



HVERDAGSREHABILITERING BYR PÅ LITE NYTT

Hjemmesykepleie. Konseptet hverdagsrehabilitering innebærer en underkjenning av de ansattes erfaring og kompetanse.

FAGDEBATT:

Artikkelen bygger på

100% teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2016.56162



Stein Erik Fæø,
2. års masterstudent i sykepleievitenskap, Universitetet i Bergen

Hverdagsrehabilitering er et konsept som har blitt svært populært innenfor kommunale hjemmetjenester de siste årene.

ENTUSIASME. På hjemmesidene til de fylkesvise utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester kan vi lese om hvordan prosjekter startes opp med stor entusiasme rundt om i hele landet (1). I 2014 ga KS ut en rapport basert på erfaringer gjort i 18 kommuner og to Oslo-bydeler, som inneholder en rekke anbefalinger for hvordan konseptet kan implementeres videre (2).

Konseptet omtales som forholdsvis nytt, med røtter fra Östersund i Sverige og, ikke minst, fra Fredericia i Danmark (2,3). Og så fra departementshold roses konseptet og betegnes som et paradigmeskifte i hjemmesykepleien (4). Men hva er det egentlig som er så nytt med dette konseptet? Hvordan kan det ha seg at konseptet hverdagsrehabilitering har blitt så populært i de kommunale hjemmetjenestene, og hvordan påvirker det tjenestene?

TANKEN BAK. Som nevnt står den danske kommunen Fredericia sentralt i utviklingen av konseptet. «Fredericia-modellen» åpner for mange måter å anvende

konseptet på, noe som kommer tydelig frem i den nevnte rapporten fra KS (2). Grunntanken bak hverdagsrehabilitering er imidlertid klar. I de kommunale hjemmetjenestene har man kommet i et uføre der man, heller enn å hjelpe pasientene til å mestre dagliglivets oppgaver, har hjulpet dem med selve oppgavene. Dette har ført til en passivisering av pasientene der manglende aktivitet og ivaretagelse av fysisk funksjon fører til stadig økt hjelpebehov over tid, med påfølgende økt ressursbruk fra kommunens side.

Filosofien bak hverdagsrehabilitering går ut på at man heller setter inn økte ressurser i begynnelsen av hjelpeforholdet. Mestring, ivaretagelse og bedring av fysisk funksjon skal vektlegges. Målsettingen er at pasientens hjelpebehov etter hvert skal reduseres og aller helst falle bort (5). På denne måten kan pasientene oppleve økt uavhengighet og kommunene kan unngå unødvendig ressursbruk. I tillegg kan pleierne oppleve økt arbeidsglede ved å se at pasientene blir bedre og opplever mestring (2).

Man hevder at pleiere i tradisjonell hjemmesykepleie er fanget i «hjelpellen», noe som bidrar til «passivitet, hjelpeløshet og avhengighet» (2). Ness et al. (6) mener omsorgstjenestene er preget

av stereotypiske bilder av eldre og at dette fører til aldersdiskriminering og standardisering av tjenestene. Hverdagsrehabilitering innebærer imidlertid å fokusere på enkeltindividets evner og ønsker (5).

GJENNOMFØRING. Hvordan konseptet organiseres varierer fra kommune til kommune. Imidlertid presenteres det en rekke suksesskriterier; som forankring i ledelsen, tverrfaglig samarbeid, kompetanseheving, holdningsendringer og dokumentasjon av resultater (2,6,7). Hvorvidt man oppretter egne team eller engasjerer hele tjenesten, fokuserer på bestemte diagnoser, «nye» eller «gamle» pasienter og så videre, ser ut til å variere.

Hovedtrekkene slik de presenteres i «Fredericia-modellen» er imidlertid at pasientens funksjonsnivå kartlegges av ergo- eller fysioterapeut, eventuelt sykepleier med særskilt opplæring (7). I samarbeid med pasienten og i tråd med dennes ønsker og uttalte behov legger man en plan for måloppnåelse. Den daglige hjelpen utøves, som før, av pleiere med ulik fagkompetanse. Pleierne har særskilt opplæring i hverdagsrehabilitering, ofte med en egen tittel som «hjemmetrener» eller liknende.

