



Vård & Omsorg väster
ÖREBRO

Slutrapport 2007
Rehabilitering i hemmet
Projekt inom Älvtomta hemvård

Åsa Erkers
Projektledare

INLEDNING

Kommunen har att vänta sig en åldrande befolkning med ett ökat behov av vård och omsorg. För att ta hand om de äldre på ett optimalt sätt bör befintliga resurser samordnas och organiseras mer målinriktat och meningsfullt. Att förebygga, bibehålla eller återställa de äldres funktions- och aktivitetsförmåga kan fördröja behovet av hemvård. När en person försämras i sina förmågor är det extra viktigt att personalen runt brukaren samverkar och arbetar utifrån ett rehabiliterande förhållningssätt. Rehabilitering är en verksamhet som i hög grad behöver och kan dra nytta av integrerade och samordnade hälso- och sjukvårds samt socialtjänstinsatser, i synnerhet när det gäller den rehabilitering som sker i hemmiljö.

I september 2005 beslutade Älvtomta hemvård att fokusera på arbetet med rehabilitering i hemmiljön. Syftet var att erbjuda brukare rehabilitering i hemmiljön samt att öka eller utveckla ett rehabiliterande förhållningssätt i teamet. Ett pilotprojekt startades i form av att en extra arbetsterapeut tillsattes på 75% med syfte att arbeta mot en hemvårdsgrupp.

Rutiner skapades för arbetet med rehabilitering. Teamet lyftes fram som en viktig del där arbetsterapeut, biståndshandläggare, enhetschef, omvårdnadspersonal, sjukgymnast och sjuksköterska var delaktiga. I delrapporten, som presenterades i maj 2006, redovisades att nära samarbete, god kommunikation och handledning i rehabiliteringsarbetet ledde till vinster i form av ökad aktivitetsförmåga och självständighet hos brukarna. Personalen var stolta över sitt arbete, då de såg att brukarna gjorde framsteg. Ett rehabiliterande förhållningssätt har börjat sprida sig hos personalen, vilket visar sig i form av en ökad medvetenhet om brukarens förmåga och förutsättningar. Samarbetet i teamet har förbättrats och skapar möjligheter att möta brukaren ur ett helhetsperspektiv. Vardagsrehabilitering ska vara ett arbetssätt hos all personal runt brukaren, som kräver ständig motivation för omvårdnadspersonalen och är i lika hög grad nödvändigt som arbetsterapeutens och sjukgymnastens specifika kunskaper i funktions- och aktivitetsträning.

I delrapporten för 2006 presenterades de resultat som pilotprojektet gett i en hemvårdsgrupp (Delrapport 2006), för västers politiska nämnd. Beslut togs då att utöka projektet till alla elva hemvårdsgrupper inom Älvtomta hemvård under 2007. Slutrapporten för pilotprojektet visade på fortsatta vinster vad gäller bl.a. samverkan och spridningen av ett rehabiliterande förhållningssätt (Slutrapport 2006). Brukarnas självständighet i vardagliga aktiviteter ökade också. Vi kunde då konstatera att utifrån ett längre perspektiv minskar kostnaderna om vi arbetar utifrån ett rehabiliterande förhållningssätt. De resurser som läggs på att anställa arbetsterapeuter tjänas med bred marginal in på en minskad eller bestående vårdtyngd hos brukarna.

Projektet som nu sträcker sig över hela 2007 rekryterade tre (2.75) arbetsterapeuter som tillsammans med befintliga arbetsterapeuter i området fördelades över hela Älvtomta hemvård. Projektet finansieras med hjälp av statliga stimulansmedel. 15:e januari 2007 startade projektet upp över hela Älvtomta hemvård. Denna sammanställning belyser projektet från starten i januari 2007 till december 2007.

BAKGRUND

Rehabilitering av äldre

Rehabilitering för äldre innebär inte en påtvingad och uttröttande form av träning. Det kan vara så lite som att röra på händerna för att förbättra eller bibehålla en funktion, eller att kompensera en förlorad förmåga med hjälp av tekniska hjälpmedel. Rehabiliteringsteamet arbetar för att den äldre ska klara sitt vardagliga liv så bra som möjligt i hemmet. Ett komplement till träning/ behandling är den aktivitetskapande verksamhet som den äldre kan få ta del av i dagverksamheter. Även en äldre människa har rätt till sysselsättning med meningsfulla aktiviteter. Insatserna ska stimulera egen aktivitet och eget ansvar (Holm A, Jansson M, 2001).

Att rehabilitera äldre människor kan ge dem livskvalitet och även vara en samhällsekonomisk vinst i form av lägre vårdkostnader. Ju mer den äldre kan klara sig i sitt eget boende, desto billigare blir det för kommunen. Att kunna utföra aktiviteter i det dagliga livet har en inverkan på välbefinnandet hos äldre (Holm A, Jansson M, 2001).

Specifik rehabilitering

Specifik rehabilitering är relaterad till och kräver kunskap om människans normala funktioner, den aktuella sjukdomen, skadan och den behandling och träning som utvecklar, återvinner och bibehåller funktions- och aktivitetsförmågan. Specifik rehabilitering utförs av arbetsterapeut och/eller sjukgymnast. Vid överlåtelse av arbetsuppgifter till undersköterska/vårdbiträde sker detta genom instruktion. Specifik rehabilitering är arbetsuppgifter och insatser som utförs och ges enligt Hälso- och sjukvårdslagen (Månsson M, 2007).

Vardagsrehabilitering

Vardagsrehabilitering eller allmän rehabilitering är oberoende av sjukdom och kan utföras av all personal. Arbetet utgår från ett rehabiliterande förhållningssätt. Planering och utförande sker på ett sådant sätt att brukaren ges möjlighet att bibehålla funktions- och aktivitetsförmågan (Månsson M, 2007). Att brukaren får fortsätta göra de delar i aktiviteten som han eller hon klarar av, t.ex. att få göra egna val som att få komma fram till garderoben och välja kläder själv eller få fundera på vad man vill ha till frukost och få frågan (även om vi som personal vet vad han/hon brukar äta). Andra exempel är att brukaren ska få försöka resa sig själv innan han/hon får hjälp samt att kunna sträcka sig efter handduken eller åtminstone hinna tänka att han/hon behöver handduken.

Rehabiliterande förhållningssätt

I rehabiliteringsarbetet liksom i allt annat vårdarbete behövs ett professionellt förhållningssätt från personalens sida. Den professionella yrkesutövaren strävar alltid efter att sätta den som ska rehabiliteras och dennes behov främst. Utgångspunkten i ett rehabiliterande förhållningssätt ska vara att ha en stödjande och inte en hjälpande inriktning. Brukaren ska stimuleras och motiveras samt tillåtas egen och självständig aktivitet. Det är brukarens behov, egna resurser och vilja som ska styra målen för rehabilitering. Brukaren ska vara i centrum (Holm A, Jansson M, 2001 och Månsson M, 2007).

Rehabilitering i hemmet

Grundkomponenterna för en fungerande hemrehabilitering är en gemensam känd definition, värdegrund och beskrivning, rutiner, riktlinjer och arbetsmetoder som stödjer brukarperspektivet. Framförallt är det viktigt med ett arbetssätt där alla funktioner och professioner finns i ett gemensamt sammanhang, t.ex. team.

