

# Samhandlingsreformens konsekvenser for den ergoterapeutiske yrkesutøvelsen

Av Rigmor Leknes, U Bysheim, K.N. Ness og Sissel Horghagen

## Innledning

*Rigmor Leknes er ergoterapeut og høgskolelektor ved Program for ergoterapeututdanning ved Høgskolen i Sør-Trøndelag.*

*Unni Bysheim er ergoterapeut 1 og arbeider ved Øya helsehus i Trondheim kommune.*

*Karin Bente Ness er ergoterapeut 1 og arbeider ved Østbyen helsehus, avdeling Dagrehabiliteringen i Trondheim kommune.*

*Sissel Horghagen er ergoterapeut og førstelektor ved Program for ergoterapeututdanning ved Høgskolen i Sør-Trøndelag.*

*Det er ingen interessekonflikter knyttet til dette manuskriptet.*

**Enhver reform** innebærer endringer. I denne artikkelen vil vi se på Samhandlingsreformens (St. meld. nr. 47) konsekvenser og endringer i forhold til den ergoterapeutiske yrkesutøvelsen. Første fase av Samhandlingsreformen ble iverksatt 1. januar 2012 og beskriver målsettinger om mer samarbeid, helhetlige og sømløse overganger mellom nivåene i helsesektoren. Dette innebærer bedre overganger for brukerne, fra spesialisthelsetjenesten via eventuelt helsehus og til hjemmet. Samhandlingsreformen beskriver at helsehusene skal utføre mer spesialiserte tjenester enn tidligere.

Denne artikkelen er et resultat av en studie gjennomført av Høgskolen i Sør-Trøndelag i samarbeid med ergoterapeuter ved Øya Helsehus i Trondheim i perioden 2012 - 2013. Intensjonen med studien var å kartlegge samhandlingsreformens konsekvenser for den ergoterapeutiske yrkesutøvelsen på et helsehus med et særlig fokus på slagpasienter og geriatriske pasienter med kognitive funksjonsnedsettelse. Ergoterapeutenes innsatser på et helsehus handler om vurdering, stimulering og trening med mål om at pasientene skal være i stand til å klare seg i eget hjem (Leknes, Horghagen, Bysheim & Ness, 2013).

Målet med artikkelen er å beskrive den ergoterapeutiske yrkesutøvelse ved et helsehus og diskutere om den er i tråd med Samhandlingsreformens intensjoner, og belyse hvilke dilemmaer som eventuelt viser seg for den ergoterapeutiske yrkesutøvelsen.

**Nøkkelord:** rehabilitering, kartlegging, tiltak, kognitiv funksjonsnedsettelse

## **SAMHANDLINGSREFORMEN**

Samhandlingsreformen har som intensjon å iverksette tre store endringer: 1) Mer koordinerte tjenester mellom profesjoner og tjenestenivå. 2) Initiere tiltak for å begrense og forebygge sykdom framfor å reparere. 3) Forme helse- og sosialtjenestene i samsvar med samtidens demografiske utvikling og endringer i sykdomsbildet.

Personer med sammensatte funksjonsutfordringer har behov for koordinerte tjenester, fra både spesialist- og kommunehelsetjenesten. For at helsetjenestene skal oppleves helhetlig, bør samhandlingen og kommunikasjonen mellom aktørene styrkes. Samhandlingsreformen skal kvalitetssikre at helse- og omsorgstjenestene er tilpasset pasientenes behov for koordinerte tjenester. Lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester uavhengig av personlig økonomi og bosted skal fortsatt være en viktig del av den norske velferdsstaten.

## **MESTRING AV HVERDAGSAKTIVITETER**

Gjennom Samhandlingsreformen skal personer med behov for sammensatte tjenester få effektive og hensiktsmessige tjenester gitt til rett tid, rett sted og med riktig innsats. Rehabilitering i helsehus skal bidra til mestring og livskvalitet for pasientene (Trondheim kommune, 2008).

De langsiktige målene er at pasientene skal være i stand til å klare seg i eget hjem. Pasienter som utskrives fra helsehusene, skal ved behov ha hverdagsrehabilitering i eget hjem. Hverdagsrehabilitering defineres som en innsats som utføres i personens hjem eller nærmiljø for å gjenvinne, utvikle, beholde eller fore-

bygge en forverring av personens funksjoner (Kurstein, Kjellberg, Ibsen & Christiansen, 2012). For å oppnå dette tar man utgangspunkt i personens ønsker for aktivitet i egen hverdag allerede når personen er på helsehuset. Tidsavgrenset, målstyrt og tverrfaglig rehabilitering skal sikre at personen oppnår økt funksjon og deltakelse, bor i hjemmet med verdighet og mestrer ulike hverdagsaktiviteter (Ness & Laberg, 2012). De daglige aktivitetene er viktige i personers hverdagsliv og i forhold til hver enkelts livskvalitet (Fortmeier, 2007). Ergoterapeuter har en kompetanse innen tilrettelegging av personers deltakelse i hverdagslige aktiviteter. Det vil være hensiktsmessig å tilrettelegge for aktivitet både på helsehus og i overgangen mellom helsehus og hjem, slik at personen på best mulig måte kan delta i hverdagslige aktiviteter og oppleve livskvalitet.