Fakta ●●●

Hovedbudskap:

Pleiere i hjemmesykepleien går i «hjelpellen» og forårsaker redusert funksjonsnivå og økt hjelpebehov. Hverdagsrehabilitering lanseres som en innovativ løsning på problemet, både for pasientene og kommuneøkonomien. Hva er det som egentlig er så innovativt med hverdagsrehabilitering, hvordan har det blitt så populært og hvordan påvirker det hjemmesykepleien for øvrig?

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider

- Rehabilitering
- Sykepleie
- Hjemmesykepleie

Et viktig punkt er at planene følges nøye og metodisk; alle må jobbe sammen for at pasienten skal nå sine mål. Tiltakene vurderes og justeres jevnlig av ansvarlig terapeut eller sykepleier for å følge pasientens progresjon. Varigheten av innsatsen varierer også, fra noen uker til noen måneder, men det er mulig å utvide dersom effekten er god. Manglende progresjon kan i motsatt ende føre til at man avslutter tidligere. Rapporten fra KS presenterer videre en rekke skjemaer som anbefales for å registrere og vurdere alt fra funksjonsnivå, progresjon, tidsbruk, tilfredshet og så videre (2).

IDEALSYKEPLEIE. Er disse tankene nye? Tanken om selvhjelp har ligget til grunn for utøvelse av sykepleie siden yrkets spede start, selv om begrunnelsen for dette har endret seg fra anstendighetsårsaker (8) eller manglende ressurser (9) til at uavhengighet og egenomsorgsevne er et behov i seg selv (8,10). Sykepleieteoretikere har gjennom tidene vært opptatt av å hjelpe pasienten til å ivareta og styrke funksjonsnivå (11). Beslutningsprosessen i sykepleie, slik den presenteres i lærebøker i sykepleie på grunnivå, angir redskaper for jevnlig evaluering og justering av sykepleietiltak med vekt på mestring og å gjenvinne egenomsorgsevne (12). Hvor sterkt man fokuserer på pleie som fremmer egenomsorg i praksis kan selvsagt diskuteres, men idealene og verktøyet er like fullt til stede. Prøveordninger med ergo- og fysioterapeuter ble integrerte tjenester i hjemmesykepleien allerede på slutten av 70-tallet (13).

HJEMMESYKEPLEIEN I PRAKSIS. Vi kan imidlertid finne noen indikatorer på hvorfor disse idealene ikke har fått fotfeste i de kommunale hjemmetjenestene. Kari Wærness (14) advarte på 80-tallet mot sentralisering og profesjonalisering av tjenestene. Hun fryktet tjenester bygget på

kalkulerende rasjonalitet, preget av rutiner og fastlagte prosedyrer etter økonomiske hensyn, med lite fleksibilitet og vekt på individet.

En rekke undersøkelser som er gjort på feltet viser at profetien til en viss grad har gått i oppfyllelse: Tidspress, rigide vedtak, få ansatte med høy grad av ufaglærte, lite kontinuitet, strenge dokumentasjonskrav. Stadig nye pasienter for pleierne og tilsvarende stadig nye pleiere for pasientene vanskeliggjør målrettet arbeid

«Skal den kompetente pleier utføre annen hjelp enn den som er vedtatt må det skje i «det skjulte».

for å hjelpe pasientene til å ivareta og gjenvinne egenomsorgsevne (8,15–18).

Boge (8) viser til hvordan den omfattende bruken av ufaglærte i sykehjem fører til at hjelpen standardiseres for å sikre at basale behov dekkes. Ifølge Tønnesen og Nortvedt (19) vet sykepleierne i hjemmesykepleien hvordan de skal jobbe for at pasientene skal ivareta funksjonsnivå, men de mangler ressurser til å gjøre det. Skal pasientene få dekket sine grunnleggende behov, må de enten klare det helt selv eller la pleierne gjøre det for dem.

