behov for dette. Eksempler kan være kartlegging av kognitiv funksjon eller ulike verktøy knyttet til observasjoner av bruker i aktivitet. Teamet dekker bare en viss del av døgnet. Det er derfor behov for tett samarbeid med hjemmesykepleien som følger opp kveld, natt og helg når det er behov for dette. Tett samarbeid med institusjoner som sykehus og rehabiliteringsavdelinger i overgangsfaser er også nødvendig, slik at overgangene blir så sømløse som mulig. Fastlege og pårørende er andre viktige samarbeidspartnere når bruker kommer hjem. I tillegg kan det tverrfaglige rehabiliteringsteamet samarbeide med sosionom, NAV, logoped, brukers arbeidsplass, dagsenter i kommunen og så videre, ut fra den enkelte brukers behov.

Rehabilitering i hjem eller på institusjon?

I rapporten «Undersøkelse om rehabilitering i kommunene - erfaringer med tilbud gitt i pasientens hjem/vante miljø» (Rambøll 2012), ble det beskrevet flere eksempler på fordeler med å motta rehabilitering i hjemmet, sammenlignet med å motta rehabilitering ved institusjon eller andre steder utenfor hjemmet. Treningen kan tilpasses de omgivelsene bruker normalt ferdes i, og effekten av treningen blir dermed direkte overførbart til brukers daglige omgivelser. Brukere opplyste også at de fikk bedret funksjonsnivå, og at de utviklet ferdigheter som gjorde dem i stand til å fungere i eget hjem. Rapporten peker på at ved å motta rehabilitering i hjemmet kan brukerne bli boende lenger i eget hjem. I tillegg kan det å oppholde seg i sitt vante miljø gi en trygghetsfølelse og forhindre forvirring som kan oppstå ved endring

av omgivelser (Rambøll, 2012). Likevel er det noen som trenger rehabilitering på institusjon. Brukere med lavt funksjonsnivå og behov for tilsyn gjennom døgnet kan ha nytte av et rehabiliteringsopphold på institusjon. Mange opplever det utrygt å bo hjemme etter store endringer i funksjon. I tillegg kan pårørende oppleve det som en belastning å ha personer inn i hjemmet flere ganger daglig (Rambøll, 2012). Erfaringsmessig er det flere brukere som har nytte av at trening hjemme starter mens bruker enda er på rehabiliteringsinstitusjon. Felles kartleggingsbesøk, der bruker drar hjem sammen med personell fra institusjon og det tverrfaglige teamet som skal følge opp etter hjemkomst, kan bidra til at brukers mål og hjemmeomgivelsenes krav kan ivaretas på en god måte. Treningssituasjonen på institusjon kan skreddersys for å bli så lik hjemmesituasjonen som mulig. I tillegg kan bruker ha dagspermisjoner eller overnattingspermisjoner hjemme, der det tverrfaglige rehabiliteringsteamet og/eller hjemmesykepleien følger opp. Overgangen fra institusjon og hjem blir da mindre utfordrende for bruker og pårørende, samt at treningen på institusjon sammenfaller med treningen som skal fortsette hjemme. Det er viktig at kommunene har kriterier for hvem som skal tilbys rehabilitering i hjemmet, og hvem som har best nytte av rehabilitering på institusjon. De to alternativene skal ikke konkurrere, men utfylle hverandre.

Kompetansekrav

Hverdagsrehabilitering tar utgangspunkt i hjemmetjenesten med ergoterapeuter og fysioterapeuter som motor i et tverrfaglig samarbeid. Den daglige oppfølgingen av brukerne tar ansatte i hjemmetjenesten seg av (Ness, 2012). Vi mener at dette medfører forskjellig bruk av kompetanse innenfor de to greiner av rehabilitering. Et viktig formål med rehabilitering i hjemmet er overføring av kompetanse og at mestring av hverdagen skal være grunnleggende for all tjenesteyting. Overføring av kompetanse til ansatte i hjemmetjenesten blir dermed en viktig oppgave for fysioterapeuter og ergoterapeuter som jobber med rehabilitering. Et viktig spørsmål i denne sammenhengen blir om overføringen skal skje til alle ansatte, eller om en liten gruppe skal tas ut av ordinær tjeneste og bli spesialister på hverdagsrehabilitering. Dette krever mindre, da man vil ha en dedikert gruppe. Overføring av kompetanse og holdningsskapende arbeid blant alle ansatte i hjemmetje-



Figur 1. Pyramiden skisserer forholdet mellom antallet brukere og hvilke rehabiliteringstjenester som benyttes. Tilpasset modell fra Kristiansand kommune (2013).

nesten er mer tid- og ressurskrevende, men vil nok ha større effekt på sikt, da alle drar i samme retning.