En helhetssyn kan aldrig innehas av bara en profession då det handlar om ett genuint samarbete i en fungerande dialog med brukaren (Månsson M, 2007).

Lagstiftning

De som arbetar inom äldreomsorgen har olika lagstiftningar att ta hänsyn till, beroende på vilken form av insats man gör. Eftersom olika lagstiftningar styr verksamheterna kan det försvåra samverkan.

Hälso- och sjukvårdslagen, HSL

Kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård anges i 18-24 § i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Där innefattas också kommunens ansvar för rehabilitering. Enl. paragraf 18 b i HSL skall kommunen erbjuda rehabilitering. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Vården ska vara av god kvalitet, lättillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt främja goda kontakter mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal. Vården ska också så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten (Socialstyrelsen 2004).

Socialtjänstlagen, SoL

I socialtjänstlagen finns det föreskrifter om vilka rättigheter en individ har till bistånd och vilka skyldigheter kommunen har mot dem som bor i kommunen. De insatser som socialtjänsten ger ska ha god kvalitet och de ska utföras av personal som har lämplig utbildning och erfarenhet. Kommunen har ett ansvar för att de nationella målen för äldreomsorgen följs vilket innebär att äldre ska kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande, att de ska kunna åldras i trygghet och vara självständiga, bemötas med respekt och ha tillgång till vård och omsorg. Äldre människor bör ges förutsättningar att bo kvar i sitt eget hem så långt det är möjligt. Rätten till en trygg vård och omsorg är grunden för allt vård- och omsorgsarbete. För att den enskilde ska kunna uppleva trygghet krävs att insatserna utformas flexibelt efter de individuella behoven. Det förutsätter att olika behov vägs samman och att en helhetssyn präglar bedömningen. Professionella biståndsbedömningar och tydliga beslut är en kvalitetsfråga som höjer rättssäkerheten (Bergstrand 2007).

HSL och SoL i samverkan

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten har ett stort behov av samverkan både av övergripande karaktär och när det gäller samordning av insatser hos den enskilde (Bergstrand 2007). En bärande tanke inom vården och omsorgen om äldre är att HSL och SoL-insatser ska samverka och samplaneras för att uppnå detta mål. Rehabilitering är alltså en verksamhet som i hög grad behöver och kan dra nytta av integrerade och samordnade insatser, i synnerhet när det gäller den rehabilitering som sker i hemmiljön (Socialstyrelsen 2007).

Respektive yrkeskategoriers bedömning och iakttagelser bildar inte bara grunden för planeringen av brukarens rehabilitering utan ger också information som styr övriga teammedlemmars insatser. God kommunikation är viktigt för att ett teamsamarbete skall fungera.

Hemtjänsten ur ett historiskt perspektiv

Vardagsrehabilitering eller ett rehabiliterande arbetssätt inom hemvården är inget nytt påfund.

I en skrift från Socialstyrelsen 1979, Social hemhjälp inför 1980-talet, framhålls att verksamhetsinnehållet i hemhjälp för de äldre måste ändras och baseras på hjälp till

självhjälp, aktivering och social rehabilitering och mindre på städuppgifter, matlagning och dylikt. Meningen var att vårdbiträdet skulle stödja den hjälpbehövande att själv i så hög grad som möjligt kunna utföra hemhjälsarbetet, d.v.s. vardagsrehabilitering.

Under 1990-talet stramas de ekonomiska ramarna åt för offentlig verksamhet. Vårdtyngden för hemtjänstens personal har ökat både p.g.a. att de äldre blir allt äldre och att de som idag får hjälp behöver allt mer hjälp. Sjukhusens vårdplatser har blivit färre, vilket medfört att de som idag bor och vårdas hemma har allt mer omfattande behov av omvårdnad, sjukvårdsinsatser och rehabiliterande insatser. Hemtjänststyrkets utveckling har gått från att en hemsamarit skötte hushållsarbetet till vårdbitrådets eller undersköterskans inriktning allt mer på vård, omsorg och aktivering (Månsson M, 2007).

Lokala rutiner

Kommun, Landsting och Primärvård i Örebro län utarbetade 1995 en ansvarsfördelning mellan huvudmännen gällande rehabilitering för äldre. För att den enskilde ska få bästa möjliga rehabilitering utifrån givna resurser ska huvudmännen inom Örebro län samverka. Rehabiliteringsinriktningen ska genomsyra alla vårdnivåer. Rehabilitering ska utvecklas både som specialistfunktion och som generell kompetens i allt omvårdnadsarbete (Blomstrand, Fahlström, Sahlén, 2003).

Det finns en lokal överenskommelse mellan Älvtomta hemvård och Karla vårdcentral. Den innefattar bl.a. en del om rehabiliterande insatser. Målet för den rehabiliterande verksamheten är att arbetsterapeut och sjukgymnast tillsammans med övrig personal bildar rehabiliteringsteam. Det är arbetsterapeuterna och sjukgymnasterna som har ett gemensamt ansvar för rehabilitering inom kommunal hälso- och sjukvård och primärvård. I överenskommelsen framgår att rutiner för arbetsformer med övrig vårdpersonal ska utvecklas och stor vikt läggs på att öka omvårdnadspersonalens delaktighet i rehabiliteringsarbetet.

Enligt uppdragshandling för omvårdnadspersonal i kommunens vård och omsorg om äldre och funktionshindrade ska personalen arbeta utifrån ett rehabiliterande arbetssätt. De ska också arbeta utifrån de lagar, mål och riktlinjer som styr verksamheten, t.ex. HSL, SoL, måldokument, samverkansavtal mellan kommun och landsting o.s.v. (*Uppdragshandling för omvårdnadspersonal, undersköterska/vårdbiträde. Örebro Kommun oktober 2007*).

Ett av programrådets mål under 2007 är att utveckla arbetet med ett rehabiliterande förhållningssätt.

Arbetsplan för Individuell Rehabilitering, Vård och Omsorg (APIRVO)

Örebro kommunfullmäktige antog 1996-10-16 "Program för äldre i Örebro Kommun" som kompletterades våren 1997 med en genomförandeplan. En manual och arbetsplan är utarbetad utifrån de intentioner som programmet ger uttryck för. Syftet med en APIRVO är att trygga den enskildes rätt till en god och säker vård utifrån ett rehabiliterande förhållningssätt. Detta uppnås genom att olika yrkesgrupper samverkar. APIRVO är ett redskap för att säkra denna samverkan och ingår som en del av Örebro kommuns arbete med kvalitetssäkring.

Under hösten 2007 antogs en ny riktlinje inom Örebro Kommun, Riktlinje för individuell vårdplanering och individuella vård- och omsorgsplaner. Denna riktlinje ersätter APIRVO.

Bedömning av aktivitetsförmåga

ADL-taxonomi är ett bedömningsinstrument som används för att kartlägga aktivitetsproblem i det dagliga livet (ADL). Aktiviteterna delas upp i två huvudgrupper, dels personliga aktiviteter (P-ADL) som innefattar: äta och dricka, förflyttning, toalettbesök, på och avklädning, personlig hygien, övrig kroppsvård samt kommunikation. Dessa aktiviteter bryts sedan ner i 31 delaktiviteter. De andra är instrumentella aktiviteter (I-ADL) som innefattar: resor, matlagning, inköp av dagligvaror, städning samt tvätt. Dessa bryts sedan ner och specificeras i 16 delaktiviteter.

