



DRAMMEN
KOMMUNE



Skap gode dager

Lengst mulig i eget liv

Hverdagsrehabilitering i hjemmet

Veileder

Helse, sosial og omsorg

Hverdagsrehabilitering i hjemmet

Veileder

Utgave 1 – 2015

Kontaktpersoner: kari.jokstad@drmk.no og norunn.stordal@drmk.no

Temaplan for Helse, sosial og omsorg 2015–2018 ble vedtatt i Bystyret juni 2015. Organisasjons – og Utviklingsprogrammet «Hverdagsmestring som tankesett og hverdagsrehabilitering som arbeidsform» er hovedsatsingen under planens strategi «Lengst mulig i eget liv».

Hverdagen er viktig. Den består av selvfølgeligheter som vi først forstår verdien av når hverdagen blir forandret. Når mange små aktiviteter i hverdagen ikke lenger er en selvfølge, når vi ikke lenger kan hente avisen, ta bussen eller dusje, går det opp for oss hvor viktige disse er. Hverdagslivet er det livet vi lever hver dag i hjemmet vårt, i nærmiljøet og i relasjon med andre. Hverdagsaktivitetene kjennetegnes av regelmessighet, forutsigbarhet, vaner og rutiner.

Det er nøyaktig her hverdagsrehabilitering iverksettes. Hverdagsrehabilitering er en tidsbegrenset, målrettet og tverrfaglig innsats som er skreddersydd til brukers behov. Vi spør «Hva er viktige aktiviteter for deg?» Til grunn ligger hverdagsmestring som tankesett – vi gjør sammen med, ikke for.

Hverdagsrehabilitering skal bidra til å øke brukerens selvstendighet og selvhjelpenhet i daglige gjøremål, slik at vedkommende fortsatt kan bo hjemme, være aktiv i eget liv og delta sosialt og i samfunnet.

Dette heftet skal være et verktøy til å forstå hva hverdagsrehabilitering er i praksis. Heftet er blant annet basert på arbeid som er gjort i andre kommuner som ligger foran oss i hverdagsrehabiliteringsløypa. Vi ønsker derfor å rette en særskilt takk til de som har utarbeidet veiledere for Bodø og Kristiansand.

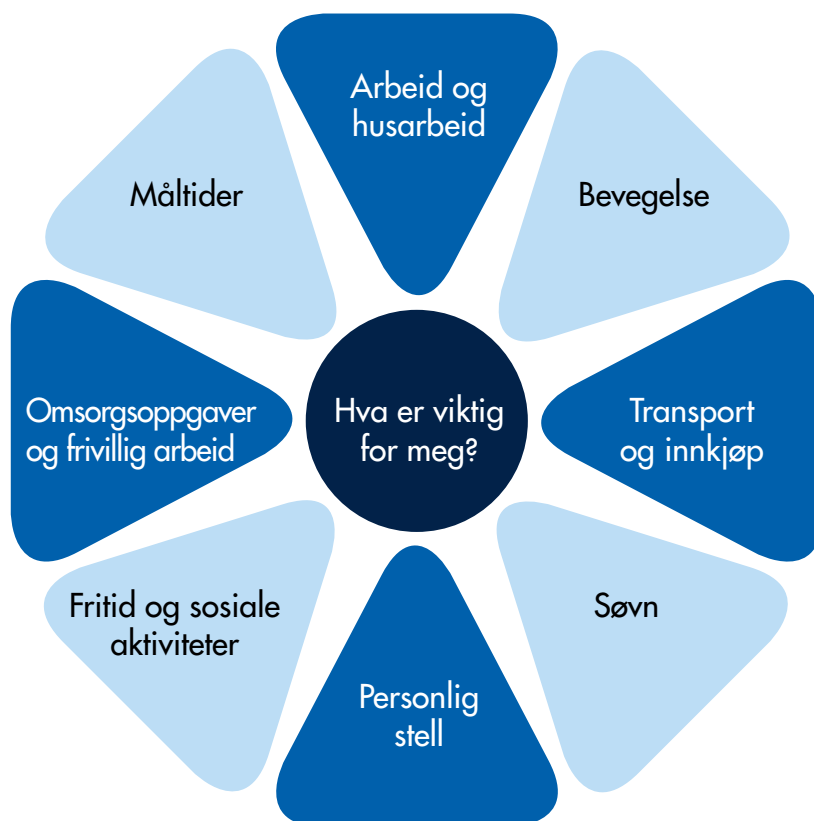
Innhold

DEL I	4
Hva er viktige aktiviteter for deg?	4
Hverdagsmestring – et grunnleggende tankesett	4
Hverdagsrehabilitering – en arbeidsform	6
Målgruppe	6
Hverdagsrehabilitering eller hjemmerehabiliteringsteamet?	7
Hvordan oppdage «de rette» brukerne?	9
Fasene i et hverdagsrehabiliteringsforløp	10
Arbeidsoppgavene i hverdagsrehabiliteringsforløpet	12
Tverrfaglig samarbeid.....	12
Min hverdagsrehabiliteringsplan	13
Eksempel på et hverdagsrehabiliteringsforløp	14
Kommunikasjon	15
Pårørende	16
Etiske dilemmaer og utfordringer	16
DEL II	
Samarbeid mellom aktører som oppdager aktuell bruker, KFT og hjemmetjenesten	18
Forløp 1: Hjemmeboende bruker som mottar tjenester og hvor hjemmetjenesten eller andre oppdager funksjonsendring	18
Forløp 2: Pasient er innlagt på sykehus	19
Forløp 3: Innbygger henvender seg til KFT med søknad om tjenester for første gang	19
Forløp 4: Bruker som er på Helsehuset.....	20
Vedtak	20
Dokumentasjon i Gericca.....	21
Vil du vite mer?	22

DEL I

Hva er viktige aktiviteter for deg?

Hverdagsrehabilitering starter gjerne med dette spørsmålet til brukeren. For svært mange handler svaret om å mestre hverdagslivets utfordringer.



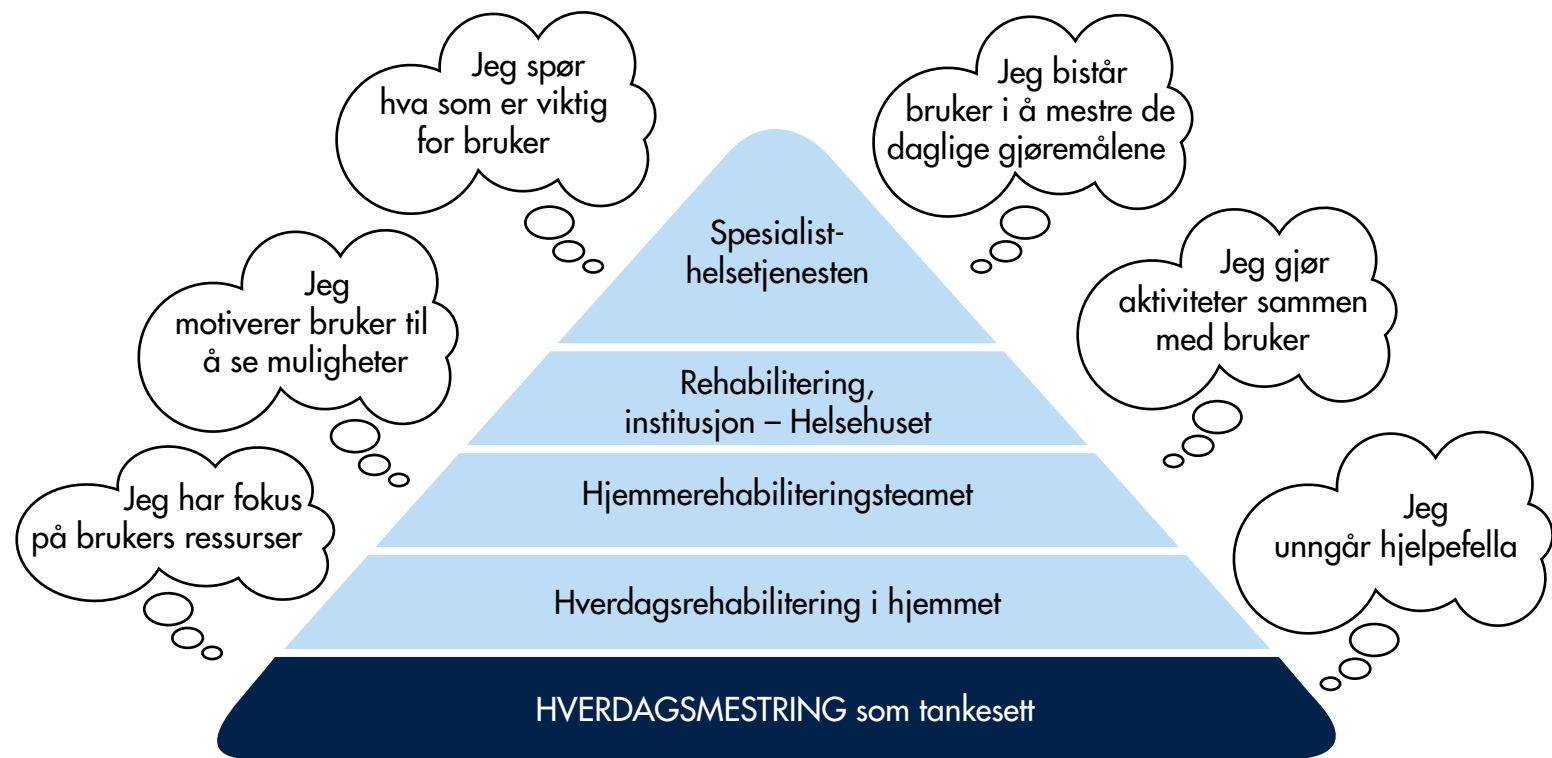
Kanskje dette betyr et nytt tankesett for oss? Vår oppgave er å være til stede for brukeren og støtte vedkommende, slik at han eller hun mestrer de aktivitetene som er viktige i hverdagen. Det innebærer en endring i holding som medfører at vi går fra å spørre: «Hva kan jeg hjelpe deg med?» til å spørre «Hva er viktige aktiviteter i livet ditt nå?»

«Å jobbe med hendene på ryggen» er et ofte brukt begrep. Kunsten er å vite når du bør ha hendene på ryggen, når du skal gi hjelp og på hvilken måte du kan hjelpe. Du viser omsorg ved å la brukeren gjøre handlingen selv.

Hverdagsmestring – et grunnleggende tankesett

Hverdagsmestring er et forebyggende og rehabiliterende tankesett, som er like viktig i de ordinære hjemmetjenestene som i hverdagsrehabilitering.

Det skapes en mestringkultur hvor brukeren er en aktiv deltager i stedet for en passiv mottaker. Utfordringen er å finne balansen mellom å gi nødvendig hjelp og legge til rette for mestring. Det handler om å ha fokus på brukerens ønsker og ressurser i stedet for begrensninger. For at brukeren skal oppleve mestring må vedkommende tro på at han eller hun kan klare det, og ha en forventning om at endringen vil føre til ønsket resultat. Du som medarbeider motiverer ved å understøtte og signalisere at du har tro på at brukeren kan klare aktiviteten.



Når han eller hun opplever mestring, gir det en positiv opplevelse som fører til økt tro på egne ferdigheter. Aktiviteten vil bli selvforsterkende, motivere til gjentagelse og kan utvides til andre aktiviteter.

Du som medarbeider skal bidra til myndiggjøring. Det betyr at brukeren får mulighet til å ta i bruk egne ressurser, slik at det oppleves mestring, innflytelse og styring over eget liv.

Hele tiden må du være bevisst på å unngå «hjelpefella». Hjelpefella er alle de handlingene du gjør for brukeren som han eller hun kan gjøre selv. En må finne balansen mellom å gi hjelp og legge til rette for deltagelse. Det er en selvfølge for de fleste av oss å gi en hjelpende hånd til den som strever. Hvordan kan du støtte brukeren slik at han eller hun kan utføre hele eller deler av oppgaven selv i stedet for at du som hjelper gjør alt?

Eksempel 1: Medarbeidere tar med post og avis inn når de kommer eller søppel ut når de går. Det er ikke nødvendigvis den rette tingen å gjøre selv om det aldri så mye føles slik. For det kan hende at brukeren bør oppmuntres til å ta turen opp og ned trappa for å opprettholde fysisk funksjon og bli trygg i situasjonen, slik at han eller hun kan fortsette å bo hjemme.

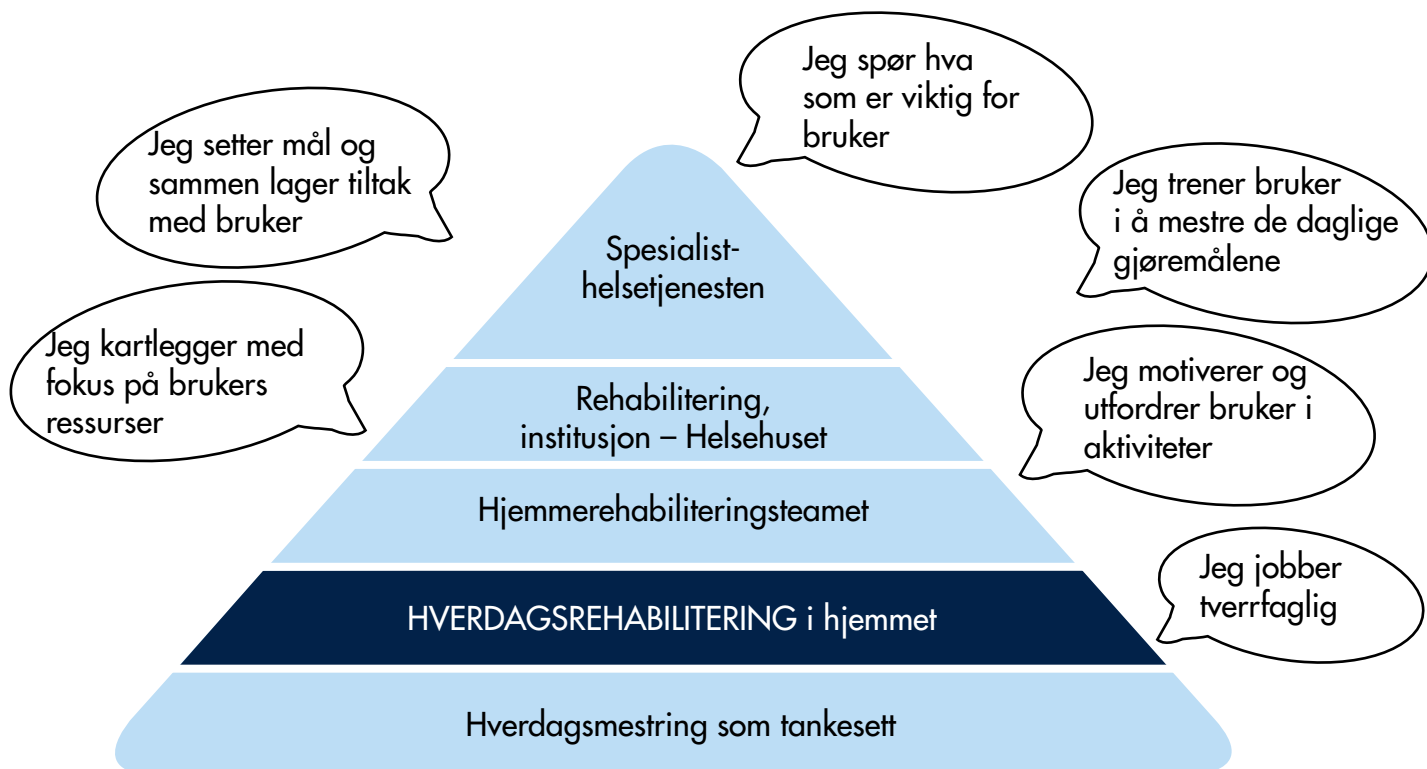
Eksempel 2: En bruker har fått vedtak på dusjing. Men trenger egentlig brukeren hjelp til dusj? Kanskje ønsker brukeren å dusje alene, men er engstelig for å falle når han eller hun går inn og ut av dusjen. Hvordan kan du legge til rette så brukeren kan vaske håret og kroppen selv i dusjen, tørke seg og føle seg trygg når vedkommende går inn og ut av dusjen?

Eksempel 3: En bruker klarer ikke å lage mat som før. Hjemmetjenesten kommer og varmer opp middagen, men vedkommende kan mestre det selv med opplæring i å bruke mikrobølgeovnen.

Hverdagsrehabilitering – en arbeidsform

Hverdagsrehabilitering er en arbeidsform som bygger på en grunnleggende antagelse om at mennesket har behov for meningsfulle aktiviteter. De daglige aktivitetene påvirker helse og trivsel, organiserer tiden og gir livet struktur og mening. Hva som er meningsfulle aktiviteter varierer fra person til person. I hverdagsrehabilitering er derfor brukerens mål styrende for tiltakene.

Hverdagsrehabilitering er en tidsavgrenset, tverrfaglig, målrettet innsats med trening til mestring av hverdagsaktiviteter i eget hjem og nærmiljø. Hensikten er at brukeren skal gjenvinne og beholde sitt funksjonsnivå, mestre hverdagen og delta i fellesskapet.



Målgruppe

Målgruppen for hverdagsrehabilitering i hjemmetjenesten er eldre hjemmeboende som får problemer med å ivareta daglige aktiviteter de nylig har mestret på grunn av en funksjonsendring.

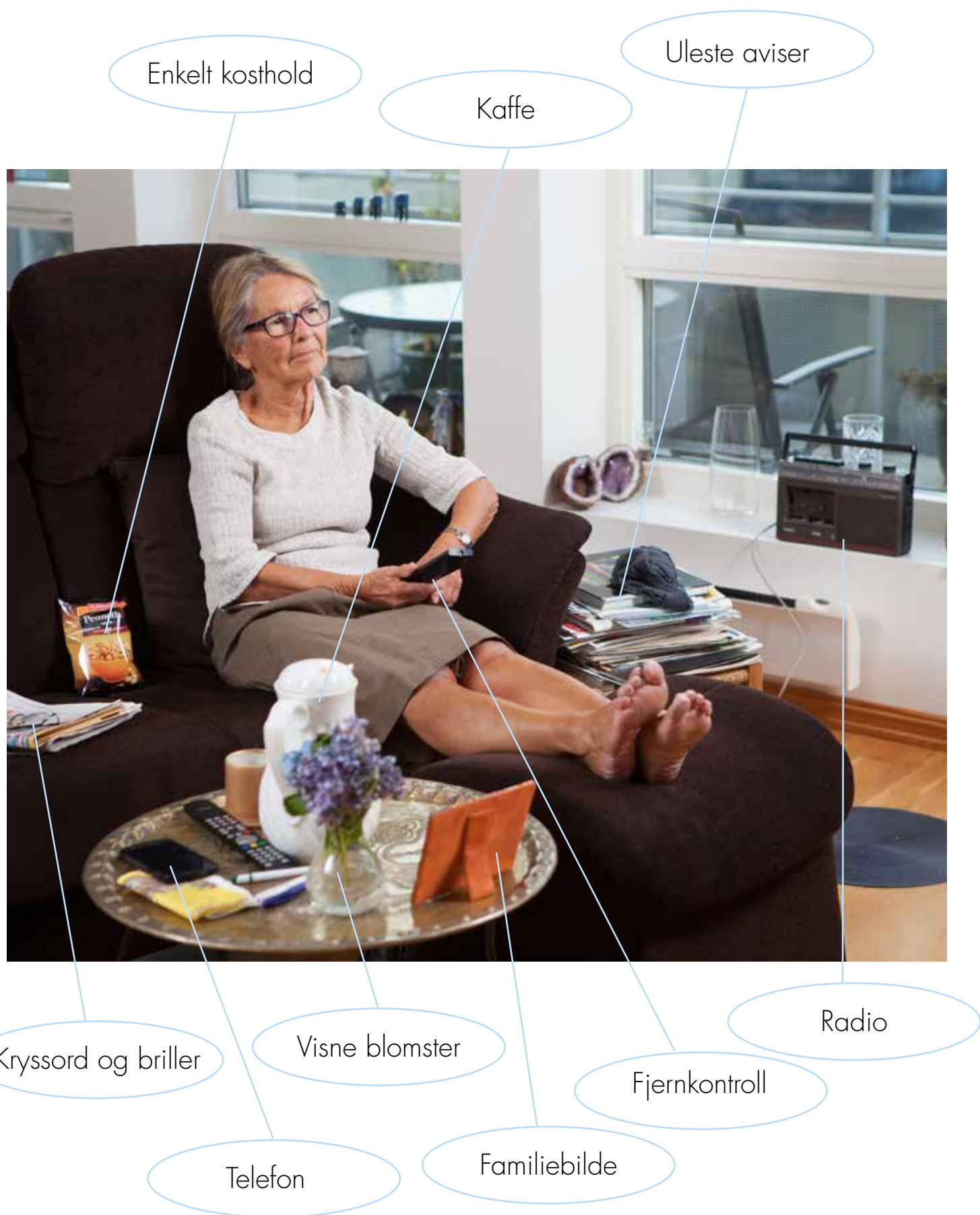
- Kjente brukere som har hatt et gradvis fall i funksjonsnivå og hvor det er behov for mer tjenester
- Kjente brukere som har et plutselig funksjonsfall hvor det ikke er behov for mer spesialisert rehabilitering (fra hjemmerehabiliteringsteamet)
- Brukere som søker tjenester for første gang pga plutselig eller gradvis funksjonsendring hvor det ikke er behov for spesialisert rehabilitering

Hverdagsrehabilitering eller hjemmerehabiliteringsteamet?

Hverdagsrehabilitering i hjemmet gjennomføres av hjemmetjenesten sammen med ergoterapeut og fysioterapeut. Vi har også et distriktsovergripende hjemmerehabiliteringsteam, organisert i Helsetjenesten, og som består av sykepleier, hjelpepleier, ergoterapeut og fysioterapeut.

Hjemmerehabiliteringsteamet (spesialisert rehabilitering)	Hverdagsrehabilitering (fra hjemmetjenesten)
<p>Personer over 18 år med plutselig funksjonsfall</p> <ul style="list-style-type: none"> • brukeren har (som hovedregel) vært innlagt i spesialisthelsetjenesten (Vestre Viken, Sunnås mm) pga plutselig funksjonsfall • brukeren har hatt korttidsopphold på helsehuset pga plutselig funksjonsfall • bruker har sammensatte behov, som også kan inkludere kognitive utfordringer som følge av plutselig funksjonsfall <p>Eksempler: hjerneslag, traumer</p>	<p>Eldre hjemmeboende (65+) som får problemer med å ivareta daglige aktiviteter de nylig har mestret på grunn av en funksjonsendring.</p> <ul style="list-style-type: none"> • kjente brukere som har hatt en gradvis funksjonsendring og som har behov for mer tjenester • kjente brukere som har hatt et plutselig funksjonsfall hvor det ikke er behov for spesialisert rehabilitering (hjemmerehabiliteringsteamet) • brukere som søker tjenester for første gang pga plutselig eller gradvis funksjonsendring hvor det ikke er behov for spesialisert rehabilitering (hjemmerehabiliteringsteamet) <p>Eksempler: Plutselig funksjonsfall: Fall m/u brudd, lungebetennelse, andre infeksjoner, kortvarig sykdom</p> <p>Gradvis funksjonsfall: se markørliste nedenfor</p>
8 uker med mulighet for forlengelse	6 uker
<ul style="list-style-type: none"> • brukere som har mulighet for økning i funksjonsnivået ved hjelp av tett tverrfaglig oppfølging i en kortere periode • brukere som er motivert og kunne ta imot og følge instruksjon • brukere som har ønske om å være deltagende i egen rehabiliteringsprosess • brukere som har et ønske om å mestre dagliglivets aktiviteter • brukere som vil gjennomføre egentrening 	<ul style="list-style-type: none"> • brukere som har mulighet for å gjenvinne tidligere funksjonsnivå helt/delvis ved hjelp av tverrfaglig oppfølging i en kort periode • brukere som har et ønske om å mestre dagliglivets aktiviteter • brukere som kan ta imot og følge instruksjon • brukere som kan formulere ønsker/mål • brukere som kan gjennomføre egentrening
Rehabiliteringsinnsatsen kommer i tillegg til evt. hjemmetjenester.	Rehabiliteringsinnsatsen inkluderer evt. tidligere hjemmetjenester i rehabiliteringsperioden. (Gjelder ikke natt.)
Tjenesten ytes fra hjemmerehabiliteringsteamet på dagtid; sykepleier, hjelpepleier, ergoterapeut og fysioterapeut.	Tjenesten ytes gjennom tverrfaglig arbeidsform i hjemmetjenesten sammen med fysioterapeut og ergoterapeut. Tiltak kan også gjennomføres på kveld og helg.

«Sofapiloten»



Hvordan oppdage «de rette» brukerne?

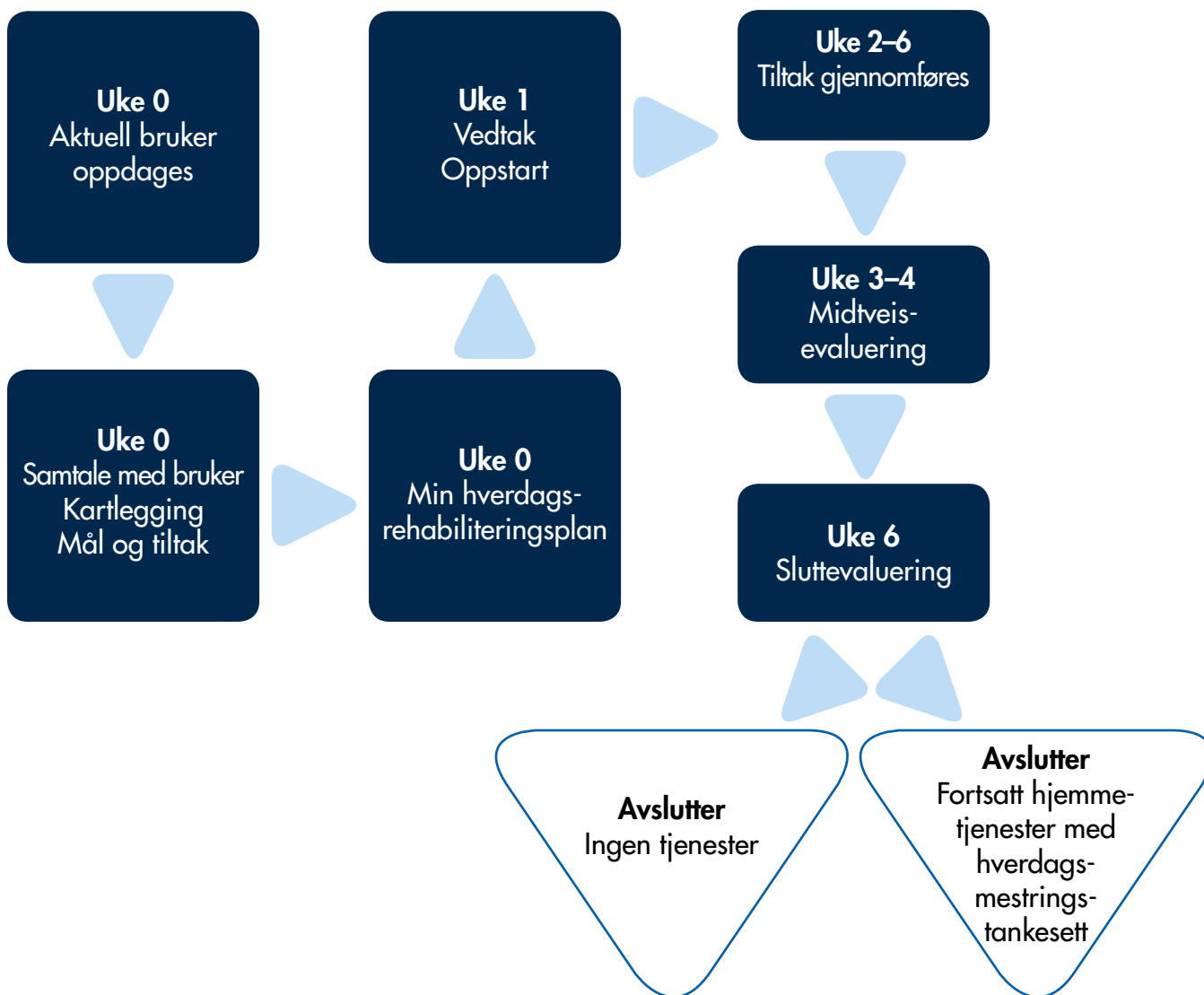
Brukerens møte med hverdagsrehabilitering starter altså med at hjemmetjenesten - eller andre samarbeidspartnere - identifiserer aktuelle brukere.

Hva kan du observere i omgivelsene eller ved bruker som indikerer en funksjonsendring?

Identifikasjonsmarkører:

- Sluttet åpne døren, lar den stå ulåst
- Ting i boligen tyder på lite bevegelse, alt er sentrert rundt salongbordet
- Uleste aviser
- Støv på utesko
- Sluttet å bruke kaffetrakteren
- Sluttet å vanne blomster
- Opphopning av søppel
- Henter ikke post
- Lager seg bevegelsesløyper i huset/ strategiske støttepunkt
- Strever med å sette og reise seg
- Beveger seg saktere enn før
- Har falt
- Blåmerker/sår
- Vektendring - vektøkning/vekttap
- Roter med legemidler
- Flasker, glass – tegn som tyder på endrede alkoholvaner
- Sover mye på dagtid
- Endret standard på renslighet, lukter
- Sover med klærne på
- Sluttet å skifte klær
- Sluttet å pynte seg
- Tomt kjøleskap
- Enkle løsninger når det gjelder mat
- Endret stemningsleie/nedstemt
- Takker nei til dagsenter og andre tidligere aktiviteter
- Går ikke ut
- Pårørende/naboer formidler bekymring
- Tap av ektefelle/nær familie/venner

Fasene i et hverdagsrehabiliteringsforløp



Uke 0: Aktuell bruker oppdages

Bruger blir meldt (av Kontor for tjenestetildeling (KFT), forebyggende helseteam, hjemmetjenesten, ergoterapeut, fysioterapeut, Helsehuset, fastlege, dagsenter m.fl.) som potensiell kandidat for hverdagsrehabilitering og drøftes i første tverrfaglig møte i hjemmetjenesten.

