



# Rehabilitering i hemmet

Projekt inom Vård- och omsorg Öster



Slutrapport 2008

Katarina Corlin  
Projektledare

## Innehåll

<b>1. Inledning.....</b>	<b>2</b>
<b>2. Rehabilitering.....</b>	<b>3</b>
2.1 Rehabilitering – övergripande definition .....	3
2.2 Lagar och regler med betydelse för rehabilitering .....	3
2.2.1 Hälso- och sjukvårdslagen, HSL.....	3
2.2.2 Socialtjänstlagen, SoL.....	3
2.2.3 HSL och SoL i samverkan .....	4
2.2.4 Specifik rehabilitering.....	4
2.2.5 Vardagsrehabilitering.....	4
<b>3. Rehabiliterande förhållningssätt .....</b>	<b>4</b>
3.1 Rehabilitering av äldre .....	5
3.2 Lokala rutiner för rehabilitering av äldre .....	5
3.3 Individuell vårdplanering .....	6
<b>4. Rehabilitering i hemmet .....</b>	<b>6</b>
4.1 Exempel på projekt med rehabilitering i hemmet .....	6
Uddevalla kommun .....	6
Östersunds kommun.....	6
<b>5. Projekt rehabilitering i hemmet inom Vård- och omsorg öster i Örebro kommun .....</b>	<b>7</b>
5.1 Projektets syfte .....	8
5.2 Projektets mål.....	8
<b>6. Metod .....</b>	<b>8</b>
6.1 Målgrupper .....	8
6.2 Kriterier för deltagande .....	8
6.3 Utvärderingsinstrument.....	8
6.4 Genomförandet.....	9
6.4.1. Organisation .....	9
6.4.2 Gemensam grundsyn och rutiner .....	10
6.4.3 Arbetssätt.....	12
<b>7. Resultat .....</b>	<b>14</b>
7.1 Deltagarna .....	14
7.2 Aktivitetsförmåga.....	15
7.3 Brukarenkät .....	17
7.4 Rehabiliterande arbetssätt hos teamet runt brukaren .....	19
7.4.1 Personalenkäten.....	19
<b>8. Diskussion och slutsatser .....</b>	<b>25</b>
<b>9. Referenser.....</b>	<b>26</b>
<b>10. Bilagor.....</b>	<b>27</b>

## 1. Inledning

Äldres behov av rehabilitering i eget boende har under senare år uppmärksammats på många håll i landet (Socialstyrelsen 2001, 2007). Den ökande andelen äldre i samhället ställer ändrade och större krav på äldreomsorgen. Allt fler äldre personer bor kvar i det egna hemmet samtidigt som vård- och omsorgsbehoven blir mer komplexa (Åhlfeldt, 2007, Socialstyrelsen 2001, 2007), vilket medfört ökande kostnader i hemvården för landets kommuner. En rad rapporter under de senaste åren har också konstaterat att en stor del av den äldre befolkningen inte får den rehabilitering de har behov av (Socialstyrelsen 2001, 2003; Regeringens proposition 2005/06).

För att ta hand om de äldre på ett optimalt sätt bör befintliga resurser samordnas och organiseras mer målinriktat och meningsfullt. När en person försämras i sina förmågor är det viktigt att koppla in rehabiliteringspersonal, d.v.s. arbetsterapeut och sjukgymnast. Rehabilitering är en verksamhet som i hög grad behöver och kan dra nytta av integrerade och samordnade insatser, i synnerhet när det gäller rehabilitering i hemmiljö.

Ett flertal studier har visat att när man satsar på rehabilitering i hemmet av äldre personer så har det gett mycket goda resultat. Brukarnas förmåga att klara vardagliga aktiviteter i egna boendet har ökat, vilket inneburit minskade kostnader för hemtjänst och fördröjande av ansökan till särskilt boende. Dessutom har man visat att insatserna gett ökad livstillfredsställelse, välbefinnande och hälsorelaterad livskvalitet och delaktighet för brukaren (Brokopp & Karlsson, 1998; Hällström, 2007; Månsson, 1999; Nordin & Fredriksson, 2005; Åhlfeldt, 2007).

I Örebro kommun beslutade Älvtomta hemvård i september 2005 att satsa resurser på rehabilitering i hemmet. Syftet var att kunna erbjuda brukare rehabilitering i hemmiljön samt öka och utveckla ett rehabiliterande arbetssätt i teamet. Satsningen innebar att en extra arbetsterapeutresurs på 75 % tillsattes i syfte att arbeta mot en hemvårdsgrupp. Redan efter ett halvår kunde man visa att satsningen lett till vinster i form av ökad aktivitetsförmåga och självständighet hos brukarna (Erkers, 2006). Det goda resultatet ledde till att Vård- och omsorgsnämnd väster i augusti 2006 beslutade att utöka satsningen till att omfatta samtliga 10 hemvårdsgrupper inom Älvtomta hemvård.

Den modell för rehabilitering i hemmet som man utvecklat inom Älvtomta hemvård (Erkers & Jansson, 2006; Erkers, 2007) har legat till grund för och möjliggjort det projekt som kommer att beskrivas i denna rapport.

## 2. Rehabilitering

### 2.1 Rehabilitering – övergripande definition

Rehabilitering definieras enligt Socialstyrelsen som insatser som skall bidra till att den person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, *återvinner* eller *bibehåller* bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet (SOSFS 2007:10). Med rehabilitering avses *tidiga, samordnade* och *allsidiga* insatser från olika kompetensområden och verksamheter som innebär att medicinska, omvårdande, psykologiska, pedagogiska, sociala, kulturella och tekniska insatser kombineras utifrån den enskildes behov, förutsättningar och intressen (Månsson, 2007). Det är fråga om *målinriktade insatser* som *förutsätter* att *den enskildes möjligheter till inflytande vid planering, genomförande och uppföljning* beaktas och säkras. Insatserna fortsätter så länge individens behov kvarstår.

### 2.2 Lagar och regler med betydelse för rehabilitering

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.

#### 2.2.1 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. Enligt 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, 2006).

#### 2.2.2 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. Detta 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 utifrån 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).

### **2.2.3 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).

### **2.2.4 Specifik rehabilitering**

Specifik rehabilitering är arbetsuppgifter och insatser som utförs och ges enligt Hälso- och sjukvårdslagen. 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 (Månsson, 2007). Specifik rehabilitering utförs av hälso- och sjukvårdspersonal såsom arbetsterapeut, sjukgymnast och sjuksköterska. Vid överlåtelse av arbetsuppgifter till undersköterska/vårdbiträde sker detta genom instruktion och delegering.

### **2.2.5 Vardagsrehabilitering**

Vardagsrehabilitering 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, 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.

## **3. Rehabiliterande förhållningssätt**

Allt som sker under dygnet har betydelse för rehabiliteringsprocessens förlopp. Därför kan inte rehabilitering isoleras till specifika avgränsade tillfällen i tid där insatserna utförs av speciell rehabiliteringspersonal. Rehabilitering måste naturligt integreras i den vanliga vardagen för att få personen att se sambandet mellan att utföra vardagliga sysslor och rehabiliteringsinsatserna. Det leder till att alla personer som finns i individens vardag måste ha ett rehabiliterande synsätt. Det handlar om att väva in aktivering och träning i vardagen där de bästa träningsmöjligheterna finns, dvs. att ge hjälp till självhjälp

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 är 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, Jansson, 2006; Månsson, 2007).

### **3.1 Rehabilitering av äldre**

Rehabilitering av äldre innefattar olika, i regel multipla behandlingsinsatser med två olika, delvis överlappande syften: att *återvinna* och/eller *bibehålla* förmågor (Evidensbaserad äldrevård, SBU-rapport, 2003). 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, Jansson, 2006).

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 aktivitetsskapande 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, Jansson, 2006).

### **3.2 Lokala rutiner för rehabilitering av äldre**

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 (Kommunförbundet Örebro län, Örebro Läns Landsting, 1995).

Det finns även lokala överenskommelser mellan hemvård och primärvård. Dessa 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 överenskommelserna framgår att rutiner för arbetsformer med övrig vårdpersonal ska utvecklas och stor vikt läggs på att öka omvårdnadspersonalens delaktighet i rehabiliteringsarbetet.

Ett av programrådets mål i Örebro kommun under 2007 innebar att utveckla arbetet med ett rehabiliterande förhållningssätt.

I Örebro kommun har man också uppdragshandlingar för personal verksam inom vård och omsorg. Enligt dessa ska all personal i kommunens vård och omsorg om äldre och funktionshindrade arbeta utifrån ett rehabiliterande arbetssätt. De ska också arbeta utifrån de lagar, mål och riktlinjer som styr verksamheten, t.ex. HSL, SoL, måldokument, lokala rutiner och samverkansavtal mellan kommun och landsting.

### **3.3 Individuell vårdplanering**

Under hösten 2007 antogs en ny riktlinje inom Örebro kommun (Riktlinje för individuell vårdplanering och individuella vård- och omsorgsplaner, 2007). Syftet är att trygga den enskildes rätt till en god och säker vård med ett rehabiliterande förhållningssätt. Detta uppnås bl a genom att olika yrkesgrupper samverkar. Riktlinjen är ett redskap för att säkra denna samverkan och ingår som en del av Örebro kommuns arbete med kvalitetssäkring.

## **4. Rehabilitering i hemmet**

Rehabilitering i hemmet har blivit allt vanligare och förekommer i en rad olika kommuner i landet (Karlsson, 2006). Anledningen till detta är att det på många håll har visat sig ge mycket goda resultat både ur ett brukarperspektiv i form av ökad livstillfredsställelse men även ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Det har också visat sig att man med rehabilitering i hemmet kan fördröja flytt till särskilt boende och på sikt även användandet av hemtjänst (Brokopp & Karlsson, 1998; Månsson, 1999, Nordin & Fredriksson, 2005, Hällström, 2007).

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, 2007).

### **4.1 Exempel på projekt med rehabilitering i hemmet**

#### Uddevalla kommun

I Uddevalla kommun startades 1997 Rehabvågen, som innebär en tidig rehabilitering i hemmet efter skada/sjukdom i de fall hemvårdsinsatser beviljats. Arbetet har för berörda personer lett till en minskning av antalet hemtjänsttimmar, ökad livskvalitet genom att de blivit mer självständiga och mindre beroende av hjälpinsatser, samt att de har kunnat bo kvar i sitt hem (Brokopp, & Karlsson, 1998).

#### Östersunds kommun

Inför år 2000 satsade Östersunds kommun aktivt på utveckling av hemrehabilitering. Det tillskapades 22 nya tjänster för arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Tillskottet av tjänster grundades på nyckeltalet att det

för kommunens hemrehabilitering skulle finnas 50 % arbetsterapeut och 50 % sjukgymnast per 300 personer 65 år och äldre. Beräkningen genomfördes på den totala befolkningen inom Östersunds kommun (Månsson,1999).

