

Rehabilitering för hemmaboende äldre personer

Socialstyrelsen klassificerar sin utgivning i olika dokumenttyper. Detta är ett *Underlag från experter*. Det innebär att det bygger på vetenskap och/eller beprövad erfarenhet. Författarna svarar själva för innehåll och slutsatser. Socialstyrelsen drar inga egna slutsatser i dokumentet. Experternas sammanställning kan dock bli underlag för myndighetens ställningstaganden.

Artikelnr 2007-123-26

Sättning Maj-Len Sjögren
Publicerad www.socialstyrelsen.se, juni 2007

Förord

Socialstyrelsen rapporterar sedan några år tillbaka årligen till regeringen om tillståndet och utvecklingen inom vården och omsorgen om de äldre. Som ett underlag för lägesrapporten 2006, har Socialstyrelsen tagit initiativ till att få fram en beskrivning av kommunernas rehabilitering av äldre personer i ordinärt boende.

Beskrivningen baseras på en undersökning, som genomförts av Hjälpmedelsinstitutet. Den består av tre delar, en litteraturstudie, ett antal redovisningar av utvecklingsarbeten som genomförts i kommunerna samt en enkät riktad till Hjälpmedelsinstitutets kommunnätverk. Rapporten har utarbetats av Christina Rörby på uppdrag av Hjälpmedelsinstitutet. Författaren ansvarar för rapportens innehåll och slutsatser. Projektledare på Hjälpmedelsinstitutet har varit Peter Lorentzon. I arbetet har också medverkat Ingela Månsson, Hjälpmedelsinstitutet.

Christer Neleryd
Enhetschef
Äldreenheten

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
Undersökningen har lett fram till ett antal värdefulla insikter:	8
<i>Inledning</i>	9
<i>Tillbakablickande litteraturstudie</i>	11
<i>Erfarenheter av lokala utvecklingsarbeten</i>	15
Projekt eller reguljär verksamhet?	15
Rehabilitering – en avgränsad aktivitet eller livslång insats?	16
Insatser från olika yrkeskategorier.....	17
Chefer och ledarskap.....	17
Målgrupper och kriterier.....	18
Rehabiliterande förhållningssätt.....	20
Konkreta mål och delmål, vårdplanering och individuell rehabplan.....	24
Två huvudmän	25
Olika lagstiftningar.....	27
Kompetensutveckling – handledning.....	27
Utvärdering och resultat	29
Förväntade målgrupper	33
Förebilder, nätverk och modeller.....	33
<i>Sammanställning av enkätsvar från kommunnätverket</i>	34
Framgångsfaktorer.....	35
Problem	36
Viktiga beslut	38
Pågående projekt	39
<i>Diskussion</i>	42
Mer fokus på rehabilitering.....	42
Olika huvudmän och olika lagstiftning.....	48
Rehabiliteringens möjligheter och betydelse.....	49
Viktiga erfarenheter av studien.....	50
<i>Referenser</i>	53
<i>Bilagor</i>	55

Bilaga 1 Lokala utvecklingsarbeten i kommunerna.....	55
Bilaga 2 Förfrågan om projektdokumentation.....	82
Bilaga 3 Missiv	84
Bilaga 4 Enkät.....	85

Sammanfattning

Som ett underlag till Socialstyrelsens lägesrapport om äldreomsorgen 2006 har Hjälpmedelsinstitutet studerat kommunernas rehabilitering av äldre personer i eget boende. Utgångspunkten har varit att undersöka hur rehabiliteringsarbetet i eller i nära anknytning till den enskilde personens eget hem utvecklas och genomförs, i det reguljära arbetet eller i olika projekt. Det rehabiliteringsarbete som utförs inom andra befintliga boendeformer eller i primärvården faller utanför denna undersökning.

Bakgrunden till dagens bild av rehabiliteringen för äldre är de förändringar som kom genom Ädelreformen och de senaste årens strukturförändringar inom sjukhusvården, med bl.a. snabb medicinsk-teknisk utveckling, färre vårdplatser, kortare vårdtider och snabbt växande kostnader. Allt fler personer blir allt äldre och får därmed ökade behov av olika insatser. Av alla som använder hjälpmedel i Sverige är cirka 70 procent äldre personer. Utvecklingen av nya och bättre hjälpmedel, bl.a. sådana som underlättar för personer med kognitiva problem, bidrar till att allt fler kan bo kvar hemma. Antalet personer över 80 år som bor kvar i eget boende har ökat sedan 1980-talet, samtidigt som antalet äldre personer som får hemtjänst successivt har minskat. Antalet hemtjänststimmar har däremot ökat, vilket innebär att det är färre personer som får större insatser. Det finns ett stort behov av samverkan mellan huvudmännen, bl.a. på grund av att bara omkring hälften av landets kommuner har tagit över hemsjukvården. Dessutom är det olika lagstiftningar som styr verksamheterna, vilket kan försvåra samverkan.

Undersökningen har omfattat tre delar, en litteraturstudie, ett antal redovisningar av utvecklingsarbeten som genomförts i kommunerna samt en enkät riktad till Hjälpmedelsinstitutets kommunnätverk inom området äldre och rehabilitering. Inte mer än en dryg tredjedel av kommunerna i nätverket har svarat på enkäten, och därför måste de resultat som redovisas i denna rapport behandlas med en viss försiktighet.

Litteraturstudien speglar en utveckling sedan Ädelreformen som innebär att det har blivit allt viktigare att satsa på rehabilitering i den enskildes vardag. Insikten om rehabiliteringens betydelse, inklusive bostadsanpassning och hjälpmedel, kan ses som en rörelse från ett mer passiviserande omsorgsarbete mot ett aktiverande och stödjande rehabiliteringsarbete.