Behovet for kompetanse er således forskjellig innenfor de to måtene å organisere dette på. Den spesialiserte rehabiliteringen krever høyere utdannelsesnivå og forståelse for sammenhengen mellom det medisinske og funksjon. Det er vår overbevisning at hverdagsrehabilitering favner brukere som ikke har behov for gjenvinning av funksjon primært på grunn av en sykdom eller skade, men en generell svekkelse på grunn av alder eller inaktivitet.

Det er også et spørsmål om kommunen ønsker å spisse sin kompetanse eller spre den jevnt over. Er det ønskelig at alle blir litt gode på alt, eller er det ønskelig at noen skal være gode på noe, og andre på noe annet? Utviklingen innen forskning går raskere og raskere, og det er krevende å skulle holde seg faglig oppdatert. Vi ser derfor for oss en framtid hvor det blir vanskelig å skulle være god på alt. Vi tror en spesialisering vil tvinge seg fram på sikt.

Kristiansand kommune har utviklet en modell for å beskrive rehabilitering i kommunen (Kristiansand

kommune, udatert). Modellen er pyramideformet for å illustrere at antallet brukere minsker jo høyere man kommer i pyramiden. Hverdagsrehabilitering tilbys et større antall brukere enn rehabilitering i hjemmet. Rehabilitering i institusjon tilbys færrest. Som vi ser det, er det også behov for høyere spesialisering blant personale som skal jobbe høyere i pyramiden. Grunnleggende skal helsefremming være utgangspunktet for møte med alle brukere.

Ja takk, begge deler

Det er ingen motsetning mellom hverdagsrehabilitering og hjemmerehabilitering. Det er behov for både spesifikk rehabilitering, det vil si hjemmerehabilitering, som behandler og gjør mennesker i stand til å mestre dagliglivets aktiviteter etter skade/sykdom; og generell rehabilitering, det vil si hverdagsrehabilitering, som forebygger funksjonsfall og som oppfordrer til egenmestring. Målsettingen om selvstendighet og egenmestring er den samme – brukergruppene er ulike.

Litteraturliste

Ergoterapeutene. (udatert). *Hverdagsrehabilitering / Ergoterapeuters kompetanse*. Hentet 15. mars 2014 fra http://www.ergoterapeutene.org/index.php/ergoterapeut_new/Ergoterapeutene/om-ergoterapi/Ergoterapeuters-kompetanse/Hverdagsrehabilitering

Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. Hentet fra http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256?q=forskrift+om+rehabilitering*

Guidetti, S., Asaba, E. & Tham, K. (2007). The lived experience of recapturing self-care. *The American Journal of Occupational Therapy*, 61 (3), 303-310.

Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (IS-1688)*. Oslo: Helsedirektoratet

Kristiansand Kommune. (Udatert). *Helsefremmingsplanen*. Hentet 14. mars 2014 fra http://www.kristiansand.kommune.no/Documents/Planer%20og%20prosjekter/Planer%20a%20til%20c3%85/Vedtatt%20Helsefremmingsplan_net-13.pdf

Meld.st. nr. 29 (2012-2013). (2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Meld.st. nr 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

NOU 2011:11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Ness, N.E., Laberg, T., Haneborg, M., Granbo, R., Færevaa, L., Butli, H. (2012). *Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering*. Oslo: Ergoterapeutene, Norsk Sykepleierforbund og Norsk Fysioterapeutforbund.

Rambøll. (2012). *Undersøkelse om rehabilitering i kommunene - erfaringer med tilbud gitt i pasientens hjem/vante miljø (IS-0365)*. Oslo: Helsedirektoratet

St.prp. nr. 1 (2007-2008). (2007). *Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011*. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet.