

# **SLUTRAPPORT HEMREHABILITERING**

(HENNING KAINZ)

Projektid  
Oktober 2007 – December 2008

<b>INNEHÅLLSFÖRTECKNING</b>	<b>2</b>
<b>1. SAMMANFATTNING</b>	<b>3-4</b>
<b>2.1 BAKGRUND NATIONELLT</b>	<b>4-5</b>
<b>2.2 BAKGRUND FÖR TINGSRYDS KOMMUN</b>	<b>5</b>
<b>2.3 GENOMFÖRANDE</b>	<b>6-8</b>
<b>3 RESULTATREDOVISNING</b>	<b>8</b>
<b>3.1 ÅLDER, GENUS OCH DIAGNOS</b>	<b>8-10</b>
<b>3.2 FÖRDELNING AV PATIENTGRUPPEN I DE OLIKA HEMTJÄNSTOMRÅDEN</b>	<b>10-11</b>
<b>3.3 REKRYTERING AV HEMREHABILITATIONSBRUKARNA</b>	<b>12-13</b>
<b>3.4 HEMTJÄNST OCH HEMREHABILITERING</b>	<b>14</b>
<b>3.5 ANDRA DELTAGARE I HEMREHABILITERING</b>	<b>14-15</b>
<b>3.6 HEMREHABASSISTENTERNA OCH HANDLEDNING</b>	<b>15-17</b>
<b>3.7 MÄTINSTRUMENT OCH RESULTATMÄTNING</b>	<b>17-21</b>
<b>3.8 HJÄLPMEDEL</b>	<b>21-22</b>
<b>4 DISKUSSION</b>	<b>22</b>
<b>4.1 BACKSPEGEL</b>	
<b>4.2 UTVECKLINGSOMRÅDE</b>	<b>23</b>
<b>LITTERATURFÖRTECKNING</b>	<b>25</b>
<b>BILAGOR</b>	
<b>BILAGA 1 UPPDRAG HEMREHAB</b>	<b>26</b>
<b>BILAGA 2 FRÅGEFORMULÄR</b>	<b>28</b>

# 1.Sammanfattning

En del av de stimulansmedlen som socialförvaltningen sökt avsattes för att kunna besvara frågeställningen om **hur man skulle kunna bedriva en hemrehabiliterande verksamhet inom vår kommun på ett effektivt sätt.**(se även bilaga 1: ”beskrivning av uppdrag”)

Målsättningen utgick ifrån att hemrehabilitering som metod har visat sig vara framgångsrik både ekonomiskt och i sina rehabiliteringsresultat.. Två projektarbeten om hemrehabilitering som har genomförts i Kävlinge kommun och i Östersund blev inspirationskälla till de egna förberedningar för Tingsryds projekt. Skillnaden mellan dessa två modeller var deras tillvägagångssätt samt de logistiska och geografiska förutsättningarna som man hade. I Östersund som glesbygdskommun anställde man en stor grupp med både arbetsterapeuter och sjukgymnaster som jobbade mot ordinarie hemtjänstpersonalen i tät uppföljningsverksamhet medan man i Kävlinge som tätorts kommun valde att arbeta utifrån en grupp vårdpersonal som utbildades inom rehabiliteringen. En arbetsterapeut och en sjukgymnast som anställdes på heltid handledde personalgruppen i sina insatser. Personalförutsättningar som Tingsryds socialförvaltning kunde tillhandahålla (1 sjukgymnast på heltid som även höll i projektledningen och 2 heltids anställda rehabiliteringsassistenter) och faktumet att man hade valt hela Tingsryds kommun som aktivitetsområde för hemrehabiliterande insatser gjorde att man valde en slags hybridmodell emellan de två nämnda projekt. På detta viset var man tvungen att utbilda de 2 rehabiliteringsassistenter samt att eftersträva ett samarbete med de befintliga kommunresurserna. Man var medveten om att det skulle innebära en enorm interaktionsverksamhet mellan hemrehabteamet och övriga aktörer i det redan pågående arbetet i de olika distrikten. Förhoppningen var att man kunde bygga på de utbildningsinsatser som man hade investerat i tidigare.

Arbetet med hemrehabprojektet påbörjades förberedande i oktober 2007. Man frikopplade en sjukgymnast på heltid från sin ordinarie tjänst som sedan utnämndes som projektledare. Styrgruppen, bestående av befintlig äldreomsorgs chef, medicinsk ansvarig sjuksköterska och utvecklingsledare tillsattes. Uppdraget formulerades och man bestämde att man skulle använda de olika yrkeskategorierna i sina befintliga områden som referensgrupp för att kunna bolla både verksamhetsåtgärder och andra frågor under projekttiden.

Rekrytering av de 2 rehabiliteringssassistenterna skedde i samma skede av förberedelsearbetet via utvecklingsledaren, fackrepresentant och projektledaren. Man frikopplade 2 undersköterskor från sin ordinarie tjänster och anställde dem på heltid. Eftersom man pga logistiska problem var tvungen att avvika ifrån den ursprungliga planeringen att genomföra projektet under en tidsperiod av 2 år kunde man nu räkna med en mera kompakt ansats med tre heltids tjänster istället för 1 heltids anställt sjukgymnast plus två undersköterskor på 75 %. Projekttiden begränsades från oktober 2007 fram till december 2008 med uppehåll på cirka 4 veckor under semesterperioden.

Patientunderlaget indelades i 3 olika grupperingar i följande prioriteringsordning enligt uppdraget:

- 1.) Patienter som kommer ifrån slutenvården på lasarettet och behöver rehabiliteringsinsatser i hemmet.

- 2.) Brukare i ordinärt boende som har uppmärksammats pga av en försämring av sin aktivitetsnivå och är i behov av rehabilitering.

- 3.) Brukare som behöver fortsatta rehabiliteringsinsatser efter sin vistelse på Kastanjebacken eller kan minska sin rehabiliteringstid på detta korttidsboende.

Alla potentiella deltagare i hemrehabiliteringen skulle vara minst 65 år och vara bosatta i Tingsryds kommun. De skulle ställa sig positiva till iden att delta i projektet med rehabiliteringen i det egna hemmet samt kunna förstå och tillgodogöra sig instruktioner. Viktigt var även att närstående skulle kunna tänka sig en rehabiliteringsinsats på hemmaplan. Dessutom skulle det finnas en

funktionsnedsättning som är objektivt mätbar med hjälp av vedertagna ADL- och funktionsanalytiska instrument.

Insatsen skulle påbörjas med en vårdplanering i samband med utskrivning från lasarettet eller kunna inledas via aktualisering av andra professionella hänvisningar från Kastanjebackens personal eller från olika yrkeskategorier på distriktsnivå. Sedan skulle sjukgymnasten tillsammans med distriktsarbetsterapeuten träffa brukaren och eventuell närstående i sitt hem för att kunna utföra en bedömning samt i samråd med varandra fastställa om det skulle behövas en kompletterande insats från hemtjänstpersonalens sida, larm etc. Inom en vecka skulle arbetsterapeut och sjukgymnast i samråd med brukaren och anhöriga lägga fast målsättningar i rehabiliteringsarbetet med hjälp av de mätinstrumenten som tagits fram för ändamålet.

Rehabiliteringsplanen som dokumenterades i journalföringen lades till grunden för det stundande arbetet. Målsättningen baserades i första hand på brukarens önskemål och följdes upp i rehabiliteringsplanen. Här hade brukaren möjligheten att kunna justera sina målsättningar i samråd med rehabiliteringsteamet. Mätningarna upprepades i slutet av rehabiliteringsperioden samt tre månader efter avslutad rehabiliteringsperiod där man även utvärderade rehabiliteringsplanen.

Hemrehabiliteringspatienterna stod enbart för kostnaden av de hemtjänstinsatserna som tillfördes i kompletterande syfte under träningsperioden.

Den aktiva projekttiden pågick från oktober 2007 till mitten på december 2008. Redovisningen omfattar denna period för de flesta av de deltagande brukarna och diagrammen som följer tar hänsyn till att uppföljningen av de sista deltagande kunde pga tidsramarna inte inkluderas eftersom de inte hade fått sin tremånadsuppföljning. Från och med november 2008 inskränktes deltagandet till de brukarna som skulle kunna slutföra sin hemrehabilitering fram till december 2008. Därmed har processen omfattat 52 brukare. Tre av dessa avled under rehabiliteringsperioden och fyra brukare kunde av olika anledningar ej slutföra insatsen så att undersökningsmaterialet kunde lägga 46 brukare till grund i redovisningen.

Efter semesterperioden diskuterade man i socialnämnden om och på vilket sätt hemrehabiliteringen skulle kunna vara del av den ordinarie kommunala verksamheten eller om man skulle kunna lägga ut detta arbete som entreprenad. Vid denna tidpunkt hade man ingen utvärdering av projektet tillhands. Man bestämde att hemrehabiliteringsarbetet skulle avslutas efter projekttiden hade gått ut. Med facit i handen ändrades frågeställningen om på vilket sätt man skulle kunna bedriva hemrehabilitering i Tingsryd till frågan om på vilket sätt man skulle kunna göra detta med de befintliga resurserna.

## **2. BAKGRUND**

### **2.1 NATIONELLT**

Socialstyrelsen skriver i en studie som handlar om äldres behov av rehabilitering i ordinärt boende, att drygt hälften av dessa personer inte hade tillgodosedda rehabiliteringsbehov (Socialstyrelsen 2001) En stor andel av de äldre bedömdes dessutom ha förmåga att kunna utföra vissa vardagssysslor som de fick hjälp med. Grunden till detta var bland annat:

- Att hemtjänstpersonalen och/eller anhöriga utan att reflektera hade tagit över sådana sysslor som de själv kunde klara
- Att äldre inte vågade utföra en aktivitet eftersom man inte hade gett dem möjligheten att träna detta under trygga förhållanden.
- Att hemtjänsten utförde hela aktiviteten när det visade sig att personen endast klarade av delar av aktiviteten.

Hemrehabilitering har blivit mera vanligare förekommande i kommunerna i Sverige med

genomgående goda resultat ur ett vardagsperspektiv i form av ökad livskvalitet men även ur samhällsekonomisk perspektiv. Bokopp & Karlssons studie från 1998 samt Månsons referat från 1999 visar att man kan reducera hemtjänstinsatserna samt fördröja flytttendenser till särskilt boende. Hemrehabilitering innebär en tidig och koncentrerad rehabiliterande insats i ordinärt boende. Detta betyder att rehabiliteringsprocessen starta tidigast möjlig efter hemkomsten från slutenvården eller korttidsboende eller startar omgående när behovet uppmärksammas i det ordinära boendet. Detta sker tvärprofessionell i samlat team.

Syftet med hemrehabiliteringen är:

- Att kunna underlätta övergången från slutenvård till öppenvård
- Att förhindra en försämring i aktivitetsnivån för de brukare som befinner sig i ordinärt boende när tendensen visar sig.(om möjligt förbättra nivån)
- Att kunna förbättra övergången från korttidsboendet till det ordinära boendet
- Att förhindra återinläggning igenom att vårdtagaren kan bibehålla sin självständighet i så hög grad som möjligt.(Nilsson& Nyström, 2004)

Nationellt finns det olika arbetssätt:

- Multiprofessionella team som utför hemrehabiliteringen.
- Arbetsterapeut och sjukgymnast som nära handledare för ordinarie hemtjänstpersonal
- Arbetsterapeut och sjukgymnast som jobbar mot ett team med specialutbildade undersköterskor

Positiva resultat i hemrehabiliteringsarbetet visar bland annat följande kommuner: Hagfors, Helsingborg, Uddevalla och Kävlinge. Även i Kronobergs län har genomförts hemrehabprojekt med goda resultat. Enligt Kielhofner (2002) bjuder brukarens hem optimala förutsättningar för funktionsinriktad träning. Han menar på att världen omkring oss och våra vanor ge stabilitet i livet. De flesta känner sig trygga när de kan röra sig inom sina egna särskilda rutiner och rytmer. Att hemmet är en bra plats för just rehabilitering menar Teeland (2002) beror på att man är hemma och att man därigenom ökar motivationen att ta ansvar. En annan forskare tar upp temat ur personalperspektiv (Lingås, 1998) och skriver när rehabiliteringen sker i hemmet minskar risken att personalen enbart ser vårdtagaren och sjukdomen. Blicken riktar sig istället på vårdtagaren i sitt sammanhang i sin miljö. Träningen blir mera klientcentrerad. För att uppnå goda resultat i processen är just klientcentreringen ett viktigt medel och klassificeras som bra arbetssätt (Nilsson& Nyström 2004, Townsend 1997) I ett klientcentrerat arbetssätt är vårdtagaren mera delaktig i rehabiliteringsprocessen och målen sätts utifrån vad han/ hon tycker är viktigt. I hemmet är det lättare att identifiera rätt nivå på träningen eftersom det är där det skall fungera ( Lilija, 2004). Planering med täta träningsjusteringar uppföljningar är ett viktig redskap i processen.

## 2.2 TINGSRYDS KOMMUN

Enligt prop.1999/ 2000:149, nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården presenteras åtgärder för att utveckla hälso- och sjukvårdens grundläggande struktur. Övergripande syfte med planen var att åstadkomma positiva effekter för hälso- och sjukvården som helhet. För Tingsryds kommuns del valde man från socialförvaltningens sida att utveckla den kommunala rehabiliteringen.

- 1 sjukgymnast frikopplas från sin ordinarie tjänst på heltid och för att fungera som projektledare samt i sin professionella funktion som sjukgymnast inom projektets ramar.
- Styrgruppen bestående av ÄO-chef, utvecklingsledare och MAS tillsätts och skall träffas minst 4 gånger under projektets förlopp.
- 2 undersköterskor frikopplas från sina ordinarie tjänster och specialutbildas av sjukgymnasten i ett rehabiliterande arbetssätt.
- Projektet arbetet bedrivs under cirka 1 års tid med undantag av semesterperioden och utbildningstid för undersköterskorna.
- Syftet är att kunna tillhandahålla rehabilitering under trygga förhållanden i ordinärt boende efter vistelse på lasarettet eller korttidsboende eller i de fallen där en brukare i ordinärt boende uppmärksammas pga en mätbar försämrad aktivitetsnivå.

- Projektet är tänkt som rehabiliteringsstimulans för befintlig kommunpersonal samt skall kunna ge underlag för hur man på bästa sättet kan bedriva hemrehabilitering i kommunen.
- Projektledaren har ansvaret för kontinuerliga rapporter till styrgruppen samt att underhålla kommunikationen med referensgruppen bestående av distriktsjuksköterskorna, paramedicin, enhetscheferna och biståndshandläggarna.
- Slutrapporten författas av projektledaren vid avslutad projektet.

## 2.3 GENOMFÖRANDE

- Rekrytering av patientunderlaget till hemrehabprojektet kan ske via alla yrkeskategorier och även via anhöriga eller patienten själv. Sjuksköterskorna, arbetsterapeuter och undersköterskorna i de olika distrikten informeras om genomförande former vid projektstart och en broschyr om hemrehabilitering i Tingsryds kommun som skall underlätta informationsflödet ges ut. Broschyren utarbetas i samråd med styrgruppen och referensgrupperingen. Biståndshandläggarna spelar en central roll i framför allt de fallen där vårdplaneringar måste till dvs där brukaren kommer ifrån slutenvården eller via korttidsavdelningen Kastanjebacken.
- Alla förfrågningar om att initiera en hemrehabiliteringsinsats skall riktas till projektledaren.
- Sjukgymnast/ projektledare skall i möjligaste mån delta i de vårdplaneringarna där en hemrehabiliteringsinsats kan bli aktuell.
- Hemrehabiliteringssjukgymnasten jobbar tätast möjligt tillsammans med respektive distriktsarbetsterapeut. Dvs. en initial riskbedömning vad gäller faror i samband med hemgången görs i samråd med arbetsterapeut, möjligen sjuksköterska.
- Brukaren skall få omfattande skriftlig och muntlig information om hemrehabiliteringen innan insatsen äger rum. Närstående involveras i möjligaste mån från processens begynnelse.
- I samråd med brukaren, närstående och respektive biståndshandläggare diskuteras de hemtjänstinsatserna som skall komplettera hemrehabiliteringsteamets insatser. Kostnaden för dessa komplement övertar brukaren enligt den kommunala hemtjänsttaxan. Själva hemrehabiliteringsteamet jobbar vardagar mellan kl. 07:00 till kl. 16:00 (undantag vid behov)
- Hemrehabiliteringsinsatsen skall högst vara i tre månader.
- Den aktiva insatsen börjar alltid vid hemkomsten där man från teamets sida i möjligaste mån möter upp brukaren vid ankomsten hemma. Rehabiliteringsplanen med de målen som arbetats fram i samråd mellan patient, arbetsterapeut, sjukgymnast, ev sjuksköterska och anhöriga skall vara klar inom en vecka efter hemkomsten. Den skall grundas klient centrerad på de mätningar som arbetsterapeut och sjukgymnast utfärdat.
- Mätinstrument för arbetsterapeuterna skall vara ADL-taxonomi
- Mätinstrumenten som sjukgymnasten kommer att använda skall vara GMF-status (generell motorisk funktionsbedömning) och FBG (funktionell balanstest för geriatriska patienter).
- Mätinstrumenten och deras funktionalitet för hemrehabiliteringsklientelet kan och skall diskuteras under projektets framskridning.
- Mätinstrumenten skall kunna bidra till en objektivitet vad gäller målsättningen och till att brukaren kan få hjälp med formuleringen av sina individuella mål.
- Mätinstrumenten skall användas initialt, vid avslutad rehabperiod och 3 månader efter avslutad rehabiliteringsperiod. Utvärderingarna noteras av projektledaren för senare redovisning.
- Träningen som skall syfta på att uppnå en inom sjukdomens ramar optimal återställning och förbättring av brukarens vardagsaktivitetsförmåga läggs fast i samband med rehabiliteringsplanen och justeras kontinuerligt på en nivå som är tillräckligt hög för att kunna uppnå de uppsatta målen och tillräckligt låg för att brukaren skall kunna upprätthålla sin motivationsnivå.
- Träningen initieras och följs upp av hemrehabiliteringens sjukgymnast som delegerar

arbetsuppgifterna i möjligaste mån till hemrehabassistenterna och/eller till befintlig hemtjänstpersonal.

- All träning skall ha en för brukaren synlig anknytning till vardagsfunktioner där han/hon är beroende av extern hjälp.
- Prioriteringsordningen av träningsmålen ligger i brukarens hand.
- Rehabiliteringsplanen fungerar som ett levande kontrakt mellan rehabiliteringsteamet och brukaren. Kontraktet skall kunna ändras när målsättningen eller åtgärderna visa sig inte fungera. Detta skall kunna ske i en öppen ömsesidig överenskommelse
- Rehabiliteringsplanen följs upp skriftligen av både rehabassistenterna och sjukgymnasten. I möjligaste mån skall även hemtjänstpersonalen och övriga deltagare i hemrehabiliteringsprocessen uppmuntras att skriva uppföljningar i planen.
- Hemrehabiliteringssjukgymnasten har ansvaret för kontinuerlig klientcentrerad handledning av hemrehabiliteringsassistenterna och inblandad hemtjänstpersonal. Han skall även sköta tvärprofessionella kontakter med övriga inblandade yrkeskategorierna och uppmuntra till multiprofessionellt arbete.
- Kompensatoriska insatser i form av hjälpmedel, bostadsanpassning och beviljat bistånd skall hållas på lägsta möjliga nivå till hemrehabiliteringsinsatsen är avslutad.
- Hjälpmedel skall sättas in som tillfälliga träningsredskap till aktivitetsnivån slås fast i slutet av hemrehabiliteringsperioden.
- Efter avslutad rehabiliteringstid kommunicerar projektledaren brukarens ev. fortsatta behov av tränings- eller hjälpinsatser med respektive biståndshandläggare eller hemtjänstpersonalen när det gäller HSL- insatser.
- Projektledaren auskulterar plattformar och kommunikationsmöjligheter som kan vara befämjande för yrkesövergripande samarbete och som kan gynna en förbättrad vårdkedja.
- Projektledaren undersöker möjligheterna att kunna tillhandahålla en rehabiliteringsbefämjande verksamhet runt brukarna via hemtjänstpersonalen.
- Handledning: Hemrehabassistenterna får en inledande fortbildning som innehåller bl. a. en ingående utbildning i grundprinciperna av förflyttningsteknik både teoretiskt och praktiskt. Ergonomiska misstag korrigeras och tekniken anpassas till individerna. De vanliga diagnosbilderna inom äldreomsorgen arbetas igenom. Smärthantering i förflyttning och träning samt kontraindikationer i träningen diskuteras. Man knyter ihop sjukgymnastiska och arbetsterapeutiska träningsprinciper. Dvs frågan om på vilket sätt man kan förbereda delar av vardagsrelaterad träning med hjälp av rörelseträning. Vikten läggs på att förstå samband och att kunna tänka rörelseanalytiskt samt att kunna uttrycka dessa tankar på ett för brukaren lätt förståligt sätt. Ett annat tema var den mera psykologiska biten samt bemötandet. Detta innebar att man skulle lära sig bl. a. Att kunna dosera alla övningsmoment så att brukaren kan uppleva framgång i sin respektive målsättning och att lära sig sondera tilltalningssättet i den initiala fasen av processen. Dessutom innehöll den praktiska och teoretiska förberedningen lektioner i att klara datakommunikationen med kollegor och andra i rehabiliteringsprocessen involverade personer. Man gick igenom rehabiliteringsplanen som verktyg och hur man kan tillföra rehabiliteringsrelevanta journal anteckningar.
- Cirka en timme varje morgon avsätts för planeringsarbete som innehåller uppgifts fördelning, genomgång av rehabiliteringsplaner, genomgång av nya brukare och deras journal samt logistiska delar som t. ex. bilbokning möten etc. Denna tiden kunde variera ganska mycket beroende på teamets inblandning i morgonarbetet hos brukarna.
- Mycket vikt läggs på den praktiska handledningen hos brukarna som utgjorde huvuddelen i kunskapsutvecklingen. Denna typen av fortbildning var enligt assistenterna den mest värdefulla utbildningsaspekten. Målsättning var att kunna göra assistenterna oberoende i sitt sätt att tänka rehabiliterande så att sjukgymnasten enbart kunde ägna sig åt väldigt yrkesspecifika uppgifter som ej gick att delegera till övrig personal.
- Handledningen av hemtjänstpersonalen testas på olika sätt: i form av grupphandledning när det gällde att förbereda en utökad insats hos en hemrehabiliteringspatient eller som

genomgång av patientens nya behov som i rehabiliteringsprocessen ändras nästintill dagligen.

- Grupphandledning för varje i kommunen bestående hemtjänstenhet allmänt i början av projektperioden som engångsföreteelse där projektledaren går igenom projektansatsen och dess genomförande samt framförde önskemål om kvalitén i dokumentationssättet som avgörande moment.
- Det sistnämnda upprepas ytterligen en gång med grundbetoning på praktisk genomgång av hur man loggar in i journalens rehabiliteringsplan och hur en sådan är tänkt. I detta sambandet visade sig att det fanns kunskapsbrister i datorinformationsöverföring i alla hemtjänstområden. Personalen är inte van vid att vara delaktig i rehabiliteringsplanerna. På grund av det sist nämnda provar man andra kommunikationsmöjligheter som komplement till datasystemet för att kunna garantera en fungerande informationskedja på bästa sätt.
- I några av de hemrehabiliteranden med enkel tillvägagångssätt där det gäller att upprätthålla vardagsfunktioner som hade uppnåtts lägger sjukgymnasten en fortsatt insats via hemtjänsten om brukaren önskar stöd i den fortsatta träningen. I dessa fall tar man muntlig kontakt med för brukaren ansvarig personal eller samordnare och ger enkla träningsanvisningar i skriftform som förvaras hos brukaren.
- I mera komplicerade fall som redan från början eller tidigare har haft omfattande hemtjänstinsatser jobbar man med både grupphandledning initialt och avslutande samt med daglig individuell handledning av hemtjänstgruppens enskilda medlemmar. Detta innebär många logistiska problem. Personalrotationen runt enskilda brukare gör det svårt att nå fram till all personal runt en brukare.
- Hemrehabiliteringsassistenterna sätts in som handledare i ett antal ärenden med varierande framgång. Assistenterna nämner svårigheten att i vissa fall nå fram till sina yrkeskamrater som är mera van vid ett enbart vårdande förhållningssätt och har svårt att lösa upp invanda beteendemönster.
- En kort enkätundersökning genomförs i två av de bestående hemtjänstgrupperna för att få en bild av framgångar eller svårigheter av arbetsmetoden. (se bilaga 2, enkätundersökning)