## **DEN ERGOTERAPEUTISKE YRKESUTØVELSEN**

Ergoterapeuters faglige innsats bør være i overensstemmelse med den norske helsepolitikken. Samtidig vil hver enkelt ergoterapeuts kompetanse være personbundet og situasjonsbestemt (Hove, 2003). Kunnskapsbasert yrkesutøvelse er et mål for den ergoterapeutiske praksis (Jamtvedt & Nordtvedt, 2008).

Det handler om at ergoterapeuten tar faglige avgjørelser som er basert på systematisk innhenting av kunnskap. Det er i tråd med fagområdets tradisjoner at ergoterapeuters faglige og tverrfaglige innsats gjennomføres som en klientsentrert praksis (Hove, 2003). Det innebærer at ergoterapeuter ikke bare følger prosedyrer og validerte undersø-

kelsesmetoder etter manualen, men tilpasser innsatsen til hver enkelt person og dennes måte å betrakte hverdagen og fremtiden på, for å understøtte, vedlikeholde og utvikle hvert enkelt persons kapasitet og aktivitet (Kielhofner, 1997). Det kan være en utfordring å arbeide ut fra standardiserte prosedyrer og samtidig skreddersy intervensjoner for den enkelte. Ergoterapeuter, så vel som andre helse- og sosialarbeidere, har også en utfordring med hvordan de skal utøve sitt yrke med god kvalitet innenfor økonomiske rammer som ofte oppleves som stramme. Det kan derfor erfares som utfordrende å utøve yrket etter de faglige anbefalingene (Horghagen et al., 2007).

## **Metode**

### **BESKRIVELSE AV KONTEKST**

Det studerte helsehuset har en målsetting om å utforme en helhetlig behandlingsskjede, samt skape en faglig samhandlingsarena mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, i tråd med Samhandlingsreformen. Liggetiden på sykehus er stadig kortere (St. meld. nr. 47). Rehabilitering skal primært skje i kommunen og ved hjelp av helsehusenes tjenester. Fem leger, fem fysioterapeuter, fem ergoterapeuter og én logoped er ansatt ved helsehuset, som også har sykepleiere på vakt til enhver tid. Flere av de som er innskrevet ved helsehuset, har sammensatte diagnoser.

Ergoterapeutene arbeider i tverrfaglige team, og skal ivareta områder som vurdering, stimulering og trening. Ergoterapeutene vurderer behovet for hjemmebevisøk og tilrettelegging for daglige aktiviteter i hjemmet. I tillegg deltar ergoterapeutene ved

vurdering og tilrettelegging for aktivitet på helsehuset. Tverrfaglig team vil sammen med pasienten utarbeide mål og tiltak under oppholdet, og vurderer behov for videre tjenester i samarbeid med pasient, pårørende og helse- og velferdskontoret.

### INFORMANTER

Informantene i studien var fire ergoterapeuter som var ansatt ved helsehuset ved prosjektstart.

### ETIKK

Studien ble utformet i henhold til Helsinki-deklarasjonen (Førde, 2013). Den ble meldt inn til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) og godkjent (31226 Samhandlingsreformen i praksis).

### DATAINNSAMLING OG ANALYSE

Tre ulike former for datainnsamling har vært brukt: Intervju med hver enkelt informant (n=4), fokusgruppeintervju, samt beskrivelser av rutiner i arbeidet. Metodene ble valgt for å få fram informantenes beskrivelser, opplevelser, handlinger og interaksjoner innenfor ulike kontekster i deres profesjonelle virke (Jacobsen, 2005). I tillegg initierte vi et studentprosjekt der fire ergoterapeutstudenter deltok i arbeidet med overganger mellom helsehuset og hjemmet for pasientene.

De kvalitative intervjuene handlet om ergoterapeutenes erfaringer knyttet til rehabilitering og utskrivning. Intervjuguiden inneholdt temaer som: opplysninger om terapeuten, rutinene fra inntaksmøte fram til pasienten er kommet hjem, samarbeidspartnere i pasientforløpet, sammenheng mellom pasientens behov og lengde på opphold, kvalitet på tjenestene, samt spesielle utfordringer knyttet til pasienter med

kognitive funksjonsnedsettelse.

Den transkriberte teksten ble analysert ved hjelp av innholdsanalyse (Kvale & Brinkman, 2009; Malterud, 2012). Analyseprosessen ble delt inn i to faser: Først ble intervjuene analysert. Fra dette materialet var det to hovedtemaer som trådte fram. Det var dilemmaer i forhold til samhandling og den ergoterapeutiske praksis.