Resultatet av denna satsning gav både ekonomiska vinster och ökad livskvalitet för brukarna. I Östersund minskade hemtjänstens ärenden markant efter nio månader med rehabilitering i hemmet och när personalen arbetade med ett rehabiliterande förhållningssätt. Genom tidiga rehabiliteringsinsatser är det flera brukare som klarar sig själva. Anhöriga ser detta och upplever i sin tur en ökad säkerhet och trygghet. Ytterligare effekter som satsningen gett är att personalen upplever större meningsfullhet i sina arbetsuppgifter, ohälsa bland personalen har motverkats och statusen i hemtjänstjobben har ökat. Östersundsmodellen är ett arbetssätt som visat sig fungera väl för att utveckla det rehabiliterande förhållningssättet gentemot brukarna samt ge ett bra resultat i form av ökad aktivitetsförmåga och ökad självständighet i vardagliga aktiviteter (Lundenmark, 2003)

#### Älvtomta hemvård i Örebro kommun

I september 2005 beslutade Älvtomta hemvård att satsa resurser på rehabilitering i hemmet. En extra arbetsterapeut tillsattes på 75 % med syfte att arbeta mot en av enhetens hemvårdsgrupper. Redan i maj 2006 kunde man i en delrapport (Erkers, 2006) visa att satsningen lett till vinster i form av ökad aktivitetsförmåga och självständighet hos brukarna. Dessutom såg man att ett rehabiliterande förhållningssätt börjat sprida sig hos hemvårdspersonalen och att samarbetet i teamet förbättrats.

I augusti 2006 beslutade Vård- och omsorgsnämnd väster att utöka satsningen till att omfatta samtliga 10 hemvårdsgrupper inom Älvtomta hemvård. Efter rekrytering av ytterligare 2,75 % arbetsterapeut kunde man i januari 2007 starta upp med rehabilitering i hemmet inom hela Älvtomta hemvård. I senare rapporter, som behandlar ett längre tidsperspektiv, har man kunnat bekräfta minskningen i vårdtyngd och därmed minskade kostnader när man arbetat utifrån ett rehabiliterande förhållningssätt. De resurser som lagts på att anställa arbetsterapeuter har med bred marginal tjänats in på en minskad vårdtyngd (Erkers, Jansson, 2006; Erkers, 2007).

## **5. Projekt rehabilitering i hemmet inom Vård- och omsorg öster i Örebro kommun**

De modeller för rehabilitering i hemmet som man i Östersund och Älvtomta hemvård arbetat utifrån har legat till grund för projektet *rehabilitering i hemmet* inom Vård- och omsorgsförvaltning öster som beskrivs i denna rapport.



## 5.1 Projektets syfte

Projektets övergripande syfte är att ge brukare som har insatser av kommunens hemvård ökade möjligheter att klara det dagliga livet i ordinärt boende så självständigt som möjligt.

## 5.2 Projektets mål

I projektet ställdes upp tre mål.

- Att öka brukarens aktivitetsförmåga.
- Att öka brukarens självständighet i sina vardagliga aktiviteter.
- Att öka/utveckla ett rehabiliterande arbetssätt i hemvårdsteamet runt brukaren.

Till de tre målen kopplades olika utvärderingsinstrument för att göra det möjligt att mäta graden av målpuppfyllelse.

## 6. Metod

### 6.1 Målgrupper

Projektet hade två målgrupper, brukare och personal

- Brukargruppen var de som hade insatser av kommunens hemvård och:
  - hade behov av stöd med fortsatt träning i hemmet efter vistelse på sjukhus, korttidsplats, rehabiliteringsplats eller dagvård/dagrehab
  - varit långvarigt sjuk och ville komma igång igen
  - känt att krafterna börjat avta och upplevt en osäkerhet att utföra dagliga aktiviteter
- Personalgruppen var de som gav insatser i eget boende.

### 6.2 Kriterier för deltagande

För att kunna komma i fråga för deltagande i projektet skulle brukaren:

- Ha ett beslut på insatser enligt socialtjänstlagen (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.

### 6.3 Utvärderingsinstrument

Utvärderingen sker på fyra sätt: genom bedömning av aktivitetsförmåga, mätning av vårdtyngd, enkät för teammedarbetarnas inställning till rehabilitering samt enkät för brukarnas uppfattning om de rehabiliterande insatserna.

### Bedömning av aktivitetsförmåga

ADL-taxonomin 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. Den andra huvudgruppen är instrumentella aktiviteter (I-ADL) som innefattar: resor, matlagning, inköp av dagligvaror, städning samt tvätt. Dessa bryts sedan ner och specificeras i 16 delaktiviteter (Törnquist & Sonn, 2001).

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

### Mätning av vårdtyngd

I Örebro kommun fördelas personalbudgeten utifrån en resursfördelningsmodell. En viktig del av denna är vårdtyngdsmätning. Vårdtyngdsmätning förklarar hur mycket personalresurser som varje omvårdnadsgrupp behöver för att klara sina arbetsuppgifter.

### Enkäter

Brukarnas uppfattning om, betydelsen av, nöjdhet med och delaktighet i planering och genomförande i rehabiliterande insatser som utförs utvärderas med hjälp av en enkät (Bilaga 2) strax efter att träningen avslutats.

Teamets (omvårdnadspersonal, sjuksköterska, enhetschef, biståndshandläggare) inställning till rehabilitering utvärderas med hjälp av två enkäter, en vid projektets start (Bilaga 3-6) och en uppföljande enkät ett år efter projektets start (Bilaga 7-10).

## **6.4 Genomförandet**

### **6.4.1. Organisation**

Vård och omsorgsförvaltning öster består av fyra olika hemvårdsområden som i sin tur är indelade i sex hemvårdsenheter. Inom dessa enheter finns totalt 28 hemvårdsgrupper. Under våren 2007 rekryterades fyra arbetsterapeuter och i juni 2007 tillsattes en projektledare med uppdraget att implementera och utveckla *rehabilitering i hemmet* inom Vård och Omsorg öster fram till och med december 2008, då de vid projektets start beviljade statliga stimulansmedlen beräknades vara förbrukade. I juni 2007 utsågs, med hjälp av enhetscheferna i respektive hemvårdsområde, fyra hemvårdsgrupper (Brickegruppen, Solgruppen, Krämargruppen och Strandgruppen) som skulle starta upp att arbeta med *rehabilitering i*

*hemmet*. För att varje hemvårdsområde inom förvaltningen skulle få del av de tillsatta arbetsterapeutresurserna valdes en hemvårdsgrupp i varje hemvårdsområde ut att delta i projektet.

Samarbetet med sjukgymnasterna inom primärvården är också en viktig del i arbetet. Primärvården anställde under 2007 fem sjukgymnaster, s k hemrehabsjukgymnaster, som har i uppdrag att arbeta mot äldre i Örebro kommun som har behov av rehabiliterande insatser i hemmiljön. De ska samarbeta med kommunens personal och är placerade i kommunens verksamhet.

#### **6.4.2 Gemensam grundsyn och rutiner**

En gemensam grundsyn och gemensamma rutiner, som i sin tur bygger på tidigare erfarenheter i liknande projekt och utvecklingsarbeten (Erkers, 2006, 2007; Månsson, 2007) och som man sett varit viktiga grundkomponenter, formulerades i de deltagande teamen.

##### Definition av rehabilitering

I teamen kom man fram till och anslöt sig till Månssons definition av rehabilitering. Med rehabilitering avses tidiga, samordnade och allsidiga insatser från olika kompetensområden och verksamheter som innebär att medicinska, omvårdande, psykologiska, pedagogiska, sociala, kulturella och tekniska insatser kombineras utifrån den enskildes behov, förutsättningar och intressen (Månsson, 2007).

##### 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 (Holm & Jansson, 2006; Månsson, 2007). Vardagsrehabilitering skall genomsyra hela verksamheten oavsett yrkeskategori. Insatser och bemötande bygger på att stärka och bevara funktioner och aktiviteter hos varje enskild person genom att varje individ skall utföra det han/hon kan klara själv. Det handlar om att se och tillvarata brukarens aktivitetsförmåga även i det lilla, även om brukaren inte klarar att utföra hela aktiviteten självständigt. Text att brukaren får vara delaktig och göra egna val som att få komma fram till garderoben och få välja kläder själv, få fundera på vad man vill ha till frukost och få frågan (även om vi som personal vet vad han/hon brukar vilja ha).

##### Gemensam värdegrund för rehabilitering

En gemensam värdegrund är enligt Månsson (2007) en viktig grundkomponent för att utveckla *rehabilitering i hemmet*. Värdegrunden sätter brukaren i fokus och är grund och referensram för utvecklingen av arbetsmetoder, rutiner, riktlinjer och beslut. Utifrån denna samordnas insatserna efter brukarnas behov och arbetar för att främja hälsa och livskvalitet genom att stödja det friska och utgå från individens resurser och förmågor. Den gemensamma värdegrunden innebär att:

- Brukarens mål styr processen
- Brukarens behov och resurser ska vara utgångspunkten

- Brukaren är delaktig i processen
- Mål i genomförandeplan och rehabplan är tydligt formulerade
- Närståendes delaktighet är en självklarhet
- Brukaren erbjuds kontaktman
- Brukarens behov styr teamets sammansättning
- Teamet ansvarar för kontinuerlig uppföljning

### Studiecirkel

Intentionen när projektet startade var att man i hemvårdsgrupperna skulle ha en studiecirkel på sju tillfällen utifrån ett studiematerial kring vardagsrehabilitering framtaget av FoU i Väst (Arman, 2005). Syftet var att med den gemensamt överenskomna värdegrunden som grund, ge tillfälle till etiska reflektioner och samtal som bekräftar och utvecklar det rehabiliterande förhållningssättet för att på så sätt hålla den gemensamma värdegrunden levande. Under år 2008 genomförde en hemvårdsgrupp alla mötestillfällen och en hemvårdsgrupp lyckades genomföra två mötestillfällen. Två hemvårdsgrupper genomförde inga mötestillfällen. Dock planerar en av dessa grupper att försöka genomföra studiecirkeln under 2009. Olika orsaker bidrog till att studiecirkeln i vissa grupper ej genomfördes. En var tidsbrist. Det var svårt att hitta tid för studiecirkel. Implementeringen av ett nytt tids- och registreringssystem (TES) tog mycket tid i anspråk. Tidvis var vårdtyngden också mycket hög i några grupper.

### Definition av team

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

### Yrkeskategorierna i teamet

#### *Omvårdnadspersonal*

Undersköterskan/vårdbiträdet har till uppgift att stödja, uppmuntra och motivera brukaren till egen aktivitet. Utföra av arbetsterapeut, sjukgymnast och sjuksköterska instruerade rehabiliteringsinsatser. Initiera till, samt medverka vid individuella vård- och omsorgsplaneringar. De har också ett ansvar som kontaktperson.

#### *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 genom utprovning av hjälpmedel och förändringar i miljön öka förutsättningarna för rehabilitering. Målet är att bibehålla eller förbättra brukarens självständighet i vardagen. Arbetsterapeuten medverkar vid individuella vård- och omsorgsplaneringar samt handleder och motiverar omvårdnadspersonalen i arbetet med vardagsrehabilitering. Vid behov instruera omvårdnadspersonalen att utföra vardagsrehabilitering och specifik rehabilitering.

### *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. Sjukgymnasten medverkar vid individuella vård- och omsorgsplaneringar samt handleder och inspirerar omvårdnadspersonalen i arbetet med vardagsrehabilitering. Vid behov instruera omvårdnadspersonalen att utföra vardagsrehabilitering och specifik rehabilitering.

### *Sjuksköterska/Distriktssköterska*

Sjuksköterskan har till uppgift att bedöma vilka förutsättningar brukaren har utifrån sjukdom eller skada att klara av rehabiliteringen. Identifierar specifika behov och iakttar svaren på behandlingen som påverkar brukarens rehabilitering samt att delta vid individuella vård- och omsorgsplaneringar. Vid behov instruera/delegera omvårdnadspersonalen att utföra allmän och specifik omvårdnad.

### *Enhetschef*

Enhetschefen för hemvårdsgruppen ansvarar för implementeringen av ett rehabiliterande arbetssätt. Detta innefattar bl a ett ansvar att skapa förutsättningar i form av utrymme, struktur och rutiner som stödjer det rehabiliterande arbetssättet. De ska leda och motivera omvårdnadspersonalen i arbetet med vardagsrehabilitering samt vid behov delta vid individuella vård- och omsorgsplaneringar.

### *Biståndshandläggare*

Biståndshandläggarens uppgift i teamet är att ta emot ansökan och utreda brukarens behov av insatser enligt Socialtjänstlagen (4 kap 1§). Brukaren ska genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå och biståndet ska utformas så att det stärker möjligheterna att leva ett självständigt liv. Utredningsarbetet ska speglas av ett rehabiliterande förhållningssätt och omprövning sker då brukarens behov eller förutsättningar förändras

*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 teamarbetet skall fungera.*

(Erkers & Jansson, 2007)

## **6.4.3 Arbetssätt**

I augusti/september 2007 informerades deltagande hemvårdsgrupper, enhetschefer, biståndshandläggare och sjuksköterskor om projektet. Samtliga yrkeskategorier fick vid detta tillfälle fylla i en enkät med frågor kring inställning till rehabilitering. En uppföljande enkät genomfördes i oktober 2008.

I början av oktober 2007 hade de fyra hemvårdsteamerna en gemensam uppstarts dag där projektplan och arbetssätt presenterades. Dagen innehöll också olika föreläsningar, diskussioner och gruppaktiviteter kring rehabiliterande arbets- och förhållningssätt. Den 15 oktober 2007 var projektarbetet igång i de fyra hemvårdsgrupperna.

Under projektets första sex månader hölls sedan återkommande träffar för att arbeta med och utveckla den gemensamma grundsynen och gemensamma rutiner i det rehabiliterande arbetssättet.

#### 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 de kan erbjudas träning 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-taxomin. Bedömningen görs utifrån de aktiviteter brukaren önskar bli mer självständig i. ADL-bedömningen dokumenteras i journal samt registreras i systemet FSA-dis, i vilken brukaren får en poäng för varje delaktivitet denne är självständig i. FSA-dis är ett standardiserat instrument som ger en mycket bra och överskådlig bild på brukarens aktivitetsförmåga samt gör det lätt att följa förändringar i aktivitetsförmågan över tid. FSA-dis är därför ett viktigt instrument för evidensbaseringen av *rehabilitering i hemmet*.

#### Individuell vård- och omsorgsplanering

Brukaren, anhöriga, kontaktpersonen, sjuksköterskan och arbetsterapeuten träffas för att tillsammans sätta upp mål och planera lämplig träning för att nå dessa mål. Sjukgymnast kan kontaktas för bedömning. Målen dokumenteras i en genomförandeplan 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 och ev. sätta upp nya mål med brukaren.

#### Träning

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.

#### Teamträffar

Teamträffar hålls en gång i veckan på förutbestämd dag och tid. Enhetschef, omvårdnadspersonal, sjuksköterska och arbetsterapeut deltar. Sjukgymnast och biståndshandläggare deltar vid vissa inplanerade träffar. En av deltagarna ansvarar för att föra enklare minnesanteckningar. För att utveckla samverkan och följa rehabkedjan kan personal från dagvård/dagrehab samt geriatrika rehabteamet vid behov bjudas in till teamträffar.

Teamträffarna syftar till att:

- förbättra samarbete, kommunikation och informationsutbyte mellan olika yrkeskategorier i teamet runt brukaren.
- möjliggöra och utveckla arbetet med de individuella vård- och omsorgsplanerna och kontaktmannaskapet.
- vara ett tillfälle för reflektion, stöd, handledning, problemlösning, utveckling av kunskaper och ett utbyte av idéer

En fast dagordning ger struktur och används vid teamträffarna med förslag på följande punkter:

- Genomgång av föregående minnesanteckningar
- Genomgång av aktuella vård och omsorgsplaner med genomförandeplan
- Nya aktuella brukare
- Övriga frågor
- Planering inför nästa träff

## **7. Resultat**

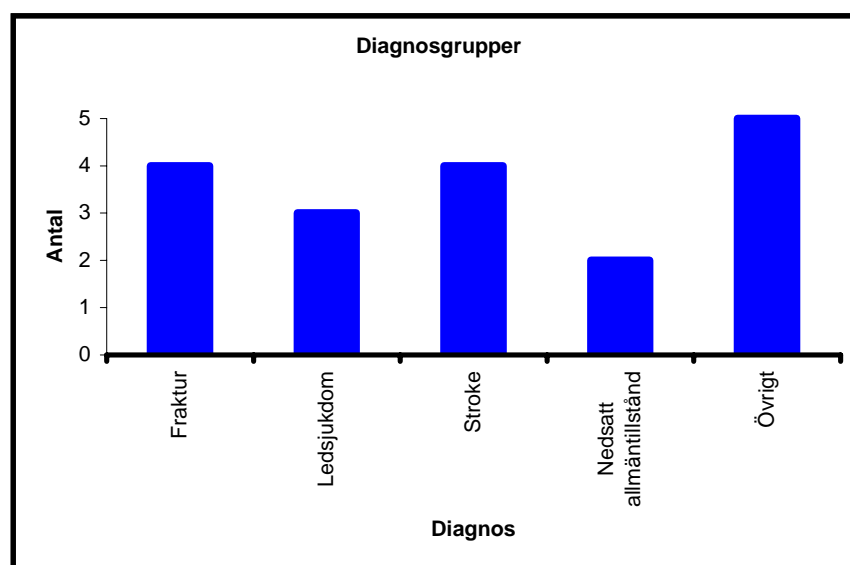
I resultatet nedan presenteras 18 brukare som inkluderades i projektet under perioden 071015-081105 i de fyra hemvårdsgrupper som började arbeta med *rehabilitering i hemmet* i oktober 2007. Under våren och hösten 2008 har *rehabilitering i hemmet* implementerats i ytterligare 21 hemvårdsgrupper. Uppföljning av resultatet från dessa hemvårdsgrupper kommer att kunna redovisas i slutet av 2009. Uppskattningsvis kan det komma att röra sig om resultat från ytterligare ett 70-tal brukare utöver de brukare som redovisas i denna rapport.

### 7.1 Deltagarna

#### Köns-, ålders- och diagnosfördelning

Brukare (5 män och 13 kvinnor) som deltagit i projektet i de fyra hemvårdsgrupperna var födda mellan 1910 och 1953, vilket ger en åldersspridning mellan 55-88 år. Medelåldern ligger på 79,8 år. Antalet brukare i åldersgruppen 81-90 år är nio stycken och i åldersgruppen 70-80 år sju stycken. En brukare är 65 år och en brukare har åldern 55 år.

Diagnoserna fördelas enligt Figur 1 nedan. Övriga diagnoser innefattar: inaktivitet, smärta, kognitiv funktionsnedsättning, kontusion och subduralhematom.



**Figur 1.** Fördelning av diagnoser i brukargruppen.

## 7.2 Aktivitetsförmåga

Tabell 1 visar brukarens personliga aktivitetsförmåga/ADL då rehabiliteringen påbörjas (Bedömning 1), avslutas (Bedömning 2) samt 3 mån efter avslutad rehabiliteringsinsats (Bedömning 3). Resultatet visar endast de delaktiviteter där brukaren är helt självständig. Brukare kan även ha ökat/förbättrat sin aktivitetsförmåga i vissa delaktiviteter genom att de t ex endast behöver tillsyn i dusch istället för hjälp med aktiviteten eller stöttning/hjälp vid enstaka delaktiviteter istället för hjälp med hela aktiviteten. Dessa förbättringar är bedömda, men redovisas inte i detta material.

Resultatet i Tabell 1 visar vidare att fjorton av de arton brukarna ökade sin aktivitetsförmåga efter rehabiliteringsinsatsen. Tre brukare hade bibehållit aktivitetsförmågan medan endast en brukare hade försämrats i sin aktivitetsförmåga. Vid tremånadersuppföljningen av fjorton brukare hade två brukare ytterligare förbättrat sin aktivitetsförmåga, åtta stycken brukare stod kvar på samma aktivitetsförmåga medan tre brukare försämrats. Det var framför allt två brukare, nr 7 och nr 15, som minskat i aktivitetsförmåga. Av dessa två har en brukare en progredierande sjukdom som under perioden försämrats medicinskt och en brukare har fått en ny sjukdom som påverkat aktivitetsförmågan negativt. Fyra brukare var vid skrivandet av denna rapport inte bedömda vid tillfälle 3.



**Tabell 1.** Aktivitetsförmåga före (Bedömning 1) och efter (Bedömning 2) rehabiliteringsinsats samt vid 3-månadersuppföljning (Bedömning 3).

Brukare	Bedömning 1	Bedömning 2	Diff 1 & 2	Bedömning 3	Diff 2 & 3
1	30	30	0	29	-1
2	17	18	1	17	1
3	17	20	3	20	0
4	14	14	0	14	0
5	9	13	4	13	0
6	14	29	15		
7	26	16	-10	11	-5
8	23	36	13	36	0
9	11	11	0	11	0
10	21	32	11	32	0
11	27	33	6	36	3
12	25	35	10	35	0
13	18	36	18	36	0
14	26	36	10	39	3
15	15	23	8	12	-11
16	36	42	6		
17	26	34	8		
18	19	29	10		
Summa	374	487	113	341	-10
Medel	20,8	27,1	6,3	24,4	-0,71

**Kommentar:** Resultatet i tabellen bygger på FSA-dis poängberäkning. Ju högre poäng, desto högre aktivitetsförmåga/mer självständig har brukaren blivit.

I Tabell 2 visas brukarnas vårdtyngd. Hos tio brukare har vårdtyngden minskat mellan bedömning 1 och 2. Sex brukare har bibehållit samma vårdtyngdspoäng medan två brukare, 7 och 9, har fått behov av ökade insatser. För brukare 7 beror det på progredierande sjukdom. Vid tremånadersuppföljningen av fjorton brukare låg sju brukare kvar på samma nivå som innan medan fyra hade minskat ytterligare och tre ökat något i vårdtyngd.

**Tabell 2.** Vårdtyngdspoäng före (Bedömning 1) och efter (Bedömning 2) rehabiliteringsinsats samt vid 3-månadersuppföljning (Bedömning 3).