### **3. RESULTATREDOVISNING**

#### **REDOVISNING AV DELTAGARGRUPPEN**

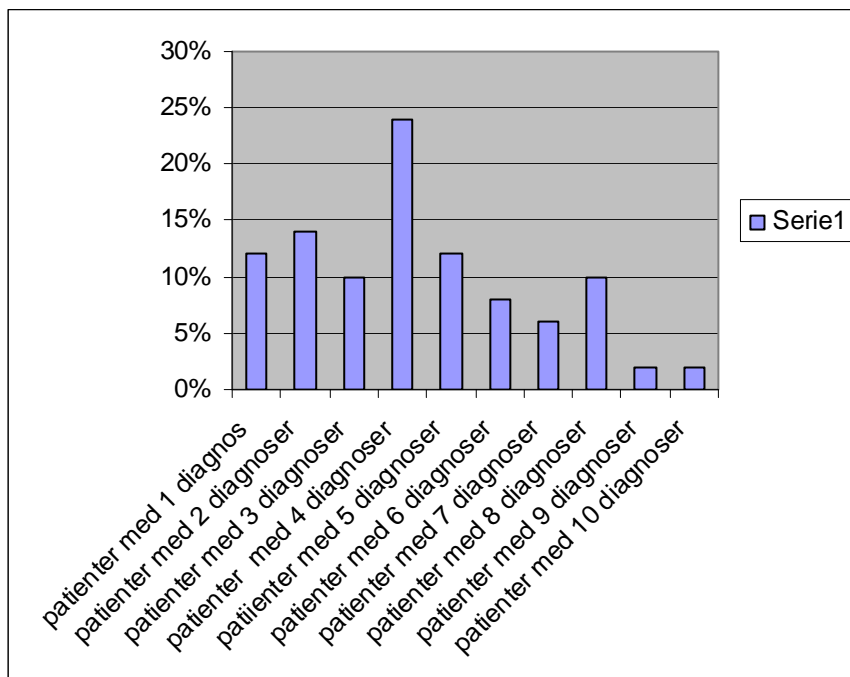
Undersökningsgruppen omfattade sammanlagt 52 brukare. Av dessa avled tre brukare under pågående projektperiod. Tre brukare kunde av olika anledningar inte delta ända fram till avslutad rehabperiod. Redovisningen inkluderar dessa sex brukare i alla avseenden förutom när det gäller undersökningen om uppnådda ADL-mål, GMF- och FBG-testet.

#### **3.1 ÅLDER, GENUS, DIAGNOS**

Av de 52 brukare som deltog i undersökningen bestod 57 % av patientunderlaget av kvinnor medan 43 % var män. Genomsnittsåldern hos kvinnorna låg genomsnittligen 2,5 år över männens ålder. Sammanlagt räknade man med en ålder på i snitt cirka 81,5 år. Undantar man de tre brukare som ligger utanför projektets riktmått (en brukare skulle i regel inte underskrida 65-årsgränsen) så ligger snittet ännu högre. Man kan ändå påstå att genusfördelningen och ålder ligger mycket nära varandra när man tittar på siffror i likartade projekt.

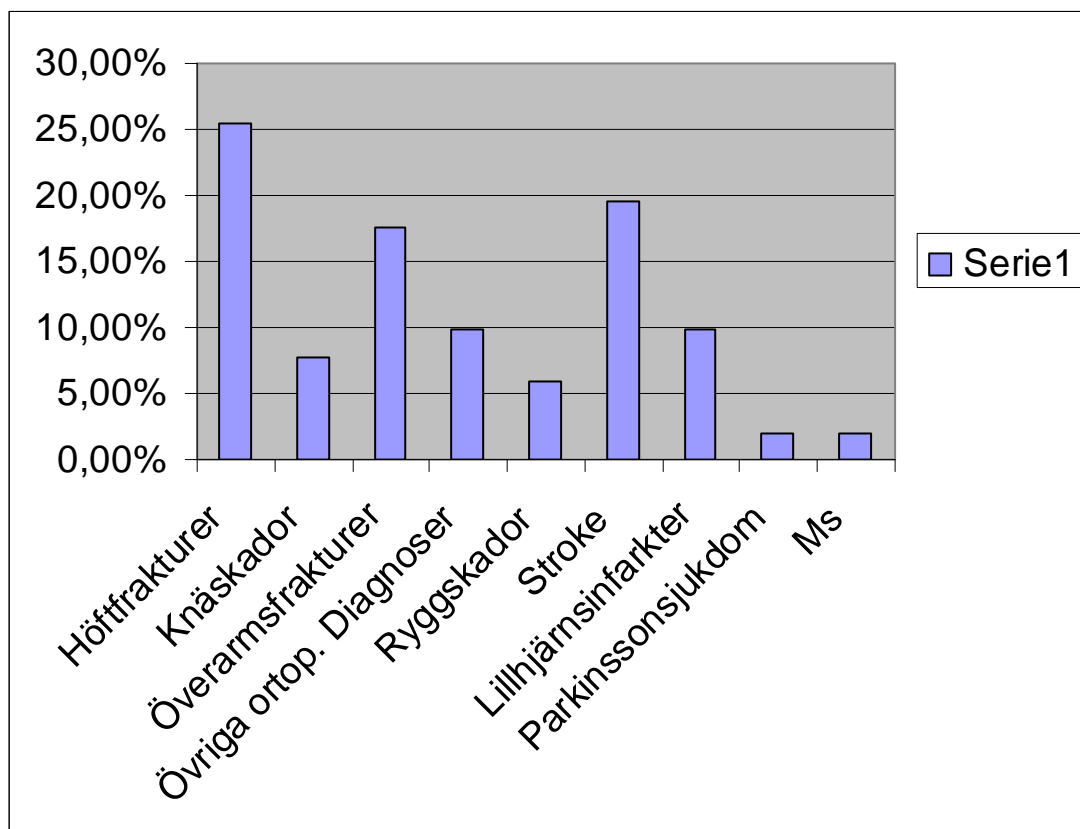
När man gick igenom journalanteckningarna hos de enskilda deltagare för att se vilka förutsättningar brukarna har med sig när de gick in i projektet var ett givet mått antal medicinska diagnoser (se gärna diagram 1). Endast cirka 36 % av de deltagande hade maximalt upp till tre grunddiagnoser. Resterande 64 % hade fyra eller fler diagnoser. I spetsen låg en brukare med tio medicinskt säkrade diagnoser.

Diagram 1 Antal diagnoser hos deltagarna



Tittar man på de akuta diagnoser som har inlett hemrehabiliteringsinsatsen (diagram 2) så kan man utläsa att cirka 60 % av patientunderlaget står för ortopediska skador medan den neurologiska sidan utgörs av cirka 40 % av brukarna. Relaterar man genus och diagnoserna som ledde till en hemrehabiliteringsinsats med varandra så ser man att kvinnorna drabbas mycket tydligare av ortopediska diagnoser. Dessa utgör med cirka 66,6 % huvudandelen i denna grupperingen medan männen utgör enbart 33,3 % av de ortopediska diagnoser. På den neurologiska sidan med stroke som huvuddiagnos har man en mera utjämnad genus bild. Cirka 43,75 % av dessa patienter är kvinnor medan antal män håller en nivå på cirka 56,26 % . Sammanfattningsvis kan vi säga att det brukar i regel vara kortvarigare och enklare att rehabilitera ortopediska patienter och att den genomsnittliga rehabiliteringstiden ligger cirka med hälften lägre när man titta på dessa grupperingar. Sedan har hemrehabiliteringsteamet ändå haft fem ortopedipatienter som hade drabbats av två olika ortopediska skador samtidigt. Hos dessa brukare var reha-timmarna i regel lika högt som hos de brukarna som drabbats av en neurologisk skada.

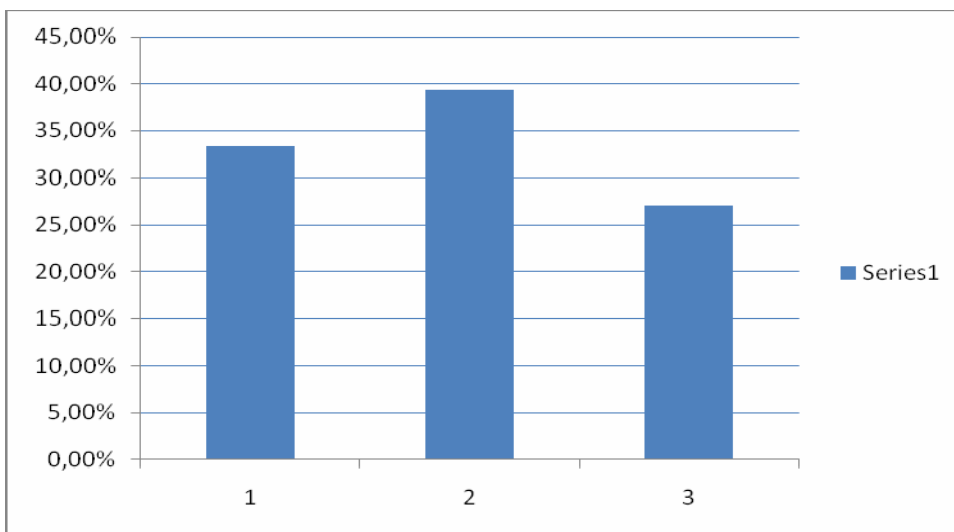
Diagram 2 Grunddiagnoser i diagramform



### **3.2 FÖRDELNING AV DELTAGARGRUPPEN PÅ OLIKA OMRÅDEN**

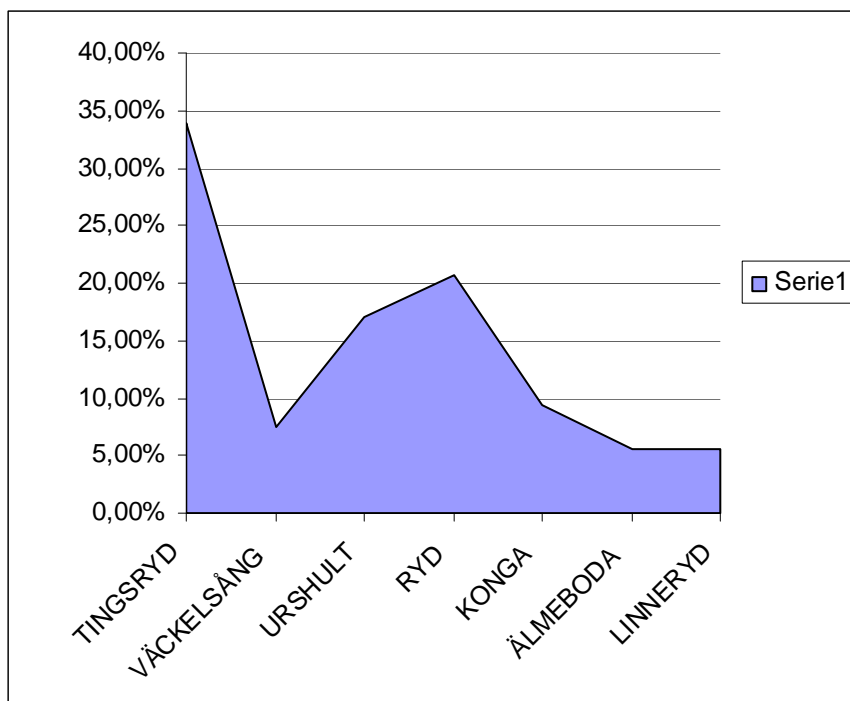
Andel patienter som deltog i hemrehabiliteringsprojektet i de tre huvuddistrikten gestaltas enligt diagram 3. Tingsryds centrala hemtjänstområde inklusive området omkring Väckelsång stod för cirka 39,28 % av deltagarna, de östra distrikten (Konga, Älmeboda och Linneryd) hade en andel av 27 % medan de västra områden (Urshult och Ryd) kom upp i cirka 33,3%. Tittar man på siffror som visar andelsfördelningen av brukarna som tar emot hemtjänst i särskild boende från november 2008 så kan man påstå hemrehabiliteringssiffrorna är nästan kongruenta med de sistnämnda. Tingsryd och Väckelsång hade 42 % av insatserna. Det östra området kom upp i en 26 %- tig andel medan de västra områdena visade ett resultat på 32 %. Vill man se mera ingående på fördelningen så ligger centrala Tingsryd i toppen av registret medan Linneryd, Älmeboda och Väckelsång ligger underst i tabellen. Ryd kom upp i en siffra på cirka 20% och ligger högt i andel patienter.

Diagram 3 Fördelning av patientgruppen områdesvis



- 1= Ryds och Urshults hemtjänstområde
- 2= Tingsryds och Väckelsånga hemtjänstområde
- 3= Kongas, Älmebodas och Linneryds hemtjänstområde

Diagram 4 Fördelning av patientgruppen församlingsvis



### **3.3 REKRYTERING AV DELTAGARGRUPPEN**

Det fanns inga fastskrivna förutsättningar i projektets ramar som inskränkte vem som skulle kunna ta kontakt med projektledaren och därmed inleda en hemrehabiliteringsprocess. Däremot fanns det ramar som lade fast vilka förutsättningar en för hemrehabiliteringen lämplig brukare skulle ha:

- Man skulle vara bosatt i Tingsryds kommun.
- Man skulle kunna klara att följa instruktioner
- Man skulle vara minst 65 år eller äldre ( här var undantag tillåtna)
- Brukaren skulle vara motiverad
- Närstående skall kunna förstå innebörden av en hemrehabiliteringsinsats och förklara sig införstådda
- Det skulle finnas en funktionsnedsättning som kan mätas med vedertagen ADL-eller funktionsanalytiskt mätinstrument.

Projektledaren fick följande prioriteringsordning som skulle underlätta fördelningen av hemrehabiliteringsplatserna:

- Första prioritet var brukare som kommer ifrån slutenvården efter operation eller annan insjuknandeprocess som krävde en inläggning
- Andra prioritet handlade om brukare befann sig i eget boende och hade uppmärksammats pga en tydlig försämring i sin aktivitetsnivå.
- I tredje hand skulle de brukare som hade vistats på korttidsplats (Kastanjebacken) och var i behov av en fortsatt rehabilitering i sitt hem.

Vem var det som inledde en hemrehabiliteringsinsats och var finns huvudingången för att kunna få ett underlag för hemrehabiliteringen?

Diagram 5 ger hänvisningar och delsvar på frågorna.

Huvudandelen brukare som deltog i projektet tillkom via biståndshandläggarna i samband med utskrivningsarbetet från slutenvården. De flesta (26 brukare = 50%) av dessa brukare hade deltagit i en genuin vårdplanering och kunnat förberedas rätt ingående. Dessa brukare hade övervägande en personlig kontakt med projektledaren som kunde informera om projektet direkt. I vissa fall kom man preliminärt överens om en tidsbegränsad uppehåll på Kastanjebacken baserad på en återhämtningsuppskattning av arbetsterapeut och sjukgymnast. Detta kunde bidra till att patienten inställde sig på att snarast komma hem efter en inledande insats via korttidsavdelningen. Alla deltagare var välinformerade om överenskommelsen som slogs fast i den gemensamma vårdplaneringen. Nackdelen med denna lösningen är att processen kostar mycket tid för sjukgymnasten och arbetsterapeuten. Fördelen ligger väl mest i en preliminär fokusering av brukaren på att komma hem.

HSL-personalen initierade insatserna ganska likvärdigt. ( Sg = 15,38%, At = 13,46%, Ssk = 13,46%).

När man betraktar prioriteringsordningen som man hade lagt i samband med uppdrags formuleringen så får man följande bild:

- Brukarna som kom till hemrehabiliteringen via vårdplaneringen på en slutenvårds avdelning utgjorde med 24 patienter 46,15 % av alla rekryterade brukare
- Brukare som uppmärksammades i sitt eget hem pga av en funktionsförsämring låg med 18 platser i hemrehabiliteringen på 34,61 % av helheten.
- Brukare som kom till projektet via korttidsplats på Kastanjebacken låg med 10 personer på 19,23 % av alla deltagande.

Diagram 5 Initiering av brukare till hemrehab

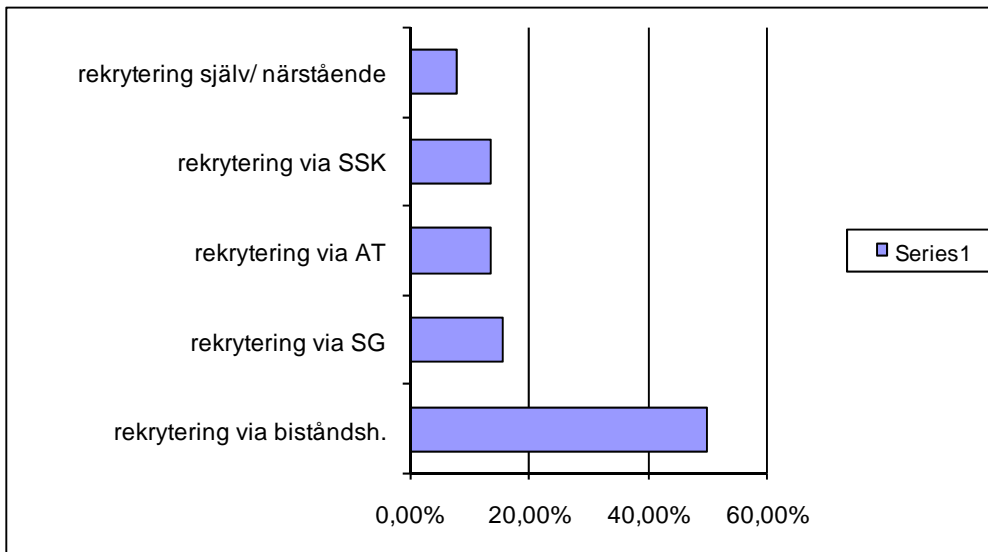
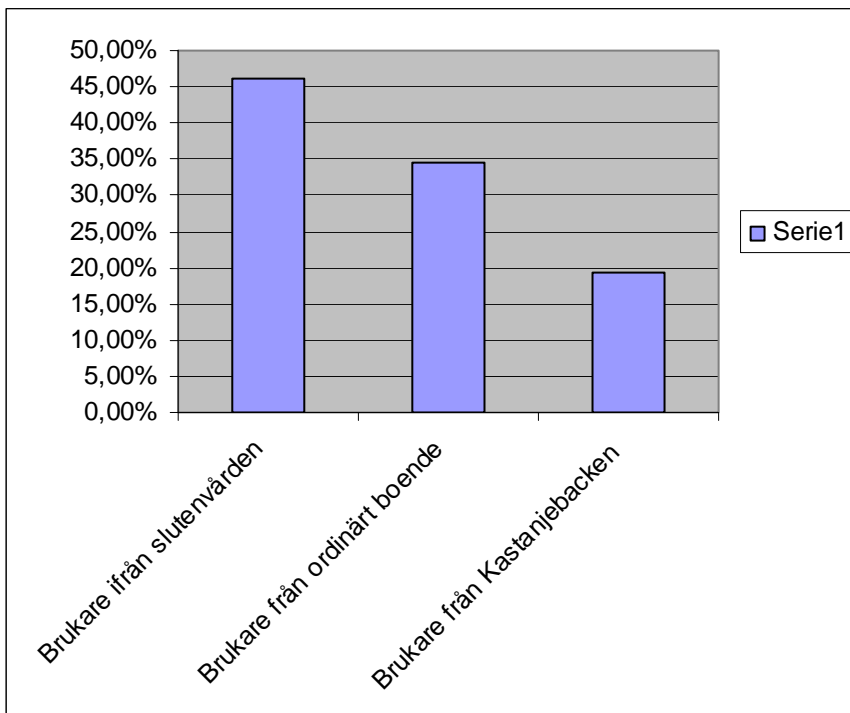


Diagram 6 Fördelning av antal brukare från olika vård/vistelseformer



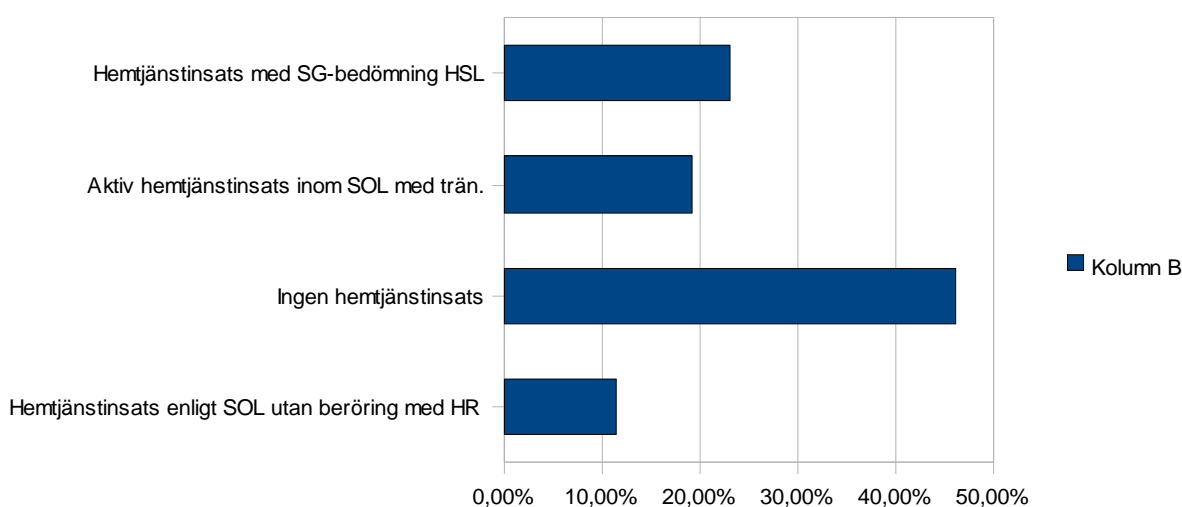
### 3.4 HEMTJÄNST OCH HEMREHABILITERINGEN

Hemtjänstpersonalen var aktivt involverad i arbetet med hemrehabiliteringen i cirka 42,3 % (22 pat.) varav 19,23 % (10 pat.) fick en sjukgymnastisk bedömning som beslutsunderlag (= HSL-uppdrag där tid beviljas för insatsen via paramedicinare eller sjuksköterska). De resterande 23,07 % (12 pat.) av brukarna kunde få sin hemrehabiliteringstid inom de SOL-beslut som hade gjorts med biståndshandläggaren. Till exempel hade man en beviljad SOL- insats som föreskrev att hemtjänstpersonalen skulle hjälpa till med matlagningen och hemrehabteamet som jobbade med brukarens ståförmåga, så fick personalen särskilda anvisningar på hur hjälpinsatsen skulle utföras.

I 46,15 % (24 pat.) fanns det inte alls några beröringspunkter av hemrehabiliteringspatienten med hemtjänstpersonalen. I de flesta av dessa ärenden fanns det en anhörig eller närstående som var med i bilden, eller så kände sig brukaren ganska trygg i att kunna klara vardagen tillräckligt bra för att inte vara i behov av extern hjälp. Exakt uttryckt hade 19 personer (79,16 %) anhörigstöd och 5 personer (20,83 %) hade ej direkt stöd av närstående.

Endast 11,53 % (6 pat.) hade en hemtjänstinsats som låg beviljad sedan tidigare eller sattes in som komplement av hemrehabiliteringsinsatsen utan att det fanns några som helst beröringspunkter mellan hemrehabiliteringsteamet och personalen i hemtjänsten. I dessa fall kunde det till exempel vara så att brukarens målsättning i rehabiliteringsplanen inkluderade inte de uppgifterna som hemtjänstpersonalen hade fått. Det betydde ofta att dessa insatser bestod efter rehabiliteringsperioden oavsett hemrehabiliteringen eftersom brukaren bedömde själv att han/hon aldrig mera skulle kunna utföra uppgifterna eller att dessa var lågprioriterade.

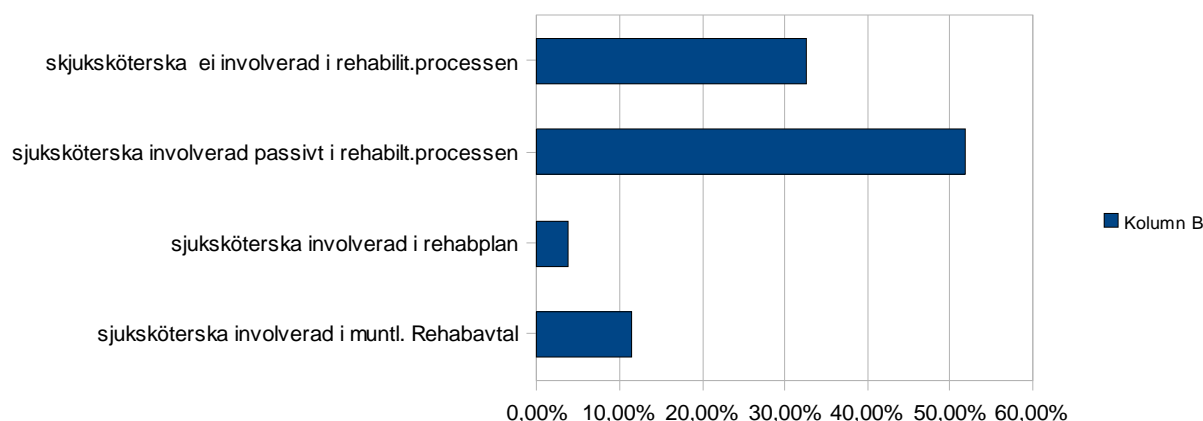
Diagram 7 (hemtjänstens roll)



### 3.5 ANDRA DELTAGARE I HEMREHABILITERINGEN

Sjuksköterskorna var involverade i cirka 67,3 % (35 patienter) av hemrehabiliteringsfallen med tjänster som rörde medicinering, förband, dragning av stapels, diabetesbehandling, smärtlindring etc. Försök till att aktivt delta i processen genom att vara med i en gemensam rehabiliteringsplan fanns i 2 (3,85%) fall. I cirka 6 (11,53 %) fall fanns beröringspunkter mellan teamet och distriktssköterskorna i form av muntliga avstämningar vad gäller smärtlindring eller förbandstekniska frågor.