Basert på intervjuene og beskrivelsene ble det planlagt og gjennomført et fokusgruppeintervju med de fire informantene. Fokusgruppeintervju ble valgt fordi metoden er hensiktsmessig for å undersøke erfaringer, meninger, ønsker og forslag til endringer (Krueger, 1998; Malterud, 2012). De fire ergoterapeutene som deltok på fokusgruppeintervjuet, fikk informasjon om at vi ønsket en diskusjon om følgende temaer: hjelpemidler, informasjon og samhandling, nye pasientgrupper, faglig oppdatering, behandlingsprosedyrer, kartlegging og tiltak.

Det har skjedd flere organisatoriske endringer ved helsehuset etter at informasjonsinnhenting var utført. Resultat og diskusjon er basert på den informasjonen.

### Resultat

Analysen frembrakte syv temaer som videre vil bli presentert og diskutert.

### BEHOV FOR KUNNSKAPSBASERT KARTLEGGING

Ergoterapeutene foretar kartleggingssamtale med pasienten så snart som mulig, ofte dagen etter innkomst. Her ser man på pasientens ønsker og mål for oppholdet samt hva det er viktig å kartlegge av funksjon, aktivitet og omgivelser.

Utfordringer som trekkes

fram, er lite bruk av formelle kartleggingsverktøy ved ADL-observasjon. Når det gjelder kartlegging av aktiviteter i dagliglivet (ADL), så skjer det gjerne ved observasjon av morgen-ADL eller kjøkkenobservasjon. Ergoterapeutene forteller at de ikke nødvendigvis bruker standardiserte undersøkelser her. I beskrivelsene av rutinene er det nevnt at det er utarbeidet egne skjema for observasjon i morgen-ADL og kjøkkenaktiviteter for bruk i helsehusene, men bare én av ergoterapeutene opplyser at hun bruker disse. Noen nevner at de gjerne bruker ferdighetsverbene for observasjon av motoriske og prosessferdigheter basert på Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) (Fisher & Kielhofner, 1995; Kielhofner & al, 2002) i en slik observasjon. En av ergoterapeutene har AMPS-sertifisering (Fisher, 1995), men hun forteller at det som oftest tar for lang tid å gjennomføre observasjoner basert på dette kartleggingsverktøyet. Hun erfarer også at i startfasen av rehabiliteringen er AMPS ikke så godt egnet for pasienter med omfattende hjelpebehov.

En av ergoterapeutenes oppgaver ved helsehuset er kartlegging av kognitive funksjoner. De forteller at de som oftest bruker Norsk Revidert Mini Mental Status Evaluering (MMSE-NR) (Strobel & Engdal, 2008) i kombinasjon med klokketest (Shulman, 2000). Trandex (Gundlev, Krog & Tøger, 1999) og LOTCA (Elazar & Itzkovich, 1996; Itzkovich, Elazar & Averbuch, 2000) brukes også, men flere nevner at disse kartleggingsredskapene krever ressurser, kunnskap og erfaring. På bakgrunn av ergoterapeutene og det tverrfaglige teamets kartlegging kan noen pasienter bli sendt til geriatrik

avdeling ved sykehuset for å få avklart en demensdiagnose.

### **UTFORDRINGER VED ORGANISERING AV OPPTRENING TIL SELVSTENDIGHET**

Opptrening av funksjon skjer gjerne ved trening i kjøkkenaktiviteter og morgenstell. En av ergoterapeutene fortalte at hun laget beskrivelser over hvordan pleiepersonalet skal gjennomføre morgenstell på samme måte hver gang slik at pasienten kan få drillet inn handlingene og gjøre mest mulig selv. Hun erfarte at på grunn av travelhet, og at alle ikke har den samme forståelsen av viktigheten av å utføre morgenstellet på en bestemt måte, ble dette ofte ikke gjennomført som planlagt, og at de hjalp pasienten isteden.

Det er sjelden at ergoterapeut har tid til eller prioriterer kjøkken trening i brukernes hjem. Kjøkken trening skjer gjerne på treningskjøkkenet på helsehuset. Noen ergoterapeuter beskriver at de ikke får gjennomført ergoterapi slik de ønsker. Det blir for liten tid til opptrening av funksjoner, da mye tid går med til søknader om hjelpemidler, hjemmebesøk og tilrettelegging før hjemreise. De forteller også at en del pasienter synes at de får for lite opptrening. Det er særlig ved rehabiliteringsavdelingen at ergoterapeutene forteller at de grunnet tidspress ikke får gitt pasientene så mye opptrening i hverdagsaktiviteter som de burde. Ergoterapeutene mener at for å bedre kvaliteten på rehabiliteringstjenestene bør det tilsettes flere ergoterapeuter. Helsehuset har fått økte ergoterapiressurser i løpet av prosjektperioden, men det har ikke kommet rehabiliteringsavdelingene til gode.