Brukare	Bedömning 1	Bedömning 2	Diff 1 & 2	Bedömning 3	Diff 2 & 3
1	36,5	36,5	0,0	37,5	1
2	77,0	74,0	-3,0	65	-9
3	35,0	35,0	0,0	35,0	0
4	64,5	64,5	0,0	64,5	0
5	81,0	81,0	0,0	81,0	0
6	53,0	5,0	-48		
7	17,5	45,5	28	45,5	0
8	5,0	0,0	-5	0,0	0
9	17,0	36,0	19	36,0	0
10	31,0	31,0	0	36,0	5
11	20,5	13,5	-7	8,5	-5
12	25,5	18,5	-7	25,5	7
13	26,5	5,5	-21	2,5	-3
14	44,5	37,5	-7	5,0	-32,5
15	72,5	43,0	-29,5	43,0	0
16	9,5	1,5	-8		
17	31	5,0	-25		
18	9,0	9,0	0		
Summa	656,5	542	-114,5	485	-36,5
Medel	36,5	30,1	-6,4	34,7	-2,6

**Kommentar:** Ju lägre vårdtyngdspoäng desto högre aktivitetsförmåga/mer självständig har brukaren blivit.

Den totala vårdtyngden vid Bedömning 1 är 656,5 poäng. Då rehabiliteringsinsatsen avslutas (Bedömning 2) är vårdtyngden totalt 542 poäng. Vårdtyngden har således minskat med 114,5 poäng mellan bedömning 1 och 2. Omräknat till årsarbetare så blir summan 1,32 årsarbetare (kvot 86,51). Enligt modell så kostar en heltidsanställd omvårdnadspersonal 387 348 kronor. En minskad vårdtyngd på 1,32 årsarbetare innebär en kostnadsreducering med 512 673 kronor (1,32 x 387 348). Värt att notera är att denna beräkning endast omfattar 18 brukare i de 4 hemvårdsgrupper som startade med *rehabilitering i hemmet* i oktober 2007. Under 2008 har *rehabilitering i hemmet* implementerats i ytterligare 21 hemvårdsgrupper. Data för att beräkna förändring i vårdtyngd och kostnadsreducering i de hemvårdsgrupperna kommer att finnas först under 2009. Om vårdtyngden i dessa hemvårdsgrupper har en minskning som motsvarar den i de 4 första hemvårdsgrupperna, kan den totala kostnadsreduceringen av införandet av *rehabilitering i hemmet* uppskattningsvis komma att hamna på mellan 2,5 - 3 miljoner kronor vid utgången av 2009. Det bör vidare poängteras att målet med projektet var att öka brukarnas självständighet och delaktighet, att utveckla samarbetet i teamet och personalens förhållningssätt, inte primärt att reducera kostnader.

### 7.3 Brukarenkät

Brukarna fick av behandlande arbetsterapeut information om brukarenkät samt tillfrågades om de kunde tänka sig att svara på frågorna i enkäten. De brukare som var intresserade av att svara på frågorna i enkäten kontaktades på telefon av arbetsterapeut från en annan hemvårdsenhet och tid för ifyllande av enkät bokades till cirka en vecka efter avslutad rehabiliteringsinsats (bedömningstillfälle 2). Ifyllandet av enkäten genomfördes i brukarens hem, med arbetsterapeut från annan hemvårdsenhet närvarande för att ge brukaren möjlighet att få stöd vid behov samt kunna svara på frågor om eventuella oklarheter gällande enkätfrågornas formulering. Anledningen till att arbetsterapeut från annan hemvårdsenhet var närvarande vid ifyllandet istället för behandlande arbetsterapeut var att minska brukarens beroendeställning. Enkäterna kodades för att brukarens namn inte skulle förekomma på enkäten.

Vissa svårigheter uppstod dock vid besvarandet av enkäten. En person hade afasi och arbetsterapeuten var tveksam till om personen hade svårt att förstå vissa frågor eller endast hade svårt för att uttrycka sig. Ett annat problem var att en person ansåg sig ej ha fått rehabilitering. Vid förfrågan visade det sig att hon hade fått gångträning ute men att hon inte betraktade det som rehabilitering. På fråga om vad hon lade in i begreppet rehabilitering framkom att rehabilitering för henne var när sjukgymnasten utförde funktionsträning. Detta belyser problemet med att vi kan lägga olika innebörd i vissa ord och begrepp. Det är därför viktigt att enkäten genomförs med stöd av arbetsterapeut. Femton brukare besvarade frågan om vilka rehabiliterande insatser de fått. Som ses i Tabell 3 var funktionsträning och hjälpmedel de vanligast förekommande insatserna medan rådgivning och bostadsanpassning förekom minst.

Antal insatser en brukare fått varierade kraftigt, från ingen alls till fem (samtliga). Vanligast var att få omkring tre insatser.

**Tabell 3.**

Resultat av brukarenkätens Fråga 1: Vilka rehabiliterande insatser/åtgärder har du fått? (1 = fått insatsen/åtgärden)

Brukare	Aktivitets- träning	Funktions- träning	Rådgiv- ning	Hjälp- medel	Bostads- anpassning	Summa
1	1	1			1	3
2		1		1	1	3
3	1					1
4		1				1
5		1	1	1		3
6	1	1		1		3
7	<i>Ej svarat på enkäten</i>					
8	1	1		1		3
9		1		1	1	3
10	1	1	1	1	1	5
11		1		1		2
12				1		1
13	1	1	1	1		4
14		1		1		2
15	<i>Ej svarat på enkäten</i>					
16	1	1	1	1	1	5
17	<i>Ej svarat på enkäten</i>					
18	1	1		1		3
Summa	8	13	4	12	5	41

Brukarna fick även besvara frågor om de rehabiliterande insatsernas betydelse för brukaren och deras upplevelse av delaktighet i planering och genomförande. Av resultatet i Tabell 4 framgår att mer än hälften av brukarna ansåg att de rehabiliterande insatserna alltid varit av betydelse i deras vardag. Drygt hälften hade alltid känt sig delaktiga i planeringen och så många som två av tre brukare ansåg att de alltid varit delaktiga vid genomförandet av de rehabiliterande insatserna.

**Tabell 4.** Resultat av brukarenkätens Fråga 2a, 3a och 4a.

Fråga	Ja, alltid	Ja, ibland	Nej	Vet ej
2 a.				
Har de rehabiliterande insatserna betydelse i din vardag?	8	4	1	1
3 a.				
Har du känt dig delaktig i planeringen av de rehabiliterande insatser du fått?	8	4	3	0
4 a.				
Har du känt dig delaktig i genomförandet av de rehabiliterande insatser du fått?	10	4	0	1

Bortfall: En person har ej svarat på fråga 2a.

Slutligen fick brukarna besvara en fråga om hur nöjda de varit med teamets insats och stöd. Som ses i Tabell 5 var majoriteten nöjda eller mycket nöjda med insats och stöd. En tredjedel av brukarna var ganska nöjda. Ingen var missnöjd.

**Tabell 5.** Resultat av brukarenkätens fråga 5 (1 = ”inte alls nöjd” till 5 = ”mycket nöjd”).

Fråga	1	2	3	4	5
5. Hur nöjd är du med teamets insats och stöd i din rehabilitering?	0	0	5	3	7

För att undersöka om upplevelserna av att ha varit delaktiga i rehabiliteringen har något samband med hur nöjda brukarna upplever sig vara med rehabiliteringsinsatsen, korstabulerades frågorna 3 och 4 med fråga 5. Som framgår av resultatet i Tabell 6 finns där ett samband. Tio av tolv brukare som upplevt sig alltid eller ibland varit delaktiga i planeringen av insatsen var nöjda medan inte någon av de tre som inte upplevt sig delaktiga i planeringen var nöjda med insatsen. När det gäller samband mellan delaktighet i genomförandet och nöjdhet med insatsen, som visas i Tabell 7, fanns också där ett samband, om än inte lika påtagligt. Som ses i Tabell 7 är det tydligt att nio av de tio som alltid upplevt sig delaktiga vid genomförandet var nöjda, medan endast en av de fyra som bara upplevt sig ha varit delaktiga ibland, var nöjd med insatsen.

**Tabell 6.** Samband mellan **delaktighet i planering** och nöjd med insats och stöd.

		3. Delaktig i planeringen av insatser			
		Ja, alltid	Ja, Ibland	Nej	Vet ej
5. Nöjd med insats och stöd	Ganska nöjd	0	2	3	0
	Nöjd	3	0	0	0
	Mycket nöjd	5	2	0	0

**Tabell 7.** Samband mellan **delaktighet i genomförande** och nöjd med insats och stöd.

		4. Delaktig i genomförandet av insatser			
		Ja, alltid	Ja, ibland	Nej	Vet ej
5. Nöjd med insats och stöd	Ganska nöjd	1	3	0	1
	Nöjd	3	0	0	0
	Mycket nöjd	6	1	0	0

## 7.4 Rehabiliterande arbetssätt hos teamet runt brukaren

### 7.4.1 Personalenkäten

De olika yrkesgrupperna i teamet runt brukaren, omvårdnadspersonal, sjuksköterska samt enhetschef för grupper respektive arbetsterapeuter fick under oktober 2007 fylla i enkäter med frågor och påståenden om rehabilitering och rehabiliterande förhållningssätt (= enkät 1, se bilaga 3-6). En uppföljande enkät distribuerades till samma personalgrupp i oktober 2008 (= enkät 2, se bilaga 7-10). Resultatet av både den första enkäten och den andra enkäten presenteras i Tabell 8-10. Totalt besvarades den första enkäten av 78 personer och den uppföljande enkäten av 62 personer.

### Rehabiliterande arbetssätt

Vid enkätundersökningen före införandet av ett rehabiliterande arbetssätt var det få i personalgruppen som ansåg sig sakna tillräcklig kunskap om rehabilitering. Samtidigt var det också få som instämde helt med att de hade tillräcklig kunskap. Under projekttiden har ett antal utbildningsinsatser getts för att öka kunskapen om rehabiliterande synsätt. Insatserna har varit mycket uppskattade och vid den uppföljande enkäten är det fler som instämmer med att de har tillräcklig kunskap. Men resultatet här visar att det finns behov av fler utbildningsinsatser för att öka kunskapen inom området.

Vid första enkätstillfället var intresset för att arbeta med ett rehabiliterande arbetssätt högt men man instämde inte lika starkt med att hemvården arbetar rehabiliteringsinriktat och många ansåg att brukarna inte fick den rehabilitering de hade rätt till enligt lag. Det stora flertalet ansåg att omvårdnadspersonalen behövde mer tid att arbeta rehabiliteringsinriktat. I uppföljningsenkäten ses en viss ökning av intresset för ett rehabiliterande arbetssätt, särskilt bland cheferna. Uppfattningen att hemvården arbetar rehabiliteringsinriktat och att brukarna får den rehabilitering de har rätt till har ökat markant vid uppföljningen. Även uppfattningen att man har tillräckligt med tid att arbeta rehabiliteringsinriktat har ökat markant i alla personalgrupper.

När det gäller frågan om man fått tillräcklig information om brukare i samband med hemgång är resultatet mellan första enkät och uppföljningen varierande. Fler av omvårdnadspersonalen och sjuksköterskorna instämmer medan färre av cheferna instämmer. Bland biståndshandläggarna har både de som instämmer och inte instämmer ökat. När det gäller frågan om att sätta upp rehabiliteringsmål tillsammans med sina brukare har det skett en kraftig ökning. Från att vid första enkäten endast ha varit ett fåtal som instämt är det vid uppföljningsenkäten mer än hälften av omvårdnadspersonal och sjuksköterskor som instämmer helt. Biståndshandläggarna instämmer i mindre grad och cheferna minst.