Kirchhoff (16) viser til hvordan bestiller-/utførermodellen med sine rigide vedtak og tiltaksbeskrivelser, kan føre til at alle avvik fra de forhåndsdefinerte oppgavene regnes som «ulovlig». Skal den kompetente pleier utføre annen hjelp enn den som er vedtatt, må det skje i «det skjulte». Faglig erfaringsutveksling i formelle fora blir dermed vanskelig ettersom

det innebærer å innrømme «ulovlig» atferd.

DET FENGSELSAKTIGE. Michel Foucault (20) avslutter boken «Overvåkning og straff» med å skrive om «det fengselsaktige» i samfunnet: Omhyggelig kartlegging av den enkelte borger, utført av de ansatte; «normalitetsdommere» i samfunnet som gir makt-haverne kontroll over enkeltindividene og mulighet til å overvåke virksomhetene. Gjennom kartlegging og kategorisering av alt som kan kartlegges og kategoriseres, får man en nøye oversikt over hver enkelt og hvilke muligheter og utfordringer som følger eller kan komme til å følge med vedkommende.

I «Klinikkens fødsel» (21) viser Foucault hvordan sykehusene ikke først og fremst oppsto som behandlingsinstitusjoner, men som utdanningsinstitusjoner der målet var å sikre seg kunnskap og kontroll over menneskekroppen. Alt for å sikre best mulig utnyttelse av enkeltindividet i en sterk og effektiv stat.

SKJEMAENES FORTREFFELIGHET. Så hvordan kan det være at et konsept som hverdagsrehabilitering har blitt så populært i de kommunale hjemmetjenestene, både på departementshold og på «gulvet»? Konseptet bærer, som nevnt, med seg et omfattende skjemavelde. På denne måten kan man sikre seg at de frigjorte ressursene anvendes mest mulig effektivt. «Hvert eneste øyeblikk av livet kan anvendes til noe, forutsatt at man forstår å differensiere øyeblikkene og kombinere dem med andre øyeblikk» (20).

Gjennom krav om kontinuerlig rapportering av kvantifiserte data for hver enkelt pasient kan man sikre at ingen ressurser går til spille. Man får hurtige indikatorer på hvorvidt tiltaket rundt den enkelte er lønnsomt, i form av redusert hjelpebehov. Man kan derfor kjapt vurdere om tiltaket bør avsluttes eller om pasienten kvalifiserer for videreføring. Målet er

at «gevinsten er større enn rehabiliteringsinnsatsen» (2).

NORMALISERINGSEFFEKTEN. Det er kanskje først og fremst denne kvaliteten ved hverdagsrehabilitering som skiller det fra tradisjonell sykepleiefaglig tenkning. Skjemaene kontrollerer at pasienter så vel som pleiere utøver sine oppgaver kostnadseffektivt og gjør at den økte ressursbruken som ligger i hverdagsrehabilitering kan forsvares økonomisk. Videre fører skjemaenes oppbygning til at de er enkle å kvantifisere og analysere statistisk. De kan forskes på og gjør det mulig å sammenlikne ulike metoder og tilnærminger slik at konseptet kan effektiviseres ytterligere. På denne måten har hverdagsrehabilitering også en normaliserende funksjon. Selv om sentrale dokumenter presiserer at hverdagsrehabilitering ikke egner seg for alle, er det tydelig et ønske om at dette på sikt skal bli «det normale». I Bydel Gamle Oslo ble for eksempel stillingsbeskrivelsen for hjemmehjelperne i 2013 endret til hjemmetrener (2). Prosjekttitler som «Aktiv deltaker i eget liv» og «Leve HELE LIVET» vitner om at alternativet ikke er å trakte etter. Konseptet selges inn med at det er «veldokumentert at spesielt eldre er opptatt av å være uavhengige av hjelp så lenge som mulig» (3).