Resursfördelningsmodell

I Örebro kommun fördelas personalbudgeten utifrån en resursfördelningsmodell. En viktig del av denna är det vi idag kallar för vårdtyngdsmätning, tidigare Vasa modellen. Denna mätning visar hur mycket omvårdnadspersonal som varje hemvårdsgrupp behöver för att klara sina arbetsuppgifter.

SYFTE

Att med stöd av arbetsterapeuten stärka det rehabiliterande förhållningssättet i teamet.

Att erbjuda brukaren träning av, för denne meningsfulla, vardagliga aktiviteter i sin naturliga miljö för att på så sätt bibehålla eller förbättra sina förmågor. Detta för att klara det dagliga livet i ordinärt boende så självständigt som möjligt.

MÅL

Att öka brukarens aktivitetsförmåga.

Att öka brukarens självständighet i sina vardagliga aktiviteter.

Att öka/utveckla ett rehabiliterande förhållningssätt i teamet.

METOD

Genomförande

I september/oktober 2006 informerades alla hemvårdsgrupper och enhetschefer inom Älvtomta hemvård om det kommande projektet, rehabilitering i hemmet. Omvårdnadspersonalen fick då fylla i en enkät om rehabilitering och deras värderingar kring arbetet med rehabilitering. Den presenteras i resultatdelen. Enkäten utvärderades efter ca ett år. Även arbetsterapeuterna, biståndshandläggare och sjuksköterskor informerades om projektet under hösten 2006.

Under hösten 2006 rekryterades tre arbetsterapeuter som tillsammans med tidigare arbetsterapeuter i området fördelades över hela Älvtomta hemvård. Det genomfördes också en omfördelning/omorganisation inom Älvtomta hemvård för att skapa team. Arbetsterapeuterna fick då arbeta mot en eller högst två hemvårdsgrupper. Målet var att arbeta mot så få personer som möjligt, för att skapa ett mer sammansvetsat team.

Arbetsterapeuterna tillsammans med enhetschef och projektledare genomförde en planeringsdag/uppstartsdag inför projektet för genomgång av projektplan och arbetssätt. Arbetsterapeuterna fick då i uppdrag att träffa enhetschef, biståndshandläggare och sjuksköterska i sitt respektive team för att förbereda och diskutera samarbete.

15 januari 2007 var projektarbetet igång för samtliga elva hemvårdsgrupper inom Älvtomta hemvård.

Målgrupp, kriterier, rutiner och arbetssätt inom projektet fanns utarbetat sedan tidigare (2006), en del av materialet har arbetats om och vidareutvecklats.

Målgrupp brukare

- Den som behöver stöd med fortsatt träning i hemmet efter vistelse på sjukhus, korttidsplats, rehabiliteringsplats eller dagvård/dagrehab.
- Den som varit långvarigt sjuk och vill komma igång igen.
- Den som känner att krafterna börjar avta och upplever en osäkerhet att utföra dagliga aktiviteter.

Kriterier för brukare

- Beslut enligt SoL.
- Bo i ordinärt boende.
- Vara motiverad till träning.
- Förstå upplägget med uppsatta mål och en rehabiliteringsplan samt kunna medverka till träning och förstå instruktioner.

- Klara att vara ensam och kunna larma.
- Ha förutsättningar att efter träning kunna bibehålla eller förbättra aktivitetsförmågan.

Rutiner och gemensamma dokument

Teamträffar

Teamträffarna syftar till att:

- förbättra samarbetet i teamet
- förbättra arbetet med APIRVO och vårdplaner samt kontaktmannaskap
- öka samarbetet mellan omvårdnadspersonal och sjukgymnast, ett tillfälle för kompetensutveckling
- ge omvårdnadspersonalen tillfälle att diskutera enskilda fall med biståndshandläggaren
- ge biståndshandläggaren ett tillfälle att följa upp beslut med omvårdnadspersonal

En fast dagordning finns och används vid teamträffarna med följande punkter:

- Genomgång av aktuella rehab/arbetsplaner
- Lägesrapport från gruppen
- Nya aktuella brukare för projektet
- Övriga frågor
- Träffen avslutas med en planering inför nästa teamträff

En gemensam grundsyn formulerades i samband med att projektet startades 2005. Grundsynen ska fungera som ett stöd för teamet.

Definition av rehabilitering

Med rehabilitering avses tidiga, samordnade och allsidiga insatser från olika kompetensområden och verksamheter som innebär att medicinska, omvårdande, psykologiska, andliga, pedagogiska, sociala, kulturella och tekniska insatser kombineras efter den enskildes behov, förutsättningar och intressen.

Ett rehabiliterande förhållningssätt

Utgångspunkten ska vara att ha en stödjande och inte en hjälpande inriktning. Brukaren ska stimuleras och motiveras till egen och självständig aktivitet. Brukarens behov, resurser och vilja ska styra målen för rehabilitering. Brukaren ska vara i centrum.

Definition av team

Enligt Nationalencyklopedin betyder team mindre grupp som samarbetar i bestämt syfte. Det var därför viktigt att skapa mindre och mer sammansvetsade team som arbetar mot målen för rehabiliteringen.

Definition av yrkeskategoriernas arbetsuppgifter i teamet

Omvårdnadspersonal

Undersköterskan/vårdbiträdet har till uppgift att stödja, uppmuntra och motivera brukaren till egen aktivitet. Utföra av arbetsterapeut och sjukgymnast instruerad träning samt vardagsrehabilitering. Påtala behov av samt medverka vid APIRVO. De har också ett ansvar som kontaktman.

Arbetsterapeut

Arbetsterapeutens uppgift i teamet är att bedöma, stödja och träna de förmågor brukaren önskar och har behov av för att klara sina vardagliga aktiviteter. Arbetsterapeuten kan med hjälp av hjälpmedel och förändringar i miljön möjliggöra förutsättningar för rehabilitering. Målet är att bibehålla eller förbättra brukarens självständighet i vardagen. Medverka vid

APIRVO samt att instruera specifika rehabiliteringsinsatser och stötta omvårdnadspersonalen i arbetet med vardagsrehabilitering.

Sjukgymnast

Sjukgymnasten har till uppgift att bedöma, behandla, träna och stödja brukaren så denne kan bibehålla, förbättra eller återfå de fysiska funktioner som brukaren behöver i sin vardag. Vid behov instruera omvårdnadspersonalen att utföra specifika rehabiliteringsinsatser.

Sjuksköterska

Sjuksköterskan bedömer hur brukaren klarar av eventuella problem som kan uppstå utifrån sjukdom eller skada. Identifierar specifika behov och iakttar svaren på behandlingen som påverkar brukarens förutsättningar för rehabilitering samt att delta vid APIRVO.

Enhetschef

Enhetschefen har till uppgift att skapa utrymme och struktur för ett rehabiliterande förhållningssätt samt motivera och leda omvårdnadspersonalen i arbetet utifrån den gemensamma grundsynen.

