



REHABILITERING ETTER HJERNESLAG

Mestring. Pasienter med moderat funksjonsnedsettelse etter hjerneslag kan få et godt rehabiliteringstilbud hjemme.

PROSJEKTARBEID:

Artikkelen bygger på
50% praksis
 50% teori



DOI-DUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2015.53375



Bente Kvil-haugsvik, høyskolelektor ved Høgskolen Stord/Haugesund

I Norge rammes 14–15 tusen personer årlig av hjerneslag. Hjerneslag fører til mange dødsfall og ulike funksjonshemninger, der pasientene trenger mye helsehjelp fra det offentlige. I 2010 kom Helsedirektoratet med nye nasjonale faglige retningslinjer (1), som anbefaler rask innleggelse i slagenhet, og at pasienter med lette til moderate funksjonsutfall får tidlig støttet utskriving.



Gjertrud Husøy, førstelektor ved Høgskolen Stord/Haugesund

FLERE ELDRE. De neste tiårene vil en større andel av den totale befolkningen i Norge være eldre og gamle. Dersom alle skal få den helsehjelpen de trenger må helsetjenesten omprioritere ressursene og gi helsehjelp på beste effektive omsorgsnivå. Målet er at flere skal være selvstendige hjemme lenger, og at samfunnet får mest mulig helse ut av hver krone. Rask utskriving fra sykehus til hjemkommune og rehabilitering til optimalt funksjonsnivå er derfor viktige prioriteringer i samhandlingsreformen (2).

Samhandlingsreformen legger vekt på at kommunene skal ha helsetjenester innenfor rehabilitering. Hjerneslagpasienter (1) skal ha rask akuttinnleggelse og behandling og mobilisering i slagenhet. For pasienter med lette til moderate funksjonsutfall er tidlig støttet utskriving anbefalt som oppfølging. Det betyr fortsatt mobilisering og

rehabilitering i hjemlig miljø. Uten støtte fra personell med kompetanse på rehabilitering frarådes tidlig utskriving (1).

EKSEMPLER. Östersund kommune i Sverige var tidlig ute med å gi pasienter med hjerneslag rehabilitering hjemme. Brukere som fikk hjemmerehabilitering, fungerte bedre, var mer fornøyd med livet og fikk relativt raskt redusert behovet for kommunale tjenester. Kommunen satser tverrfaglig og tverretattlig på hjemmerehabiliteringen. Alt personell som går til pasientene må forplikte seg til en rehabiliterende arbeidsform (3).

I Fredericia kommune i Danmark tiltrettela man en egen avdeling for hjemmerehabilitering. Modellen fokuserer lite på diagnoser, og mye på mestring av hverdagens aktiviteter. Fysioterapeutene, ergoterapeutene og hjemmetrenerne som læres opp av terapeutene, ser etter pasientenes utviklingspotensial. Målet er å trene pasienten til å klare egendefinerte daglige gjøremål. I Fredericia har man regnet på kostnader ved å gi intensiv rehabilitering til brukere i en avgrenset tidsperiode, og funnet at i tillegg til mer fornøyde brukere og ansatte, reduserer rehabiliteringen kommunens utgifter til helsehjelp (4).

PROSJEKTET. Denne artikkelen

beskriver et prosjekt som viser at små kommuner bør organiseres med forpliktende samarbeidsavtaler for å gi best og mest effektiv helsehjelp. Prosjektet «Hjemmebasert rehabilitering for pasienter med hjerneslag i kommunene Stord, Bømlo og Fitjar» (5) var avgrenset til pasienter med hjerneslag med lette til moderate funksjonsutfall. Målet var kontinuitet i rehabiliteringsforløp på tvers av sykehus og kommune. I ny retningslinje for behandling og rehabilitering etter hjerneslag forventes det at man etablerer ambulante team innen rehabilitering i alle helseforetak (1). Man ønsket en erfaring med dette. Organisering av tjenestene med overføringsrutiner mellom slagenhet og kommuner måtte gjennomgå. Man tok i bruk kunnskap og anbefalinger fra forskning (5) samt nasjonal retningslinje, som bygger på erfaringer fra større byer (1). Det nye var å gi tidlig støttet utskriving etter hjerneslag i mindre kommuner. Bedre samhandling på tvers av faggrenser og behandlingsnivå er en nødvendig forutsetning for gode pasientforløp (1,2). Man skulle endre behandlingsopplegg i henhold til nasjonal faglig retningslinje, og nasjonale føringer skulle stimuleres og tilpasses lokal kontekst.