Någon nämnvärd förändring har inte skett i frågan om det är viktigt för brukarna att göra det de själva klarar av. Alla, utom 4 % av omvårdnadspersonalen, instämmer i detta. När det gäller hur svårt det är att arbeta rehabiliteringsinriktat har det både skett en ökning av de som instämmer i detta som en ökning av antalet som inte instämmer. Någon förändring har inte skett när det gäller hur många av omvårdnadspersonalen som anser det kan vara jobbigt/stressande att stå bredvid brukaren och titta på vid påklädning etc. Det är fortfarande vid utvärderingen en majoritet som instämmer med att detta kan vara jobbigt/stressande. Gångträning har heller inte förändrats. Liksom vid första enkäten är det nu vid uppföljningsenkäten uppemot 100% av omvårdnadspersonalen som gärna gångtränar med brukarna.

**Tabell 8.** Resultat i procent (%) enkät rehabiliterande arbetssätt till omvårdnadspersonal, sjuksköterskor, biståndshandläggare och enhetschefer. (F= Första enkät i okt 2007, U= uppföljande enkät i okt 2008)

Fråga		"instämmer inte alls"				"instämmer helt"				Antal personer	
		0		1		2		3		F	U
		F	U	F	U	F	U	F	U	F	U
Jag har tillräcklig kunskap inom området rehabilitering	Omv	5	0	28	20	57	58	10	22	58	45
	Ssk	0	0	40	0	60	60	0	40	5	5
	Bhl	0	0	17	0	83	80	0	20	6	5
	Chef	23	0	33	14	33	86	11	0	9	7
Jag är intresserad av att arbeta med ett rehabiliterande arbetssätt	Omv	0	0	3	0	21	13	76	87	58	45
	Ssk	0	0	0	0	20	20	80	80	5	5
	Bhl	0	0	0	0	0	0	100	100	6	5
	Chef	0	0	0	0	67	0	33	100	9	7
Vi i hemvården arbetar rehabiliteringsinriktat	Omv	2	2	38	2	50	51	10	45	58	45
	Ssk	0	0	60	20	40	20	0	60	5	5
	Bhl	0	0	33	0	67	50	0	50	6	4
	Chef	0	0	33	0	67	57	0	43	9	7
Brukarna får den rehabilitering de har rätt till enligt lagstiftningen	Omv	3	0	43	7	43	60	11	33	58	43
	Ssk	20	20	40	0	40	20	0	60	5	5
	Bhl	33	0	17	20	50	60	0	20	6	5
	Chef	0	0	67	14	33	86	0	0	9	7
Jag har tillräckligt med tid för att arbeta rehabiliteringsinriktat	Omv	22	0	54	29	21	58	3	13	58	45
	Ssk	20	20	80	0	0	80	0	0	5	5
	Bhl	17	0	66	0	17	100	0	0	6	2
	Chef	0	0	45	14	44	43	11	43	9	7
Vi får tillräcklig information om brukare i samband med hemgång från t.ex. sjukhuset	Omv	16	2	41	38	31	49	12	11	58	45
	Ssk	0	0	80	20	20	80	0	0	5	5
	Bhl	0	20	33	0	67	40	0	40	6	5
	Chef	0	0	14	43	86	57	0	0	7	7
Vi sätter upp rehabiliteringsmål tillsammans med våra brukare	Omv	19	0	50	9	26	44	5	47	58	43
	Ssk	40	0	40	0	20	40	0	60	5	5
	Bhl	0	0	67	0	33	100	0	0	6	3
	Chef	28	14	57	28	14	44	0	14	7	7
Det är viktigt för brukarna att göra det de själv klarar av	Omv	0	0	7	2	10	2	83	96	58	45
	Ssk	0	0	0	0	0	0	100	100	5	5
	Bhl	0	0	0	0	0	0	100	100	6	5
	Chef	0	0	0	0	0	0	100	100	9	7
Det är svårt att arbeta rehabiliteringsinriktat	Omv	9	14	34	25	48	48	9	14	58	44
	Chef	0	29	33	14	67	43	0	14	9	7
Det kan vara jobbigt/stressande att stå bredvid och titta på när brukaren ska träna att t.ex. klä på sig	Omv	10	11	21	16	48	51	21	22	58	45
Jag gångtränar gärna med brukarna	Omv	3	0	3	2	22	20	72	78	58	45

**Kommentar.** 0 = "instämmer inte alls", 3 = "instämmer helt", Omv = Omvårdnadspersonal, Ssk = Sjuksköterska, Bhl = Biståndshandläggare, Chef = Enhetschef.

### Kontakt med arbetsterapeut och sjukgymnast

Två frågor i enkäterna ställdes till omvårdnadspersonal, sjuksköterskor och biståndshandläggare och rörde hur ofta man hade kontakt med arbetsterapeut respektive sjukgymnast. Vid uppföljningen har kontakten med arbetsterapeut ökat markant. Sjuksköterskorna har nu alla daglig kontakt med arbetsterapeut och bland omvårdnadspersonal samt biståndshandläggare har nu alla utom 2 personer kontakt på åtminstone veckobasis. När det gäller kontakten med sjukgymnast var den övervägande gles inför projektets start. Vid uppföljningen har kontakterna ökat markant och mer än hälften av personalen i samtliga grupper har nu kontakt på månadsbasis eller oftare.

**Tabell 9.** Resultat i procent (%) första enkät (F) och uppföljningsenkät (U) **rehabiliterande arbetssätt** till omvårdnadspersonal, sjuksköterskor, biståndshandläggare.

Fråga		Aldrig		Några ggr/år		En gång/mån		En gång/vecka		Dagligen		Antal personer	
		F	U	F	U	F	U	F	U	F	U	F	U
Hur ofta har du kontakt med arbetsterapeut gällande brukare?	Omv	2	0	21	2	28	2	40	62	9	25	58	45
	Ssk	0	0	0	0	0	0	20	0	80	100	5	5
	Bhl	0	0	0	0	0	0	67	20	33	80	6	5
Hur ofta har du kontakt med sjukgymnast gällande brukare?	Omv	52	7	38	2	7	42	3	29	0	2	58	45
	Ssk	0	0	40	20	60	20	0	60	0	0	5	5
	Bhl	83	0	17	40	0	40	0	20	0	0	6	5

**Kommentar:** F= enkät 1, okt 2007, E = enkät 2, okt 2008. Omv = Omvårdnadspersonal, Ssk = Sjuksköterska, Bhl = Biståndshandläggare.

### Uppföljning av brukarens rehabilitering

Slutligen ställdes frågan om hur ofta man hade uppföljning av brukarens rehabilitering (Tabell 10). Före projektets start bedömde ca: 20-30 % av personalen att man ofta eller alltid hade uppföljning av brukarens rehabilitering. Vid uppföljning har andelen ökat till mellan 90-100%.

**Tabell 10.** Resultat i procent (%) första enkät (F) och uppföljningsenkät (U) **rehabiliterande arbetssätt** omvårdnadspersonal, sjuksköterskor, biståndshandläggare.

Fråga		Aldrig		Sällan		Ofta		Alltid		Antal personer	
		F	U	F	U	F	U	F	U	F	U
Hur ofta sker uppföljning av brukarens rehabilitering?	Omv	10	0	67	9	21	73	2	16	58	45
	Ssk	0	0	80	0	20	60	0	40	5	5
	Bhl	0	0	67	0	33	0	0	100	6	5

**Kommentar:** F= enkät 1, okt 2007, E = enkät 2, okt 2008. Omv = Omvårdnadspersonal, Ssk = Sjuksköterska, Bhl = Biståndshandläggare. N = antal personer.

### **7.5.2 Teamets upplevelser av att delta i projektet**

För att få en bild av hur projektet har påverkat arbetssättet redovisas nedan vad som framkommit vid olika intervju tillfällen med de olika yrkesgrupperna i teamen.

*Omvårdnadspersonalen* uttryckte i dessa intervjuer att rehabiliteringen blivit tydligare och att arbetet fått mer struktur. De uttryckte även att de blivit medvetna om hur viktigt det är att förstå syftet med olika insatser, så att de inte bara gör en sak för att det står i biståndsbeslutet eller för att arbetsterapeuten säger det. Jämfört med arbetssättet innan projektet arbetar omvårdnadspersonalen nu mer målinriktat och kan vid uppföljningar se resultat av åtgärderna på ett annat sätt än tidigare. De menade nu att det var viktigt av att ha samma förhållningssätt och att göra på samma sätt hos brukaren. De upplever att de är mer medvetna om sin stöttande roll och säger att de tänker mer på *hur* de gör olika saker. De uttrycker också att projektet bidragit till att utveckla deras kompetens och yrkesroll samt gjort det möjligt att ha ett rehabiliterande arbetssätt. De är mycket positiva till det utökade samarbetet och nära kontakten med arbetsterapeut och sjukgymnast - ”kanonbra” som en undersköterska uttryckte sig. Även teamträffarna upplevs som mycket positiva, med bra diskussioner och uppföljningar.

*Arbetsterapeuterna* tyckte att det blivit bättre struktur på teamträffarna, att alla inblandade nu inser vikten av att alla gör lika runt brukaren och att omvårdnadspersonalen nu tänker mycket på *hur* de utför insatserna hos brukarna. Arbetsterapeuterna upplevde också att de med projektets arbetssätt får använda hela sitt kompetensområde samtidigt som de ser ytterligare möjligheter att utveckla arbetssättet.

*Sjuksköterskorna* var mycket positiva till att arbetsterapeuten fanns närmare gruppen. Tidigare fungerade sjuksköterskan som förmedlare av ärenden till arbetsterapeuten. De fick tidigare också ofta svara på omvårdnadspersonalens frågor om hjälpmedel utan att de själva hade den kunskapen. Detta innebar också att det tog längre tid innan arbetsterapeuten hann utföra sina insatser, vilket ledde till frustration i gruppen. Genom att det nu är lättare att få kontakt med arbetsterapeuten sker åtgärderna snabbare. Sjuksköterskorna uppfattar att beslutsvägarna har blivit kortare. Teamkänslan har ökat och samarbetet mellan olika yrkesroller har utvecklats – nu täcker man upp alla specialiteter runt brukaren och kan identifiera brukarens behov på ett tidigare stadium än för projektets start.

*Biståndshandläggarna* tyckte att de fått ett naturligt forum för samarbete genom teamträffarna. Genom träffarna har det blivit en tydligare struktur och de är nu mer uppdaterade t.ex. vad gäller aktuella beslut. Tänkandet i gruppen är annorlunda. Till exempel att alla ska göra lika runt brukaren. Biståndshandläggarna känner sig mer som en del av teamet, och tycker det är lättare att få ihop teamet till vårdplaneringar. De tycker att hemvårdsgruppen inte längre bara tänker så mycket i termer av insatser utan också på hur ”vi löser problemen här och nu”. Teamarbetet har blivit



bättre helt enkelt. De uttrycker också att de själva fått mera kunskap och förståelse för frågor av rehabiliterande art.

*Enhetscheferna* uttryckte att de blivit mer medvetna om teamets betydelse. De ser att omvårdnadspersonalen har en annan förståelse och ett annat synsätt, att de arbetar mer strukturerat och målinriktat och har fått mer fokus på rehabilitering. De uttryckte också att den utökade resursen av arbetsterapeut inneburit ett stöd i deras arbete och att brukarna får det stöd de behöver snabbare. Enhetscheferna uttryckte också att de, genom att delta i teamträffarna, själva fått mer kunskap om brukarna vilket underlättat vid olika beslut och därmed sparat dem tid. Teamträffarna har också medfört att de kan lösa många problem och frågor direkt på mötet. De uttrycker också att projektet bidragit till att tydliggöra alla teammedlemmars ansvar i rehabiliteringen runt brukaren samt att det medfört både nöjdare personal och brukare.