Fire ergoterapeutstudenter deltok i et studentprosjekt ved helsehuset. Det innebar at fire pasienter fikk ekstra oppfølging. Studentene var på hjemmebesøk, fulgte disse pasientene ved hjemreise, og fulgte opp pasientene etter at de var kommet hjem. Studentene samarbeidet med innsatsteam og ergoterapeuter ved helsehuset. Følgende aktiviteter ble brukt: sykkeltraining, gangtrening, kakebaking, kjøkkentrening, hekling og skrivetrening på PC. Brukerne var fornøyde med å få ekstra oppfølging både på helsehuset og i hjemmet.

Innsatsteamet består av ergoterapeut, fysioterapeut, sykepleier og aktivitør, og de arbeider med overganger fra helsehus til hjemmet.

Behov for hjelpemidler og boligendringer kartlegges så tidlig som mulig i forløpet, da både boligendringer og innvilgningen av hjelpemidler tar noe tid. Ergoterapeutene er på hjemmebesøk sammen med pasienten og gjerne også pårørende. Boligen kartlegges i forhold til fallfare og tilgjengelighet. Her bruker ergoterapeutene et egenutviklet hjemmebesøkskjema for helsehus (Hjemmebesøkskjema for helsehus, 2009).

### **TIDSKREVENDE SØKNADER OM HJELPEMIDLER**

Utprøving av og søknader om hjelpemidler fullføres av ergoterapeuten mens pasienten er innskrevet. Ved hjelpemidler som krever oppfølging over tid, som trappeheis og elektriske døråpner, må ergoterapeut i kommunen ha ansvaret. Her krever hjelpemiddelsentralen å få navnet på den ergoterapeuten som skal følge opp hjelpemidlet videre, og noen ganger tar det tid å få avklart

dette. Ergoterapeutene opplyste at det ofte tok rundt to uker fra søknadstidspunktet til hjelpemidlet kom i hjemmet til brukeren. En av ergoterapeutene beskriver at de også må kontrollere og dobbeltsjekke at alt går som det skal i fasen der hjelpemidlene blir levert og montert i hjemmet. Mange pasienter er avhengige av at hjelpemidlene er på plass før hjemreisen. Dersom det er akutt behov for hjelpemidler, noe som kan være tilfelle ved avdelingen for lindrende behandling for kreft, så kan hjelpemidler fås i løpet av et par dager. Dette er imidlertid ikke vanlig prosedyre ved et vanlig rehabiliteringsopphold. Norservice har korttidslån av hjelpemidler med varighet på 3 måneder, som kan forlenges ved behov. Det kan noen ganger være vanskelig å vite hvor langvarig et hjelpemiddelbehov er på det tidspunktet man må søke om hjelpemidler.

### **KOMPETANSEHEVING OG NYE PASIENTGRUPPER**

I den senere tiden har helsehuset fått flere pasienter med kombinasjoner av rus- og psykiske problemer. De kan i tillegg ha kognitiv svikt. Noen har vist utagerende atferd, og noen har selvmordstanker. Det å gi disse pasientene den oppfølgingen de trenger, er ressurskrevende. Ergoterapeutene mener at det er behov for mer kunnskap om denne gruppen. Videre skulle de gjerne hatt helsepersonell med spesialutdanning innen psykisk helse på avdelingen. Det er til dels krevende å ha disse pasientgruppene sammen med eldre pasienter, da det blir mer uro i avdelingen. Ergoterapeutene erfarer at de må ha fagkunnskap om svært mange grupper av pasienter. Det er internundervisning ved helsehuset, men ergoterapeutene

nevner samtidig at mye av undervisningen handler om pleie. Dette fører til at de ikke deltar så ofte på denne. I stedet foreslår ergoterapeutene å ha flere nettverksmøter med andre ergoterapeuter ved de andre helsehusene.

### **BEDRINGER OG UTFORDRINGER I INFORMASJONSFLYT**

Siden Samhandlingsreformen ble innført, har noen av saksbehandlere fra helse- og velferdskontorene fått kontor plass ved helsehuset for å bedre servicen. Dette har forbedret flyten i samarbeidet mellom de ulike instansene, og er med på å forkorte pasientenes opphold ved helsehuset.

Ergoterapeutene erfarer at det er utfordringer knyttet til informasjonen de får fra sykehuset. Det kan handle om at ergoterapijournalen ikke er lagt ved. Noen ganger opplever de at pasientenes funksjon beskrives som bedre enn det den egentlig er. Dersom pasienten har vært innlagt ved flere avdelinger, kommer bare journal fra den siste avdelingen pasienten var på. Det kan medføre at ergoterapeutene ved helsehuset utreder noe som er utredet fra før. Noen avdelinger gir grundig og god informasjon. Ved gjennomføring av pasientforløp som Fast-track hoftebrudd (St. Olavs Hospital, 2013) ved sykehuset får ergoterapeuten god informasjon om hva som er gjort og anbefaling om videre behandling. Tendensen er at meldingsutvekslinger og informasjonsflyt har blitt forbedret etter Samhandlingsreformen.