Alle brukere har en primærkontakt som har et særskilt ansvar for oppfølging.

Uke 0: Tverrfaglig kartlegging og samtale med bruker

Det gjøres en tverrfaglig kartlegging hjemme hos bruker der bl.a. SPPB og IPLOS blir benyttet. Bruker deltar aktivt. Sykepleier presenterer og legger igjen aktivitetshjulet og oppfordrer bruker til å tenke over hva som er særlig viktig og utfordrende å gjøre fremover.

Uke 0: Tester/viderekartlegging, mål og tiltak lages sammen med bruker.

Min hverdagsrehabiliteringsplan fylles ut

Ergoterapeut, sammen med primærkontakt, fyller ut COPM og fullfører kartleggingen hjemme hos bruker med utgangspunkt i blant annet hvilke tanker bruker har gjort seg rundt aktivitetshjulet. Når kartleggingen er gjennomført benyttes resultatene til å lage en hverdagsrehabiliteringsplan med mål og tiltak for hverdagsrehabiliteringsforløpet sammen med bruker. Alle yrkesgrupper har et selvstendig ansvar for å utarbeide tiltak innenfor sitt fagfelt sammen med bruker, og dokumentere dette i Gericat.

Uke 1: Oppstart

Vedtak fattes av KFT på bakgrunn av journalnotat (137) og dokumenterte opplysninger samt mål og tiltak i hverdagsrehabiliteringsplanen.

Tiltak igangsettes. Det dokumenteres fortløpende av alle yrkesgrupper.



Uke 1–6: Tiltak gjennomføres av hjemmetjenesten sammen med ergo/fysio.

Fortløpende evaluering og justering av tiltak vurderes

Ergo/fysio fungerer som motorer og skal veilede og bistå kollegaer i hjemmetjenesten. Terapeutene følger hverdagsrehabiliteringsforløpet tett. Tiltakene skal evalueres og justeres fortløpende og ved behov underveis.

Alle bistår bruker å trene i de dagelige aktiviteter i henhold til brukers mål. I tillegg er fysiske øvelser ofte viktige for å styrke muskulatur eller balanse slik at brukeren blir tryggere i aktiviteter. Det opprettes kontakt med pårørende, fastlege, private fysioterapeuter og andre involverte samarbeidspartnere.

Uke 3–4: Midtveisevaluering (bruker, primærkontakt, ergo/fysio)

Tiltak evalueres og justeres. Om resultater ikke oppnås, avsluttes tjenesten.

Uke 6: Sluttevaluering (bruker, primærkontakt, ergo/fysio)

Ved avslutning av hverdagsrehabilitering gjenstas kartleggingen som ble brukt ved oppstart og resultatene oppsummeres sammen med bruker før tjenesten avsluttes. De ulike profesjonene i det tverrfaglige samarbeidet har et felles ansvar i evalueringsmøtet og for å dokumentere resultater av forløpet.

Andre tjenester videreføres/opprettetes etter behov. Det er viktig å sikre at videre egenaktivitet er planlagt og igangsatt. Samarbeid med pårørende, frivillige og andre vil kunne gi kunnskap om hva som finnes av aktiviteter, arenaer og møteplasser etter at hverdagsrehabilitering er avsluttet. Primærkontakten har ansvaret for å skrive et evalueringsnotat (137) til KFT. Se del II for mer detaljert beskrivelse av forløp og samarbeid mellom hjemmetjenesten, KFT, Helsehus m.fl.

Arbeidsoppgavene i hverdagsrehabiliteringsforløpet

Brukeren:

- sette mål og lage tiltak sammen med tjenesteytere
- gjennomføre egenaktivitet som avtales
- delta aktivt i vurderinger og aktiviteter gjennom hele perioden

Hjemmetjenestens hovedansvar:

- kartlegge ressurser og bistandsbehov (IPLOS-ADL)
- to spørsmål hvor brukeren vurderer egenopplevd helse
- ernæringscreening/veiledning
- gjennomgang av legemidler
- kontakt med fastlege /pårørende
- ha daglig kontakt med og gjennomføre avtalte tiltak hos brukere

Ergoterapeutens hovedansvar:

- kartlegge brukers mål med aktivitetsanalyse (COPM)
- søke, tilpasse og gi opplæring i bruk av tekniske hjelpemidler
- gjennomføre og veilede i utførelse av de daglige aktiviteter (ADL)

Fysioterapeutens hovedansvar:

- kartlegge og vurdere fysisk funksjon (SPPB)
- gjennomføre og veilede i treningsprogram for brukere som trenger spesifikke øvelser
- gjennomføre og veilede i funksjonell trening

Felles oppgaver:

- sette mål og lage tiltak sammen med bruker
- utarbeide tiltaksplaner, dokumentere i Gerica. Primærkontakten har hovedansvaret
- motivere og utfordre brukere i aktiviteter
- veilede bruker, pårørende og samarbeidspartnere i tiltak og tilnærming
- melde til samarbeidspartner om endringer som påvirker rehabiliteringsprosessen
- tverrfaglig veiledning og rom til å reflektere tverrfaglig over tilnærming og kommunikasjon i brukers rehabiliteringsprosess
- evaluerings- og sluttevalueringsmøter hjemme hos brukeren. Primærkontakten har hovedansvaret

Tverrfaglig samarbeid

For at brukeren skal oppleve sammenheng i helsehjelpen de mottar, kreves tett samhandling. I et tverrfaglig samarbeid vil medarbeiderne ha ansvar for utredning, planlegging og oppfølging av rehabiliteringsprosessen. Selv om det er et tett samarbeid, betyr det ikke at alle faggrupper gjør samme oppgaver. Målet er å sikre faglighet, forene kompetanse og å utfylle hverandre til det beste for brukeren. Hjemmetjenesten har en spesiell kompetanse og kjennskap til brukers hverdag. Medarbeiderne er hele tiden i tett dialog med bruker, observerer og vurderer endringer og progresjon. Alle ansatte er like viktige representanter i det tverrfaglige samarbeidet. Alle tilbakemeldinger er uvurderlige.

Tverrfaglig samarbeid er en arbeidsform der flere yrkesgrupper, på tvers av faggrensene, arbeider sammen om en felles utfordring eller problem for å nå et mål. Samarbeid bygger på ulike men likeverdige kunnskaper. De ulike fagpersonene er gjensidig avhengig av hverandre for å kunne møte utfordringene til brukers beste.



Sammen med fysioterapeut og ergoterapeut drøftes det om bruker kan ha nytte av hverdagsrehabilitering. Kartleggingen skjer i brukerens hjem og fordeles vanligvis på flere besøk. Tverrfaglig kartlegging sikrer helhetlige og utfyllende opplysninger om brukerens situasjon og det gir KFT grunnlag for å fatte vedtak ut fra brukernes behov.

Min hverdagsrehabiliteringsplan

Hverdagsrehabiliteringsplanen fylles ut sammen med bruker, hos bruker i uke 0, etter at kartleggingen er ferdig og man er enige om mål og tiltak. Planen legges igjen hjemme hos bruker.