Diagram 8 ( Involvering av sjuksköterskorna i hemrehabiliteringsprojektet)



**Anhöriga** och närstående som var direkt eller indirekt deltagande i rehabiliteringen i detta projekt har uppmärksamats i nästan 64 % av alla ärenden. I många rehabiliteringsprocesser var de ett bra stöd för processen.

**Arbeterapeuterna** deltog oftast initialt i hemrehabprocessen där bedömningen lades som grund för rehabiliteringsplanen och i förskrivningen av kompensatoriska hjälpmedel samt i slutskedet av processen där uppföljningen skulle göras. Samordningen gestaltades ibland komplicerad pga tidsfaktorn som var ett hinder för att få till de möten emellan hemrehabteamet och arbetsterapeuterna. I en del fall kunde en gemensam plan etableras men i andra ärenden fick sjukgymnasten ta ett arbetsterapeutiskt ansvar för ADL- träningen.

**Distriktssjukgymnasterna** fungerade såväl som rekryteringskälla och som handledare för de brukare som efter avslutad hemrehabinsats behövde någon form av uppföljningsträning.

**Rehabiliteringsassistenterna** deltog i 90,4 % av alla ärenden. I 9,6 % av rehabiliteringsinsatserna var endast **sjukgymnasten** aktiv ensam. I de sistnämnda fallen handlade processen om ytterst komplicerade insatser som oftast var kopplade till diagnoser med mycket smärta som inslag eller om sådana där behandlingen ej kunde delegeras av andra skäl.

### 3.6 Hemrehabassistenterna och handledning

Diagrammen som skall följa här näst kan ge en bild på hur tidsåtgången för handledningen i detta projektet gestaltades och hur den utvecklades. Frågeställningen innebar även att kunna bli medveten om hur länge man som handledare behöver utbilda personal praktisk tills man kan åstadkomma en relativ självständighet i arbetet. Utgångspunkten måste vara att det handlar om utbildade undersköterskor med mycket erfarenhet i hemtjänstarbetet ( båda jobbade i den före detta resursavdelningen som hade insatser i många kommundelar) och att dessa medarbetare representerar en gruppering som har mycket intresse i rehabiliteringsarbete. Handledningstiden som betecknas i diagrammen berör ingen planeringstid, telefontid eller tiden för genomgångarna av brukarna)

Diagram 9 Tidsfördelning hos brukaren för SG, assistenter ensamma och gemensam handledningstid sammantaget

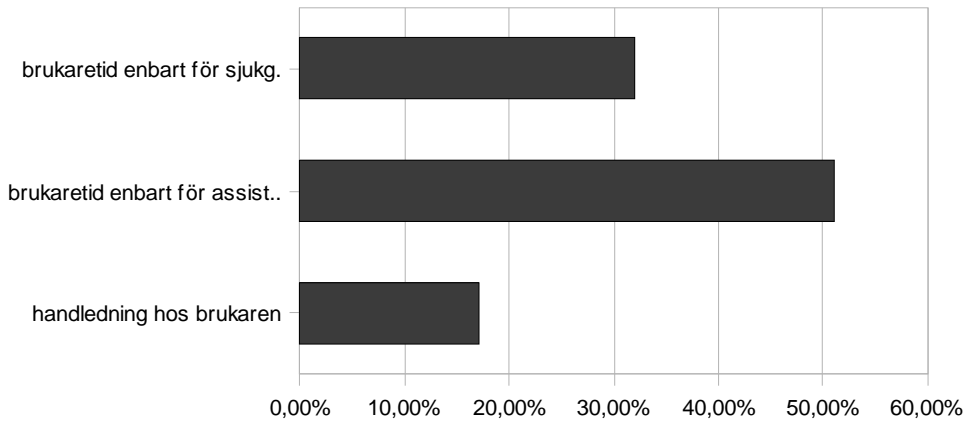
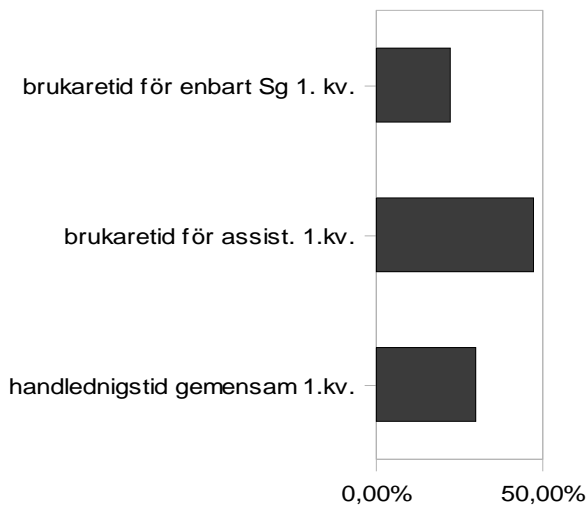
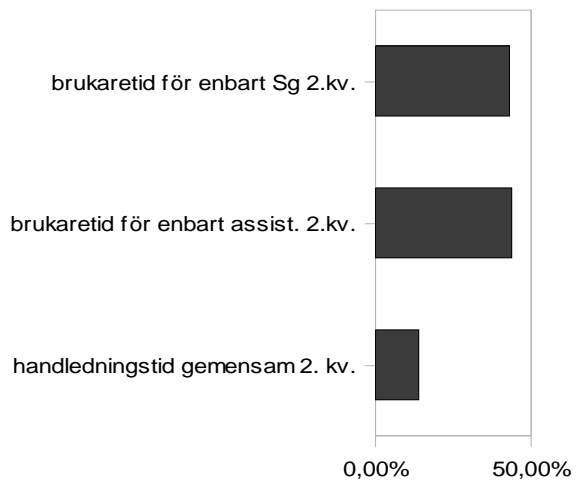


Diagram 10 Tidsfördelning kronologiskt under de cirka 4 kvartalen av projektiden

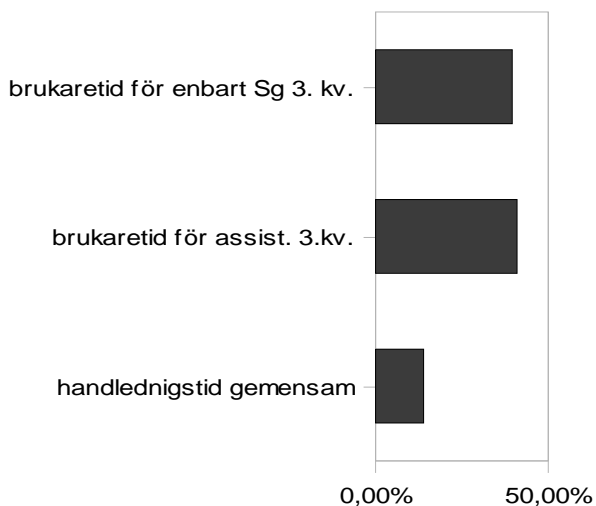
1.kvartal



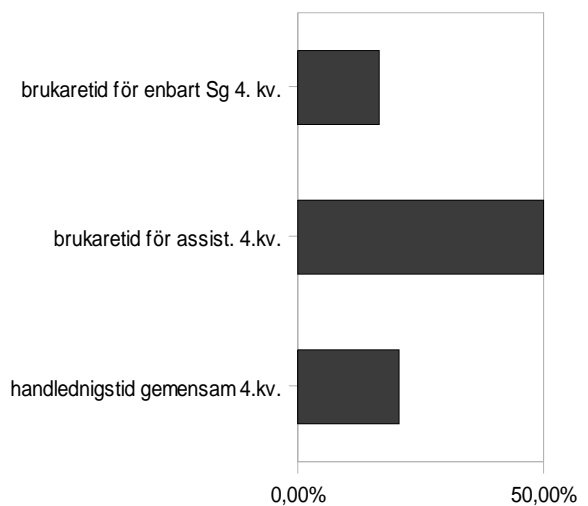
2.kvartal



3.kvartal



4. kvartal



Det som är intressant, är att assistenternas tid ensam hos brukaren inte tilltar väsentligt förrän i det fjärde kvartalet. Det är här den ligger på 63,37 % jämförd med kvartal 1 = 46,94 %, kvartal 2 = 43,4 % och kvartal 3 = 40,78. Det betyder en stegring med mellan cirka 15 och 20 procentenheter. Assistenternas kommentar ligger i fas med dessa siffror. Överensstämmande säger de att man apade efter i de första tre kvartalen medan man började tänka rehabilitering efter cirka 9 månader. Här hade man lärt sig att kunna dosera träningen självständigt enligt muntliga uppgifter.

### 3.7 Mätinstrumenten och resultatmätt

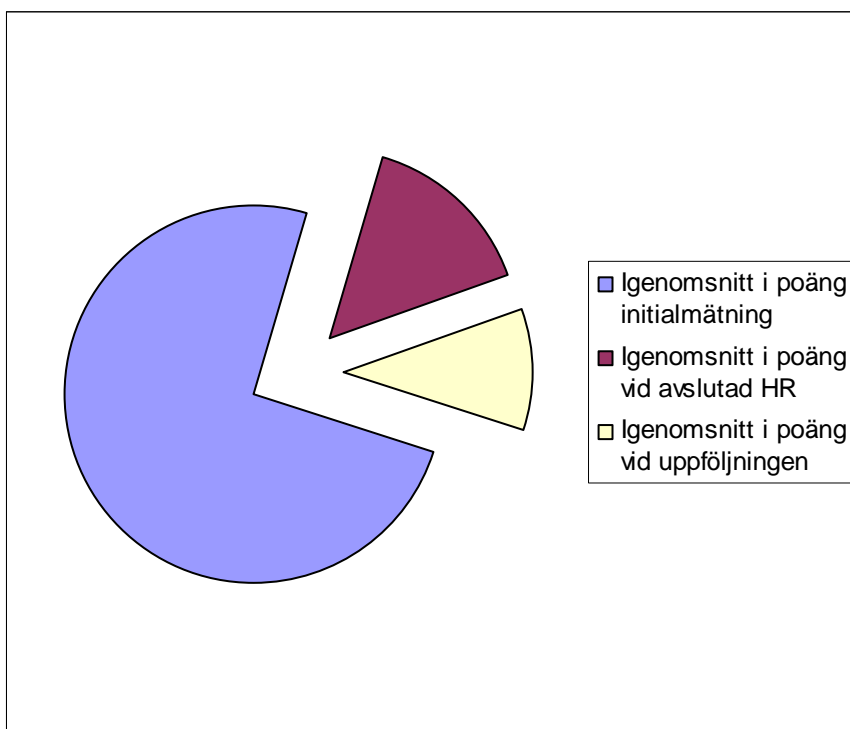
#### GMF= generell motorisk funktionsanalys

GMF- statusen är ett sjukgymnastiskt mätinstrument som ger hänvisningar om motoriska vardagsfärdigheter, självrapporterad smärta i samband med dessa olika aktiviteter och om självrapporterad otrygghet i aktiviteten. (se testformuläret som bilaga).

Diagram 11 visar i ett tårtdiagram mätningarna av de brukare som kunde vara med om alla tre mätningar som genomfördes. Diagrammet visar en genomsnittsbild av hur mätningen i början av rehabiliteringsperioden ser ut jämförd med mätningen vid avslutad rehabiliteringsperiod och efter tre månader när man följde upp resultaten. **Ju lägre värde i testet desto bättre resultat.**

Resultat: Genomsnittet för utgångsmätningen låg på ett värde av 10,8 poäng. Snittresultatet efter avslutad rehabiliteringsperiod låg på 2,2 poäng (nästan 5 gånger lägre än vid initialmätningen). I uppföljningsmätningen uppnådde man ett poängantalssnitt av 1,48 poäng.

Diagram 11 (Genomsnitt av tre testomgångar). Ju mindre resultat rutan desto bättre testförlopp.