Informantene beskriver hvordan det tverrfaglige teamet utnytter hverandres kompetanse positivt. En ergoterapeut nevner at hun kan se apraktiske utfordringer for enkelte pasienter som

har problemer med å reise seg, mens fysioterapeuten har mer kunnskap og større fokus på motoriske funksjoner.

Før utreise innkalles det til samarbeidsmøte med saksbehandler fra helse- og velferdskontor, pasient og pårørende, samt sykepleier. På dette møtet gjennomgås pasientens funksjon, hva han eller hun klarer selv, og hva han eller hun må ha hjelp til i dagliglivet. Videre blir det klart om eventuelle hjelpemidler er på plass, når pasienten kan reise hjem, eller om det er behov for heldøgns omsorg i sykehjem. Saksbehandler gjør vedtak på de kommunale tjenester pasienten har behov for. Ved studentprosjektet erfarte ergoterapeutstudentene at det var noen utfordringer knyttet til hjemreisen, da ikke alle hadde fått med seg medisiner og ikke alle hjelpemidlene var montert.

Samarbeidet med innsatsteamene beskrives generelt som positivt. Innsatsteamene kontaktes i forkant av planlagt hjemreise. Ofte kommer representanter fra innsatsteamet til helsehuset for å bli kjent med pasienten før hjemreise. Det kan gi pasientene trygghet å få vite at bestemte fagpersoner kommer hjem til dem etter hjemreise, hvem de er, og hva de skal trene på sammen i hjemmet. Innsatsteamene kan delta på samarbeidsmøter og samarbeide med ergoterapeutene om hjelpemidler som må følges opp.

### **FLERE PASIENTER MÅ HA MER OPPFØLGING ENN TIDLIGERE**

Ergoterapeutene beskriver at pasientene er dårligere ved innkomst enn før Samhandlingsreformen trådte i kraft, og at noen kan ha et dårligere funksjonsnivå

enn det rapportene fra sykehuset tilsier. Mange pasienter er ikke klare for rehabilitering i den første perioden. Noen kan være i delirium, noen er postoperative, og de trenger mer pleie og medisinsk behandling. På helsehuset har man opplevd dødsfall innen et døgn etter innkomst. Dårligere pasienter krever mer oppfølging og mer kunnskap av personalet. Helsehuset får flere pasienter i løpet av et år enn tidligere. Det betyr at oppholdene i gjennomsnitt må bli kortere. Dette er krevende for personalet når pasientene er dårligere enn tidligere ved innleggelse.

En del pasienter kan ikke flytte tilbake til egen bolig på grunn av stort fall i funksjonsnivå. De må kjøpe omsorgsbolig eller annen egnet bolig på det åpne markedet, og denne prosessen kan ta tid. For noen er sykehjem alternativet. Disse pasientene får langtidsopphold ved helsehuset i påvente av ledig plass. Noen kan bli nesten et helt år i påvente av bolig eller sykehjemsplass. Dette fører selvfølgelig til at det totalt blir færre korttids plasser og enda mer tidspress. Noen pasienter legges inn fra sykehuset til vurderingsopphold, men i realiteten er alle klar over at det blir et langtidsopphold i påvente av sykehjemsplass. Det er imidlertid ikke lov å legge noen direkte inn på langtidsopphold, og ergoterapeutene erfarer at slike vurderinger tar ekstra tid.

### **NÅR ER PASIENTER UTSKRIVNINGSKLARE**

Ergoterapeutene erfarer at ikke alle i personalgruppen forstår hva kognitiv svikt kan bety av utfordringer i hverdagslivet for den enkelte pasient. For disse pasientene er det viktig at alle følger de

samme prosedyrene for eksempel ved trening i morgenstell. En av ergoterapeutene hevder at fokus på de kognitive funksjonene ikke får nok oppmerksomhet ved utskrivning til hjemmet. Man kan ikke bare vektlegge at pasienten har fått bedre fysisk funksjon i armer og bein og kan gå med rullator før utskrivning til hjemmet.

Kognitiv svikt kan medføre at pasienten ikke har full innsikt i sin egen situasjon og er mindre selvkritisk enn før. Dette er særlig utfordrende dersom vedkommende som skal flytte hjem ikke har nære pårørende, og ikke ønsker å ta imot nok hjelp fra hjemmetjenesten. I noen tilfeller ønsker pårørende at pasienten skal på sykehjem, mens ergoterapeuten ser at pasienten kan bo hjemme dersom de får hverdagsrehabilitering, oppfølging og tar imot hjelp.

Informasjonsoverføringen til hjemmetjenesten kan være mangelfull. Det handler både om å forstå og forholde seg til sårbarheten når pasienten skal hjem. Innsatsteamene er gode til å følge opp aktivitet. Noen ganger utfører hjemmetjenesten pasientens ADL-aktiviteter, særlig på grunn av tidspress, mens ergoterapeutene oppfordrer hjemmetjenesten til å veilede pasientene til å gjøre aktivitetene selv.