Min hverdagsrehabiliteringsplan

Navn:

Fra dato: Inntil dato:

Hovedmål:

Delmål:

Egenaktivitet:

Primærkontakt hjemmetjenesten:

Ergoterapeut:

Fysioterapeut:

Eksempel på et hverdagsrehabiliteringsforløp

Arne er en 82 år gammel enkemann. Han falt, brakk lårhalsen og ble innlagt på sykehuset. Ved utskriving har han ingen restriksjoner på grunn av bruddet. Saksbehandler ved KFT kartlegger at han forut for fallet har klart seg selv i egen bolig og han er klar og orientert om sin situasjon. Saksbehandler vurderer derfor at han vil kunne nyttiggjøre seg et hverdagsrehabiliteringsforløp og ber hjemmetjenesten gjøre videre kartlegging hjemme hos bruker med henblikk på dette.

I samtale med hjemmetjenesten etter hjemkomst forteller han at han hadde spist og sovet dårlig den siste tiden før fallet. Nå føler han seg utrygg og usikker på hva han kan klare å gjøre hjemme og hvordan hverdagene blir fremover. Han uttrykker at det er viktig for han å gjenvinne tidligere funksjonsnivå og klare mest mulig selv, men er bekymret for om dette er mulig.

Arnes pårørende bor et stykke unna, men de har daglig telefonkontakt med han. Sønnen forteller at far alltid har vært en mann som har villet greie det meste selv og ikke belaste andre.

Primærkontakten gjør en ernæringskartlegging, og i samarbeid med fysioterapeuten gjennomføres en IPOS – ADL og en funksjonskartlegging (SPPB) hjemme hos Arne. Fysioterapeuten vurderer at Arne har nedsatt balanse og styrke samt redusert ganghastighet. De informerer han om hva et hverdagsrehabiliteringsforløp innebærer. Arne er motivert for dette. Aktivitetshjulet blir lagt igjen hos Arne og han blir oppmuntret til å tenke etter hva som nå er særlig viktig og utfordrende å gjøre fremover.

Hjemmetjenesten vurderer at Arne vil ha nytte av hverdagsrehabilitering og drøfter dette på journalmøtet hvor ergoterapeut og fysioterapeut er til stede. Sykepleier i forebyggende helseteam forteller dessuten at Arne inntil nylig har klart seg selv og at han pleide å møte kamerater jevnlig på kafeen på kjøpesenteret.

Ergoterapeut gjennomfører en aktivitetsanalyse (COPM) og observerer Arne i dusjsituasjonen og i kjøkkenaktiviteter. Det kommer frem at han har nedsatt balanse når han skal inn i dusjen, og at han står mest på «go' foten» når han gjør kjøkkenaktiviteter.

Sammen med bruker settes disse målene: Stelle seg selv, selvhjulpen i dusj, lage mat som han har gjort før, handle på butikken og møte kompisene på kafé. Mål og tiltak skrives i tiltaksplanen og i Min hverdagsrehabiliteringsplan – et dokument Arne har hjemme.

Det sendes journalnotat til KFT hvor saksbehandleres vurdering bekreftes. KFT fatter vedtak om hjemmesykepleie – hverdagsrehabilitering.

Medarbeidere i hjemmetjenesten får veiledning av fysioterapeut og ergoterapeut for å gjennomføre tiltakene som er bestemt. Arne gjennomfører egentreningsøvelser for å øke styrke og bedre balansen. Dette følges tett opp av fysioterapeuten. Ergoterapeuten veileder i daglige aktiviteter og tilrettelegger leiligheten. I en overgangsfase vil Arne ha nytte av enkle hjelpemidler og veiledning i hverdagens gjøremål. Dette bestilles.

Sønnen ønsker å bistå faren i hverdagsrehabiliteringsprosessen, og blir satt inn i de mål og tiltak som er utarbeidet sammen med Arne. Slik kan sønnen gjennom de daglige telefonsamtalene støtte Arne. Når familien er på besøk, viser han hva han nå mestrer i hverdagen.

Etter hvert som funksjonsnivået øker, justeres tiltakene i tråd med Arnes mål. Tiltakene endrer seg fra å være tiltak i hjemmet til å være tiltak i omgivelsene. Først utføres daglige aktiviteter i hjemmet og deretter trener han på å gå til butikken. Avslutningsvis møter han kompisene på kafeen og spiser middag.

Etter seks uker gjentas kartleggingene som ble gjennomført ved oppstart. Oppsummering legges inn i sluttnotat. Resultatene blir gjennomgått med Arne.

Hverdagsrehabiliteringsforløpet avsluttes. Arne har nådd målene sine, men har fortsatt noen problemer med rengjøring. Journalnotat sendes KFT som ut fra den oppdaterte dokumentasjonen fatter vedtak om hjemmehjelp hver 3. uke som gjør rent sammen med ham.

Kommunikasjon

I møte med brukere, spiller kommunikasjon en avgjørende rolle for å skape tillit og legge grunnlaget for et godt samarbeid. Motiverende intervju (MI) er en samtaleform som benyttes for å motivere og bistå personer i endringsprosesser. I møte med brukere hvor hverdagsrehabilitering er arbeidsformen og hverdagsmestring er tankesettet, bruker vi ofte deler av metoden for å skape relasjoner og engasjement.

Folk påvirkes i større grad av årsaker og argumenter de har oppdaget selv enn slike som andre har oppdaget.

Pascal

Vi stiller åpne spørsmål for å få fram brukers indre motivasjon og ønske om endring. I tillegg stiller vi utdypende spørsmål på brukerens utsagn. Med tanke på videre motiveringsarbeid er bekreftelse, refleksjon og oppsummering sentralt. Åpne spørsmål krever at personen forteller. Et lukket spørsmål kan enkelt besvares med enstavellesordene ja og nei og gir lite informasjon om hva og hvordan personen ønsker endring.

Åpne spørsmål innledes med ord som:

- hvordangjør du det/gjorde du det tidligere
- hva..... skal til for at du kan gjøre det igjen
- på hvilken måte ?
- jeg hører du sier at kan du si noe mer.....?
- fortell!

I tillegg er det i kommunikasjonen viktig å være bevisst egne verdier, holdninger, forutinntatte antagelser og forventninger, så de ikke blir styrende for samtalen.

Nonverbal kommunikasjon kan si mer enn mange ord. Signaliserer du med kroppen at du forventer/tar det som en selvfølge at brukeren klarer hele eller deler av aktiviteten? Signaliserer du med hele deg at du tror på at dette klarer brukeren? Motiverer det til egenaktivitet? Hvis du for eksempel ikke tar av deg jakka når du kommer inn, signaliserer du at du har det travelt. Det kan føre til at han eller hun blir stresset og faktisk klarer mindre enn om du tok av deg jakka, som er et signal på at du har tid. Samme reaksjon oppnår du om/hvis du ser ofte på klokka. Det signaliserer at du tenker på bruk av tid, ikke på at personen skal mestre en oppgave.

Å jobbe mot det som er viktig for den enkelte, gjør at motivasjonen til å yte blir større. Å ta utgangspunkt i mål som brukeren selv har uttrykt og har et eierforhold til, vil bidra til økt motivasjon for trening av funksjon og tilrettelagte aktiviteter.

Pårørende

Noen pårørende kan ha problemer med å forstå hensikten med hverdagsrehabilitering og er engstelig for at brukeren ikke får nødvendig helsehjelp. Da er det viktig med informasjon til pårørende om hva hverdagsrehabilitering er. Slik vil pårørende kunne oppleve trygghet for at brukeren får den tilpassede helsehjelpen de har behov for. Når informasjonen om mål og tiltak, «Min hverdagsrehabiliteringsplan» er tilgjengelig i hjemmet, vil pårørende kunne være med å støtte og oppmuntre brukeren. Pårørende er nyttige ressurs og viktig medspiller både for bruker og helsepersonell.