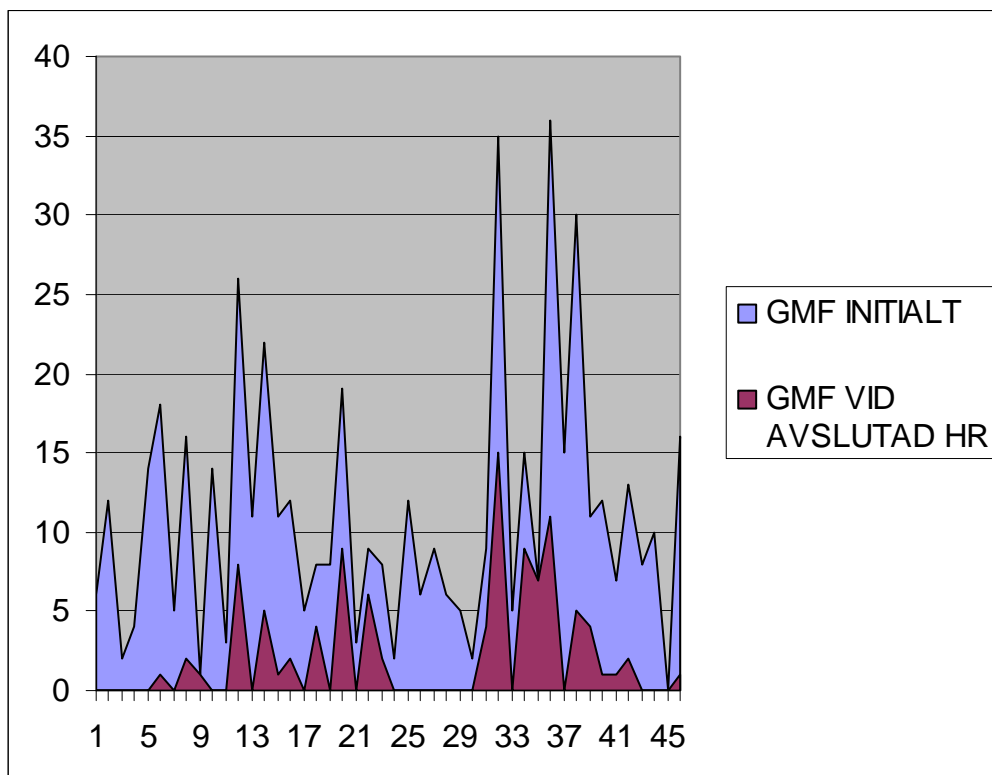
Färgfälten står i sin omfattning i förhållande till

Smärt-, otrygghets- och hjälpbehovspoäng som GMF- testen kom fram till. Resultaten verkar även efter tre månader stå sig när man jämför det gula med det röda fältet.

Diagram 12 visar resultaten av 46 brukare där alla som kunde slutföra rehabiliteringstiden ingår.

Här exkluderade man den tredje mätningen för att kunna ha ett större brukarunderlag. Den tredje mätningen kunde inte genomföras för de brukare som kom in i bilden i slutet av projektiden.

Diagram 12 ( 2 testomgångar, enskilda brukare). Den röda diagramkurvan i förhållandet till den blåa kurvan i lodrätt perspektiv visar förbättringen av trygghet, smärta och rörelseförmåga av enskilda brukare i hemrehabiliteringsprocessen.



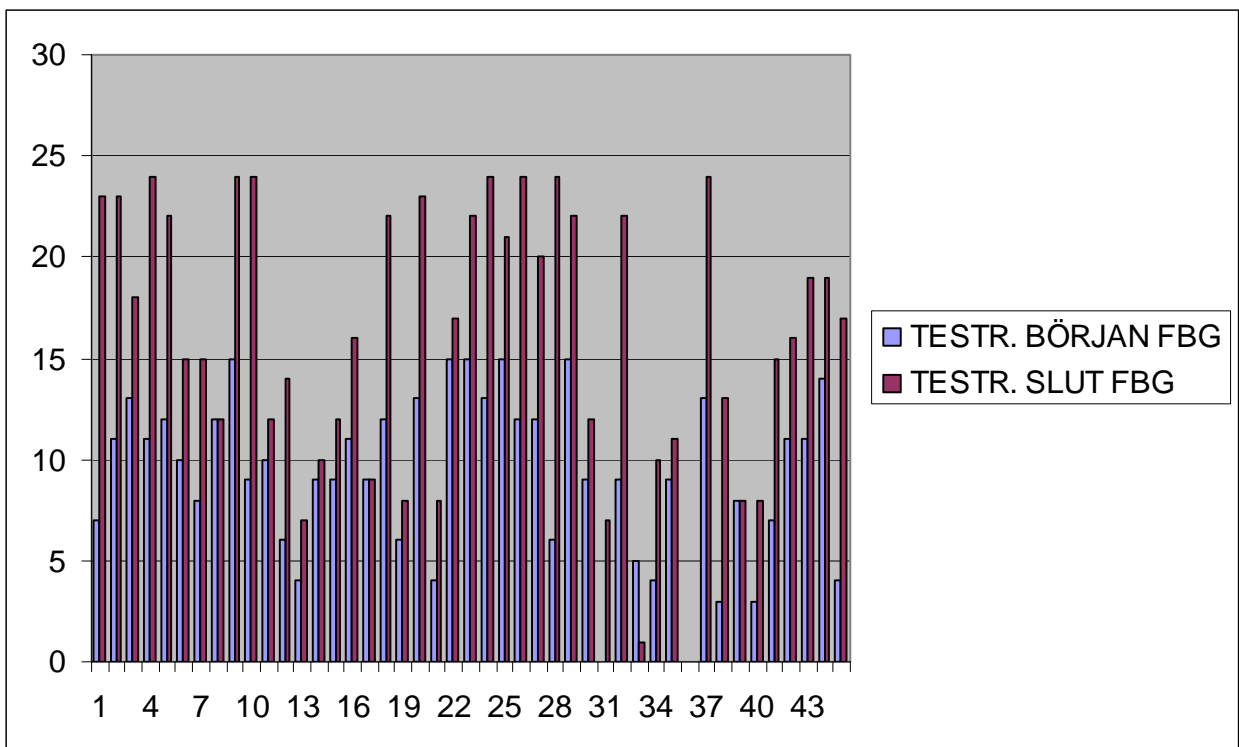
Det blåa fältet visar höjden på smärta-, otrygghet- och hjälpbehovet räknad i negativ-poäng i början på rehabiliteringstiden. Det röda fältet redovisar utvecklingen i form av reducerade negativpoäng för samma brukare. X-axeln står för poängantalet medan y-axeln står för de olika brukare.

### **FBG-TEST= funktionell balanstest för geriatriska patienter.**

FBG-testet (se testet som bilaga) är ett enkel balanstest för äldre som ger en bra bild av den sammansatta koordinationsförmågan och balansen i de mest vardagliga rörelsemoment. Hur säker är min uppresning ifrån en vanlig stol? Hur bra kan jag balansera min kropp i stående position? Hur gestaltar sig min balansförmåga i gående? Och slutligen, hur säker i min balans är jag när jag vänder mig om när jag går? Testet ger ett maximalt resultat på 24 poäng och kan visa resultat på 0 poäng som lägst. **Ju högre poäng desto bättre balans har man.** Detta test har varit ett värdefullt redskap för framför allt brukare som led av yrsel, men även de brukare som utgjorde den största andelen i statistiken nämligen de som hade varit med om ett falltrauma.

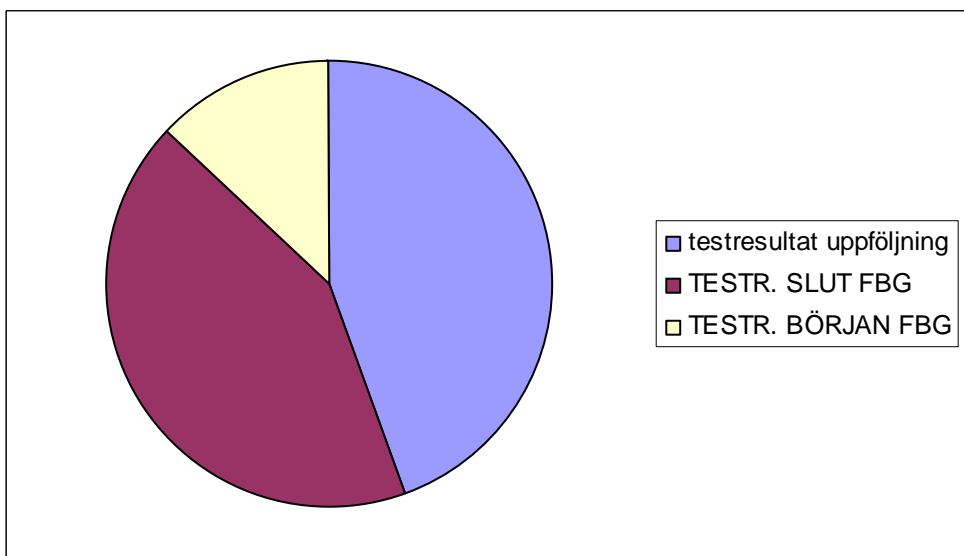
Diagram 13 visar skillnaden i balanspoängantal mellan den initiala mätningen och mätningen i slutet på rehabiliteringsperioden. Denna mätningen försökte att inkludera så många brukare som möjligt och exkludera de som med sin tremånadsuppföljning låg utanför projektidens ramar. Diagram 14 visar alla brukare som har genomgått även uppföljningsmätningen efter tre månader. Man kan se att resultaten som uppnåddes i slutet av rehabperioden står sig nästintill fullständigt även tre månader efter avslutad insats.

Diagram 13 ( FBG, 2 testomgångar)



Detta diagram visar utvecklingen av antalet positiva balanspoäng. X-axeln representerar poängantalet (max. Poängantal = 24) Y-axeln visar alla brukare enskilt som har deltagit i de första två mätningarna ( även de brukare som kunde inte delta i den tredje uppföljnings- mätningen)

Diagram 14 Resultat 3 testomgångar



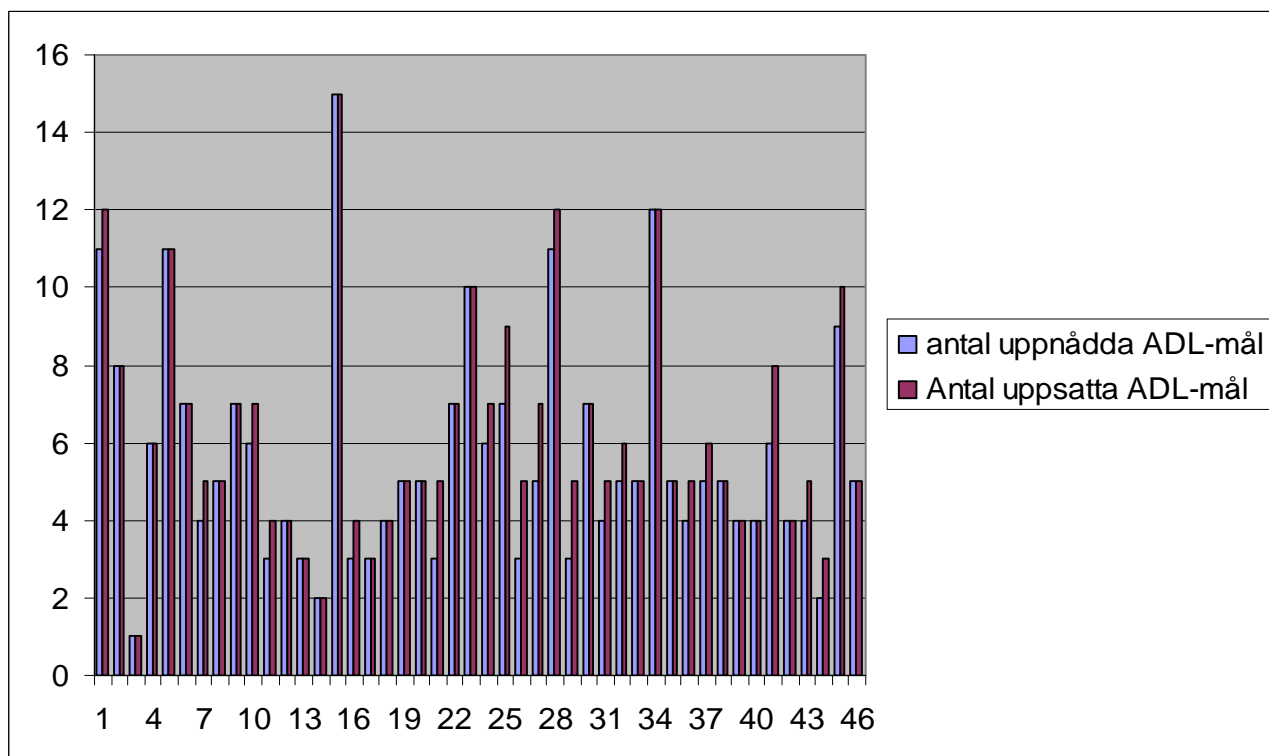
Storleken av de tre olika färgade rutor står i relation till uppnådda balanspoäng.