I prosjektperioden året 2012 fikk 29 pasienter fra tre forsøkskommuner på til sammen 32 154

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Artikkelen belyser endringer som ble gjort i behandlingstilbudet for pasienter med hjerneslag med moderate til lette funksjonsutfall i et helseforetak og tre mindre norske kommuner. Det ble tilsatt et felles tverrprofesjonelt ambulante rehabiliteringsteam i prosjektet. Det ambulante teamet samarbeidet tverrprofesjonelt med hensyn til felles prosesser og holdninger inn mot både spesialisthelsetjenesten og kommunene. Studien viste at pasientene fikk et godt hjemmerehabiliteringstilbud.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Hjerneslag
- Rehabilitering
- Samhandling
- Samarbeid



Fikk hjelp: Behovet for rehabilitering gjaldt i hovedsak redusert balanse, nedsatt hukommelse, kognitive og emosjonelle problemer. Illustrasjonsfoto: Colourbox

innbyggere, tilbud om hjemmebasert rehabilitering etter hjerneslag. Data ble innhentet fra fokusgruppeintervju med styret i et lokallag i Landsforening for Slagrammede før prosjektet startet. Underveis ble det samlet data fra prosjektgruppens møtereferat. Etter prosjektperioden hadde man evalueringssamtaler med tverrfaglig ambulant rehabiliteringsteam, med ledere for hjemmetjenesten og bestillerenheten i kommunene. I tillegg foretok man en spørreundersøkelse med pasienter og pårørende, der 21 pasienter og 17 pårørende svarte.

TVERRFAGLIG. Tverrprofesjonelt teamsamarbeid kjennetegnes av at helsepersonell fra ulike profesjoner

og nivåer i helsetjenesten både arbeider ut fra sin egen profesjonskompetanse og ut fra interprofesjonell samarbeidskompetanse. I tverrprofesjonelt samarbeid deltar pasient, pårørende og eventuelt andre i samarbeidet. Alle gir sitt unike bidrag, med kompletterende kunnskaper og ferdigheter som trengs for å nå målet (6). Hver for seg hadde ikke kommunene eller sykehuset den tverrprofesjonelle kompetansen som skulle til for å jobbe effektivt med hjemmerehabilitering (5). Fysioterapeutene og ergoterapeutene i kommunene hadde mange pasienter fra før, og kunne ikke bidra i arbeidet med utvikling av nye rutiner. De bidro i noen grad i komplekse rehabiliteringsforløp, som

«Målet er at flere skal være selvstendige hjemme lenger.»

besto av enkeltstående behandlingstidspunkter eller rekker av behandling, men uten å samarbeide med øvrige teammedlemmer rundt pasientene.

Et tverrprofesjonelt ambulant rehabiliteringsteam ble ansatt. Intensjonen var smidige overganger mellom sykehus og kommuner, god kontinuitet i rehabiliteringen, god informasjonsflyt og at kommunene til enhver tid skulle ha tilgang til nødvendige fysioterapi- og

ergoterapitjenester. Teammedlemmene fikk dobbel tilhørighet, der noe av stillingen tilhørte teamet og noe i kommunen eller helseforetaket. De kjente derfor organisasjonene godt.