Etiske dilemmaer og utfordringer

Daglig står du i møte med etiske dilemma. For eksempel kan brukere som har et lite nettverk og vanskelig for å komme seg ut, oppleve at hjemmetjenesten dekker hans eller hennes sosiale behov. Personen vil oppleve at funksjonen blir bedre, men hva skjer når rehabiliteringsperioden er over og hjelperne er borte? Opplever han da mestring og deltagelse? Spørsmålet kan være: Hva liker du å gjøre? Hva skal til for at du kan gjøre det igjen? Du kan bistå brukeren i å ta kontakt med gamle venner eller komme i kontakt med frivillige organisasjoner eller en aktuell forening.

Etiske dilemmaer er problemstillinger hvor det ikke finnes et tydelig svar. Dilemmaer må vurderes, og en må i samarbeid med brukeren og samarbeidspartnerne komme fram til den beste løsningen.

Et annet eksempel er en bruker som fysisk sett er i stand til å ta til seg mat og drikke, men som likevel får i seg for lite næring. Spørsmålet kan være: «Hvordan er et godt måltid for deg?» Hvordan kan du legge til rette så brukeren opplever en god spisesituasjon? Noen å spise sammen med?

Noen eldre er engstelige for å falle eller være alene hvis de vet at det ikke er noen som kommer innom i løpet av dagen. Hvordan kan du legge til rette så brukeren opplever trygghet i eget hjem? Det er viktig at denne type problemstillinger drøftes tverrfaglig.

Alle som jobber i hjemmetjenesten er kjent med utfordringer knyttet til å utføre oppgaver i andres hjem. Som helsepersonell er vi gjest. Det er lett å bli for familiær og kjent, slik at vi tar oss til rette uten å spørre eller informere om hva vi gjør og hvorfor. Noen opplever det som krenkende, men tør ikke å si i fra. Enkelte sier også ifra, uten å oppleve at det blir tatt hensyn til. For brukeren kan konsekvensene bli at egenverd, integritet, ønske og opplevelse av å ha ansvar for eget liv, gradvis reduseres. Brukerens hjelpebehov vil gradvis øke på grunn av manglende mestringsopplevelse og aktivitet.

For deg er det også viktig å huske at brukeren ikke skal bli avhengig av deg som person, men få hjelp til å utføre en oppgave. Hvis en person blir for avhengig av deg kan det bidra til at vedkommende ikke klarer å opprettholde aktivitetsnivået etter avsluttet hverdagsrehabilitering.

Som helsepersonell innehar vi en maktposisjon. Når hjelperen kommer, innehar de fleste en avventende holdning og er forberedt på å tilpasse seg. Hvis vi ikke kommuniserer godt nok «Hva er viktig for deg» og at personen ønsker og behov blir tatt på alvor, blir det et hjelper- mottakerforhold og ikke et likeverdig samarbeidsforhold. Brukeren må være en aktiv deltaker for å oppleve mestring. Som helsepersonell må vi også være bevisst på at brukeren har rett til brukermedvirkning i følge pasient- og brukerrettighetsloven.

Som medarbeider i hjemmetjenesten vil du gjennom hverdagsmestring som tankesett og hverdagsrehabilitering som arbeidsform få anledning til å oppdage nye muligheter i møte med brukerne. «Å gjøre sammen med – ikke for», stimulerer til refleksjon over egen fagutøvelse. Det er utfordrende og givende!



Hvis det i sannhet skal lykkes å føre et menneske hen til et bestemt sted, må man først passe på å finne han der han er og begynne der. Dette er hemmeligheten i all hjelpekunst.

Søren Kierkegaard

DEL II

Samarbeid mellom aktører som oppdager aktuell bruker, KFT og hjemmetjenesten

Forløp 1: Hjemmeboende bruker som mottar tjenester og hvor hjemmetjenesten eller andre oppdager funksjonsendring

KFT	Hjemmetjenesten
	<p>Den som oppdager funksjonsendringen, melder dette til hjemmetjenesten (fagkoordinerende sykepleier). Bruker drøftes på tverrfaglig møte i hjemmetjenesteavdelingen og kartleggingsbesøk avtales og gjennomføres jfr. veileder for hverdagsrehabilitering.</p> <p>Hjemmetjenesten sender journalnotat 137 til KFT når følgende er dokumentert i Gericca: Kartleggingsbesøk, tester, Min hverdagsrehabiliteringsplan, tiltaksplan, oppstartsdato.</p>
KFT sjekker at bruker er innenfor kriteriene for hverdagsrehabilitering.	
KFT sender vedtak til bruker om helsetjenester i hjemmet (standardtekst). Evt. eksisterende tiltak fra hjemmetjenesten inkluderes i hverdagsrehabiliteringsforløpet. (Ikke natt) Tidsbruk beregnes til det dobbelte av vanlig tidsestimering.	
	Fasene beskrevet i del I følges
	Ved avsluttet hverdagsrehabiliteringsforløp sender hjemmetjenesten journalnotat 137 til KFT med oppsummering. Dette skal være dokumentert: Måloppnåelse, testresultater, egenaktivitet videre.
KFT vurderer behov for evt. videre tjenester / revurderer tidligere vedtak om hjemmesykepleie / praktisk bistand og sender dette til bruker.	

Forløp 2: Pasient er innlagt på sykehus

KFT	Hjemmetjenesten
KFT mottar melding om utskrivingsklar pasient fra sykehuset.	
KFT vurderer ut fra mottatt melding at pasienten skal hjem etter sykehusoppholdet med tjenester i hjemmet.	
KFT vurderer at pasienten er innenfor kriteriene for hverdagsrehabilitering i hjemmet jfr. Forvaltningspraksis 2015.	
KFT sender e-post til hjemmetjenesten hvor det henvises til journalnr 181. Her bes det om at det skal gjøres kartlegginger med tanke på et hverdagsrehabiliteringsforløp jfr. veileder for hverdagsrehabilitering i hjemmet.	
	Hjemmesykepleie igangsettes umiddelbart. Kartlegging for hverdagsrehabilitering igangsettes første virkedag.
Videre som forløp 1	Videre som forløp 1

Kommentar: Når KFT har vurdert at bruker er aktuell for hjemmerehabiliteringsteamet, går henvendelsen dit. Det fattes vedtak på samme måte som ved hverdagsrehabilitering i hjemmet. Tjenester fra hjemmetjenesten igangsettes parallelt / evt. tidligere tiltak videreføres parallelt.

Forløp 3: Innbygger henvender seg til KFT med søknad om tjenester for første gang

KFT	Hjemmetjenesten
KFT avtaler og gjennomfører hjemmebesøk	
Kartleggingsskjema fylles ut (inkl IPLOS) jfr. Forvaltningspraksis 2015. Nødvendig dokumentasjon hentes inn. Behov for videre medisinske undersøkelser avdekkes.	
KFT vurderer at innbygger kan nyttiggjøre seg et hverdagsrehabiliteringsforløp jfr. Forvaltningspraksis 2015 og Veileder for hverdagsrehabilitering.	
KFT sender e-post til hjemmetjenesten hvor det henvises til journalnr 181. Her bes det om at det skal gjøres kartlegginger med tanke på et hverdagsrehabiliteringsforløp jfr. veileder for hverdagsrehabilitering i hjemmet.	
Videre som forløp 1	Videre som forløp 1

Forløp 4: Bruker som er på Helsehuset

KFT	Helsehuset	Hjemmetjenesten
	I løpet av oppholdet er det vurdert at bruker innenfor kriteriene for hverdagsrehabilitering. ILOS og supplerende kartlegginger gjøres.	
KFT deltar på formøtet	Formøte til utskrivingsmøte:	
	Tverrfaglig drøfting mellom helsehus, hjemmetjeneste og KFT om bruker kan nyttiggjøre seg et hverdagsrehabiliteringsforløp. (Dersom det er aktuelt med tjenester fra hjemmerehabiliteringsteamet innkaller helsehuset også repr. for teamet også til drøfting.)	Deltar på formøte
		I samarbeidsmøtet med bruker / pårørende orienteres disse om at bruker vil få et hverdagsrehabiliteringsforløp etter hjemkomst.
Videre som forløp 1		Videre som forløp 1

Vedtak

Kontor for tjenestetildeling (KFT) fatter vedtak om helsehjelp i hjemmet for hverdagsrehabilitering.