## ADL-MÄTNING

ADL- mätningen skedde på olika vägar. I början av projekttiden mätte man med hjälp av en så kallad ADL-taxonomi (se bilaga). Detta handlar om ett mätinstrument som med hjälp av en yttre observation fastställer vilka vardagsfunktioner en brukare kan klara av självständigt, till del vilka hjälpmedel han använder i de olika förehavanden. Sedan gör testet en skillnad mellan att man kan någonting, om man gör detta och om man vill detta. Brukaren själv kommer inte så mycket till tals i sitt sätt att prioritera aktiviteterna och om hur han/hon upplever sig själv i utförandet av aktiviteten. Den mera subjektiva faktorn som i sig kan vara en drivkraft är utesluten. Man får som terapeut lite information om hur brukaren upplever sig själv i göromålet och om hur han/hon känner att hon klarar av vardagsfunktionen. Detta ledde under projektets gång till diskussioner med den paramedicinska referensgruppen som tillsammans med projektledaren bestämde att man skulle byta till ett mätinstrument som gav indikatorer för det sistnämnda. Man bestämde kort innan semesterperiodens början att använda sig av den så kallade COPM-mätningen (Canadian occupational performance measure) (se bilaga) som hade nackdelen att man som arbetsterapeut och sjukgymnast var tvungen att lägga mera tid på en långdragen intervju med brukaren och eventuellt anhöriga. Dessutom fick man lära sig en ovan intervju teknik. Den andra stora nackdelen var att brukarna upplevde alla frågor som rörde till exempel en bedömning av hur man kan utföra en aktivitet i nuläget som svåra. Däremot gav testet en bra bild av hur brukarna prioriterade en enskild aktivitet jämfört med andra. Man kunde rangordna problemen mycket mera differensierat. Ett problem som detta utbyttandet av mätinstrumenten medförde var även frågan om hur man med tanke på den ändå korta projekttiden skulle kunna jämföra testerna i sin utvärdering. Lösningen som man valde baserade sig på att man oavsett testinstrument hade alla ADL-relaterade tester som underlag för målsättningen i rehabiliteringsplanerna som bildade basen för teamets arbete. Tabellen som följer innefattar en jämförelse mellan de rehabiliteringsmålen som lades till grund i den individuella planen och de målen som blev uppnådda under projektets gång.

Diagram 15 visar de 46 brukare vid tidpunkten då rehabiliteringsplanen avslutades i slutet av genomförd rehabiliteringsinsats. Indikatorn om hur hållbar resultaten var efter tre månader saknas. Man kan tillägga att resultaten stod sig nästintill hos alla som hade deltagit och fått en tremånadsuppföljning förutom hos fem multisjuka brukare som försämrades pga sjukdomsfaktorer som sänkte aktivitetsnivån efter insatsen. Dessa faktorer som kan uppträda i ålders grupperingen som vi pratar om i samband med den omfattande diagnosbilden är en osäkerhetsfaktor som man bör räkna med.

Tabell 15 (uppnådda ADL-mål jämförelse med uppsatta ADL-mål).



X- axeln visar de enskilda brukarna. Y-axeln visar antalet ADL-mål (den röda stapeln för de uppsatta målen och den blåa stapeln visar antalet mål som blev uppnådda

### 3.8 HJÄLPMEDEL

Av 46 brukare har 12 fått hjälpmedel till en summa av 44597:-. Nio av dessa tolv brukare har genom en uppföljning lämnat tillbaka hjälpmedel till en summa av 30696:- (utgångspunkten för dessa siffror var priset för nya inköpta hjälpmedel) Hemrehabiliteringsbrukarna har erhållit kompensatoriska hjälpmedel för 13696:-. Snittet ligger på 1158:- per brukare när man räknar på de tolv personer som över huvud tagit har fått hjälpmedel under hemrehabperioden pga av eventuella kvarstående risker, i kompenationssyfte eller för att kunna avlasta sin kropp på olika sätt där ett tillfrisknande verkat omöjligt. Räknar man fram genomsnittet för hela gruppen så ligger hjälpmedelskostnader ännu lägre och hamnar på 323:- per deltagare. Tyvärr finns det inga kommunspecifika undersökningar om hur hjälpmedelskostnader ligger genomsnittlig per paramedicinsk insats. Vad man däremot kan påstå är att uppföljningsaktiviteten som kan tillhandahållas under de vanliga förhållanden i kommunen är mera tidsbegränsad jämfört med den tiden man hade i hemrehabiliteringsprojektet för träningsuppföljningar. Under projekttiden kunde man kosta på sig en noggrann uppföljning som innebar att man klarade att använda sig av hjälpmedlen mera som temporärt stöd och kunde handleda patienten i frågan om hur ett hjälpmedel skulle användas på olika sätt för att åstadkomma optimerade träningseffekter.

## 4. DISKUSSION

Denna diskussionen innehåller två avsnitt varav den första delen fungerar som en blick i backspegeln medan den andra delen skall mera fokusera på de frågorna som projektet inleddes med, nämligen **hur skulle man kunna anknyta till projektets innehåll med att utveckla och bedriva hemrehabilitering på ett för kommunen gångbart sätt med de resurserna som man har till förfogande**. Detta projektarbetet för ej uppfattas som en vetenskaplig avhandling utan som en verksamhetsberättelse som skall kunna ge impulser i en riktning där vi lär oss att tro på positiva möjligheter i utvecklingen av äldreomsorgsverksamheten.

### 4.1 BACKSPEGEL

Titta man bakåt på hela projekttiden och reflekterar så kan man med facit i hand se de sidorna som man har lyckats med på ett oväntat bra sätt och man kan skåda element som kunde ha gått bättre. I den följande delen sammanställs båda vyer.

Det som har gått över förväntan bra var att man kan åstadkomma ett oväntat stor effekt med relativt små medel. Jämför man arbetet med andra liknande projekt så var antalet projektanställda med tre heltidkrafter den lägsta som man har läst om. Trots detta har man kunnat jobba med 52 brukare som är i relation till andra projekt en hög siffra. Olyckligt var att man hade cirka 12 månader till förfogande. Med tanke på ramarna, speciellt uppföljningstiden tre månader efter avslutad rehabiliteringsinsatsen, så måste det vara klart att man kan inte åstadkomma ett brett undersökningsmaterialspektrum. Dubbelfunktionen som projektledaren hade och faktumet att projektet hade sina referensgrupper fördelade över hela kommunområdet samt att även arbetsprocessen pågick i alla distrikt gjorde det svårt att hålla i alla trådar. Information från en liten källa spridd på ett stort område i ett projekt som ligger utanför den sedvanliga verksamheten har svårt att nå fram överallt. Olika verksamheter i olika distrikt som i botten har olika arbetstraditioner kräver tid och närvaro. Det som var positivt var att projektledningen hade erfarenhet i alla kommunens distrikt sedan tidigare. Funktionen hade varit enklare med en arbetsterapeutisk kollega vid sidan om för att kunna få direkt stöd och utvidgning av de egna synvinklar under pågående arbete. Så var sjukgymnastfunktionen aldrig entydigt koncentrerad på sitt kunskapsområde utan intog många arbetsterapeutiska uppgifter. Distriktsarbetsterapeuterna som skulle ingå i projektarbetet som en naturlig del gick ej alltid att nå fram till när detta skulle ha behövts eftersom de var inbundna i sina pågående arbeten. Utöver de arbetsterapeutiska mätningar som ingick i projektet var det svårt att kunna uppnå en kontinuerlig delaktighet i projektarbetet. Det samma gäller samarbetet med sjuksköterskorna som var svårt att nå. Försöket att upprätta en gemensam rehabiliteringsplan fungerade bra i initialskedet men sedan blev det svårt att kunna hålla kontaktkontinuiteten som är förutsättning för en process som löper ihop hos brukaren. Alla dessa svårigheter hade trots allt även positiva sidor. Man lärde sig att kunna med små medlen improvisera en process som ledde fram till alla de positiva mätresultat och till syven och sist till tacksamma och glada brukare.

När det gällde undersköterskornas yrkeskår så kunde man se vad de satsningar som gjorts hade gett för resultat. Inställningen till rehabiliterande arbete var överlag positiv och man har samlat på sig teoretiska kunskaper men att sedan kunna använda dessa individualiserat i dagligt arbete med rätt krav nivå på brukaren var ändå svårt för de flesta.

Ser man på sammanställningen av handledningstimmar i förhållande till självständigt arbete så kan man lätt utläsa att tiden för att kunna med mera lös handledning arbeta självständigt och att lära sig tänka i rehabbanor tar nio månader eller mera. Kommentaren som rehabassistenterna hade själva till detta var lika entydigt som siffrorna. De sade överensstämmande att de tillbringade de första 8- 9 månader med att härma och efterapa sjukgymnasten och kunde komplettera denna sida med sin vårdkunskap. Sedan började handledningen sätta sig och man blev självgående med fortsatt behov att kunna diskutera speciella frågor med sjukgymnasten. Däremot nämnde assistenterna att själva kunna handleda personal kändes avlägset. De nämnde traditioner som i yrkeskåren förbjöd att veta mera än kollegorna. Tittar man på genomsnittet av brukarna och summerar detta med det man läser

i diagrammen som framställer hur många grunddiagnoser den enskilde brukare hade så blir man inte förvånad att tron på att kunna utträta något positivt genom rehabiliteringsarbete är lågt bland personalen. Med denna blicken hamnar man lätt i ett arbetssätt som är präglad av ett ”synd om dig perspektiv”, vilket förminskar brukaren till en vårdtagare enbart. Det enda som kan övertyga personal om att det finns möjligheter är att se att brukaren klara steg framåt.

Ett hjälpmedel för att kunna nå framåt är rehabiliteringsplaner med klara målsättningar. Dessa har lanserats ett antal år i kommunen. Ute på fältet blev det tydligt att enbart en liten andel av undersköterskorna hade någonsin jobbat med en sådan plan i verkligheten. Under initialperioden av projektet var man som projektledare tvungen att ge handledning i hur man rent tekniskt kan åstadkomma att man kan notera uppföljningsanteckningar i en plan. Eftersom de kontakt ytorna med den enskilde personalen är ytterst små är man hänvisad till kontinuerliga anteckningar i någon form för att etablera och upprätthålla flödet i rehabprocessen. Därför lärde man sig olika sätt beroende på gruppens datakunskap. En annan svårighet på vägen var att anteckningar som nådde fram till rehabiliteringsteamet visade sig inte kunna leda fram till nästa steg i arbetet eftersom dessa inte beskrev hur t.ex ett problem uppstod utan mera konstaterade att det fanns ett problem utan närmare beskrivning. Här skulle man behöva mera kontinuitet och träning i att kunna göra kvalitativa framåtledande anteckningar.

När det gällde att ta emot nya brukare var man ytterst försiktig med att hålla sig sträng till de uppsatta ramar som styrgruppen hade arbetat fram och hade rehabiliteringsförlopp som var relativt korta. Sedan diskuterade man med styrgruppen om att testa med mera lösa gränsdragningar framför allt punkten med att behöva kunna uttrycka en målsättning och kunna följa instruktioner. Man tog in några brukare i projektet som var över vägande klar och adekvat men som ibland kunde ha stunder där denna klarheten ifrågasattes. Dessa brukare hade långdragna rehabiliteringstider och föll lättare tillbaka på sin utgångsnivå vad gäller aktivitet.

Ett problem som dök upp efter de första veckorna efter man hade börjat att jobba med de första patienterna var att det blev organisationsmässigt trångt med bilarna. Hemrehabiliteringen var hänvisad till att ha två, ibland tre bilar till sitt förfogande för att kunna hålla kontinuitet i sina hembesök men man hade enbart de bilar till förfogande som tillhör distriktsarbetsterapeuterna och sjukgymnasterna Detta kunde vara irritationsmoment i den ordinära verksamheten och ledde till meranvändning av privata bilar.

När det gällde vårdplaneringar så fungerade verksamheten utmärkt när man i tid kunde marknadsföra idén med hemrehabiliteringen även om detta var tidkrävande för sjukgymnasten. Brukaren kunde i ett tidigt stadium inställa sig på sin tillfrisknad och lägga vikten på en positiv utveckling. Samordning och klarhet i vad, när och hur är avgörande i den inledande processen.

