

Rehabilitering

Håp er drivkraften

Artikkelen tar for seg forskjellige perspektiver på rehabiliteringssykepleie og viser hvordan pasientens behov for sykepleie kan sikres i tverrfaglig samarbeid.

Birgitte Dahl

Leder

Grace Inga Romsland

Fagsjef i sykepleie og førsteamanuensis II

Åshild Slettebø

Professor

Institutt for helse- og sykepleievitenskap, Fakultet for helse- og idrettsvitenskap, Universitetet i Agder, Grimstad

Rehabilitering

Habilitering

Sykepleie

Tverrfaglighet

Sykepleien 2014 102 (9) (52-55)

DOI: 10.4220/sykepleiens.2014.0104

I denne studien ønsket vi å komme fram til en enkel tilnærming til tverrfaglig rehabiliteringsarbeid for sykepleiere, slik at pasientens behov for sykepleie kan sikres i tverrfaglig samarbeid. Resultatet av studien er en modell som viser hvordan sykepleieperspektiver i rehabilitering forholder seg til komponentene i Verdens helseorganisasjons internasjonale klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF), som er helsemyndighetenes anbefalte modell for alle faggrupper i rehabiliteringsfeltet.

Rehabilitering.

Rehabilitering brukes om tjenester for å bedre funksjonsevne og aktivitetsmuligheter for unge, voksne og eldre med funksjonsproblemer. For barn brukes ordet habilitering. Tverrfaglighet i rehabiliteringsarbeidet er bestemt i Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (1), der det sies at habilitering 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 mestringssevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet». Sykepleie er ofte grunnleggende for rehabiliteringsprosessen. Likevel kan sykepleiere ha vanskeligheter med å beskrive sin rolle og sine oppgaver i tverrfaglig rehabiliteringsarbeid (2–6). Dette har trolig betydning for sykepleiernes virksomhet når det gjelder ICF, som utgjør en felles modell for ulike faggruppers arbeid i rehabiliteringsfeltet (7).



Sykepleiere har hatt problemer med å benytte ICF (5). Selv om ICF er skapt for å ivareta ulike dimensjoner, kan den oppfattes som en statisk helsemodell. I sykepleiefaget derimot, blir helse betraktet som en prosess (8,9). Sykepleiere bygger gjerne sin forståelse på fenomener utgått fra eksistensielle erfaringer, problemstillinger tilpasset slike erfaringer, og på moralsk og fortolkende praksis (10,11). Dette perspektivet blir ikke vektlagt i ICF. Likevel bør sykepleiere i tverrfaglig rehabiliteringsarbeid kunne basere sine tilnærminger på ICF, på linje med andre faggrupper. Dette er nødvendig for å sikre at pasienten får den sykepleie vedkommende har behov for i det tverrfaglige samarbeidet. Økt oppmerksomhet på sosiale, politiske og kulturelle dimensjoner ved funksjonshemning de siste årene, kan også gjøre ICF til et godt redskap for å utvikle sykepleietenkning og praksis (5). I denne studien ville vi undersøke hvordan rehabiliteringssykepleiere beskriver oppgavene sine. Resultater fra undersøkelsen førte til at vi ville vurdere sykepleieperspektiver i rehabilitering opp mot ICF-modellen.

Sykepleieperspektiver.

Hensikten med studien var å belyse sykepleiernes beskrivelser av sine oppgaver og ansvarsområder i rehabilitering. Hovedmålet var å undersøke hvilke perspektiver sykepleierne hadde i rehabiliteringsarbeid, og å fremheve relevante områder for sykepleieintervensjoner overfor rehabiliteringspasienter. I løpet av arbeidet så vi at sykepleieperspektivene som ble identifisert, kunne være aktuelle innenfor ulike dimensjoner i ICF-modellen. Studiens neste målsetting ble derfor å vurdere om sykepleieperspektivene kunne relateres til ICF.

Spørreskjema og intervjuer.

Det ble utviklet et spørreskjema med åpne spørsmål, der sykepleierne skulle beskrive sine ansvarsområder. Skjemaet ble sendt til 100 medlemmer av Faggruppe i rehabilitering i Norsk Sykepleierforbund. Det kom inn 36 svar, noe som er et akseptabelt antall i en kvalitativ spørreskjema (12). I tillegg ble det gjort kvalitative intervjuer med fire erfarne kliniske spesialister i rehabiliteringssykepleie.

Etikk.

Studien ble godkjent av personvernombudet for forskning. Informantene fikk muntlig og skriftlig informasjon om studiens hensikt, at deltakelse var frivillig og at de til enhver tid kunne trekke seg ut. Sykepleierne som deltok i intervjuer signerte en samtykkeerklæring.

Perspektiver.