Biståndshandläggare

Biståndshandläggarens uppgift i teamet är att uppdatera beslut utifrån förändringar i brukarens aktivitets- och funktionsförmåga. Det är viktigt att koppla ihop rehabilitering och biståndsbesluten för att de ska hamna på rätt nivå.

Arbetsätt

Den första kontakten

Biståndshandläggare, sjuksköterska/distriktssköterska och arbetsterapeut deltar i vårdplanering, eller får rapport från vårdplaneringsteamet (som är placerat på sjukhuset) där brukarens behov av rehabilitering aktualiseras. Alternativt lyfter någon yrkeskategori i teamet fram brukare som har ett behov av aktivering och träning. Då biståndshandläggaren träffar brukaren för bedömning av hemvårdsbehov informeras brukaren och ev. anhöriga om att brukaren kan erbjudas rehabilitering i hemmet för att bibehålla eller förbättra sina förmågor. Även personalen från dagvård och dagrehabilitering kan påtala behovet av träning och aktivering i hemmiljön för att bibehålla funktionen/aktiviteten som tränats där.

Den första kontakten är viktig för att brukaren ska känna förtroende för teamet. Det är viktigt att brukaren och anhöriga får tydlig information om rehabilitering i hemmet och vilka möjligheter som finns.

Bedömning av aktivitetsförmåga

Arbetsterapeuten gör det första besöket hos brukaren så snart det är möjligt. Då görs en bedömning av brukarens förmåga att utföra vardagliga aktiviteter i hemmet enligt ADL-taxonomi. Bedömningen görs främst utifrån de aktiviteter brukaren önskar bli mer självständig i. ADL-bedömningen dokumenteras i journal samt registreras i systemet FSA-dis. Anledningen till att bedömningen registreras i FSA-dis är att det systemet ger en mycket bra och överskådlig bild på brukarens aktivitetsförmåga och det är lätt att se förändringar över tid.

APIRVO

Brukaren, anhöriga, kontaktpersonen, sjuksköterskan och arbetsterapeuten träffas för att tillsammans sätta upp mål och planera lämplig träning för att nå dessa mål. Sjukgymnast

från Karla Vårdcentral kontaktas för bedömning. Målen dokumenteras i en vårdplan (bilaga 1) och följs upp regelbundet via teamträffar, detta för att se vilka förändringar som sker hos brukaren. När teamet kan se förändringar bokas en ny tid med brukaren och anhöriga för att följa upp vårdplanen och ev. sätta upp nya mål.

Rehabilitering

I projektet har vi arbetat med både specifik rehabilitering och vardagsrehabilitering. Med *specifik rehabilitering* menas insatser som ges av arbetsterapeut och/eller sjukgymnast och som vid överförande till annan personal muntligt och/eller skriftligt instrueras, t.ex. funktions- och aktivitetsträning. Vardagsrehabilitering innebär att personalen runt brukaren arbetar med ett rehabiliterande förhållningssätt. D.v.s. planerar och utför sina insatser på ett sådant sätt att brukaren ges möjlighet att utveckla och bibehålla sina förmågor, t.ex. låter brukaren vara aktiv i vardagsaktiviteterna t.ex. medverka vid frukost och göra det hon/han klarar av.

Regelbundna träffar (teamträff)

Teamträffar hålls en gång i veckan på en bestämd dag och tid. Arbetsterapeut, enhetschef, sjuksköterska/distriktssköterska och två omvårdnadspersonal träffas ca en timme. En gång i månaden deltar även biståndshandläggare och sjukgymnast. Arbetsterapeuten är sammankallande och för enklare minnesanteckningar som distribueras till hemvårdsgruppen samt övriga teammedlemmar.

Utvärdering

Utvärderingen sker på tre sätt, genom mätning av aktivitetsförmåga, vårdtyngd och omvårdnadspersonalens inställning till rehabilitering.

ADL-taxonomi används för att utvärdera brukarens aktivitetsförmåga. Bedömningen sker då träning påbörjas (bedömning 1) samt då träningen avslutas (bedömning 2), dock senast efter tre månader. En uppföljande bedömning (bedömning 3) görs sedan efter tre månader. Detta för att utvärdera hur brukarens aktivitetsförmåga förändrats genom både specifik rehabilitering och vardagsrehabilitering. Även vårdtyngden mäts då träningen börjar (bedömning 1), avslutas (bedömning 2), dock senast efter tre månader samt uppföljning (bedömning 3) efter tre månader.

Omvårdnadspersonalens erfarenhet och inställning till rehabilitering utvärderas med hjälp av två enkäter, en vid projektets start (bilaga 2) och en uppföljande enkät (bilaga 3).

RESULTAT

I resultatet nedan presenteras 25 brukare, fördelat på elva hemvårdsgrupper som inkluderats i projektet (070115-071231).

Åldersfördelning

Brukarna som deltagit i projektet är födda mellan 1911 och 1937. Det innebär en åldersspridning på mellan 70 och 96 år. Den genomsnittliga åldern är 85 år. Antalet brukare i åldersgruppen 70-80 år är sju stycken, elva är mellan 81-90 år och resterande sex är 91 år och äldre.

Diagnosgrupper

Diagnoserna på deltagarna är fördelade enligt nedan:



* AT = allmäntillstånd

Övriga diagnoser innefattar: hjärtinfarkt, kotkompression och artros.

AKTIVITETSFÖRMÅGA

Resultatet av de 25 brukarnas aktivitetsförmåga redovisas i fyra grupper. 0-värde redovisas som en minskning. Endast de delaktiviteter brukaren är helt självständig i redovisas. P-ADL (personlig ADL) och I-ADL (instrumentell ADL) redovisas var för sig.

Grupp 1 som Ökat/Ökat P-ADL

Brukare	Bed 1	Bed 2	Diff	Bed 3	Diff
1	23	28	5	29	1
2	12	24	12	26	2
3	10	23	13	24	1
4	20	24	4	26	2
5	3	17	14	27	10
6	21	23	2	27	4

Grupp 2 som Ökat/Minskat P-ADL

Brukare	Bed 1	Bed 2	Diff	Bed 3	Diff
1	28	30	2	29	- 1
2	12	21	9	12	- 9
3	11	29	18	29	0
4	23	26	3	26	0
5	4	5	1	5	0

Grupp 3 som Minskat/Minskat P-ADL

Brukare	Bed 1	Bed 2	Diff	Bed 3	Diff
1	19	18	- 1	18	0
2	13	13	0	13	0
3	4	4	0	4	0
4	1	1	0	1	0
5	28	28	0	28	0
6	28	27	- 1	27	0
7	21	21	0	21	0
8	9	9	0	9	0

Grupp 4 som Minskat/Ökat P-ADL

Brukare	Bed 1	Bed 2	Diff	Bed 3	Diff
1	25	24	- 1	28	4

Grupp 1. Resultatet visar att sex brukare som avslutat sin rehabiliteringsperiod har ökat sin aktivitetsförmåga mellan bedömning 1 och 2. De har även förbättrats ytterligare vid bedömning 3.

Grupp 2. Fem brukare har förbättrats mellan bedömning 1 och 2. Tre av dessa har bibehållit samma aktivitetsförmåga vid bedömning 3 och två har försämrats något.