Från 22 kommuner lämnades redovisningar av planerade, pågående eller nyligen avslutade utvecklingsprojekt. Projekten innebär en systematisk satsning på att utveckla rehabilitering i hemmet. Utvärderingar, som i många fall genomförts av FoU-enheterna i länen, visar resultat i form av förbättrad funktion och förmåga hos vårdtagaren, bättre arbetsmiljö för såväl hemtjänst- som rehabiliteringspersonalen samt kostnadsbesparingar för kommunen. Ur brukarperspektivet finns också en del resultat som pekar mot ökat oberoende, större självständighet och en förbättrad livskvalitet.

Bland viktiga framgångsfaktorer som angetts i enkätsvaren kan nämnas personalresurser, kontinuitet, kompetens, ett rehabiliterande förhållningssätt,

en samsyn kring vardagsrehabilitering, möjlighet att arbeta i team, klara riktlinjer för arbetet, gott ledarskap och gemensam värdegrund. Bland problemen och de försvårande faktorerna i rehabiliteringsarbetet finns bl.a. brist på kompetens, kunskap och erfarenhet hos personalen, resursbrist, dubbelt huvudmannaskap, olika lagstiftningar och svårlösta gränsfrågor.

Enkäten innehöll också frågor om viktiga beslut inom området som fattats och aktuella projekt som genomförts, pågår eller planeras. I svaren nämndes 99 projekt för att utveckla rehabiliteringen för hemmaboende äldre personer. Bredden är också stor när det gäller fokus i de olika projekten.

Undersökningen har lett fram till ett antal värdefulla insikter:

- **En rörelse mot ett mer aktivt och stödjande rehabiliteringsarbete** pågår och en ökad medvetenhet om vilka faktorer som påverkar rehabiliteringens genomförande, såväl negativt som positivt har vuxit fram. En viktig faktor är tydliga riktlinjer för arbetet och en engagerad ledning.
- **Ett rehabiliterande förhållningssätt** och ett arbetssätt som prioriterar rehabilitering i den enskildes vardag har utvecklats. Det ökar möjligheterna att tidigt uppmärksamma den enskildes rehabiliteringsbehov och att formulera och följa upp mål och delmål i rehabiliteringsarbetet.
- **En insiktsfull biståndsbedömning** som väger in både den enskildes rehabiliteringsbehov och behovet av tid i vardagsrehabiliteringen är en förutsättning för ett gott rehabiliteringsarbete.
- **Dokumentation, jämförande statistik och trovärdiga mätmetoder** är angelägna förbättringsområden. Avsaknaden av en enhetlig, nationell definition av rehabiliteringsinsatserna innebär också ett behov av utvecklingsarbete.
- **Positiva resultat har beskrivits**, som kostnadsbesparingar för kommunen och en bättre arbetsmiljö i arbetet med hemmaboende äldre. Ur brukarperspektiv nämns förbättrad funktion och förmåga och en förlängd tid i det egna hemmet. Det är dock viktigt att i högre grad också väga in brukarnas egen upplevelse av rehabilitering.
- **Goda exempel på samarbete över gränserna** finns, såväl mellan olika huvudmän som mellan olika yrkeskategorier. Detta minskar också de problem som kan uppstå på grund av att olika lagstiftningar styr verksamheterna. Ett gott teamarbete underlättas av samsyn och en gemensam värdegrund.

Resultaten kan inte generaliseras eftersom studien har visat att det inte finns någon enhetlig dokumentation eller jämförande statistik på området, och inte heller några enhetliga mätmetoder över landet. De insikter och erfarenheter som gjorts kan dock vara av stort intresse för andra kommuner som tänker ta sig an liknande uppgifter. Det kunskapsstillskott som denna studie innebär kan också bidra till att rehabiliteringens betydelse för hemmaboende äldre blir tydligare och därmed stimulera till vidare utveckling inom området.

Inledning

I denna rapport redovisas en studie som Hjälpmedelsinstitutet genomförde hösten 2006 på uppdrag från Socialstyrelsen. Studien utgör ett av underlagen till Socialstyrelsens lägesrapport om äldreomsorgen 2006 och omfattade tre delar: en tillbakablickande litteraturstudie, en beskrivning av erfarenheterna från projekt som planeras, pågår eller har genomförts i kommunerna under den senaste femårsperioden, samt en enkät riktad till Hjälpmedelsinstitutets kommunnätverk inom området äldre och rehabilitering. I nätverket ingår 275 av landets 290 kommuner.

Utgångspunkten för studien var att undersöka hur rehabiliteringsarbetet i eller i nära anknytning till den enskildes eget hem utvecklas och genomförs, i det reguljära arbetet eller i projektverksamheter. Frågeställningarna gällde därför inte det rehabiliteringsarbete som utförs inom andra befintliga boendeformer, som korttidsboende och särskilt boende, eller inom primärvården. Studiens tre delar har uteslutande varit inriktade på rehabiliteringen i den enskilde personens hem. I en del projektdokumentation finns dock beskrivningar av andra former av rehabilitering. Specifika frågor om anhörigstöd har inte heller ingått i studien.

Inför studiens genomförande sammanfattades de förändringar som skett under de senaste femton åren, med avstamp i Ädelreformen. Förändringarna utgör en bakgrund till dagens bild av rehabiliteringen för äldre. Hit hör också de senaste årens strukturförändringar inom sjukhusvården, med bl.a. snabb medicinsk-teknisk utveckling, färre vårdplatser, kortare vårdtider och snabbt växande kostnader.