Sykepleiernes beskrivelser kunne samles i seks teoretiske perspektiver: et relasjonsperspektiv, et brukerperspektiv, et doseringsperspektiv, et mestringsperspektiv, et omgivelsesperspektiv og et oversiktsperspektiv. Perspektivene ble forankret i persondomenet, helse- og sykdomsdomenet og omgivelsesdomenet i sykepleiens symptomhåndteringsmodell (SMM) (13). Denne modellen ble valgt fordi SMM's tre domener tilsvarer områder som utgjør grunnlaget for begrepet helhetlig rehabilitering (14). Tilsvarende områder ligger til grunn for ICF-modellen (7).

Relasjonsperspektivet.

Relasjonsperspektivet er forankret i persondomenet i SMM, og dreier seg om rehabiliteringssykepleiers relasjonelle grunnlag. Følgende faktorer er underlagt relasjonsperspektivet:

- Relasjonen mellom sykepleieren og pasient/bruker
- Arbeid med håp
- Relasjonen til familien/nærstående

Relasjonsperspektivet handler om sykepleiernes forhold til enkeltpersoner og grupper. En sykepleier beskrev hvordan hun la vekt på hyppig kontakt med pasienten og familien den første tiden. «Jeg overøser dem med omsorg,» forklarte hun. «Pasientene må forstå at mine hensikter er gode og at jeg vil deres beste. Det må jeg vise i praksis, ikke bare i teorien. Senere kan jeg begynne å stille krav.» Krav til rehabiliteringspasienten er nødvendig for å oppnå rehabiliteringsresultater. Håp er drivkraften for å nå målene, og sykepleierne har en spesiell oppgave med å bidra til pasientens og familiens håp for fremtiden. Både pasient og nærstående møter utfordringer i rehabiliteringsprosessen som håndteres best med fagfolk de føler seg trygge sammen med.

Brukerperspektivet.

Brukerperspektivet er grunnlagt i sykepleierens holdning om å ta pasientens perspektiver på alvor og tilrettelegge for brukermedvirkning. Også brukerperspektivet er forankret i persondomenet. Hovedtemaene under brukerperspektivet er:

- Brukermedvirkning
- Informasjon, både til og fra pasient/bruker og familien
- Verdighet

Brukermedvirkning.

Brukermedvirkning er grunnleggende i rehabilitering. Medvirkning kan ikke ivaretas uten at personene det gjelder får nødvendig og god informasjon. Sykepleierne la vekt på betydningen av verdighet i denne sammenhengen. «Det er viktig for sykepleierne å være opptatt av verdighet, autonomi og selvbestemmelse. I denne situasjonen er pasientens egne ressurser avgjørende,» forklarte en av dem.

Brukermedvirkning er i tråd med etiske prinsipper om retten til selvbestemmelse, og ligger til grunn for ivaretagelse av verdighet under rehabiliteringen. Brukermedvirkning er anerkjent som viktig for tilfredsstillende resultater i rehabilitering (15).

Doseringsperspektivet.

Doseringsperspektivet viser til hvordan sykepleiere vurderer grad, frekvens og tidspunkt samt varigheten og intensiteten for intervensjoner som iverksettes. Tiltakene «doserer» slik at pasienten etter hvert selv kan utføre egenomsorg.

Doseringsperspektivet forholder seg dermed til funksjonstap, og er forankret i SMMs helse- og sykdomsdomene.

Doseringsperspektivet var basert på følgende hovedtema:

- Vurderinger av pasientens behov
- Observasjoner
- Terapeutisk tilnærming

Sykepleierne la vekt på observasjon og vurdering av pasientens tilstand. «Det er av stor betydning at vi gir pasienten riktig mengde hjelp og støtte. Vi gjør vurderinger om når pasienten trenger hjelp og når vi kan utfordre dem», kommenterte en sykepleier. Sykepleierne har ansvar for liv, helse og sikkerhet i rehabiliteringen. Den terapeutiske tilnærmingen tar hensyn til at pasienten etter hvert skal ivareta mest mulig av sin egenomsorg selv.

Mestringsperspektivet.

Mestringsperspektivet er basert på pasientens rehabiliteringsmål og at vedkommende oppnår et liv han eller hun er fornøyd med. Mestringsperspektivet er grunnlagt i konsekvensene av skaden og funksjonsnedsettelsen og knyttes til helse- og sykdomsdomenet. Hovedområdene i mestringsperspektivet skal bidra til et selvstendig liv:

- Egenaktivitet
- Læring
- Empowerment

Mestringsperspektivet handler om opptrening og tilrettelegging. Målet er aktivitet som grunnlag for å kunne delta på de arenaer man ønsker i livet. Å gjøre selv og lære er viktig for mestringen. En av sykepleierne omtalte dette som sin hovedoppgave: «Å finne den rette balansen mellom å gi hjelp når det er nødvendig og å bidra til at pasienten kan gjøre ting på egen hånd. Brukermedvirkning og empowerment hjelper pasienten med å ta kontroll over sitt eget liv. La pasienten gjøre selv, bruke ADL – vasking, påkledning, toalettbesøk, som trening for å hjelpe pasienten til å oppnå selvkontroll.»