Tildelt tid beregnet til det dobbelte av vanlig tidsestimering. Ergoterapeutens og fysioterapeutens tid kommer i tillegg.

Slik ser et vedtak om hverdagsrehabilitering ut:

Vedtak om helsetjenester i hjemmet

Du er innvilget hverdagsrehabilitering fra..... og inntil 6 uker. Vi viser til rehabiliteringsplanen som du har utarbeidet sammen med hjemmetjenesten hvor mål og tiltak er beskrevet. De tjenestene du eventuelt allerede mottar i hjemmet vil bli ivarettatt i perioden.

Begrunnelse for vedtaket

I henhold til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a andre ledd har pasient og bruker rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første

ledd. For å oppfylle dette ansvaret skal kommunen blant annet tilby rehabilitering og andre helsetjenester i hjemmet i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 5 og nr. 6 bokstav a.

På bakgrunn av innhentede helseopplysninger og samtaler med deg, vurderer vi at hverdagsrehabilitering vil gi deg mulighet til å gjenvinne funksjon og mestre aktiviteter i hverdagen.

Dersom du når målene dine før seks uker har gått kan rehabiliteringen avsluttes tidligere. Det samme gjelder dersom det ved evaluering underveis i rehabiliteringsperioden viser seg at tiltakene ikke fører frem.

Mot slutten av rehabiliteringsperioden vil vi sammen med deg vurdere videre bistandsbehov.

Om klageadgang(standard i alle vedtak) ...

Dokumentasjon i Gericca (hjemmetjenesten, ergoterapeut og fysioterapeut)

Hverdagsrehabilitering er en egen tjeneste i Gericca.

Tjenesten heter: 123 Hjemmesykepleie – Hverdagsrehabilitering

Dersom bruker har hjemmesykepleie stoppes denne midlertidig i hverdagsrehabiliteringsperioden og tiltakene overføres til tjenesten Hjemmesykepleie – hverdagsrehabilitering. Dette gjelder ikke hjemmehjelp og natt-tjeneste (selv om disse tjenestene kan endre seg i løpet av rehabiliteringsperioden).

De ulike aktørene bruker de samme journalnotatnummer som de ellers bruker:

- Sykepleiere 177
- Hjelpepleiere/helsefagarbeidere 150
- Fysioterapeuter 151
- Ergoterapeuter 152

Kommunikasjon mellom KFT og hjemmetjenesten skjer i journalnotat 181 og journalnotat 137.

I tekstbank ligger:

- Hverdagsrehabilitering – Innledende kartleggingsbesøk
- Hverdagsrehabilitering – Tverrfaglig kartleggingsbesøk
- Hverdagsrehabilitering – Midtveiseevaluering
- Hverdagsrehabilitering – Sluttevaluering

Som flettedokument finnes:

- Vedtakstekst for hverdagsrehabilitering og for hjemmerehabiliteringsteam
- Hverdagsrehabilitering - Min plan
- Hverdagsrehabilitering kartleggingsresultater

Se EQS for «Hverdagsrehabilitering dokumentasjon i Gericca».

Vil du vite mer?

Har du lyst til å følge med på hva som skjer innen hverdagsrehabilitering?

- Du kan følge facebookgruppen «Hverdagsrehabilitering»
- På YouTube finner du korte videosnutter om hverdagsrehabilitering og de gode eksemplene
- I kompetanseportalen vår finner du e-læringskurs i motiverende samtaler
- Du finner også nyttig informasjon på www.hverdagsrehabilitering.no
- Norsk sykepleierforbund har en faggruppe: www.nsf.no/faggrupper/sykepleiere-i-rehabilitering

Har du lyst til å lese mer?

Tuntland, H, Ness, N.E: Hverdagsrehabilitering. Oslo: Gyldendal norsk forlag, 2014.

Romslund, G.I. et al. Sykepleie og rehabilitering. Oslo: Gyldendal norsk forlag, 2015.

Elissa Burton, et al. Barriers and Motivators to Being Physically Active for Older Home Care Clients. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*, 31(1):21–36, 2013

Annette Winkel et al. Reablement in a community setting. *Disability and rehabilitation* 2014.

Kilder:

Meld. Nr. 29 (2012-2013). Morgendagens omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Ness, N.E., Laberg, T., Haneborg, M. (2012) Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering Prosjektgruppe Hverdagsrehabilitering i Norge. Samarbeid mellom Norsk Ergoterapeutforbund, Norsk Fysioterapeutforbund og Norsk Sykepleierforbund.

NOU 2011:11. Innovasjon i omsorg. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet

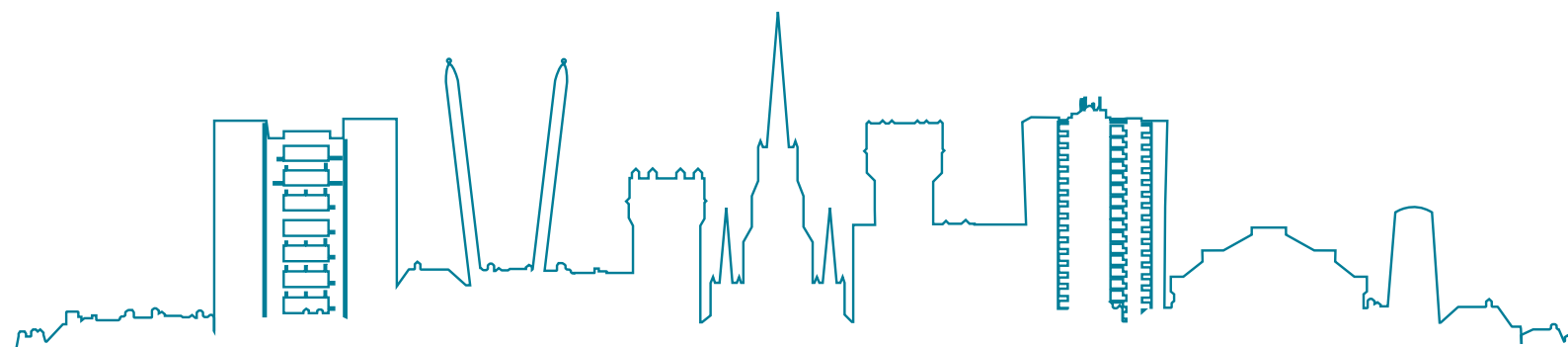
Tuntland, H., Ness, N.E. (2014). Hverdagsrehabilitering. Oslo: Gyldendal akademiske

Fürst og Høverstad ANS (2014). Fra passiv til aktiv deltaker. Hverdagsrehabilitering i Norske kommuner. FoU-prosjektet nr 134027. Oslo: KS.

Sundseth, Liv. (2015) Hjemmetreneren. Oslo: Medlex Norsk Helseinformasjon

Kristiansand Kommune (2014) Mestring gir muligheter. Hverdagsrehabilitering i hjemmetjenesten. Veileder til ansatte.





Drammen kommune

Engene 1, 3008 Drammen

Telefon: 03008

www.drammen.kommune.no