Grupp 3. Två brukare har minskat sin aktivitetsförmåga mellan tillfälle 1 och 2 för att sedan bibehålla aktivitetsförmågan vid bedömning 3. Övriga sex brukare inom gruppen har bibehållit sin aktivitetsförmåga under hela rehabiliteringsperioden även vid bedömning 3.

Grupp 4. Brukaren har minskat sin aktivitetsförmåga mellan bedömning 1 och 2 men har sedan förbättrats vid den uppföljande bedömningen.

Fem brukare redovisas ej i ovanstående grupper p.g.a. diverse orsaker. Tre av dessa brukare är endast bedömda vid tillfälle 1 och 2. Det saknas en ADL-bedömning på en brukare samt att på en brukare saknas bedömning nummer 2.

Inom instrumentell ADL har endast 16 bedömningar utförts. Av dessa presenteras 12 i grupperna nedan. Fyra brukare är endast bedömda vid tillfälle 1 och 2 och faller därför bort.

Grupp 1 som Ökat/Ökat I-ADL

Brukare	Bed 1	Bed 2	Diff	Bed 3	Diff
1	2	4	2	5	1

Grupp 2 som Ökat/Minskat I-ADL

Brukare	Bed 1	Bed 2	Diff	Bed 3	Diff
1	1	6	5	6	0
2	0	2	2	2	0
3	0	3	3	3	0
4	1	7	6	7	0
5	0	11	11	11	0
6	0	1	1	0	- 1

Grupp 3 som Minskat/Minskat I-ADL

Brukare	Bed 1	Bed 2	Diff	Bed 3	Diff
1	2	0	- 2	0	0
2	0	0	0	0	0

Grupp 4 som Minskat/Ökat I-ADL

Brukare	Bed 1	Bed 2	Diff	Bed 3	Diff
1	8	5	- 3	6	1
2	0	0	0	5	5
3	1	1	0	3	2

Grupp 1. Brukaren har ökat sin aktivitetsförmåga mellan bedömning 1 och 2. Även vid bedömning 3 har brukaren ökat sin aktivitetsförmåga ytterligare.

Grupp 2. Samtliga brukare i gruppen har ökat sin aktivitetsförmåga mellan bedömning 1 och 2. Fem av dem bibehöll samma aktivitetsförmåga vid bedömning 3 medan den sjätte försämrades något.

Grupp 3. En av brukarna har försämrats mellan bedömning 1 och 2 medan den andra bibehållit samma aktivitetsförmåga. Vid bedömning 3 har båda bibehållit samma aktivitetsförmåga som då rehabiliteringsperioden avslutades.

Grupp 4. En av brukarna har försämrats mellan bedömning 1 och 2, de andra brukarna har bibehållit samma aktivitetsförmåga. Vid bedömning 3 har samtliga brukare ökat sin aktivitetsförmåga.

VÅRDTYNGDSMÄTNING

Vårdtyngdsmätningen är utförd på de 25 brukare som deltagit i projektet (tabell 1). I redovisningen av den totala vårdtyngden finns ett bortfall (ljusgrå markering) på fem brukare då dessa saknar en komplett bedömning. Dessa är inte inräknade i den ”ekonomiska vinsten”.

Den totala vårdtyngden vid bedömningstillfälle 1 är 696,5 poäng. Vid bedömning 2 är vårdtyngden totalt 647 poäng. Vårdtyngden har minskat med 49,5 poäng hos de deltagande brukarna. Vid bedömning 3 är den totala vårdtyngden 513,5 poäng. Det innebär ytterligare en minskning med 133,5 poäng. Totalt under projektiden 070115-071231 har vårdtyngden hos de deltagande brukarna minskat med 183 poäng.

Omräknat till årsarbetare så blir summan 2,0 årsarbetare (kvot 90). Enligt modell så kostar en heltidsanställd omvårdnadspersonal 388 256 kronor. En minskad vårdtyngd på 2,0 årsarbetare innebär en kostnadsreducering med 776 512 kronor (2,0*388 256). Det bör poängteras att det är svårt att omsätta vinsten i reella pengar. Vidare så är inte målet med projektet att det ska vara vinstdrivande utan stor vikt läggs på brukarens självständighet, teamsamarbete och personalens förhållningssätt.

Tabell 1

Brukare	Bed. 1	Bed. 2	Diff.	Bed. 3	Diff.
1	46	26	- 20	26	+/- 0
2	19,5	70,5	51	70,5	+/- 0
3	18,5	18,5	+/- 0	18,5	+/- 0
4	42,5	37	- 5,5	2	- 35
5	26	19,5	- 6,5	19,5	+/- 0
6	41,5	43,5	2	-	-
7	51	7	- 46	9	2
8	29,5	29,5	+/- 0	29,5	+/- 0
9	39	-	-	76	37
10	55,5	14,5	- 41	11,5	- 3
11	80,5	58	- 22,5	-	-
12	56,5	84	27,5	84	+/- 0
13	9	0	- 9	0	+/- 0
14	28	0	- 28	0	+/- 0
15	12	12	+/- 0	12	+/- 0
16	59,5	86,5	27	86,5	+/- 0
17	12,5	12,5	+/- 0	12,5	+/- 0
18	7	0	- 7	0	+/- 0
19	12,5	12,5	+/- 0	12,5	+/- 0
20	64,5	64,5	+/- 0	18,5	- 46
21	77,5	77,5	+/- 0	77,5	+/- 0
22	24,5	66,5	42	23,5	- 43
23	31,5	37,5	6	-	-
24	26,5	14,5	- 12	-	-
25	44,5	8,5	- 36	0	- 8,5

Redovisning av vårdtyngd på individnivå:

Elva brukare har förbättrat sin förmåga (vilket motsvarar en sänkt vårdtyngd) mellan bedömning 1 och 2. De har blivit mer självständiga och som en följd av detta så har behovet av insatser från hemvården förändrats. Vid bedömning 3 har tre fortsatt minskad vårdtyngd, fem har bibehållit samma vårdtyngd och en har ökat något. Två brukare är endast bedömda vid tillfälle 1 och 2.

Sju brukare har bibehållit samma vårdtyngd mellan bedömning 1 och 2. Vid bedömning 3 har sex av dessa bibehållit samma vårdtyngd medan en har minskat något.

Sex brukare har mellan bedömning 1 och 2 fått ett ökat behov av insatser vilket resulterat i en ökad vårdtyngd. Tre av dem har bibehållit samma vårdtyngd även vid bedömning 3. En brukare har förbättrats ytterligare och på två brukare har bedömningen 3 inte genomförts.

Brukare nummer 9 har endast bedömts vid tillfälle 1 och 3. Vårdtyngden har under denna period ökat.

REHABILITERANDE ARBETSSÄTT HOS OMVÅRDNADSPERSONALEN

Hemvårdspersonalen fick i september/oktober 2006 fylla i en enkät (bilaga 2). Ca ett år senare fick personalen fylla i en uppföljande enkät (bilaga 3). Enkäten bestod i ett antal frågor och påståenden om rehabilitering och rehabiliterande förhållningssätt som personalen dels fick svara på och även skatta enligt en skala.