MARGINALISERING. Marginaliseringen av dem som ikke «passer inn» i konseptet er påfallende. Pleierne og terapeutene som skal vurdere hvem som er egnet eller ikke, blir dermed «normalitetsdommere» slik Foucault (20) beskriver. De «normale» som passer inn, geleides inn i et strengt overvåket system, der alle sider av livet kartlegges omhyggelig. Slik får man oversikt over alle pasientens ressurser og utfordringer. De som ikke passer inn henvises til tradisjonell hjemmesykepleie. En skjebne, skal vi tro skjempene for hverdagsrehabilitering, vi helst vil



unnå. Konseptet sies å være preget av fleksibilitet, men bare til en viss grad. For å oppnå målene må alle, som vi har sett, følge oppsatte planer nøye. Det er ikke den kompetente pleier, som kjenner pasienten, som fra dag til dag vurderer hva pasienten kan klare selv eller ikke. Den ansvarlige for pasientens plan legger føringene for hvordan den daglige rehabilitering skal utføres. Tiltakene blir dermed ikke mer fleksible, snarere tvert imot; de blir enda mer rigide og detaljstyrte. Forskjellen er bare at de endres oftere.

VINN-VINN? Mye av argumentasjonen legger skylden for uføret i hjemmesykepleien på pleierne. Et siste aspekt ved hverdagsrehabilitering som nok kan oppleves tiltalende for bevilgende myndigheter. Det er pleierne som er lite fleksible og standardiserer hjelpen, fordi de er for fastlåst i rutiner og ser på eldre som «svake, isolerte, initiativløse, uproduktive, syke og avhengig av hjelp» (6). Det er pleierne som går i «hjelpellen». De bevilgende myndigheter slår dermed to fluer i en smekk. De unndrar seg ansvaret for situasjonen som har oppstått samtidig som de kan ta æren for å innføre «et paradigmeskifte» (4) innenfor hjemmesykepleien. Pleierne på sin side får dra på kurs og konferanser. De får endelig ressurser til å jobbe etter egne faglige idealer, og de får se at pasientene blir bedre. Alle er fornøyde. At konseptet bygger på en underkjenning av den innsatsen ansatte i hjemmesykepleien har gjort de siste 30–40 årene, og ikke minst den kompetansen disse bærer på, synes mindre viktig.

HVORDAN VIRKER DET? Når man leser om erfaringene med hverdagsrehabilitering, eller ser solskinnshistorier på YouTube om eldre som har fått et nytt liv med tiltaket, er det vanskelig å være kritisk. Hvorvidt tiltaket er positivt, både for pasientene som har gått gjennom det og for budsjettene til kommunene som har

innført det, stiller vi ingen spørsmål ved. Det heter seg imidlertid at «There is no such thing as a free lunch». Økte ressurser og frigjøring av kompetente pleiere må komme fra et sted.

Så hva blir til overs til de pasientene som ikke passer inn i hverdagsrehabiliteringens strenge inklusjonskriterier? De som ikke kan bli bedre, de som av ulike grunner ikke lar seg motivere, de som er de aller svakeste? Når prosjektmidlene er over og hver-

«Mye av argumentasjonen legger skylden for uføret i hjemmesykepleien på pleierne.»

dagsrehabiliteringen skal ha sin del av det samlede helse- og omsorgsbudsjettet? Når de flinkeste og mest engasjerte ansatte er trukket inn i hverdagsrehabiliteringsteamet? Eller når pleierne bærer tittelen «hjemmetrener» og signaliserer at de som ikke trener egentlig burde fått hjelp av noen andre?

Med Kari Martinsen (22) kan man si at innføringen av hverdagsrehabilitering for alvor markerer vekstomsorgens inntreden på det som tidligere har vært vedlikeholdsomsorgens domene. Hjemmesykepleien blir nok en arena der det viktigste ikke først og fremst er å ivareta og møte pasientene i deres behov fra dag til dag. Det å jobbe mot et på forhånd fastlagt og målbart resultat blir drivkraften.