Allt fler personer blir allt äldre och får därmed ökade behov av olika insatser. År 2005 var drygt 17 procent av befolkningen 65 år eller äldre och antalet personer över 80 år är knappt 490 000. År 2000 var Sverige det första land i världen som passerade ”femprocentsgränsen”, dvs. mer än var tjugonde person i befolkningen är över 80 år. Av alla som använder hjälpmedel i Sverige är cirka 70 procent äldre personer. Utvecklingen av nya och bättre hjälpmedel, sådana som underlättar för personer med kognitiva problem, bidrar till att allt fler har möjlighet att bo kvar hemma. Antalet personer över 80 år som bor kvar i eget boende har ökat samtidigt som antalet äldre personer som får hemtjänst successivt har minskat sedan 1980-talet. Antalet hemtjänststimmar har däremot ökat, vilket innebär att det är färre personer som får större insatser. I takt med att den enskilde vårdtagaren blir äldre och skörare hamnar också de närstående i en alltmer sårbar situation, och många behöver stöd när den äldre stannar kvar längre i sitt eget hem. Mellan huvudmännen finns ett stort behov av samverkan, bl.a. på grund av att hälften av landets kommuner ännu inte har tagit över hemsjukvården i ordinärt boende. De som arbetar inom äldreomsorgen har också olika lagstiftningar att ta hänsyn till, beroende på vilken form av insats man gör. Detta kan ytterligare komplicera arbetet.

Större ansvar och fler uppgifter innebär att man i många kommuner vill satsa på rehabilitering, inte bara som en viljeinriktning utan genom konkreta, praktiska insatser i den enskilde personens vardag. Insikten om rehabiliteringens betydelse, inklusive bostadsanpassning och hjälpmedel, har också blivit allt tydligare, vilket kan ses som en rörelse från ett mer passiviserande omsorgsarbete mot ett aktiverande och stödjande rehabiliteringsarbete. Denna rörelse behöver också omfatta de psykiska och fysiska försämringar som tiden medför i en människas liv.

I stödet till äldre personer finns olika vägar att gå. En väg är att med olika insatser möjliggöra att den enskilde så länge som möjligt kan bo kvar i sitt eget ordinarie boende. Denna tendens har blivit allt tydligare sedan Ädelreformen och på senare tid har denna vårdform hamnat helt i fokus. Andra former av boende, som korttidsboende och särskilt boende, har därför hamnat något i bakgrunden. Detta är drivkraften bakom satsningen på rehabilitering i den enskildes hem. Man vill ge den äldre personen förutsättningar för att vara så självständig och oberoende som möjligt, samt att få uppleva en optimal livskvalitet. Det finns dock mer än en anledning till att man vill pröva olika metoder och arbetsätt i omsorgen om de äldre. En ambition är att kunna visa att ett rehabiliterande förhållningssätt innebär ekonomiska vinster för kommunen. En annan anledning är det dubbla huvudmannskapet och den otydliga ansvarsfördelningen som i vissa fall försvårar rehabiliteringsarbetet. Dessa svårigheter vill man överbrygga genom att utveckla nya samarbetsformer, eller bygga vidare på tidigare goda erfarenheter av olika former av samverkan mellan kommun och landsting. Ytterligare ett skäl är att man har tagit del av och stimulerats av goda erfarenheter i andra kommuner som redan tidigt valde detta arbetsätt mot bakgrund av Ädelreformens intentioner. I detta material finns exempel på alla dessa incitament, såväl i projektform som i den reguljära verksamheten.

De som arbetar med vård och omsorg om äldre måste vara medvetna om vad det är man vill åstadkomma med sina insatser. Rehabilitering syftar till att ta vara på de resurser och hälsokrafter som finns hos många och som behöver bejakas och förstärkas. Genom att den enskilde i möjligaste mån återfår och behåller sin funktionsförmåga kan man förhindra att han eller hon försämras mer än nödvändigt, och samtidigt motverka framtida vård- och omsorgsbehov. Rehabilitering kan därför också ha en förebyggande effekt. Genom att den äldres resurser mobiliseras och hans eller hennes medverkan i sin egen rehabilitering ökar, kan man i många fall minska vårdtyngden och hemtjänsttimmarna.

Rapporten innehåller delar av litteraturstudien, erfarenheter hämtade ur de lokala utvecklingsarbetena och en sammanställning av enkätsvaren. Diskussionen i det avslutande avsnittet utgår från det samlade materialet. Bilaga 1 innehåller korta sammanfattningar av projekttredovisningarna. Förfrågan om projektdokumentation, enkät och missiv återfinns i bilaga 2.

Tillbakablickande litteraturstudie

Undersökningens första steg var en litteraturgenomgång för att följa hur rehabiliteringsinsatserna för hemmaboende äldre, inklusive bostadsanpassning och hjälpmedel, har utvecklats under de senaste dryga tio åren. Några viktiga milstolpar refereras nedan. Erfarenheterna från det övriga litteraturmaterialet ingår i de avslutande reflektionerna och anges där som referenser.

Syftet med *Ädelreformen 1992* (1) var bl.a. att skapa en flexibel vård, på så sätt att människor skulle kunna bo kvar i sina hem även om de hade ett större vårdbehov. Behoven av insatser skulle kunna tillgodoses genom att hjälpen kom till den enskilde personen i stället för tvärtom. Genom Ädelreformen fick kommunerna befogenhet att genom en skatteväxling bedriva hemsjukvård och överta ansvaret för hemsjukvården i det ordinära boendet. Övertagandet förutsatte överenskommelse med landstinget och ett medgivande från regeringen. I dag har hälften av kommunerna övertagit det ansvar för hemsjukvården som landstingen tidigare hade.