*Alla yrkeskategorier i teamet* uttryckte att de ser vinster i form av förbättrat samarbete mellan teamets medlemmar och att förståelsen för varandras roller i teamet ökat. Man ansåg också att bedömning vad gäller insatser blivit både grundligare och säkrare när flera yrkeskategorier bidrar med sin kompetens, vilket höjer kvaliteten på insatserna till brukaren. De regelbundna teamträffarna har man sett som ett viktigt forum för kontakt och samarbete

### **7.5.3 Faktorer som påverkat processen/projektet.**

Under intervjuerna framkom också mer övergripande faktorer som påverkat genomförandet och resultatet av projektet. Ett bärande tema var tidsbrist och arbetsbelastning. Tidsutrymmet att arbeta med rehabilitering varierade mycket. Ibland fanns ökat behov att genomföra nya rutiner, som till exempel införandet av ett nytt tids- och registreringsystem (TES), eller möta tillfälliga vårdtyngdsökningar. I vissa grupper förekom tidvis många vikarier, vilket bidrog till ökad arbetsbelastning. När olika sådana saker sammanföll, blev det negativt för personalens möjligheter att jobba rehabiliterande. Här efterfrågades hjälpa att prioritera. Idag kommer det rehabiliterande arbetet in efter att andra uppgifter har utförts. Här är det viktigt att ledningen visar sitt stöd i hur man ska arbeta med frågorna.

Ett annat tema var ledning och styrning. Till exempel så framkom att om enhetschefen ej haft möjlighet att delta på planerade teamträffar så har dessa ofta ställts in. Detta kan tolkas som att, om chefen ej är med på teamträffar, så sänder det signaler om att det inte är prioriterat, hur mycket chefen än anser att det är viktigt. Det är alltså viktigt att vara medveten om att chefens delaktighet i teamet är viktig, inte bara genom dennes bidrag med kunskap och erfarenhet, utan därför att det har ett symbolvärde då det markerar att teamträffarna är viktiga.

Slutligen har utökningen av sjukgymnaster inom primärvården påverkat projektet positivt. Hemrehabsjukgymnasterna har kunnat delta i teamarbetet och på teamträffar i projektgrupperna. De olika

professionerna i teamet har fått en bättre bild av vilka insatser sjukgymnasterna kan bidra med. Det har också medfört att efterfrågan på sjukgymnastinsatser ökat markant och hemrehabilsjukgymnasterna får in ärenden direkt från hemvårdsgruppen, sjuksköterska och biståndshandläggare. Tidigare fungerade ofta arbetsterapeuten som mellanhand som fick skicka ärendet vidare och konsultera sjukgymnast, vilket naturligtvis fördröjde hela processen för brukaren. För att få ett väl fungerande samarbete och möjliggöra insatser med kvalitet krävs det, utöver de direkta insatserna hos brukaren, att sjukgymnasten även har möjlighet att kontinuerligt delta vid teamträffarna.

## 8. Diskussion och slutsatser

Föreliggande rapport är en slutredovisning av införandet av projektet *rehabilitering i hemmet* vilket avslutas i december 2008. Under perioden har *rehabilitering i hemmet* implementerats i 25 hemvårdsgrupper. Fyra under 2007 och 21 under 2008. Uppföljningsdata finns vid denna rapportens skrivande (december 2008) endast för de 4 grupper som startade 2007. Resultatet från de 21 hemvårdsgrupper som infört *rehabilitering i hemmet* under 2008 kommer att kunna redovisas under slutet av 2009. Det bör i sammanhanget framhållas att implementeringen av ett rehabiliterande arbetssätt omfattar hemvårdsteamens alla brukare. Det innebär att projektets resurser kommit långt fler brukare till del än de som mätningar utförs på.

Syftet med projektet var att ge brukare som har insatser av kommunens hemvård ökade möjligheter att klara det dagliga livet ordinarie boende så självständigt som möjligt. Målen var att öka brukarens aktivitetsförmåga och självständighet i vardagliga aktiviteter samt att öka/utveckla det rehabiliterande arbetssättet i hemvårdsteamet runt brukaren.

Resultatet visar att genom att utöka arbetsterapeutresurserna och använda det arbetssätt som beskrivs i rapporten kan man implementera och utveckla det rehabiliterande arbetssättet i hemvården. Ett nära samarbete, god kommunikation, utvecklade rutiner för *rehabilitering i hemmet* har visat sig ge vinster i form av ökad aktivitets- och funktionsförmåga samt självständighet hos brukaren. Det stämmer också väl överens med de erfarenheter man gjort i liknande projekt som t ex inom Älvtomta hemvård, Östersunds kommun m fl.

Intentionen med de statliga stimulansmedlen som använts i detta projekt var att utveckla och stärka kvaliteten i äldreomsorgen. Detta skedde i projektform för att sedan på sikt kunna bli en del av den ordinarie verksamheten. En av utmaningarna framöver blir därför att kunna övergå från projektform till att bli en del av ordinarie verksamhet. Då blir det viktigt att arbetsterapeuter och sjukgymnaster fortsatt ges möjlighet att finnas nära sina hemvårdsgrupper för att ge stöd och handledning så att det rehabiliterande arbetssättet bibehålls i teamen. Stödet och handledningen blir särskilt viktigt när det kommer in vikarier och ny

personal med liten eller ingen erfarenhet av att arbeta utifrån ett rehabiliterande förhållningssätt. Ett rehabiliterande arbetssätt är inget som håller sig själv vid liv utan kräver kontinuerligt stöd och motivation för att fortleva.

De 2,5 hemrehabsjukgymnaster i Primärvården som idag arbetar mot vård och omsorg öster har under året haft svårt att hinna med sitt arbete. Under det första halvåret kunde de arbeta i huvudsak mot brukarna i de fyra projektgrupperna och hade då också möjlighet att delta på teamträffarna. I takt med att fler grupper (i dagsläget 25 grupper) startat upp med *rehabilitering i hemmet* har det i praktiken blivit omöjligt för de 2,5 hemrehabsjukgymnasterna att delta på alla teamträffar hos hemvårdsgrupperna. Detta problem har från kommunens sida framförts till landstinget och förhoppningen är att hitta en lösning då hemrehabsjukgymnasternas närvaro på teamträffarna är viktig för att upprätthålla kvaliteten på rehabiliteringen.

Sammanfattningsvis ger projektet ett starkt och tydligt stöd för att rehabilitering i hemmet är positivt för brukarens aktivitetsförmåga och livskvalitet samt förbättrar temaarbetet runt brukaren. Rehabilitering i hemmet ger dessutom minskad vårdtyngd vilket kan frigöra resurser. Det är viktigt att poängtera att rehabilitering av äldre lika mycket handlar om att brukaren kan bibehålla sin aktivitets- och funktionsförmåga som att öka den. Bibehållen förmåga motverkar framtida vård och omsorgsbehov samt fördröjande av ansökan till särskilt boende. Slutligen är det viktigt att poängtera att ett rehabiliterande förhållningssätt är just ett förhållningssätt, ett sätt att vara och inget som tas fram vid särskilda tillfällen.

## 9. Referenser

- Arman R. *Aktivitet och självständighet. Ett studiematerial om vardagsrehabilitering*. FoU i Väst. 2005.
- Bergstrand B. *Den nya socialtjänstlagen, uppdaterad utgåva 2007*. Polen:Ozgraf: 2007.
- Brokopp M, Karlsson M. *Modell för handledning och undervisning av hemtjänstpersonal i rehabilitering av vårdtagare*. Delrapport 4 Slutrapport, Projekt Rehabvågen, Uddevalla kommun: 1998.
- Erkers Å. *Delrapport, Rehabilitering i hemmet*: 2006.
- Erkers Å, Jansson D. *Rehabilitering i hemmet. Projekt inom Älvtomta hemvård, slutrapport*: 2006.
- Erkers Å. *Rehabilitering i hemmet. Projekt inom Älvtomta hemvård. Rapport*: 2007
- Holm A, Jansson M. *Rehabilitering*. Liber, Ungern: 2006.
- Hällström, J. *Slutrapport hemrehabilitering i Kävlinge*. Kävlinge kommun: 2007.
- Karlsson C. *Äldres upplevelser av rehabilitering i hemmet*. FOU i väst: 2006.
- Kommunförbundet Örebro Län, Örebro Läns Landsting. *Rehabilitering av äldre ett gemensamt ansvar*. 1995.

- Månsson M. *Hemrehabilitering: vad, hur och för vem?* Lettland: Preses Nams Printing: 2007.
- Månsson M. *Modell för genomförande av rehabsatsning år 2000 i Östersunds kommun.* Östersunds kommun: 1999.
- Nordin, I., Fredriksson, K. *Utvärderingsrapport hemrehab i Lerums kommun.* Lerum:2005.
- Regeringens proposition. *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre. 2005/06:115.*
- Socialstyrelsen. *Att arbeta med äldres rehabilitering.* Artikelnr: 2003-131-10
- Socialstyrelsen. *Rehabilitering för hemmaboende äldre personer.* Artikelnr: 2007-123-26.
- Socialstyrelsen. *Samordning av insatser för habilitering och rehabilitering.* Stockholm, Socialstyrelsen, Allmänna råd, SOSFS 2007:10.
- Socialstyrelsen. *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2006.* Artikelnummer: 2007-131-12.
- Socialstyrelsen. *Äldres rehabiliteringsbehov i hemmiljö.* Artikelnr: 2001-123-74.
- Statens beredning för medicinsk utveckling. *Evidensbaserad äldrevård.* SBU-rapport, 2003.
- Törnquist, K., Sonn, U. *ADL-taxonomin: en bedömning av aktivitetsförmåga.* Nacka. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter. 2001.
- Åhlfeldt E. *Vardagsrehabilitering inom äldreomsorgen.* Nestor FOU-center: 2007.