BEDRE INFORMASJON. I spesialisthelsetjenesten kartla terapeuter, sykepleiere og leger pasientene ut ifra ansvarsområdet til sin egen profesjon. Profesjonene samarbeidet i forbindelse med møter, rapporter og i konkrete situasjoner rundt pasientene, og tilstrebet å skrive en felles tverrfaglig rapport til bruk ved overføring av pasienter mellom nivåene. I kommunene var det større fysisk avstand mellom tjenesteyterne, i





tillegg til at pasientene bodde hjemme. Man hadde liten tradisjon for tverrprofesjonelt samarbeid. Arbeidet i kommunene var enfaglig eller flerfaglig; tjenesteytere arbeidet ved siden av hverandre i stedet for tverrprofesjonelt. Man hadde ikke alltid tilgang til logoped, og hadde færre terapeuter enn i sykehuset.

Informasjonsflyten mellom samarbeidspartene på sykehuset og ambulant team ble vesentlig forbedret i prosjektperioden. Leder for ambulant team var med på ukentlige møter i slagenhet og rehabiliteringsavdeling på sykehuset. På bakgrunn av tverrfaglige rapporter fra sykehus og ny kartlegging hjemme ble det utarbeidet rehabiliteringsplaner til bruk i kommunene.

FELLES SPRÅK. Brudd i kommunikasjonen mellom samarbeidsparter i rehabiliteringsforløp kan føre til uheldige brudd i rehabiliteringsprosessen (5). I spesialisthelsetjenesten hadde man andre hovedfokus enn i kommunehelsetjenesten. Slagenheten og rehabiliteringsavdelingen hadde en medisinsk tilnærming med vekt på måling av funksjoner. Rehabilitering i kommunen var å arbeide ut fra et aktivitetsperspektiv, med mål om at pasienten skulle komme tilbake til hverdagslivet og fungere i aktiviteter, sosialt fellesskap, fritid og i en eventuell jobb.

Helsepersonellet måtte arbeide for å forstå hverandres språk, utfordringer og styrke på ulike arenaer. Man arbeidet med å forstå hva som var de ulike partenes viktigste rolle og funksjon. Det ambulante rehabiliteringsteamet hadde jevnlig dialog, og utviklet en felles forståelse av hva helhet i rehabiliteringsforløp i helsetjenesten betyr. Hvert av teammedlemmene hadde kontakt med samarbeidsparter i sin kommune eller på sykehuset, og brakte tenkningen i hjemmerehabilitering inn i sin egen organisasjon. Dette bidro til at man utviklet et felles språk i personalgruppene i kommuner og helseforetak.

KARTLEGGINGSVERKTØY. Tverrfaglig funksjonskartlegging fra

sykehuset og hjemmebesøk av ambulant team etter utskrivning utgjorde grunnlaget for arbeid med rehabiliteringsplaner (5). Det kanadiske ergoterapikartleggingsverktøyet COPM (Canadian Occupational Performance Measure) ble brukt i kartlegging av brukerens funksjon i hverdagen. Når man bruker COPM, snakker pasient og terapeut om temaene personlig stell, påkledning, mobilitet, forflytning, måltidssituasjoner, fungering i samfunnet, arbeid, husarbeid, interesser, fritid, hobbyer og sosiale aktiviteter. I løpet av samtalen velger bruker inn til fem områder der det skal legges til rette for rehabilitering (7).

I prosjekt Hjemmebasert rehabilitering (5) vurderte pasientene sin funksjon. Man gikk ut fra at mange brukere hadde kognitive og emosjonelle skader, og valgte derfor å forenkle kartleggingsverktøyet. Mål for hvor fornøyde pasientene var med utførelse av aktiviteten ble utelatt.

Skårene ble målt ved oppstart og avslutning av rehabilitering. Det ble laget detaljerte rehabiliteringsplaner med mål og tiltak. Rehabiliteringen ble fulgt av få personer, for å gi mulighet til å støtte små forbedringer. Pasientene oppnådde forbedring på områdene de hadde valgt å jobbe med.