KOMPLEKSE PROBLEMSTILLINGER. La oss si at hverdagsrehabilitering skal være «normalen» og inkludere flest mulig pasienter. I så fall blir det interessant å se om skjemaveldet og konseptualiseringen tar inn over seg alle de komplekse problemstillingene hjemmesykepleieren ofte står overfor. Kan hende ender det som

en videreføring av de rigide vedtakene fra tidligere; med hyppigere endringer, men enda mer rigide beskrivelser av tiltak. Når alt kommer til alt ser det jo egentlig ikke ut til at det er så veldig mye som er nytt med hverdagsrehabilitering. Bortsett fra ordet. ●

REFERANSER:

1. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester 2015. <http://www.utviklingssenter.no/index.php?cat=179634> (21.05.2015).
2. Lilland Høverstad RF. Fra passiv mottaker til aktiv deltager – Hverdagsrehabilitering i norske kommuner. Oslo: KS-FoU, 2014.
3. Birkeland A. Aktiv Mestring i hjemmesykepleien. Sykepleien 2014;3:44-7.
4. Morgendagens omsorg. St.meld. nr. 29 (2012-2013). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2013.
5. Kjellberg PK, Ibsen R, Kjellberg J. Fra pleje og omsorgsviden og anbefalinger. København: Dansk Sundhedsinstitut, 2011.
6. Ness NE, Laberg T, Haneborg M, Granbo R, Færevaaag L, Butli H. Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering. Oslo: Ergoterapeutene, Norsk Sykepleierforbund, Norsk fysioterapeutforbund, 2012.
7. Kjellberg PK, Kjellberg J, Ibsen R, Christensen LT. Hverdagsrehabilitering i praksis. Ergoterapeuten 2012;1:5-9.
8. Boge JH. Kroppsvask i sykepleie: eit politisk og historisk perspektiv. Oslo: Akribe, 2011.
9. Schjøtz A, Skaset M. Folkets helse – landets styrke 1850–2003.
10. Wahl AK, Hanestad BR. Måling av livskvalitet i klinisk praksis: en innføring. Bergen: Fagbokforlaget, 2004.
11. Kirkevold M. Sykepleieteorier: analyse og evaluering. Oslo: Ad notam Gyldendal, 1998.
12. Skaug EA, Andersen ID. Beslutningsprosesser i sykepleie. I: Kristoffersen NJ, Nortvedt P, Skaug EA, red. Grunnleggende sykepleie. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2006; Bind 1:184–214.
13. Bølstad J. Hjemmesykepleien – Kommunehelsetjenestens grunnpill. Otta: TANO, 1985.
14. Wærness K. The rationality of caring. Economic and industrial democracy 1984;5:185-211.
15. Moland LE, KS forskning, Kommunenes sentralforbund, Norge. Sosial- og helsedepartementet. Suksess og ned-erlag i pleie- og omsorgstjenestene: kvalitet, effektivitet og miljø. Oslo: Fafo, 1999.
16. Kirchhoff J. De skjulte tjenestene: om uønsket atferd i offentlige organisasjoner. Karlstad: Karlstad University, 2010.
17. Østby BA. 17 ulike pleiere på fire uker. Sykepleien 2014. <https://sykepleien.no/2014/06/17-ulike-pleiere-pa-fire-uker> (21.05.2015).
18. Gautun H, Syse A. Samhandlingsreformen – Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene imot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene? NOVA, 2013 Contract No.:8.
19. Tønnesen S, Nortvedt P. Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie? Sykepleien Forskning 2102;7:280-5.
20. Foucault M, Østerberg D. Overvåking og straff: det moderne fengsels historie. Oslo: Gyldendal, 1999.
21. Foucault M. Klinikens Fødsel. København: Hans Reitzels Forlag, 2000.
22. Martinsen K. Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no