## 10. Bilagor

Bilaga 1	ADL-taxonomin
Bilaga 2	Brukarenkät
Bilaga 3	Enkät omvårdnadspersonal, första tillfället
Bilaga 4	Enkät sjuksköterskor, första tillfället
Bilaga 5	Enkät biståndshandläggare, första tillfället
Bilaga 6	Enkät enhetschefer, första tillfället
Bilaga 7	Enkät omvårdnadspersonal, utvärdering
Bilaga 8	Enkät sjuksköterskor, utvärdering
Bilaga 9	Enkät biståndshandläggare, utvärdering
Bilaga 10	Enkät enhetschefer, utvärdering

- Samtal/Intervju
- Observation

# Analys av ADL-förmåga

Bedömningsplats:

Behandlare:

Personnr/kod:

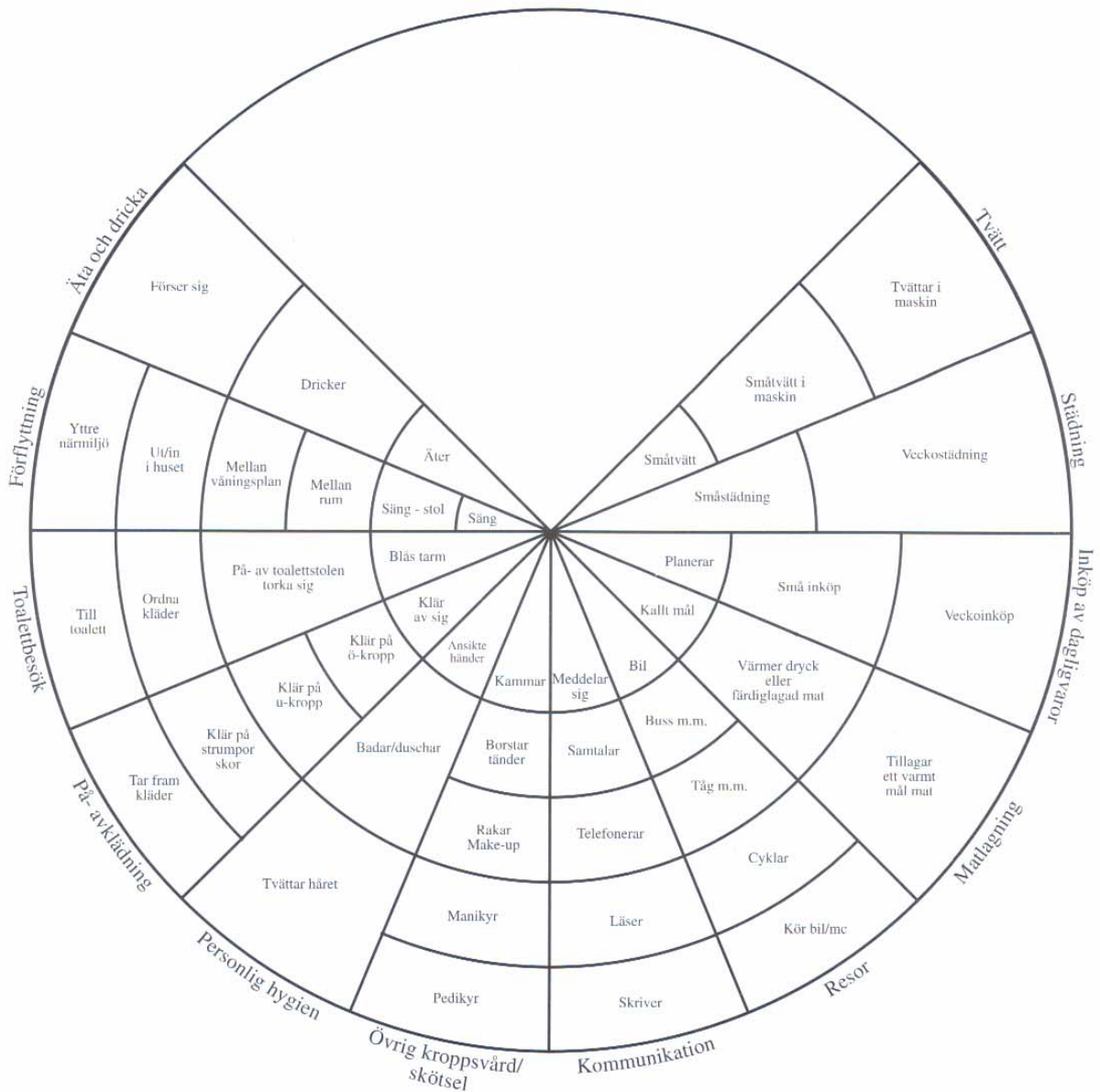
Namn:

Adress/avd:

Behandlingsperiod:

Tel:

Diagnos/funk.neds:



## Teckenförklaring

- =
- - - =
- 0000 =
- =
- =
- =
- =
- =

Kommentarer:



## ENKÄT TILL BRUKARE I HEMVÅRDEN MED REHABILITERINGSINSATS

Ålder:  - 65 år  66 – 85 år  86 år -

Kön:  Kvinna  Man

### 1. Vilka rehabiliterande insatser/åtgärder har du fått?

- Aktivitetsträning (ex hygien, klädsel, matlagning)
- Funktionsträning (ex gång-, rörlighets-, förflyttningsträning)
- Rådgivning
- Hjälpmedel
- Bostadsanpassning

### 2 a. Har de rehabiliterande insatserna betydelse i din vardag?

Ja, alltid  Ja, ibland  Nej  Vet ej

### 2 b. Om ja-svar, på vilket sätt har de rehabiliterande insatserna betydelse?

---

---

---

### 2 c. Om nej-svar, varför har de rehabiliterande insatserna inte betydelse?

---

---

---

### 3 a. Har du känt dig delaktig i planeringen av de rehabiliterande insatser du fått?

Ja, alltid  Ja, ibland  Nej  Vet ej

### 3 b. Om ja-svar, vad var det som gjorde att du kände dig delaktig?

---

---

---

### 3 c. Om nej-svar, vad var det som gjorde att du inte kände dig delaktig?

---

---

---

### 4 a. Har du känt dig delaktig i genomförandet av de rehabiliterande insatser du fått?

Ja, alltid  Ja, ibland  Nej  Vet ej

### 4 b. Om ja-svar, vad var det som gjorde att du kände dig delaktig?

---

---

---

### 4 c. Om nej-svar, vad var det som gjorde att du inte kände dig delaktig?

---

---

---





## Enkät till omvårdnadspersonal inom hemvården (första tillfället)

1. Hur länge har du arbetat inom hemvården? \_\_\_\_\_

2. Vilken utbildning har du? (relevant för ditt nuvarande arbete)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*På fråga 3 – 13 ska du ringa in den siffra som bäst motsvarar din uppfattning. Svara utifrån hur du upplever att situationen/läget är just nu.*

*0 = "instämmer inte alls", 3 = "instämmer helt".*

3. Jag har tillräcklig kunskap inom området rehabilitering.

0            1            2            3

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

0            1            2            3

5. Brukarna får den rehabilitering de har rätt till enligt lagstiftningen (HSL och SoL)

0            1            2            3

6. Vi i hemvården arbetar rehabiliteringsinriktat.

0            1            2            3

7. Jag har tillräckligt med tid för att arbeta rehabiliteringsinriktat.

0            1            2            3

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

0            1            2            3

9. Det är svårt att arbeta rehabiliteringsinriktat

0            1            2            3

10. Vi sätter upp rehabiliteringsmål tillsammans med brukarna.

0            1            2            3

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

0            1            2            3

12. Det kan vara jobbigt/stressande 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 ofta har du kontakt med arbetsterapeut gällande brukare?

Aldrig            Några ggr/år            En gång /mån            En gång /vecka            Dagligen

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

Aldrig            Några ggr/år            En gång /mån            En gång /vecka            Dagligen

16. Hur ofta sker uppföljning av brukarens rehabilitering?

Aldrig            Sällan            Ofta            Alltid

17. Vad innebär rehabilitering för dig?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

19. Vad skulle du behöva för att kunna utvecklas i det rehabiliterande arbetssättet med dina brukare?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Tack för din medverkan!**





### Enkät till sjuksköterskor inom hemvården (första tillfället)

1. Hur länge har du arbetat inom hemvården? \_\_\_\_\_

2. Hur länge har du arbetat som sjuksköterska i hemvården? \_\_\_\_\_

3. Vilken utbildning har du? (högskoleutb./motsvarande relevant för nuvarande befattning)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*På fråga 4 – 11 ska du ringa in den siffra som bäst motsvarar din uppfattning.  
Svara utifrån hur du upplever att situationen/läget är just nu.  
0 = "instämmer inte alls", 3 = "instämmer helt".*

4. Jag har tillräcklig kunskap inom området rehabilitering.

0      1      2      3

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

0      1      2      3

6. Brukarna får den rehabilitering de har rätt till enligt lagstiftningen (HSL och SoL)

0      1      2      3

7. Vi i hemvården arbetar rehabiliteringsinriktat.

0      1      2      3

8. Omvårdnadspersonalen har tillräckligt med tid för att arbeta rehabiliteringsinriktat.

0      1      2      3

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

0      1      2      3

10. Vi sätter upp rehabiliteringsmål tillsammans med brukarna.

0      1      2      3

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

0      1      2      3

12. Hur ofta har du kontakt med arbetsterapeut gällande brukare?

Aldrig      Några ggr/år      En gång /mån      En gång /vecka      Dagligen

13. Hur ofta har du kontakt med sjukgymnast gällande vårdtagare?

Aldrig      Några ggr/år      En gång /mån      En gång /vecka      Dagligen

14. Hur ofta sker uppföljning av brukarens rehabilitering?

Aldrig      Sällan      Ofta      Alltid

15. Vad innebär rehabilitering för dig?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

17. Vad tror du att utvecklingen av rehabilitering i hemmet kommer att innebära för din yrkesroll?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

18. Har du fått någon utbildning i rehabiliterande arbetssätt? I så fall vilken/när?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

19. Skulle du vilja ha mer utbildning om rehabilitering? Precisera!

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Tack för din medverkan!**



### Enkät till biståndshandläggare inom hemvården (första tillfället)

1. Hur länge har du arbetat inom hemvården? \_\_\_\_\_

2. Hur länge har du arbetat som biståndshandläggare i hemvården? \_\_\_\_\_

3. Vilken utbildning har du? (högskoleutb./motsvarande relevant för nuvarande befattning)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*På fråga 4 – 11 ska du ringa in den siffra som bäst motsvarar din uppfattning.  
Svara utifrån hur du upplever att situationen/läget är just nu.  
0 = "instämmer inte alls", 3 = "instämmer helt".*

4. Jag har tillräcklig kunskap inom området rehabilitering.

0      1      2      3

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

0      1      2      3

6. Brukarna får den rehabilitering de har rätt till enligt lagstiftningen (HSL och SoL)

0      1      2      3

7. Vi i hemvården arbetar rehabiliteringsinriktat.

0      1      2      3

8. Omvårdnadspersonalen har tillräckligt med tid för att arbeta rehabiliteringsinriktat.

0      1      2      3

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

0      1      2      3

10. Vi sätter upp rehabiliteringsmål tillsammans med brukarna.

0      1      2      3

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

0      1      2      3

12. Hur ofta har du kontakt med arbetsterapeut gällande brukare?

Aldrig      Några ggr/år      En gång /mån      En gång /vecka      Dagligen

13. Hur ofta har du kontakt med sjukgymnast gällande brukare?

Aldrig      Några ggr/år      En gång /mån      En gång /vecka      Dagligen

14. Hur ofta sker uppföljning av brukarens rehabilitering?

Aldrig      Sällan      Ofta      Alltid

15. Vad innebär rehabilitering för dig?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

16. Hur tror du att rehabiliteringen för vårdtagare skulle kunna utvecklas?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

17. Vad tror du att utvecklingen av rehabilitering i hemmet kommer att innebära för din yrkesroll?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

18. Har du fått någon utbildning i rehabiliterande arbetssätt? I så fall vilken/när?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

19. Skulle du vilja ha mer utbildning om rehabilitering? Preciser!

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Tack för din medverkan!**



2007-07-19

### Enkät till enhetschefer inom hemvården (första tillfället)

1. Hur länge har du arbetat inom hemvården? \_\_\_\_\_

2. Hur länge har du arbetat som enhetschef i hemvården? \_\_\_\_\_

3. Vilken utbildning har du? (högskoleutb./motsvarande relevant för nuvarande befattning)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

På fråga 4 – 12 ska du ringa in den siffra som bäst motsvarar din uppfattning. Svara utifrån hur du upplever att situationen/läget är just nu.