Sammanfattning av enkät nummer ett

98 personer, fördelat på elva hemvårdsgupper har svarat på den första enkäten. Resultatet visar att omvårdnadspersonalen är intresserade av att arbeta utifrån ett rehabiliterande förhållningssätt. De anser också att de till viss del redan arbetar utifrån detta förhållningssätt samt att de har relativt god kunskap om det. De önskar dock att de hade mer tid för att kunna erbjuda brukarna den rehabilitering de har rätt till. Mål för brukarens rehabilitering sätts inte upp i så stor utsträckning och många i grupperna vet inte heller om målen följs upp. Kontakten med arbetsterapeut beskrivs till största delen som sällan eller ofta medan kontakten med sjukgymnast beskrivs som aldrig eller sällan.

Många har svarat att arbetet med rehabilitering kan förbättras genom att personalen erhåller mer information, riktlinjer, kunskap och utbildning inom ämnet. Vissa önskar också mer stöd av arbetsterapeut och sjukgymnast. Bättre rapport på nya brukare eller de som kommer från t.ex. sjukhuset.

Ett ökat samarbete och bättre kommunikation yrkeskategorier mellan samt att alla arbetar lika anser många vara ett förbättringsområde inom rehabilitering.

”Att vi alla i gruppen får mer information så vi jobbar mer lika än vi gör i nuläget”.

”Den skulle kunna bli mycket bättre om alla brukare hade en plan att följa i deras rehabilitering och att vi fick tiden för att genomföra och utföra den. Och att den även skulle följas upp”.

De allra flesta önskar mer tid och resurser för att kunna arbeta med rehabilitering. Behovet av fler hembesök av arbetsterapeut och sjukgymnast återkommer i de olika grupperna. Andra kommentarer som förekommit är behovet av planering, tydliga målsättningar med rehabiliteringen samt att målen följs upp. Någon har också påtalat behovet av bättre hjälpmedel, för att utveckla arbetet med rehabilitering. På frågan ”Vad innebär rehabilitering för dig?” återkommer svar som t.ex. att kunna klara sig själv och inte vara beroende av andra, hjälp till självhjälp och att få någon att må bättre. En kommentar lyder:

”Att ta tillvara brukarens egna resurser, uppmuntra dessa och underhålla genom träning i vardagliga situationer”.

Sammanfattning av den uppföljande enkäten

71 personer, fördelat på tio hemvårdsgupper har svarat på den uppföljande enkäten. Det finns ett bortfall på ca 35 personer. Resultatet från den uppföljande enkäten visar att ca hälften av de som svarat anser att de fått utbildning eller handledning i ett rehabiliterande förhållningssätt under året som gått. Samtliga har varit hemma hos en brukare med hemrehabiliteringsinsatser och de flesta anser att samarbetet med arbetsterapeuten i dessa ärenden fungerat bra eller mycket bra.

Enkäten visar också att omvårdnadspersonalen har ett fortsatt intresse för att arbeta utifrån ett rehabiliterande förhållningssätt. De anser också att de till viss del arbetar utifrån ett

rehabiliterande förhållningssätt samt att de har kunskap om det. Omvårdnadspersonalen anser i den uppföljande enkäten att de i större utsträckning har möjlighet att erbjuda brukaren rehabilitering, de känner också att de till större del har den tiden. Ett förbättringsområde som kvarstår även vid den uppföljande enkäten är att mål för brukarens rehabilitering inte sätts upp i så stor utsträckning. Det är dock tydligare att de mål som formuleras också följs upp.

Kontakten med arbetsterapeut i ärenden som rör rehabilitering beskrivs som ofta. Med sjukgymnast beskrivs kontakten till största delen som sällan men en tendens finns att det lutar åt ofta.

Något som enligt omvårdnadspersonalen gjort det möjligt att arbeta med rehabilitering är bra samarbete med arbetsterapeut, sjukgymnast och sjuksköterska. Att brukaren är motiverad till rehabilitering underlättar arbetet. Teamträffarna lyfts också fram som en viktig del för att möjliggöra arbete med rehabilitering samt regelbunden uppföljning. Omvårdnadspersonalen upplever att det är roligt med rehabilitering då de ser framsteg hos brukaren. Svårigheter som påpekats av omvårdnadspersonalen är omotiverade brukare, tidsbrist, egen motivation och brist på handledning/information.

”Att all personal har varit motiverad och strävat efter samma mål”.

För att kunna fortsätta utveckla arbetet med rehabilitering anser omvårdnadspersonalen att de behöver mer tid. Fortsatt samarbete med övriga yrkeskategorier t.ex. teamträffar och handledning i vardagsarbetet ses också som viktigt.

”Det kommer bli lättare och lättare när både personal och brukare har fått in vana i arbetet”.

Resultaten på frågor och påståenden från båda enkäterna presenteras i tabellerna nedan.

0 = instämmer inte alls 3 = instämmer helt

Jag är intresserad av att arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt				
	0	1	2	3
2006		2	36	75
2007		1	18	50

Jag har tillräcklig kunskap inom området rehabilitering				
	0	1	2	3
2006	2	34	73	4
2007		9	48	12

Mina brukare får den rehabilitering de har rätt till				
	0	1	2	3
2006	12	41	41	17
2007	1	7	41	18

Vi i hemvården arbetar rehabiliteringsinriktat				
	0	1	2	3
2006	5	48	40	15
2007		4	38	27

Jag har tillräckligt med tid för att arbeta rehabiliteringsinriktat				
	0	1	2	3
2006	20	48	36	4
2007	2	22	40	5

Vi får tillräcklig information om våra brukare i samband med hemgång från t.ex. sjukhus				
	0	1	2	3
2006	1	35	57	21
2007	1	17	39	13

Vi sätter upp rehabiliteringsmål tillsammans med våra brukare				
	0	1	2	3
2006	42	37	23	11
2007	4	12	29	22

Det är viktigt för brukarna att göra det de klarar av				
	0	1	2	3
2006	1	1	12	99
2007			3	66

Det är jobbigt att stå bredvid när brukaren ska träna på att t.ex. klä på sig				
	0	1	2	3
2006	28	27	42	13
2007	10	17	34	10

Jag gångtränar gärna med brukarna				
	0	1	2	3
2006	1	2	23	87
2007	1	1	16	50

Kontakt med arbetsterapeut				
	Aldrig	Sällan	Ofta	Alltid
2006		44	59	8
2007		3	44	21

Kontakt med sjukgymnast				
	Aldrig	Sällan	Ofta	Alltid
2006	41	63	7	1
2007	9	44	12	2

Uppföljning av mål			
	Ja	Nej	Vet ej
2006	21	28	51
2007	50	1	8

TEAMSAMARBETE

Generellt sett så ser yrkeskategorierna i teamet vinster i form av ett förbättrat samarbete mellan teamets medlemmar. Man har även en ökad förståelse för varandras yrken. En mer säker och grundlig bedömning vad gäller insatser när flera yrkeskategorier bidrar med sin kompetens. Det är positivt med en gemensam bedömning vilket gynnar kvaliteten för brukaren. Det är viktigt att samtliga yrkeskategorier är delaktiga i bedömningen. En bra kontakt har skapats med hemvårdsgruppen. En bidragande anledning till detta är regelbundna träffar. En av arbetsterapeuterna berättar:

”...genom samverkan mellan alla teammedlemmar i form av medicin, bostadsanpassning, hjälpmedel och ett gemensamt förhållningssätt har brukaren blivit mer självständig...”