Inför handikappreformen tog Socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet år 1993 gemensamt fram ett planeringsunderlag, *Rehabilitering inom hälso- och sjukvården – för alla åldrar och diagnoser*. (2) Här framhölls tydligt att rehabilitering är en integrerad del av all hälso- och sjukvård och att detta gäller alla oavsett ålder eller diagnos. Man poängterade också vikten av att den enskilde personen får tillgång till en god rehabilitering och att hans eller hennes rätt till inflytande tillgodoses. Ett avsnitt ägnades åt hjälpmedlens roll. För att hjälpmedlen ska utnyttjas så bra som möjligt måste de relateras till andra åtgärder, och personens totala livssituation behöver analyseras.

Tidigare sågs ansvaret för habilitering och rehabilitering mer eller mindre underförstått som en integrerad del av hälso- och sjukvårdens ansvar. Detta ansvar tydliggjordes dock i samband med *Handikappreformen 1994* då insatserna skrevs in i hälso- och sjukvårdslagen i två nya paragrafer, 3b och 18b. De innehåller också skyldigheten att planera dessa insatser i samråd med den enskilde personen. I propositionen *Stöd och service till vissa funktionshindrade* (3) sägs bl.a. att de mest angelägna åtgärderna är att ”klargöra sjukvårdshuvudmännens ansvar för habilitering och rehabilitering och att skapa reella möjligheter för huvudmännen att utveckla och bygga upp habiliterings- och rehabiliteringsverksamheter, inte minst inom områden som ännu är outvecklade”.

För att ge stöd och stimulans till den rehabilitering som genom handikappreformen blivit en lagfäst skyldighet instiftades ett *stimulansbidrag för habilitering och rehabilitering* (4). Bidraget kom att omfatta 1,4 miljarder kronor som fördelades mellan åren 1994 och 1997, och sedan följdes upp av Socialstyrelsen. Samtidigt inrättades ett *stimulansbidrag till kompetensutveckling inom hjälpmedelsområdet*. Bidraget på 100 miljoner kronor fördelades av Hjälpmedelsinstitutet (5).

Prioriteringsutredningens slutbetänkande *Vårdens svåra val* (6) kom 1995, och där diskuteras bl.a. hur man kan möta behovet av rehabilitering och hjälpmedel. Här påpekas också att rehabiliterande insatser inklusive hjälpmedel kan vara kostnadseffektiva, genom att de kan öka den enskildes oberoende och innebära att han eller hon kan klara sig långa tider utan professionell hjälp. I utredningens förslag ligger habilitering och rehabilitering, enligt hälso- och sjukvårdslagens definition, i prioriteringsgrupp II, både på politisk och administrativ nivå och i den kliniska verksamheten. Prioriteringsbeslutet 1997 anslöt sig till förslaget så att habilitering och rehabilitering, vid sidan av prevention, räknas till prioriteringsgrupp II.

Från och med 1996 och framåt har Socialstyrelsen ett *uppdrag att följa utvecklingen på äldreområdet*. I denna uppföljning framhöll Socialstyrelsen redan från början att vissa äldre har ett stort behov av rehabilitering, men att det fortfarande finns brister och att de äldre därför är en grupp som särskilt behöver uppmärksammas.

Regeringens proposition *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken, Mål, inriktning och förslag till åtgärder* (7) kom 1998, samma år som riksdagen antog regeringens förslag till nationella mål för äldrepolitiken. I propositionen framhålls bl.a. att äldre ska kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag. Man lyfter också fram tillgången till god vård och omsorg. Rehabilitering räknas till den vård och omsorg som enligt propositionen ska inriktas på att stödja den enskilde till att kunna bo kvar hemma så länge som han eller hon önskar. Man framhåller att det är viktigt att se värdet av hemtjänst också som en förebyggande verksamhet. De nationella mål som ställs upp i propositionen bygger på *Förenata Nationernas deklaration med principer för äldrepersoner* (8), som antogs 1991.

Inom ramen för Socialstyrelsens uppdrag att följa utvecklingen av den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken har två studier genomförts med fokus på äldres möjligheter att leva ett självständigt liv med god livskvalitet. De båda studierna redovisades i en samlingsrapport, *Rehabilitering och hjälpmedel i kommunal äldreomsorg, år 2000* (9) Den ena studien, *Temperaturtagning på äldre rehabiliteringen*, genomfördes av Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. Här konstateras att 1990-talet innebar en snabb utveckling bort från rehabilitering i institutionaliserade former och mot rehabilitering i vardagsmiljön, och att rehabilitering i hemmiljö ofta är bättre för äldre. Den andra studien, *Temperaturtagning – hjälpmedel*, är en undersökning av tillgången till hjälpmedel i den kommunala äldreomsorgen, som har genomförts av Hjälpmedelsinstitutet. Studien visar att hjälpmedel har blivit en alltmer integrerad del i den rehabilitering, vård och omsorg som ges till äldre.

I Socialstyrelsens rapport *Äldres rehabiliteringsbehov i hemmiljö* (10) från år 2001, redovisas resultatet av intervjuer med 102 äldre som hade hemtjänst i ordinärt boende. Här framgår bl.a. att en tredjedel av de äldre inte hade något rehabiliteringsbehov, medan omkring hälften av dem som fick hembesök skattades ha ett behov av rehabilitering som inte tillgodosågs. En del av de äldre avböjde själva andra rehabiliteringsinsatser än hjälpmedel. I rapporten diskuteras bl.a. vikten av att tidigt uppmärksamma behovet av rehabilitering och hjälpmedel eftersom tidigt insatta rehabiliteringsinsatser kan vara avgörande för personens möjligheter att klara vardag.

gen, och för hur stora stödinsatser som samhället eller de anhöriga behöver ge.