Empowerment, i betydningen kunnskap og ressurser for å ta makten i eget liv, er en av rehabiliteringsarbeidets grunnpilarer, og helt nødvendig for å mestre egen livssituasjon (15).

Omgivelser.

Omgivelsesperspektivet tar opp i seg de fysiske, sosiale og kulturelle variabler i miljøet personen lever i.

Omgivelsesperspektivet knytter seg derfor naturlig til SMM's omgivelsesdomene. Hovedtemaene er følgende:

- Rehabiliterende omgivelser
- Tverrfaglige samarbeid
- Normalisering av livssituasjonen

Mens relasjonsperspektivet under persondomenet omhandler sykepleierens perspektiv når det gjelder relasjoner til pasient og pårørende, tar omgivelsesperspektivet opp i seg personens relasjoner til sine omgivelser. Sykepleierne i undersøkelsen var mest opptatt av pasientens umiddelbare omgivelser. «Det er viktig å fremme et godt miljø,» ble det forklart. «Delta i sosiale aktiviteter i avdelingen, ta med pasienten på turer og så videre». Rehabiliterende omgivelser rundt personen er viktig for resultatene av rehabiliteringsprosessen (16). Tverrfaglig samarbeid, som er en del av omgivelsene, er av betydning for å oppnå best mulig rehabiliteringsresultater (15). Dette var et område der sykepleierne hadde ansvar for tilrettelegging og gjennomføring i enheten.

I sine hjemmemiljøer og i hverdagslivet kan pasienten leve i omgivelser som kan virke funksjonshemmende og hindre aktiv deltakelse. Omgivelsene kan også være funksjonsfremmende. Sykepleiere og andre som er engasjert i rehabiliteringsfeltet og er opptatt av levekår for mennesker med funksjonsnedsettelser, må arbeide for å bygge ned funksjonshemmende barrierer. Sykepleierne i undersøkelsen var opptatt av at pasienten skulle oppleve anerkjennelse og selv akseptere sin nye livssituasjon, og på den måten oppnå en normalisering av situasjonen. Normalisering av livssituasjonen vil for mange være mest knyttet til omgivelser med fravær av funksjonshemmende barrierer.

Oversiktsperspektivet.

Oversiktsperspektivet innebærer sykepleierens overblikk over situasjonen på samfunns-, institusjons- og individnivå. Sykepleierne var særlig opptatt av å få frem dette perspektivet. Oversiktsperspektivet dreier seg om forhold som er av betydning for pasientens totale situasjon, som ofte ikke sees eller legges vekt på av andre i samarbeidet. Derfor knytter også oversiktsperspektivet seg til omgivelsesdomenet. Hovedtemaene under oversiktsperspektivet utdyper sykepleiernes mange oppgaver i rehabiliteringsarbeidet:

- Oversikt over og administrasjon av nødvendige oppgaver i enheten
- Oversikt over pasienten eller brukerens situasjon på et individuelt nivå
- Samarbeid med kommune, spesialisthelsetjeneste og andre instanser

Sykepleierne i en enhet har oversikt over og er delaktige i innleggelse og utskrivelser, den enkelte pasients avtaler og kollegaers arbeidsoppgaver. De har et administrativt ansvar for at dagen skal fungere både for pasienter, pårørende og ansatte. En sykepleier forklarte det slik: «Jeg har blant annet en administrativ rolle. Jeg skriver rehabiliteringsplaner, rapporter gjennom dagen, ordner møter med rehabiliteringsteamet, tar kontakt med ulike fagpersoner i kommunen, og legger til rette for hjemreise.»

Oversikten over pasientenes tilstand bidrar til at ulike gruppers intervensjoner ikke går utover pasientens behov. Det kan for eksempel være at personen det gjelder har vært til en slitsom treningsøkt hos fysioterapeut og trenger hvile før time hos nevropsykolog. Sykepleierne beskrev også ansvaret for samarbeid med andre instanser ved at de sørger for kontakter og avtaler. Dette er oppgaver der det er behov for utvikling av rutiner og virkemidler i framtidens helsetjeneste. Alt i alt bidrar sykepleierne til den flyten i hverdagslivet som har betydning for pasientens eller brukerens forhold til sine omgivelser.

Rehabiliteringssykepleiemodell.