Ergoterapeutene beskriver samarbeidet med pårørende som viktig. De gir pårørende informasjon underveis om fremgang og hvordan de vurderer situasjonen. Slik informasjon er særlig viktig ved hjerneslag som medfører større kognitive og motoriske funksjonsfall. Det hender at pasienter ikke vil at pårørende skal informeres i det hele tatt, selv om sykdomsbildet er komplekst og pårørende av den grunn gjerne skulle hatt den informasjonen. For

geriatripasienter med kognitiv svikt erfarer noen av ergoterapeutene at pårørende kan bekrefte deres vurdering av situasjonen. Dersom pasienten har afasi kan pårørende gjerne være til stede ved kartleggingen. Både ved hjemmebesøk og utprøving og installering av hjelpemidler er samarbeid med pårørende viktig.

## Diskusjon

Studien viser hvordan ergoterapeutene tilpasser sin yrkesutøvelse i henhold til Samhandlingsreformen. Ergoterapeutene observerer ADL i praktiske situasjoner, men anvender i liten grad standardiserte ADL-instrumenter. AMPS brukes, men erfaringen er at det ikke er like egnet for pasienter med omfattende hjelpebehov og tar for lang tid i en travel hverdag. Selv om ergoterapeutene har et egenutviklet skjema for observasjon av ADL-aktiviteter, er det lite i bruk. Hva er gode kartleggingsinstrumenter for disse pasientgruppene? Bør ADL-skjemaene være ganske detaljerte for å fange opp små fremganger? Finnes det andre kartleggingsinstrumenter som dekker behovet? Bør alle bruke samme kartleggingsverktøy for kartlegging av ADL? Hva er erfaringer med dette på andre helsehus? Har noen gode løsninger på dilemmaet mellom standardiserte instrumenter, tidsklemme og det å tilpasse kartleggingsmetoder for den enkelte?

Ergoterapeutene bruker MMSE-NR og klokketest for kartlegging av kognitive funksjoner. Disse verktøyene er utviklet og anbefalt for kartlegging av demens. Helsedirektoratet (2010) anbefaler også disse ved hjerneslag, men gjerne i kombinasjon med Trailmaking-test (Sprenn &

Strauss, 1998). Bruken av MMSE-NR ved hjerneslag er omdiskutert. Ifølge Strobel og Engedal (2008) er MMSE-NR en grov kognitiv screening der flere kognitive funksjoner enten ikke blir kartlagt eller bare kartlagt i begrenset omfang. Bruk av LOTCA vil kunne gi ytterligere informasjon, men det kan også være andre kartleggingsverktøy som er egnet. The Rivermead behavioral memory test (Wilson, Cockburn & Baddeley, 1991) er anbefalt av Helsedirektoratet (2010) for kartlegging av hukommelse ved hjerneslag. Ergoterapeutene ved helsehusene må kartlegge kognitiv funksjon, da det skjer store endringer i kognitiv funksjon etter akuttfasen. Trandex er en dansk undersøkelse for kartlegging av demens (Tøger & al, 1999). Denne gir noe mer informasjon enn MMSE-NR. Dette reiser spørsmål om hvilke kartleggingsinstrumenter for kognisjon ergoterapeuter ved et helsehus bør kunne. Hva skal utredes ved spesialisthelsetjenesten, og hva skal kartlegges ved helsehusene? Hvilke kartleggingsverktøy bør ergoterapeutene anvende for kartlegging av kognisjon? Ergoterapeutene uttrykte at de kunne hatt en grundig diskusjon om hvilke kartleggingsverktøy de skal bruke. Diskusjonen bør samkjøres både med geriatrik avdeling ved sykehuset og med ergoterapeuter i kommunen. Både LOTCA, Trandex, Trailmaking-test, Rivermead og ADL-instrumenter er kartleggingsverktøy som det er aktuelt å vurdere grundigere.

Ergoterapeutene uttrykker behov for faglig oppdatering innen flere felt. Dette kan løses på ulike måter. Noe kan skje ved at internundervisningen inneholder emner som er mer relevante for ergoterapeutene. Det kan være

aktuelt både med faglige diskusjoner mellom de ulike helsehusene og kurs i rehabilitering. Kanskje kunne spesialisthelsetjenesten og høgskoleutdanningene ha et samarbeid om opplæring og fagutvikling for ansatte i kommunehelsetjenesten?