0 = "instämmer inte alls", 3 = "instämmer helt".

4. Jag har tillräcklig kunskap inom området rehabilitering.

0      1      2      3

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

0      1      2      3

6. Brukarna får den rehabilitering de har rätt till enligt lagstiftningen (HSL och SoL)

0      1      2      3

7. Vi i hemvården arbetar rehabiliteringsinriktat.

0      1      2      3

8. Det är svårt för omvårdnadspersonalen att arbeta rehabiliteringsinriktat

0      1      2      3

9. Omvårdnadspersonalen har tillräckligt med tid för att arbeta rehabiliteringsinriktat.

0      1      2      3

10. Vi får tillräcklig information om brukarna i samband med hemgång från t.ex. sjukhuset.

0      1      2      3

11. Vi sätter upp rehabiliteringsmål tillsammans med brukarna.

0      1      2      3

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

0      1      2      3

13. Vad innebär rehabilitering för dig?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14. Hur tror du att rehabiliteringen för brukarna skulle kunna utvecklas?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

15 a) Kan du inom ramen för din tjänst genomföra de förändringar som behövs för att rehabiliteringen för brukarna skall kunna utvecklas på det sätt du vill?

Ja ( )                      Nej ( )

15 b) Skulle du vilja ha större/mindre möjlighet att kunna genomföra de förändringar du vill? Preciserar!

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

16. Har du fått någon utbildning i rehabiliterande arbetssätt? I så fall vilken/när?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

17. Skulle du vilja ha mer utbildning om rehabilitering? Preciserar!

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Tack för din medverkan!**



20. Hur har samarbetet med arbetsterapeuten vid hemrehabiteringen fungerat?

Dåligt      Mindre  
bra            Bra            Mycket  
bra

21. Hur har samarbetet med sjukgymnasten vid hemrehabiteringen fungerat?

Dåligt      Mindre  
bra            Bra            Mycket  
bra

22. Jag ser möjligheter till utveckling av mitt arbete med rehabilitering inom hemvården

Ja alltid      Ja ibland      Nej            Vet ej

23. Vad innebär rehabilitering för dig?

---

---

---

24. Har projektets insatser bidragit till/gjort det möjligt för dig att ha ett rehabiliterande arbetssätt?

---

---

---

25. Vad har projektets insatser inneburit för din yrkesroll?

---

---

---

26. Finns det något som hindrat dig från att ha ett rehabiliterande arbetssätt?

---

---

---

27. Har du förslag på hur rehabiliteringen för brukare skulle kunna utvecklas?

---

---

---

28. Vad skulle du behöva för att kunna utvecklas i det rehabiliterande arbetssättet med dina brukare?

---

---

---

**Tack för din medverkan!**



## Enkät till sjuksköterskor inom hemvården (utvärdering)

1. Hur länge har du arbetat inom hemvården? \_\_\_\_\_

2. Hur länge har du arbetat som sjuksköterska i hemvården? \_\_\_\_\_

3. Vilken utbildning har du? (högskoleutb./motsvarande relevant för nuvarande befattning)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Har du fyllt i den första enkäten? Ja ( )  
Nej ( )

5. Har du fått någon fortbildning/handledning i rehabilitering/rehabiliterande arbetssätt under året som gått?

Ja ( )  
Nej ( )

6. Har du varit hemma hos någon brukare med hemrehabinsatser?

Ja ( )  
Nej ( )

På fråga 7 – 14 ska du ringa in den siffra som bäst motsvarar din uppfattning.  
Svara utifrån hur du upplever att situationen/läget är just nu.  
0 = "instämmer inte alls", 3 = "instämmer helt".

7. Jag har tillräcklig kunskap inom området rehabilitering.

0 1 2 3

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

0 1 2 3

9. Brukarna får den rehabilitering de har rätt till enligt lagstiftningen (HSL och SoL)

0 1 2 3

10. Vi i hemvården arbetar rehabiliteringsinriktat.

0 1 2 3

11. Omvårdnadspersonalen har tillräckligt med tid för att arbeta rehabiliteringsinriktat.

0 1 2 3

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

0 1 2 3

13. Vi sätter upp rehabiliteringsmål tillsammans med brukarna.

0 1 2 3

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

0 1 2 3

På fråga 15 – 19 ska du **ringa in** det svarsalternativ som närmast stämmer in för dig.

15. Hur ofta har du kontakt med arbetsterapeut gällande brukare?

Aldrig Några ggr/år En gång /mån En gång /vecka Dagligen

16. Hur ofta har du kontakt med sjukgymnast gällande brukare?

Aldrig Några ggr/år En gång /mån En gång /vecka Dagligen

17. Hur ofta sker uppföljning av brukarens rehabilitering?

Aldrig Sällan Ofta Alltid

18. Hur har samarbetet med arbetsterapeuten fungerat?

Dåligt Mindre bra Bra Mycket bra

19. Hur har samarbetet med sjukgymnasten vid hemrehabiteringen fungerat?

Dåligt Mindre bra Bra Mycket bra

20. Vad innebär rehabilitering för dig?

---

---

---

21. Har projektets insatser bidragit till/gjort det möjligt att utveckla det rehabiliterande arbetssättet? I så fall hur/på vilket sätt?

---

---

---

22. Vad har projektets insatser inneburit för din yrkesroll?

---

---

---

23. Har du förslag på hur rehabiliteringen för brukare skulle kunna utvecklas

---

---

---

24. Finns det något som hindrat dig från att ha ett rehabiliterande arbetssätt?

---

---

---

25. Vad skulle du behöva för att kunna utvecklas i det rehabiliterande arbetssättet med dina brukare?

---

---

---

**Tack för din medverkan!**



2008-06-30

## Enkät till biståndshandläggare inom hemvården (utvärdering)

1. Hur länge har du arbetat inom hemvården? \_\_\_\_\_

2. Hur länge har du arbetat som biståndshandläggare i hemvården? \_\_\_\_\_

3. Vilken utbildning har du? (högskoleutb./motsvarande relevant för nuvarande befattning)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Har du fyllt i den första enkäten? Ja  Nej

5. Har du fått någon fortbildning/handledning i rehabilitering/rehabiliterande arbetssätt under året som gått? Ja  Nej

6. Har du varit hemma hos någon brukare med hemrehabitering? Ja  Nej

På fråga 7 – 11 ska du ringa in den siffra som bäst motsvarar din uppfattning.  
Svara utifrån hur du upplever att situationen/läget är just nu.

0 = "instämmer inte alls", 3 = "instämmer helt".

7. Jag har tillräcklig kunskap inom området rehabilitering.

0 1 2 3

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

0 1 2 3

9. Brukarna får den rehabilitering de har rätt till enligt lagstiftningen (HSL och SoL)

0 1 2 3

10. Vi i hemvården arbetar rehabiliteringsinriktat.

0 1 2 3

11. Omvårdnadspersonalen har tillräckligt med tid för att arbeta rehabiliteringsinriktat.

0 1 2 3

12. Vi får tillräcklig information om brukarna i samband med hemgång från t.ex. sjukhuset.

0 1 2 3

13. Vi sätter upp rehabiliteringsmål tillsammans med brukarna.

0 1 2 3

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

0 1 2 3

På fråga 15 – 19 ska du **ringa in** det svarsalternativ som närmast stämmer in för dig.

15. Hur ofta har du kontakt med arbetsterapeut gällande brukare?

Aldrig Några ggr/år En gång /mån En gång /vecka Dagligen

16. Hur ofta har du kontakt med sjukgymnast gällande brukare?

Aldrig Några ggr/år En gång /mån En gång /vecka Dagligen

17. Hur ofta sker uppföljning av brukarens rehabilitering?

Aldrig Sällan Ofta Alltid

18. Hur har samarbetet med arbetsterapeuten fungerat?

Dåligt Mindre bra Bra Mycket bra

19. Hur har samarbetet med sjukgymnasten vid hemrehabiteringen fungerat?

Dåligt Mindre bra Bra Mycket bra



20. Vad innebär rehabilitering för dig?

---

---

---

21. Har projektets insatser bidragit till/gjort det möjligt för dig att ha ett rehabiliterande arbetssätt?

---

---

---

22. Vad har projektets insatser inneburit för din yrkesroll?

---

---

---

23. Har du förslag på hur rehabiliteringen för brukare skulle kunna utvecklas?

---

---

---

24. Finns det något som hindrat dig från att ha ett rehabiliterande arbetssätt?

---

---

---

25. Vad skulle du behöva för att kunna utvecklas i det rehabiliterande arbetssättet med dina brukare?

---

---

---

**Tack för din medverkan!**



2008-06-30

### Enkät till enhetschefer inom hemvården (utvärdering)

1. Hur länge har du arbetat inom hemvården? \_\_\_\_\_

2. Hur länge har du arbetat som enhetschef i hemvården? \_\_\_\_\_

3. Vilken utbildning har du? (högskoleutb./motsvarande relevant för nuvarande befattning)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Har du fyllt i den första enkäten? Ja  Nej

5. Har du fått någon fortbildning/handledning i rehabilitering/rehabiliterande arbetssätt under året som gått? Ja  Nej

6. Har du varit hemma hos någon brukare med hemrehabilsatser? Ja  Nej

På fråga 7 – 15 ska du ringa in den siffra som bäst motsvarar din uppfattning. Svara utifrån hur du upplever att situationen/läget är just nu.  
0 = "instämmer inte alls", 3 = "instämmer helt".

7. Jag har tillräcklig kunskap inom området rehabilitering.

0      1      2      3

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

0      1      2      3

9. Brukarna får den rehabilitering de har rätt till enligt lagstiftningen (HSL och SoL)

0      1      2      3

10. Vi i hemvården arbetar rehabiliteringsinriktat.

0      1      2      3

11. Det är svårt för omvårdnadspersonalen att arbeta rehabiliteringsinriktat

0      1      2      3

12. Omvårdnadspersonalen har tillräckligt med tid för att arbeta rehabiliteringsinriktat.

0      1      2      3

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

0      1      2      3

14. Vi sätter upp rehabiliteringsmål tillsammans med brukarna.

0      1      2      3

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

0      1      2      3

16. Vad innebär rehabilitering för dig?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

17. Kan du inom ramen för din tjänst genomföra de förändringar som behövs för att rehabiliteringen för brukarna ska kunna utvecklas på det sätt du vill?

Ja  Nej

18. Finns det något som hindrat dig från att genomföra de förändringar som behövs för att utveckla rehabiliteringen för brukare på det sätt du vill?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

19. Vad har projektets insatser inneburit för din yrkesroll?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

20. Har projektets insatser bidragit till/gjort det möjligt att utveckla det rehabiliterande arbetssättet? I så fall hur/på vilket sätt?

---

---

---

21. Har du förslag på hur rehabiliteringen för brukare skulle kunna utvecklas?

---

---

---

22. Vad skulle du behöva för att utvecklas i det rehabiliterande arbetssättet utifrån din roll som chef för hemvårdsgruppen/arbetsterapeut?

---

---

---

**Tack för din medverkan!**