## **4.2 UTVECKLINGSOMRÅDEN**

Det första man tänker på om man inte ska spalta upp problemen alltför småsynt är att de termerna som har varit problem i projektverksamheten kan sammanfattas i förhållandevis enkla huvudpunkter: Vad som behövs är i första hand en förbättring av kommunikationen mellan olika yrkesgrupperingar för att kunna tillhandahålla fungerande rehabiliteringsprocesser. Det betyder konkret att man bör jobba med gemensamma rehabiliteringsplaner som är klar strukturerade. Dvs. de måste innehålla mål som kan mätas objektivt, som är tidsbegränsat och som innehåller ett ”vem är ansvarig för vad?” De måste följas upp i planen med fastlagda regelbundna avstånd. Helst skall planerna proklamerats som ett kontrakt mellan brukaren och personal. Etableringen måste ske i samverkan mellan de deltagande yrkesgrupperingar, brukaren och eventuellt närstående. Brukaren måste sätta en prioriteringslinje i sina mål. Till en förbättrat kommunikation hör automatiskt att man väljer noggrant vilka brukare som skall kunna tillgodogöra sig en rehabiliteringsinsats i vårdplaneringen och att man begränsar antalet inblandade under rehabiliteringstiden för att kunna tillhandahålla korta beslutsvägar. En annan del av kommunikationsförbättringen kan vara att man

kommer överens om ett gemensamt kommunikationssystem runt brukaren och ge möjlighet till träning i detta. Kanske måste man börja småskaligt med denna lärande verksamhet runt en brukare som befinner sig i en rehabiliteringsprocess. En förutsättning för att kunna lyckas med en ökad kommunikationsförbättring är att överlägga hur man kan åstadkomma en även geografisk närhet av till exempel paramedicinsk personal till hemtjänstgrupperna och därmed implementera det som man upptäckte i undersökningen i Östersunds kommun: sjukgymnast och arbetsterapeut måste vara i permanent kontakt med undersköterskorna som är aktiva i rehabiliteringsarbetet i hemmen. Med tanke på att man kommer att vara hänvisad till hemtjänstpersonalens insatser när man skall etablera en verksamhet som jobbar utifrån hemrehabiliteringstanken måste man troligtvis tänka på att ta itu med följande brister:

- All hemtjänstpersonal måste träna på att rent datortekniskt klara av uppföljningsfunktionerna i en rehabiliteringsplan.
- Samarbetet och kommunikationen mellan hemtjänstpersonal och paramedicinsk personal måste förenklas igenom logistiska förändringar. Det vill säga reduktion av antal involverad personal runt en brukare samt geografisk närhet av AT/ SG i hemtjänstgrupperna.
- Man bör träna på att skriva daganteckningar och uppföljningsanteckningar som baseras på fakta och utvecklingsbefrämjande tankar runt en brukare.
- De teoretiska utbildningar som man har satsat på i de gångna åren måste med hjälp av närvarande paramedicinsk personal i hemtjänstgrupperna fyllas med praktiskt innehåll i det dagliga arbetet. (AT/ SG skall vara närvarande i personalens arbete)
- Områdescheferna bör få mera ingående information om det praktiska arbetet runt en brukare som rehabiliteras.
- Sjuksköterskorna bör vara mera involverad i rehabiliteringsplaner och komplettera paramedicinska synvinklar i rehabiliteringen och därmed hemtjänstpersonalens arbete.

## **TACK**

Projektledaren och assistenterna vill tacka kommunledningen för en tid med många lärdomar och för de möjligheterna som de fick pröva på.

## LITERATURFÖRTECKNING

- Bokpp, M. & Karlsson, M., 1998, Modell för handledning och undervisning för hemtjänstpersonal i rehabilitering av vårdtagare, Rehabvågen. Slutrapport delprojekt 4 Uddevalla.
- Månsson 1999; Modell för igenomförande av rehabsatsning år 2000 i Östersunds kommun.
- Nilsson & Nyström 2004; Upplevelser och erfarenheter av hemrehabilitering i Partille- ur ett patientperspektiv. Göteborgs Universitet; Institution för arbetsterapi och fysioterapi.
- Kielhofer 2002; A Model of Human Occupation: theory and application. Third edition, Baltimore, Williams & Wilkins.
- Teeland 2002. Att röra sig fritt: äldres hemmiljö och hur den påverkas av rehabilitering i hemmet. Rapport från FOU-forum. Lanstinget Gävleborg.
- Lingås 1998. Över andras tröskel: etik vid omsorgsarbete i andras hem. Lund: studentlitteratur.
- Townsend 1997. Enabling occupation: an occupational perspective. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists.
- Lilija 2004. Äldres rehabiliteringsbehov i hemmiljö. Socialstyrelsen.



Socialförvaltningen  
Birgit Hall Lundberg  
Utvecklingsledare  
0477/44364  
birgit.hall-lundberg@tingsryd.se

2007-09-11

## Beskrivning av uppdrag

### Projekt Hemrehabilitering - i syfte att utveckla ett arbetssätt med rehabilitering i hemmet

#### Bakgrund

En del av de sökta stimulansmedlen som socialförvaltningen fått har reserverats för ett projekt med hemrehabilitering. Personer som vårdas inom slutenvården blir snabbare och snabbare utskrivningsklara. Vi har idag en korttidsenhet till vilka personer oftast kommer för rehabilitering innan hemgång.

Socialförvaltningen har satsat under de sista åren på att ge personalen grundläggande kunskaper i rehabilitering. Detta i syfte att all personal ska kunna arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt. Ett utvecklat arbete med rehabilitering förlagd till det egna hemmet tror vi kan skapa en bättre tillvaro för den enskilde.

Dagrehabiliteringen har sedan många år varit en uppskattad och värdefull verksamhet för personer som behöver rehabiliteringsinsatser både fysiskt och psykiskt och som dessutom har möjliggjort avlastning för anhöriga någon dag /vecka.

#### Syfte

- Utveckla en fungerande rehabilitering i hemmet och öka medvetandet vad gäller ett rehabiliterande arbetssätt
- Utveckla vårdplaneringen i samband med utskrivning från sjukhuset
- Ge brukare möjlighet att erhålla sin rehabilitering i hemmet och i första hand de som kommer direkt från sjukhuset. I andra hand personer i hemmet som behöver rehabiliteringsinsatser för att utveckla/återfå sin aktivitetsförmåga. I mån av utrymme göra vårdtiden kortare för de som vistats på Kastanjebacken genom att förlägga den senare delen av rehabiliteringen i hemmet

#### Genomförande

Projektid 071001 – 081231. Projektet pågår under hela året men med uppehåll ca 4 veckor i samband med semester.

Specifika resurser för projektet är 1.0 tjänst som sjukgymnast/projektledare samt 2 x 75 % tjänst som rehabiliteringsassistenter. Det är dessa som utgör projektteamet. Detta team läggs organisatoriskt under närmast ansvarig chef för paramedicin.

Projektteamet ska ha ett nära samarbete med de olika områdenas olika yrkeskategorier.

Projektledaren samlar in aktuell information och ansvarar för att en rehabiliteringsplan tas fram i dialog med brukaren, ev närstående och andra aktuella teammedlemmar.

Ansvarar för handledning och instruktioner vad gäller rehabassistenter och övrig vårdpersonal i samband med rehabiliteringsinsatserna.

Uppföljning sker genom utvärdering av de i rehabplanen uppsatta målen och ev andra effekter.

Rehabiliteringen utförs under vardagar på dagtid och ska integreras så långt det är möjligt i anslutning till olika ADL aktiviteter. Specifik rehabilitering och specifik omvårdnad är arbetsuppgifter och insatser som utförs och ges enligt HSL. Sådana arbetsuppgifter kommer att vara aktuella och kan genom instruktion /delegation överlåtas till annan vårdpersonal där rehabassistenterna ingår och har en central roll.

Alla aktuella brukare ska erhålla en bedömning utifrån fastställda instrument som grund.

Arbeta med att utveckla ett väl fungerande samarbete med dagrehabiliteringen

### **Målgrupp**

Enligt av socialnämnden fastställd prioriteringsordning är det kategori 3 A (se bilaga) som är målgruppen i kombination med nedanstående:

65 år och äldre (undantag kan göras)

Brukare som är motiverade och kan tillgodogöra sig instruktioner

Viktigt att närstående förstår innebörden och accepterar att rehabiliteringen sker i hemmet

Ska finnas en aktivitetsnedsättning som kan mätas ADL mässigt eller genom funktionsanalys

Ingen geografisk avgränsning.

### **Styrgrupp**

I denna ingår avdelningschef äldreomsorgen , medicinskt ansvarig sjuksköterska och utvecklingsledare.

Projektledaren är föredragande och sammankallande.

Styrgruppen ska ha löpande träffar men minst 1 gång/kvartal

### **Referensgrupp i respektive område**

I denna ingår biståndshandläggare, arbetsterapeut, sjukgymnast, sjuksköterska, områdeschef samt undersköterska/vårdbiträde i hemtjänsten.

Projektledaren är föredragande och sammankallande.

Referensgruppen startas upp då det finns person som är aktuell i området.

### **Inriktningsmål**

- Att utveckla ett rehabiliterande arbetssätt i hela organisationen
- Att brukaren i möjligaste mån ska kunna komma hem direkt efter sjukhusvistelse
- Att brukaren ska förbättra sin aktivitetsförmåga och därmed sin självständighet

Hans Berglund  
Avd.chef Äldreomsorgen

Gunilla Olofsson - Hoff  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

## Bilaga 2

### ENKÄT

#### GRUPPHANDLENING

1. Har det varit en hjälp att få handledning i gruppen vad som gäller hemrehabinsatsen( ja/ nej)
- 2..Vad var det som du saknade i grupphandledningen? ( 1-2 meningar)
2. Vad har du lärt dig av det du hörde i grupphandledningen? (1-2 meningar)
3. Har du börjat att kunna använda dig av dina kunskaper när det gäller att skriva Anteckningar i en rehabplan?
4. Hur viktig är det enligt din egen uppfattning med att läsa och skriva anteckningar i rehabplanen eller i daganteckningarna på en skala mellan 1 och 10 ( 1= ej viktig, 10= jätteviktig)
5. Tror du att det är tillräckligt med handledning i grupp när det gäller träningen hos en brukare hemma eller anser du att det behövs någon form av enskild handledning hemma hos brukaren när du tänker på hemrehab?
6. Hur högt på en skala mellan 1 och 10 uppskatta du att hemrehab är i din kommun? ( 1= ej relevant, 10= viktig)
7. Tror du att hemrehab kan bidra till att utöka samarbetet mellan medarbetarna i eran Hemtjänstgrupp?
8. Tror du att hemrehab kan bidra till ett utökad samarbete mellan hemtjänst och Sjukgymnast (respektive arbetsterapeut i fall att någon ingår i det aktiva teamet)?

## ENSKILD HANDLENING HOS BRUKAREN

1. Har det varit en hjälp att kunna få enskild handledning hemma hos brukaren? (ja/ nej)
2. Kan du ge ett praktisk exempel på vad du har kunnat lära dig i enskild handledning hos brukaren?
3. I fall du svarade med ja på den sistnämnda frågan, har du kunnat använda dig av kunskapsdelar i ett annat samband hos någon annan brukare?
4. Tycker du att du har kunnat överföra delar av en enskild HSL-inriktad träning till De mera dagliga sysslor i guidningen hos brukaren så att träning och vardag kunde Närma sig till varandra ?
5. tror du att hemrehabinsatser kan bidra till en utökad kommunikation i din hemtjänstgrupp? Uppskatta sannolikheten på en skala mellan 1 och 10 där 1 = bidrar ej och 10= hög sannolikhet för detta.
6. Tror du att enskild handledning kan vara en väg att kunna utöka den praktiska kunskapen runt brukarens behov?
7. Har du ett förslag på en positiv möjlighet till förändring när det gäller hemrehab? Vad i så fall?
8. Hur mycket nytta har brukaren enligt din uppfattning haft igenom hemrehabinsatsen Skatta på en skala mellan 1 och 10 ( ingen nytta alls= 1 / stor nytta = 10)

## ORGANISATION

1. Hur upplevde du din egen organisation när det gäller den tiden du fick ha till ditt ditt förfogande när du skulle träna med brukaren?
2. Hur skulle arbetet runt en hemrehabpatient kunna underlättas från organisationens Sida ?
3. Hade du någon stöd av din närmaste chef när det gäller att förenkla insatsen Organisatorisk?
4. Skulle det kunna underlätta kommunikationen runt en brukare i en hemrehabinsats Att vara en mindre grupp som jobba runt samma brukare?