Ved gjenopptrening av ADL-funksjoner har en del pasienter med kognitive utfordringer behov for mange repetisjoner av den ferdigheten de skal gjenlære (Gammeltoft, 2008). For å få et godt resultat i gjenopptrening er det derfor viktig at alle ansatte prioriterer og følger opp det anbefalte behandlingsopplegget for ADL-trening. Dette kan kreve at ergoterapeutene gir internundervisning til de gruppene som har mest behov for det. Når det gjelder kjøkkentrening i hjemmet har helsehuset et godt samarbeid med innsatsteamet. Likevel kan man stille spørsmål om det hensiktsmessig at det nesten alltid er innsatsteam som gjennomfører kjøkkentrening i hjemmet. Er det i noen tilfeller praktisk og faglig nyttig at ergoterapeuten ved helsehuset gjennomfører slik trening i hjemmet, kanskje særlig der pasienten ikke skal ha videre oppfølging av innsatsteam? Det å få utprøvd hvordan det er å bruke kjøkkenet mens man fremdeles er innlagt, vil mange ganger kunne føre til en økt innsikt hos pasienten om hva som er utfordringene. Ergoterapeuten vil få mer eksakt kunnskap og kan lettere motivere for trening og legge til rette for kjøkkentrening på institusjonen. Ergoterapeutstudentene i prosjektet nevnt tidligere, fikk positive tilbakemeldinger fra pasientene om at de var tilfredse med kombinasjonen av trening både i hjemmet og på institusjonen. Utvelgelsen av mange ulike hverdagsaktivi-

teter var basert på pasientens ønsker og behov. Ergoterapeutene ved helsehuset bør vurdere om de kan gi mer trening på hverdagslivsaktiviteter på institusjonen. Dette kan det være krevende å få til med den nåværende ressurstilstanden.

Proessen med søknad om hjelpemidler kan av og til oppleves stressende for pasienter, pårørende og ergoterapeutene. Pasienten kan være klar for hjemreise, men venter på hjelpemidler som må være på plass før hjemreise. Det er en utfordring at hjelpemiddelprosessen tar så lang tid, og at søknadsprosedyrene må starte før man vet hvordan funksjonen til pasienten vil bli etter rehabiliteringen. Et større korttidslager ved helsehuset kunne ha bedret denne situasjonen. (Flere forbedringer i formidlingen av hjelpemidler har blitt iverksatt etter at prosjektet var ferdig.)

Det ser ut til at ansettelsen av saksbehandlere ved helsehuset har ført til bedre koordinering mellom de ulike instansene i helsevesenet. Informasjonsflyten mellom helsehuset og sykehuset beskrives som bedre enn tidligere, men fortsatt er det en del utfordringer knyttet til overføring av journalopplysninger. Det at pasientens funksjon noen ganger beskrives som bedre enn det den egentlig er, kan skape problemer i planleggingen av rehabiliteringsoppholdet for pasienten. En av intensjonene med Samhandlingsreformen er at kommunene og helsehusene skal gi mer spesialiserte tjenester enn før. Samtidig er det en balanse her. Hvis det innebærer at enkelte av pasientene er så dårlige ved innskriving til helsehusene at de krever både ny kompetanse og ekstra tid fra pleiepersonalet, samtidig som re-

habiliteringsperioden blir kortere, er det ikke sikkert rehabiliteringsprosessen til den enkelte pasient blir bedre. Da får man ikke oppfylt målet "Rett behandling - på rett sted - til rett tid". Samarbeidsrutinene ved utreise er gode, men også krevende å gjennomføre, da det er svært mange elementer som må være på plass.

Det som her er beskrevet, er konkrete utfordringer ved det studerte helsehuset, men det reiser dilemmaer som kan være gjeldende ved andre helsehus. Det reiser også spørsmål om hvordan vi hele tiden kan forbedre den ergoterapeutiske yrkesutøvelsen.

## Konklusjon

Studien viser at det har skjedd store endringer i ergoterapeutenes yrkesutøvelse etter at Samhandlingsreformen trådte i kraft. Ergoterapeutene har tilpasset yrkesutøvelsen til Samhandlingsreformens intensjoner, til tross for økt press med flere pasienter, dårligere pasienter og kortere liggetid. Økt tidspress hindrer at ergoterapeutenes ønsker om mer fagutvikling for å bedre kvaliteten på yrkesutøvelsen kan oppfylles. Dette gjelder særlig muligheten til å kunne gi noen pasienter ytterligere rehabilitering og trening. For slagpasienter og geriatriske pasienter med kognitive utfordringer er det noen situasjoner som krever ekstra oppfølging. Det handler blant annet om opptrening av ADL-funksjoner både i og utenfor institusjon, overføring av informasjon, spesielt dersom hjemmetjenesten skal la brukeren gjennomføre ADL-aktiviteter med tilsyn. På den positive siden nevnes at samarbeidet med innsatsteam hele tiden har vært godt. Ergoterapeutene understreker samarbeidet med pårørende som

en stor ressurs.

Meldingsutveksling kan bli bedre mellom sykehus og helsehus. Ergoterapeuter ved helsehus kan erfare at helsetilstanden til pasientene noen ganger er beskrevet som bedre enn det den i realiteten er. Samhandlingen erfares å ha blitt bedre og mer effektiv etter at saksbehandlere fra helse- og velferd fikk kontor ved helsehuset. Vi oppfordrer til videre diskusjoner om Samhandlingsreformen og den ergoterapeutiske yrkesutøvelsen.