Tidsbrist är något som regelbundet tas upp till diskussion i hemvårdsgruppen. Det är också viktigt att tid skapas för övriga yrkeskategorier att delta vid t.ex. teamträffar. Alla yrkeskategorier har lika stor betydelse för att teamet ska fungera optimalt. En annan viktig del är att alla yrkeskategorier känner sig delaktiga i arbetet med rehabilitering. Att få komma till tals på t.ex. teamträffar är en förutsättning för att arbetet ska fungera. Det är viktigt att varje individ går till sig själv och ser hur delaktig just jag är, tillåts jag vara delaktig och låter jag andra vara delaktiga.

Arbetet med APIRVO har i vissa grupper flutit på bra, i andra grupper måste det utvecklas vidare. Det är viktigt att alla yrkeskategorier som är delaktiga i APIRVO tar ansvar för att genomföra dessa. Det har varit positivt att arbetsplanen/rehabiliteringsplanen funnits tillgänglig i brukarens hem. Detta för att personalen lätt ska kunna se vad som blivit bestämt just hos den brukaren. Genom APIRVO får brukaren möjlighet att påverka sin vård och rehabilitering. De kan då uttrycka sitt/sina önskemål. En förutsättning för att möjliggöra arbete med APIRVO är att det finns ett fungerande kontaktnät. Detta fungerar inte bra i alla grupper utan behöver utvecklas. Den nya riktlinjen för individuell vårdplanering och individuella vård- och omsorgsplaner som antogs hösten 2007 ska nu implementeras i arbetet. Det är även där viktigt att alla teammedlemmar tar sitt ansvar för implementeringen. Det ska inte ligga på en enskild yrkeskategori utan alla ska samverka med fokus på brukaren.

Projektet har gett en ökad medvetenhet att tänka rehabiliterande. Det ska ju inte vara ett nytt arbetssätt men det fungerar bra att arbetsterapeuten och sjukgymnasten finns nära gruppen. Alla yrkeskategorier har varit positiva överlag och förstått att syftet med projektet har varit bra för såväl brukare som personal. En svårighet som nämns av flera yrkeskategorier är svårigheten att förmedla information till hela hemvårdsgruppen. Det är viktigt att alla som inte deltar vid teamträffen läser minnesanteckningarna för att på så vis hålla sig uppdaterad. Det är också viktigt att dokumentera i Doc It samt att alla yrkeskategorier läser vad som är skrivet.

Flera arbetsterapeuter upplever att de får använda hela sitt kompetensområde i detta arbetssätt. Vissa arbetsterapeuter ser möjligheter och utvecklingsområden i sitt arbetssätt och önskade att de hade ännu mera tid för hemvårdsgruppen. Det är också viktigt att alla yrkeskategorier fokuserar på just sin bidragande del i teamet. Varje yrkeskategori deltar med en liten del och tillsammans bildar det en helhet. Det är viktigt att tillåta andra yrkeskategorier att ta sitt ansvar.

Arbetsterapeuter och sjukgymnaster är de som med sina specifika kunskaper kan stötta omvårdnadspersonalen i ett rehabiliterande förhållningssätt. Därför är det viktigt att arbetsterapeut och sjukgymnast finns nära hemvårdsgruppen för att detta arbete ska kunna upprätthållas.

Samarbetet med sjukgymnasterna inom primärvården är en viktig del i arbetet. Inom Älvtomta upplever vi att tiden sjukgymnasten har avsatt för den kommunala verksamheten inte räcker till och det har negativa effekter. Eftersom sjukgymnasten bara kan delta sporadiskt blir han eller hon aldrig en naturlig del av teamet. En följd är att hemvårdspersonalen och de andra professionerna i teamet känner sig osäkra på vad sjukgymnastens arbetsuppgifter är och vilka problem och frågor de kan ta upp. Sjukgymnasten blir därför ofta en outnyttjad resurs trots att behovet av deras insatser egentligen är stora hos våra brukare.

Primärvården tillsvidareanställde under 2007 fem sjukgymnaster, så kallade hemrehabsjukgymnaster som ska arbeta mot äldre som har behov av rehabiliterande insatser i hemmiljön. Dessa sjukgymnaster ska samarbeta med kommunens personal och kommer att finnas placerade ute i den kommunala verksamheten. En av dessa sjukgymnaster finns placerad på Älvtomta.

Sedan denna tjänst tillsattes har vi inom Älvtomta kunnat se en positiv utveckling. I de team där hemrehabsjukgymnasten deltagit har de olika professionerna fått en bättre bild av vilka insatser sjukgymnasten kan bidra med. Nu har efterfrågan av sjukgymnastinsatser ökat markant och hemrehabsjukgymnasten får in ärenden direkt från hemvårdgrupperna, sjuksköterskor och biståndshandläggare. Tidigare gick den kontakten vanligtvis via arbetsterapeuten som fick skicka frågan vidare och konsultera sjukgymnast. Sjukgymnasten kommer in mycket snabbare i processen och kan många gånger ”mota Olle i grind” istället för att lindra och behandla långvariga problem. Samarbetet och kontakten fungerar mycket bättre och snabbare vilket märks på arbetet med brukaren.

Hemrehabsjukgymnasten som arbetar mot Älvtomta hemvård har ett stort upptagningsområde då hon även arbetar mot andra områden i kommunen. Totalt arbetar hon mot 17 hemvårdsgrupper, d.v.s. 17 olika team. För att få ett lyckat samarbete och möjliggöra sjukgymnastinsatser med kvalité krävs det att hemrehabsjukgymnasten har möjlighet att kontinuerligt delta vid teamträffarna. Idag finns inte den tiden att tillgå. Ett mål för framtiden är att hemrehabsjukgymnasten ska ha tid och möjlighet att delta vid individuell vård- och omsorgsplanering. Det är då teamet träffas tillsammans med patienten och planerar insatserna för rehabiliteringen. För att möjliggöra sjukgymnastens deltagande i hemrehabiliteringen krävs enligt oss en utveckling av den satsning man hittills gjort och det i form av fler sjukgymnasttjänster med inriktning hemrehabilitering.

SLUTORD

Upprepade utbildningssatsningar och en långvarig viljeriktning att arbeta utifrån ett rehabiliterande förhållningssätt är något som Örebro Kommun länge arbetat med. Det som tidigare varit svårigheten med att bibehålla ett rehabiliterande förhållningssätt är att det saknats rutiner i det praktiska arbetet.

Genom att i projektform pröva denna modell för rehabilitering har vi funnit en framkomlig väg att erbjuda rehabilitering i hemmet, samt att implementera ett rehabiliterande förhållningssätt hos hela teamet. Vi har med projektet också visat att arbetet kan bidra till högre livskvalitet för de äldre, att ett rehabiliterande förhållningssätt ger ekonomiska fördelar samt visa att samverkan kan motverka otydligheter mellan olika yrkeskategorier. Arbetssättet i projektet samt resultatet som projektet gett är en pågående process som hela tiden måste underhållas.