HJEMMEREHABILITERING. Foregangskommuner i Sverige og Danmark har arbeidet med hjemmerehabilitering i 10–15 år (3,4). Etter hvert har også norske kommuner fått erfaring med å gi rehabilitering i pasientenes hjem. Man kan hente gode grep fra andre land og fra etablerte strukturer i byer og større kommuner, men norske retningslinjer og lokale forhold må legges til grunn ved planlegging av endring i organisasjonene (8). Mange norske kommuner er små, og da kan rehabilitering være ekstra krevende fordi man trenger ulike profesjoners kompetanse for å gi riktig helsehjelp til pasientene.

Fordi hjerneslag forbindes med nedsatt fysisk funksjon, regnet man med å samarbeide med hjemmetjenesten (5). De fleste pasientene hadde færre fysiske funksjonsnedsettelser enn antatt. Problemstillingene

som medførte behov for rehabilitering gjaldt i hovedsak redusert balanse, nedsatt hukommelse, kognitive og emosjonelle problemer.

Hjemmetjenesten har som primær oppgave å utføre tjenester som brukere ikke klarer å ivareta selv. Når brukerne ikke hadde de utfordringene hjemmetjenesten tradisjonelt bistår med, ble ikke hjemmetjenesten en naturlig samarbeidspart.

I tilfeller der de deltok i samarbeidet lærte både pasient, pårørende og hjemmetjenesten å arbeide på en rehabiliterende måte.

Noen ganger ble kunnskap om rehabiliteringen overført

fra terapeutene til hjemmetjenesten i konkrete samarbeidssituasjoner hjemme hos brukeren. På grunn av tidspress og hjemmetjenestens uforutsigbare hverdag klarte man ofte ikke å møtes samtidig hos brukeren. Da måtte hjemmetjenesten se i rehabiliteringsplanen hvordan rehabiliteringen konkret skulle utføres. Eksempler på treningsopplegg hjemmetjenesten fulgte opp var dusj- og påkledningssituasjoner.

At konkrete arbeidsmåter ble videreført mellom sykehus og kommune bidro til kontinuitet i rehabiliteringen. Hjemmetjenestens bidrag med å gi pasientene trening på gange, eller gåing i trapp, ga økt intensitet og hyppighet i rehabiliteringen.

TEAMARBEID. I prosjektperioden (5) var ambulant team sammensatt av personell fra ulike helsefaglige profesjoner på tvers av kommunene og nivåene i helsetjenesten. Prosjektgruppen planla at teamet skulle gi en samlet, tverrfaglig innsats til hver enkelt pasient, uansett hvilken kommune pasienten bodde i. Det viste seg krevende å få til i praksis. Kommunene har relativt liten befolkning spredt over et større geografisk område. Det var langt å kjøre til mange pasienter. Tanken på å belaste andre gjorde at man i liten grad spurte om hjelp til vurdering av pasienters funksjon eller treningsopplegg. Terapeutenes

«Sverige og Danmark har arbeidet med hjemmerehabilitering i 10–15 år.»

tradisjon for å arbeide selvstendig var en stor del av deres personlige profesjonelle kompetanse.

Utfordringene man opplevde førte til justering av den intenderede arbeidsmåten. Teamets felles oppgave ble å ha fortløpende diskusjon om prosessene i prosjektet, og tverrfaglig veiledning av hverandre. Her ble den tverrprofesjonelle kompetansen på tvers av nivåene godt utnyttet. Teamet utarbeidet felles strategier for arbeidet i kommuner og helseforetak, utarbeidet informasjonsmaterieell, vurderde kartleggingsverktøy og skreddersydde ergoterapeutverktøyet COPM. Teammedlemmene arbeidet også ut mot hjemmetjenesten og bestillerenhetene i kommunene.