## Referanser

- Elazar, B. & Itzkovich, M. (1996). LOTCA-G Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment for Geriatric Population. Pequannock: Maddac Inc.
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2009). Demens: Fakta og utfordringer: En lærebok. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Fisher, A. G. (1995). Assessment of Motor and Process Skills/Bedömning av motoriska färdigheter och processfärdigheter (oversatt av Birgitta Bernspång). Fort Collins, Colorado: Three Star Press.
- Fisher, A. G. & Kielhofner, G. (1995). Skill in Occupational Performance. I G. Kielhofner (Red.), A Model of Human Occupation. Philadelphia: Lipincott Williams & Wilkins, s. 113-137
- Fortmeier, S. (2007). Etik, verdier og grunnleggende antagelser i ergoterapi. I G. Mathiasson & I. Schrøder (Red.), Basisbok i ergoterapi. Aktivitet og deltagelse i hverdagslivet. s. 161-189. København: Munksgaard.
- Førde, Reidun: «Helsinkideklarasjonen» (Sist oppdatert: 02. desember 2013). De nasjonale forskningsetiske komite-
- ene. [Online]. Tilgjengelig på <http://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/>. [Lastet 01.februar 2014].
- Gammeltoft, B. C. (2008). Skjulte Handicaps. Haslev: Forlaget fa. Gammeltoft.
- Gundlev, M. & Krog, A. A. & Thøger, B. (1999). Trandex Manual. Danmark: Tranehaven, Gentofte kommune.
- Hesledirektoratet (2010). Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Oslo: Hesledirektoratet.
- Hjemmebesøkskjema for helsehus (2009). Trondheim kommune.
- Horghagen, S., Sveen, U., Holm, J., Hagby, C., Hammervold, B., Reinsberg, S., Thyness, E. (2007). Hvorfor beste praksis? I S. Horghagen, U. Sveen, J. Holm, C. Hagby, B. Hammervold, S. Reinsberg, E. Thyness (Red.), Beste praksis i ergoterapi. Trondheim: Tapir akademiske forlag.
- Hove, A. (2003). Ergoterapeuters fag- og kompetanseprofiler, I T. Borg, U. Runge, J. Tjørnov (Red.), Basisbok i ergoterapi. Danmark: Munksgaard.
- Itzkovich, M., Elazar, B. & Averbuch, S. (2000). LOTCA Lowenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment, Second Edition. Pequannock: Maddac Inc..
- Jacobsen, D. I. (2005). Forståelse, beskrivelse og forklaring. Kristiansand: Høgskoleforlaget.
- Jamtvedt, G., Nordtvedt, M.W. (2008). Kunnskapsbasert ergoterapi – et bidrag til bedre praksis. Ergoterapeuten, nr. 1, s. 10-18.
- Kielhofner, G., Forsyth, K., Federico, J., Henry, A., Keponen, R., Oakley, F. & Ay Woan, P. (2002). Self-Report Assessment I G. Kielhofner (Red.), A Model of Human Occupation. Philadelphia: Lipincott Williams & Wilkins.
- Kielhofner, G. (1997). Conceptual foundations of occupational Therapy. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Kielhofner, G. (2006). Research in Occupational therapy – Methods of Inquiry for Enhancing Practice. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Krueger, R.A. (1998). Moderating Focus Groups. London: Sage Publications.
- Kurstein, K., Kjellberg, J., Ibsen, R. Christensen, L.T. (2012). Hverdagsrehabilitering. Ergoterapeuten, nr. 12, s. 5-9.
- Kvale, S. & Brinckman, S. (2009). Den kvalitative forskningsintervjuen. Lund: Studentlitteratur
- Laberg, T. & Ness, N. E. (2012). Innføring av hverdagsrehabilitering i norske kommuner. Ergoterapeuten nr. 1, s. 20-23.
- Leknes, R., Horghagen, S., Bysheim, U., Ness, K.B. (2013). Samhandlingsreformen og den ergoterapeutiske praksis på kommunenivå. Rapport ISBN-nummer 978-82-7877-233-1. Høgskolen i Sør-Trøndelag.
- Malterud, K. (2012). Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Otta: Universitetsforlaget.
- Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid.; St.meld. nr.47 (2008-2009). Oslo: Det kongelige Helse- og omsorgsdepartement.
- Shulman, K. L. (2000). Clock-drawing: is it the ideal cognitive screening test? International Journal of Geriatric Psychiatry 15, 548-561.
- Spreen, O. & Strauss, E. (1998). A Compendium of Neuropsychological Tests. Administration, Norms and Commentary. New York: Oxford University Press
- St. Olavs Hospital (2013). Pasientguide Fast-Track Hoftebrudd. Trondheim: St. Olavs Hospital
- Strobel & Engedal (2008). MMSE-NR Norsk revidert Mini Mental Status Evaluering. [www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no)
- Trondheim kommune (2008). Årsrapport, [www.trondheim.kommune.no/arsrapport\\_2008](http://www.trondheim.kommune.no/arsrapport_2008)
- Wilson, B., Cockburn J. & Baddeley A. (1991/oversatt 1997). The Rivermead behavioral memory test – Norsk utgave – Namsos: Pedagogisk psykologisk forlag