De seks sykepleierspektivene ble sammenliknet med ICF-modellen (7). ICF består av helsedomener og helserelaterte domener, som samsvarer med domenene i SMM (13). En forskjell er at SMM har symptomdimensjoner som forholder seg til domenene i SMM, mens helsetilstand, som ICF forstår som medisinske diagnoser, er en egen faktor i ICF.



Modellen for rehabiliteringssykepleie skal vise hvordan de seks sykepleierspektivene kan forholde seg til komponentene i ICF-modellen. Det kan være en hjelp for sykepleiere som skal planlegge, utføre og rapportere sine vurderinger og intervensjoner innenfor rammen av ICF i tverrfaglig rehabiliteringssamarbeid. Når sykepleiere bidrar i planlegging eller rapportering basert på ICF, kan de beskrive vurderinger, observasjoner og intervensjoner knyttet for eksempel til relasjonsperspektivet og brukerperspektivet, ut fra personlige faktorer i ICF. Under kroppsfunksjoner og -strukturer kan det beskrives observasjoner, vurderinger og tiltak basert på tilnærmingene i doseringsperspektivet. Mestringsperspektivet kan knyttes til ICF-faktorene aktivitet og deltakelse. Her kan sykepleiere beskrive intervensjoner og vurderinger knyttet til egenaktivitet, læring og fremming av empowerment. Ved å relatere omgivelses- og oversiktsperspektivet til ICFs omgivelsesfaktorer, kan sykepleiere beskrive eller rapportere når det gjelder fysiske, holdningsmessige og sosiale omgivelser og formidle samhandlingsperspektiver av betydning for rehabiliteringsarbeidet. Rehabiliteringssykepleiere må utvikle sin kunnskap og praksis på dette området, i tråd med rehabiliteringsfeltets sosiale perspektiver og sykepleiernes forventete oppgaver i framtidens rehabiliteringstjenester.

Avslutning.

De seks perspektivene på rehabiliteringssykepleie som ble funnet i denne studien, belyser sykepleiernes intervensjoner i praktisk rehabiliteringsarbeid og bidrar til en beskrivelse av ansvarsområder og intervensjoner i rehabiliteringssykepleie. Ved å klargjøre sykepleieperspektivene i forhold til komponentene i ICF, tydeliggjøres sykepleiens aktualitet i rehabiliteringsarbeidet. Dette kan hjelpe sykepleiere med å strukturere og artikulere sine særegne ansvarsområder i rehabiliteringsfeltet. ●

Referanser:

1. Helse og omsorgsdepartementet. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator FOR-2011-12-16-1256 (2001-06-28). www.lovdata.no (10.02.14)
2. Keane SM, Chastain B, Rudisill K. Caring: Nurse – patient perceptions. *Rehabilitation Nursing* 1987; 12: 1824
3. Burton C. A description of the nursing role in stroke rehabilitation, *Journal of*
4. *Advanced Nursing*, 2000;vol. 32:174–181.
5. Long AF, Kneafsey R, Ryan J, Berry J. The role of the nurse within the multiprofessional rehabilitation team. *Journal of advanced nursing*, 2002; 37: 70–79.
6. Kearney PM, Pryor J. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) and nursing. *Journal of advanced nursing* 2004; 46:162 – 170.
7. Atwell A, Caldwell K. Do all health and social care professionals interact equally? *Scand J Caring Sci* 2005; 19:268–273.
8. KITH: ICF Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemning og helse. Oslo: Sosial og helsedirektoratet, 2003.

9. Orlando IJ. The Discipline and Teaching of Nursing Process (An Evaluative Study). New York: Putman, 1972.
10. Dahl K. Dokumentasjon og prosess. Dilemmaer i et historisk perspektiv. Sykepleien 2002; 90: 46–50.
11. Martinsen K. Samtalen, skjønnnet og evidensen. Oslo: Akribe, 2005.
12. Nortvedt P, Grimen H. Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helseprofesjoner. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2005
13. Jacobsen DI. Forståelse, beskrivelse og forklaring. Kristiansand: Høyskoleforlaget, 2003.
14. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher E, Humphreys J, Lee K, Miaskowski C, Puntillo K, Rankin S, Taylor D. Advancing the Science of Symptom Management. Journal of Advanced Nursing 2001;33: 668–676.
15. Normann T, Sandvin JT, Thommesen H. Om rehabilitering. Mot en helhetlig og felles forståelse? Oslo: Kommuneforlaget, 2005.
16. Bredland EL, Linge OA, Vik K. Det handler om verdighet og deltakelse. Ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2011.
17. Pryor J. Nurses Create a Rehabilitative Milieu. Rehabilitation Nursing, 2010; 35: 123–128.