Under våren 2002 genomförde Socialstyrelsen en enkätundersökning riktad till 3 000 arbetsterapeuter och sjukgymnaster som arbetar med äldre. Resultaten och slutsatserna redovisades i rapporten *Att arbeta med äldres rehabilitering* (11). Undersökningen var en del i uppföljningen av den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken, där rehabilitering och hjälpmedel i kommunerna anges som förbättringsområden. Studien bekräftade det som tidigare framkommit i andra undersökningar, nämligen att äldres rehabilitering är ett problemområde. Två problem är mest framträdande: bristande resurser respektive ansvarsfördelning mellan flera huvudmän. I rapporten diskuteras betydelsen av att man samarbetar med andra yrkeskategorier i den kommunala verksamheten och med baspersonalen. Detta ställer krav på rehabiliteringskunskap och handledning så att ett rehabiliterande arbetssätt genomsyrar den vardagliga arbetssituationen. Om rehabilitering ska kunna vara en integrerad del av vården och omsorgen om äldre har rehabiliteringspersonalen, enligt rapporten, en stor pedagogisk uppgift i att övertyga sina kollegor, chefer och politiker om värdet av rehabilitering.

I Socialstyrelsens lägesrapport *Vård och omsorg om äldre 2003* (12) lyfts bl.a. tillgången till rehabilitering och hjälpmedel fram på ett tydligt sätt. Man beskriver att hjälpmedel i kombination med bostadsanpassning kan betyda att många äldre kan fortsätta att bo kvar i sitt eget boende trots stora funktionsnedsättningar. Det finns dock problem i form av bristande samordning och en osäkerhet om hur ansvaret för dessa insatser ska fördelas mellan flera sjukvårdshuvudmän. Rehabiliteringspersonalen kan inte täcka de äldres rehabiliteringsbehov vilket innebär att även baspersonalen behöver tillämpa ett rehabiliterande förhållningssätt.

Äldrevårdsutredningen (13) tillsattes i april 2003, tio år efter Ädelreformen. Syftet var att diskutera fram lösningar på de nya eller gamla problem som finns trots att Ädelreformen innebar stora positiva framsteg. Utredningen resulterade i betänkandet *Sammanhållen hemvård* (14). Här poängteras att habilitering, rehabilitering och tillhandahållande av hjälpmedel är integrerade delar i en god vård och omsorg i hemmet. Här redovisas också bedömningen att ansvarsfördelningen gällande hemsjukvård mellan landsting och kommuner är otydlig och skapar konflikter och revirstrider mellan huvudmännen. Detta innebär risker för den enskilde personen som behöver vård och omsorg. Regeringen föreslår därför att kommunen, genom en skatteväxling, själv ska ansvara för hemsjukvården i både ordinärt och särskilt boende, och göra det till en sammanhållen hemvård. Undantaget är läkarinsatser som även i fortsättningen ska vara landstingets ansvar. Här framhålls att hemvården avses integrera sociala och medicinska insatser, inklusive rehabilitering och hjälpmedel, som den enskilde behöver i sitt boende.

År 2004 föreslog tio myndigheter regeringen att genomföra en långsiktig handlingsplan för att klara kompetensförsörjningen inom vården och omsorgen om äldre och funktionshindrade personer. Ett resultat av detta var att regeringen inledde en flerårig nationell satsning för att stödja kommunernas långsiktiga kvalitets- och kompetensutvecklingsarbete inom vård och omsorg av äldre, *Kompetensstegen* (15). De samverkande myndigheterna åtog sig olika uppdrag inom området. I rapporten *Investera nu!* (16) redovisas

bl.a. att Socialstyrelsen åtog sig att inventera problemen i vård- och omsorgslagstiftningen från en kompetensförsörjningssynpunkt. Skälen till inventeringen var bl.a. skillnader mellan socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen, och att det ibland kan vara oklart vilken lag som gäller i ett visst fall.

I Socialstyrelsens *Slutrapport om Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården* (17) från 2005, finns ett avsnitt som fokuserar på vården och omsorgen om äldre. Här konstateras att utvecklingen har gått mot mer vård i det egna hemmet och man betonar även kvarboendepincipen. Denna omstrukturering har dock inte inneburit någon förstärkt hemsjukvård med tillfredsställande läkartäthet.

I regeringens proposition *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre* (18) nämns ett antal utvecklingsområden, varav ett är Bättre vård och omsorg om de mest sjuka. I detta avsnitt framhålls rehabilitering som ett viktigt område och denna syn förstärks också genom att särskilda bidrag tillsätts för att höja kvaliteten i vården, inte minst när det gäller rehabilitering.

I propositionen framhålls att insatserna bör genomföras i samverkan mellan kommun och landsting, om det är lämpligt. Här framhålls också hur viktigt det är att de olika sjukvårdshuvudmännen liksom de olika yrkeskategorierna och rehabiliteringsaktörerna strävar efter ett gemensamt synsätt på habilitering och rehabilitering. I propositionen lyfter man även fram betydelsen av att läkare är tillgängliga i hemsjukvården, i både ordinärt och särskilt boende. Enligt propositionstexten skulle dessa åtgärder inte bara gynna äldre som är alltför sjuka för att själva söka läkarhjälp, utan också dem som i dag tvingas söka sig till t.ex. akutsjukvården för ett visst besvär trots att deras helhetsbehov bättre skulle tillgodoses inom ramen för hemsjukvården.