De statliga stimulansmedlen ska användas till att utveckla och stärka kvaliteten i äldreomsorgen (inte för att göra sådant som redan åligger kommunen). Det ska vara en resurs/förstärkning för att satsningarna ska kunna implementeras och på sikt kunna bli en del av den ordinarie verksamheten. Det är tillåtet att lägga upp arbetet som ett projekt, t.ex. till en början men det finns negativa risker med detta jämfört med att se det som ett utvecklingsarbete. Exempel på dessa risker kan vara att arbetet ses som tillfälligt och utanför ordinarie arbetsuppgifter och kan till viss del då prioriteras bort.

Under 2007 har projektet spridit sig till andra delar i kommunen. Två projektledare har tillsatts och ett samarbete och utbyte av erfarenheter har skapats. En gemensam plattform för rehabilitering inom hemvården ska arbetas fram och kommer vara en grund för hela Örebro Kommun. Under 2007 har projektledare och omvårdnadspersonal från Älvtomta varit ute och berättat för andra hemvårdsgrupper om vårt arbete med rehabilitering. Vi har även tagit emot studiebesök och samlat ett helt team för att utbyta erfarenheter.

Arbetssättet i detta projekt ska således ses som ett förhållningssätt som kan passa alla brukare. Vi ska inte ha flera olika arbets-/förhållningssätt beroende på vilka brukare vi möter utan inom Älvtomta möter vi brukare utifrån ett rehabiliterande förhållningssätt. Det centrala i förhållningssättet är teamsamverkan. Det är också viktigt att ta tillvara på de små sakerna i vardagen, t.ex. att brukaren klarar att duka fram på bordet inför en måltid. Det ses kanske som en bagatell men kan betyda mycket för brukaren.

Tid och tålamod är något som behövs i arbetet med att implementera ett rehabiliterande arbetssätt. Att satsa resurser under några år för att sedan ta för givet att arbetssättet "sitter" känns inte rätt. Detta är ett arbetssätt som hela tiden kräver stöd och motivation för att inte "rinna ut i sanden".

*"Rehabilitering ska utvecklas till att bli ett sätt att vara, att tänka och att förhålla sig –
inget speciellt vid vissa tillfällen"*

M. Månsson

REFERENSER

Bergstrand B. *Den nya socialtjänstlagen, uppdaterad utgåva 2007*. Polen: Ozgraf: 2007.

Blomstrand, I, Fahlström, G, Sahlén, C. (2003). *Tillsammansrehabilitering. Olika modeller för rehabiliteringsteam i äldreomsorg – ett projekt i Örebro*. Forum Äldre, nr 4.

Erkers Å. *Delrapport, Rehabilitering i hemmet*: 2006.

Erkers Å, Jansson D. *Rehabilitering i hemmet. Projekt inom Älvtomta hemvård, slutrapport*: 2006.

Holm A, Jansson M. *Rehabilitering*. Falköping: Elanders Gummessons: 2001.

Månsson M. *Hemrehabilitering: vad, hur och för vem?* Lettland: Preses Nams Printing: 2007.

Socialstyrelsen. *Socialstyrelsens lägesrapport 2004: Vård och omsorg om äldre*. Artikelnr: 2005-131-3

Socialstyrelsen. *Rehabilitering för hemmaboende äldre*. Artikelnr: 2007-123-11

**ARBETSPLAN FÖR INDIVIDUELL
REHABILITERING, VÅRD OCH OMSORG**

Namn _____

Pers nr _____

ARBETSPLANERING

Mål/delmål Nr

Datum	Problem/behov	Resurser	Åtgärd/arb. planering	Datum f. utv	Resultat	Sign

9. Vi får tillräcklig information om våra brukare i samband med hemgång från t.ex. sjukhuset.

0 1 2 3

10. Vi sätter upp rehabiliteringsmål tillsammans med våra brukare.

0 1 2 3

11. Det är viktigt för brukarna att själva göra det de klarar av.

0 1 2 3

12. Det är jobbigt att stå bredvid och titta på när brukaren ska träna att t.ex. klä på sig.

0 1 2 3

13. Jag gångtränar gärna med brukarna.

0 1 2 3

14. Hur mycket kontakt har du med arbetsterapeut gällande brukare?

Aldrig Sällan Ofta Alltid

15. Hur mycket kontakt har du med sjukgymnast gällande brukare?

Aldrig Sällan Ofta Alltid

16. Sker uppföljning av brukarens rehabilitering?

Aldrig Sällan Ofta Alltid

17. Hur tror du att rehabiliteringen för brukare skulle kunna utvecklas?

Tack för att du fyller i enkäten!

Enkät till personal inom hemvården (utvärdering)

- | | | |
|---|-----|-----|
| 1. Har du fyllt i den första enkäten? | Ja | () |
| | Nej | () |
| 2. Har du fått någon fortbildning/handledning i rehabilitering/rehabiliterande arbetssätt det senaste året? | Ja | () |
| | Nej | () |
| 3. Har du varit hemma hos någon brukare med hemrehab-
insatser? | Ja | () |
| | Nej | () |

Om ja: fortsätt fylla i följande frågor:

- | | | |
|---|---------------|-----|
| 4. Hur har samarbetet med arbetsterapeuten vid hemrehab-
ärenden fungerat? | Mycket dåligt | () |
| | Dåligt | () |
| | Ganska bra | () |
| | Bra | () |
| | Mycket bra | () |

5. Vad är det som har gjort det möjligt/icke möjligt att arbeta med rehabilitering?

6. Vad har varit lätt/svårt?

7. Vad har varit roligt/besvärligt?

8. Hur ofta har du haft kontakt med arbetsterapeut runt brukare med hemrehabiliterings-insatser?

Aldrig Sällan Ofta Alltid

9. Hur ofta har du haft kontakt med sjukgymnast runt brukare med hemrehabiliterings-insatser?

Aldrig Sällan Ofta Alltid

*På fråga 10 – 19 ska du ringa in den siffra som bäst motsvarar din uppfattning.
0 = "instämmer inte alls", 3 = "instämmer helt".*

10. Jag har tillräcklig kunskap inom området rehabilitering.

0 1 2 3

11. Jag är intresserad av att arbeta med ett rehabiliterande arbetssätt.

0 1 2 3

12. Mina brukare får den rehabilitering de har rätt till.

0 1 2 3

13. Vi i hemvården arbetar rehabiliteringsinriktat.

0 1 2 3

14. Jag har tillräcklig tid att arbeta rehabiliteringsinriktat.

0 1 2 3

15. Vi får tillräcklig information om våra brukare i samband med hemgång från t.ex. sjukhuset.

0 1 2 3

16. Vi sätter upp rehabiliteringsmål tillsammans med våra brukare.

0 1 2 3

17. Det är viktigt för brukarna att göra det de klarar av.

0 1 2 3

18. Det är jobbigt att stå bredvid och titta på när brukaren ska träna att t.ex. klä på sig.

0 1 2 3

19. Jag gångtränar gärna med brukarna.

0 1 2 3

20. Sker uppföljning av brukarens rehabilitering? Ja Nej Vet ej

21. Jag ser möjligheter till en ytterligare utveckling av det rehabiliterande förhållningsättet inom hemvården.

Motivera ditt svar:

Tack för att du fyller i enkäten!