KONKLUSJON. Studien belyser endringer i organisering av behandlingsskjeden for pasienter med hjerneslag i tre mindre norske

kommuner og ett helseforetak. Utgangspunkt var de Nasjonale faglige retningslinjene for behandling og rehabilitering etter hjerneslag (1) og samhandlingsreformen (2). Reformens målsetting er at man skal gi helsehjelp på beste effektive omsorgsnivå, som betyr tidlig intervensjon, rehabilitering, å utsette funksjonsnedsettelse og begrense opphold i institusjon. Retningslinjen (1) legger vekt på at pasienter med lette til moderate funksjonsutfall etter hjerneslag bør få tverrfaglig oppfølging og rehabilitering i hjemlige omgivelser.

De fysiske avstandene mellom kommunene var store, og kommunene hadde ulike journalsystemer som vanskeliggjorde tverrprofesjonelt samarbeid om konkret arbeid rundt enkeltpasienter. Ambulant team samarbeidet tverrprofesjonelt med hensyn til felles prosesser og holdninger

overfor spesialisthelsetjenesten og kommunene. De utarbeidet informasjonsmaterieell, nye rutiner og prosedyrer, og tilrettela kartleggingsverktøy for bruk i arbeid med hjemmerehabilitering. Det ble utarbeidet rehabiliteringsplaner som ble fulgt av dem som var involvert i arbeidet med rehabilitering av pasientene.

Selv om organiseringen i helseforetaket og kommunene ennå ikke fungerte smidig med hensyn til hjemmerehabilitering, klarte man å gi rehabilitering til pasienter som normalt hadde fått pleie eller ikke noe tilbud i det hele tatt. Dette oppnådde man ved å fokusere på at pasientene skulle ha rehabilitering i hjemmet. Studien viser at pasienter med lette til moderate funksjonsutfall etter hjerneslag kan få et godt hjemmerehabiliteringstilbud også i mindre kommuner. ●

REFERANSER:

1. Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering av hjerneslag IS-1688. Oslo: Helsedirektoratet, 2010.
2. St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet.
3. Månsson M. Hemrehabilitering: vad, hur och för vem? Stockholm: Fortbildning AB, 2007.
4. Kjellberg PK. Hverdagsrehabilitering i Fredericia kommune 1. devaluering. Danmark: Dansk Sundhedsinstitutt/Fredericia kommune, 2010.
5. Kvilhaugsvik B, Birkeland A. Hjemmebasert rehabilitering for pasienter med hjerneslag i kommunene Stord, Bømlo og Fitjar. Med hovedfokus på samhandling mellom faggrupper, mellom enheter innen helsetjenestene, og dermed på kontinuitet i rehabilitering hos pasienter som har hatt hjerneslag. Haugesund: Helsetorgmodell-rapport 2013/1.
6. Hammick M, Freeth D, Copperman J, Goodson D. Being interprofessional. U.K.: Polity Press, 2009.
7. Kjekken I, Sand-Svarterud AL. The Canadian Occupational Performance Measure brukt i rehabilitering. Ergoterapeuten 2012;11:11–18.
8. Ness NE, Laberg T, Haneborg M, Granbo R, Færevåg L, Butli H. Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering. Ergoterapeutene. Norsk Sykepleierforbund og Norsk Fysioterapiforbund. <http://ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/aktuelt/Nyhetsarkiv/Rapporten-Hverdagsmestring-og-hverdagsrehabilitering-overlevert-departementet> (30.06.2014).

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til

torhild.apall@sykepleien.no

dips.no/panorama



JENSEN, Per Olav

12.03.1943 - 71 år - Mann



25.08.14 kl. 10.46:

Morfin 10mg/ml i.v., **1,0 ml**



Oversikt, kvalitet og trygghet.

I den kliniske tidslinjen i DIPS vises all klinisk informasjon i ett bilde. Ledende leverandør av e-helse til norske sykehus siden 1987.



ENABLING EFFICIENT HEALTHCARE