Ett annat utvecklingsområde är Nationell likvärdighet och lokal utveckling. Här diskuteras s.k. vardagliga verktyg som rollatorer och trygghetslarm, och deras betydelse för oberoende och livskvalitet. Även behovet av strategiskt viktig teknikutveckling inom äldreområdet behandlas i detta avsnitt.

I *budgetpropositionen hösten 2006* (19) anges ett antal områden som har särskild betydelse för utvecklingen av äldreomsorgen och förverkligandet av målen i den nationella utvecklingsplanen för vård och omsorg om äldre. Här nämns bl.a. de medel som avsatts i vårpropositionen för att kommuner och landsting ska förbättra vården av och omsorgen om de mest sjuka äldre, bl.a. inom rehabiliteringsområdet. Man tar också upp frågan om hur huvudmannaskapet för bl.a. hemsjukvården kan flyttas över från landstingen till kommunerna. Servicetjänster, rättssäkerhet och boendefrågor tas också upp. Vidare nämns kommunernas uppdrag att utveckla varaktiga stödformer för de anhöriga, och att fördjupa samverkan mellan kommunerna och frivilliga krafter. Även kvalitetsutveckling i kost-, närings- och måltidsfrågor tas upp. Slutligen pekar författarna på att det finns pengar avsatta för kompetensstegen. Den ska fungera som ett forum för dialog och samverkan mellan de berörda aktörerna i frågor om kvalitet och kompetensutveckling inom området.

Erfarenheter av lokala utvecklingsarbeten

Under hösten 2006 har Hjälpmedelsinstitutet inventerat de lokala utvecklingsarbeten som planeras, pågår eller har genomförts i kommunerna när det gäller rehabilitering för hemmaboende äldre personer. 22 av landets kommuner har hörsammat uppmaningen och skickat in dokumentation i form av projektbeskrivningar, projektplaner, slutrapporter och utvärderingar, av sammanlagt 25 projekt. Dokumentationen kommer från kommuner i hela landet. Förutom dessa dokumenterade projektbeskrivningar finns 99 pågående projekt som kortfattat beskrivits i svaren på kommunenkäten, se nedan. Sammantaget kan konstateras att en mängd projektaktiviteter pågår eller har genomförts ute i landet i syfte att på olika sätt utveckla rehabiliteringen av äldre i eget boende. Många projekt är fortfarande på planeringsstadiet i kommunerna, och för att genomföra dem hoppas kommunerna på stimulansbidrag inom ramen för den nationella äldresatsningen.

Genom att i projektform pröva olika metoder eller arbetssätt vill man inom den kommunala äldreomsorgen bidra till högre livskvalitet för de äldre, visa att ett rehabiliterande förhållningssätt ger ekonomiska fördelar samt visa att samverkan kan motverka otydligheter i ansvarsförhållandena mellan huvudmännen. Projekten har inneburit en systematisk satsning på att utveckla rehabilitering i hemmet och kommunernas erfarenheter kan vara av stort intresse för andra kommuner som ska göra liknande satsningar. Sammanfattningar av projektdokumentationen återfinns i bilaga 1.

Det finns många gemensamma nämnare i de inskickade rapporterna, frågeställningar som de flesta brottas med, närbesläktade tankar och likartade försök till att lösa gemensamma problem, men det finns också en del särskilda frågor och lösningar som är intressanta att lyfta fram. Så gott som alla anger att förändringarna som kom genom Ädelreformen, tillsammans med de senaste årens strukturförändringar inom sjukhusvården, är anledningen till att man satsat tid och andra resurser på utvecklingsarbete i projektform, särskilt för rehabilitering i hemmet.

Med tematiska exempel från de olika projekten beskrivs nedan de viktigaste erfarenheterna av kommunernas utvecklingsarbete, i vissa fall i samverkan med primärvården.

Projekt eller reguljär verksamhet?

Det finns både för- och nackdelar med att arbeta i projektform. Till fördelarna hör att avgränsningen i tid och rum, och de specifika målgrupperna, gör det lättare att pröva ett nytt angreppssätt. Svårigheten kan vara att efter projekttidens slut införa erfarenheterna i det ordinarie arbetet och i den övriga verksamheten. Detta diskuteras i rapporten från Härlanda. I flera av de övriga rapporterna funderar man kring känslan av att arbeta under privilegi-

erade former medan projektet pågår och den oro som man kan känna inför en framtid då projektet eventuellt inte får fortsätta. Det finns en stark önskan om att projektarbetet ska övergå i ordinarie verksamhet.

Det finns flera exempel på att projekt har övergått i den reguljära verksamheten efter utvärderingar och positiva resultat. Det kan t.ex. röra sig om förbättringar av de äldres livssituationer och personalens arbetsmiljö och arbetsglädje, eller tydliga tecken på att rehabiliteringen leder till besparingar för kommunen. Detta har skett i bl.a. Hagfors kommun efter utvärdering av Projekt Rehabteam 2003, och i Lomma kommun där försöket med HemRehab i en kommundel fortsatte under 2006, med vissa justeringar. I Lomma diskuterade man också utformningen inför 2007 och ville utöka försöket till ytterligare en kommundel. I Lidköping pågår en diskussion om hur arbetet med rehabilitering inom hemvården ska se ut i framtiden. När det aktuella projektet är slut ska man presentera ett förslag om resurser, organisation och metoder utifrån de utvärderingar som görs av projektarbetet. I Östersund började man med hemrehabilitering och fokuserade på ett rehabiliterande förhållningssätt redan för närmare tio år sedan, och i projektform från år 2000. Där har arbetet utvecklats så att man också satsar specifikt på handledning för att vidareutveckla och sprida detta förhållningssätt.

Ett annat exempel på att arbetssättet lever vidare efter projekttidens slut är projektet ”Förebyggande insatser för att bibehålla/öka självständigheten och livskvaliteten”. Projektet genomfördes först i ett begränsat geografiskt område i Ystad kommun, men senare har det kommit att omfatta hela kommunen. Halvårsrapporten 2006 visade positiva resultat för vårdtagarna, personalen och kommunens ekonomi. Vårdtagarna anser att deras livskvalitet har ökat och att träningen har betydelse för självständigheten, för möjligheterna till sociala kontakter, för att klara av hemmiljön och för att kunna komma ut. Flera vårdtagare har fått ett mindre behov av hemtjänstinsatser och vårdpersonalen anser att deras arbetsmiljö har förbättrats. Kompetensen hos vårdpersonalen har också höjts genom ökad handledning och teamarbetet har inneburit en kvalitetshöjning i vården. Man konstaterar att satsningen har inneburit vinster för både vårdtagarna och kommunen. Socialnämndens arbetsutskott utgick från halvårsrapporten och tillstyrkte förslaget att verksamheten skulle fortsätta inom budgetramen fr.o.m. 2007.

Rehabilitering – en avgränsad aktivitet eller livslång insats?

Erfarenheterna från de lokala utvecklingsarbetena har väckt frågan huruvida rehabilitering ska definieras som en tidsbegränsad aktivitet eller en livslång insats för de personer som behöver den. För att kunna utvärdera hemrehabiliteringsinsatser är det naturligt att man väljer att arbeta i projektform under en viss begränsad tid. Så har man t.ex. gjort i Höör, där man utgår från WHO:s definition av rehabilitering som en målinriktad och tidsbegränsad process, och begränsat hemrehabiliteringen till högst åtta veckor. I Lerums kommun var hemrehabiliteringsperioden i genomsnitt 51 dagar. I Kungälv kommuns projekt HemRehab avslutades de flesta fall efter tre veckor, i samband med uppföljning. Här varierade dock tiden mellan 22 och 191 da-

gar. Även flera av de övriga projekten har valt att ge hemrehabilitering under en tidsbegränsad period.

Att ett projekt måste avgränsas i tid behöver dock inte betyda att rehabiliteringen därefter är avslutad. Det visar den starka strävan mot ett rehabiliterande förhållningssätt som är så tydlig i alla projekt, se nedan. Troligen bidrar skillnaden mellan de två lagstiftningarna, hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och socialtjänstlagen (SoL), till de motsägande sätten att se på hemrehabiliteringens längd. I vissa fall ser man tidsbegränsad rehabilitering som insatser enligt HSL, medan den kontinuerliga vardagsrehabiliteringen som uppehålls av hemtjänstpersonal ses som insatser enligt SoL, se nedan. I Lomma kommun anges t.ex. att det förväntade resultatet av rehabiliteringen ska uppnås ”inom rimlig tid, annars bör bedömning och beslut enligt SoL övervägas.”

Insatser från olika yrkeskategorier

I enstaka projekt nämns funktionshinder som kräver andra rehabiliteringsinsatser än från den s.k. rehabiliteringspersonalen, dvs. arbetsterapeut och sjukgymnast. Andra yrkeskategorier nämns sällan, eftersom rehabilitering ofta uppfattas som insatser för personer med funktionshinder i rörelseapparat. Det finns dock exempel på en bredare syn. I ARLAprojektet lyfter man t.ex. fram en förväntad ökning av antalet demenssjuka personer. I Jönköping går projektet Äldre 2006 ut på att ta fram en samverkansmodell, och där nämns möjligheten att konsultera resurspersoner som t.ex. logoped och dietist. I Sotenäs förväntar man sig att multisjuka äldre är en målgrupp som kommer att öka framtiden. Då kommer man att behöva fler rehabiliteringsinsatser än sådana med inriktning mot rörelsehinder. I Sotenäs rehabiliteringsplan beskrivs insatser som taktill massage och även medverkan av syn- och hörselinstruktörer i hemrehabiliteringen.

I Lidköping vill man pröva en ekonomisk ersättningsform till hemvårdsområdet, en s.k. rehabpeng. I försöksområdet finns redan ett bonuslönesystem, vilket innebär att en viss del av den eventuella vinsten för området fördelas till personalen. Just detta system diskuteras dock som en möjlig risk i den riskanalys som ingår i projektplanen. För att underlätta för äldrevården i glesbygden har man i Arjeplog på prov infört hemtjänst via bildtelefoni. Erfarenheterna av detta försök visar dock att tekniken ibland kan vara ett problem. Ibland har det också varit svårt att motivera den äldre till att utnyttja och hantera tjänsten. Bland de praktiska problem som måste lösas för att kunna genomföra hemrehabilitering när avstånden är långa nämner man från Jönköping också behovet av transporter vid hembesök. För att tillgodose de äldres behov av frisk luft och närhet till naturen har man i PÄR-projektet (Projekt Äldre Rehabilitering) bl.a. prövat PÄR:s trädgård – utomhusvistelse året om.

Chefer och ledarskap

Av många redovisningar framgår hur viktiga cheferna och ledarna är för ett lyckat genomförande av ett förändrings- eller utvecklingsarbete. I utvärderingen av projektet Samordnad rehabilitering i Härlanda/Örgryte pekar man

på bristen på stöd från chefer och lagledare som problemfaktorer. I slutdiskussionen från Skara kommun framhålls också betydelsen av en engagerad chef i förändringsarbetet. I utvärderingen från Hagfors föreslås att ett ledningsteam bildas i syfte att effektivisera, handleda och styra arbetet i varje vård- och hemtjänstgrupp. Enhetschefen föreslås vara arbetsledare för baspersonalen utifrån socialtjänstlagen, en sjuksköterska ansvarar för vårdinsatserna, och en arbetsterapeut och en sjukgymnast ansvarar på motsvarande sätt för rehabiliteringsinsatserna. I utvärderingen av handledning inom Östersunds hemrehabilitering ser de biträdande enhetscheferna förbättringar över tid men efterlyser ett rehabiliterande ledarskap från handledarna. Dessa å sin sida beskriver svårigheter att nå fram till all personal, och man upplever en balansgång mellan brukarnas rehabiliteringsbehov och personalens behov av en god fysisk och psykisk arbetsmiljö. I Örebro rapporten trycker man starkt på enhetschefens roll i rehabiliteringsarbetet.

Målgrupper och kriterier

Att arbeta i projektform innebär ofta att man inte bara avgränsar projektet till tid och rum utan också att man riktar sig till en avgränsad målgrupp. Detta innebär att en del personer "får vara med" utifrån olika kriterier, medan andra lämnas utanför. Hur man definierar målgruppen påverkar givetvis i slutändan också projektets resultat. Därför kan det vara intressant att se hur kommunerna har beskrivit sina målgrupper i hemrehabiliteringsprojekten.

Åldersbegränsning

I ARLAprojektet i Arjeplog var målgruppen personer mellan 67 och 80 år som bor i ordinärt boende och inte har hemtjänst i någon nämnvärd omfattning. Det visade sig dock att relativt få hade behov av den rehabilitering som erbjöds eftersom deltagarna i målgruppen var för unga och pigga. Tack vare projektet utfördes ändå några åtgärder som troligen inte hade blivit av annars, vilket diskuteras i rapporten. Inför framtiden planerar man att begränsa målgruppen till alla som är över 80 år. I Västeråsprojektet Uppsökande verksamhet är målgruppen personer över 75 år, medan projektet om kontaktarbetsterapeut och kontaktsjukgymnast i samma stad vänder sig till personer över 65 år. Friskvårdscentrum Hässelby-Vällingby vänder sig till personer som är 60 år och äldre. I de flesta projekt anger man dock helt enkelt målgruppen som "äldre" med vissa förtydliganden, t.ex. deras behov och praktiska förutsättningar.

Den enskildes behov och förutsättningar

I Hjöprojektet erbjuder man kostnadsfri hemrehabilitering till de vårdtagare med funktionsförsämring som inte vill eller orkar ta sig till primärvården. Målgruppen består av äldre personer i ordinärt boende, som dessutom ska ha drabbats av nya somatiska besvär och en plötslig fysisk försämring. De ska även ha ett ökat behov av hemvård och en rehabiliteringspotential. Äldre i Höör som tidigare inte haft några hemtjänstinsatser erbjuds i första hand hemrehabilitering. Minimikravet är att den enskilde ska kunna larma själv

och inte behöva mer än två vårdare vid förflyttning, samt vara motiverad för hemrehabilitering.

I Kumla utgörs projektets målgrupp av personer som har vistats på sjukhus eller korttidsplatser, och personer i ordinärt boende som behöver hemtjänst efter en sjukdom eller skada. Kriterierna för att delta är motivation och vilja att åka hem igen, möjlighet att klara egna toalettbesök, förmåga att ta instruktioner och kunna larma vid behov, samt att känslomässigt kunna klara av ensamheten. Resurserna fördelas i första hand bland dem som går hem till ett ordinärt boende och inte är vana vid stora hemtjänstinsatser. Även i Lerum är ett av kriterierna att den enskilde ska medverka och vara motiverad. Personen i fråga ska också kunna bli mer självständig i sina vardagsaktiviteter efter träningen och han eller hon ska förstå upplägget med uppsatta mål och en rehabplan.

Geografiskt område

Från Lomma kommun gör man tillägget att den enskilde personen ska bo i en särskild kommundel. Efter uppföljningen diskuteras nu att utvidga projektet till ytterligare en kommundel. Även i Örebro har man begränsat målgruppen till ett avgränsat geografiskt område, med ett projekt i Älvtomt hemvård som ingår i Social välfärd Örebro, 2005. I Lidköpingsprojektet Målinriktad rehabilitering i hemvården har man valt ett av kommunens sju hemvårdsområden, där bebyggelsen är blandad. I Västeråsprojektet om uppsökande verksamhet vänder man sig till slumpvis utvalda personer i sex områden i staden. I Ystad riktades projektet först till de 173 biståndsbedömda brukarna i ett begränsat geografiskt område. När resultatet blev positivt beslöt man att projektet från år 2005 skulle omfatta hela kommunen. I Skara kommun, slutligen, beskriver man ett samarbete med primärvården för att så många patienter som möjligt inom primärvårdsområdet ska erbjudas hemrehabilitering när de skrivs ut från sjukhuset.

Motivation och delaktighet

I många av projektrapporterna framhålls hur viktigt det är att den enskilde är delaktig i sin rehabilitering och känner sig motiverad. Detta beskrivs bl.a. från Höör, Kumla, Lerum och Älmhult. I utvärderingsrapporten från Hagfors kommun konstateras att det finns en tradition av att äldre ska få hjälp i de flesta situationer oavsett om de klarar dem själva eller inte. Många har också denna förväntan på hemtjänsten, och ser personalen som hembiträden som måste hjälpa till eftersom man betalar för tjänsten. Vidare rapporterar man i Hagfors att ett sådant hjälpande beteende kan leda till att man tar bort funktioner och förmågor hos den enskilde. Hemtjänsten ska i stället stödja den enskilde att själv klara av vardagen och ta tillvara sina resurser. På samma tema beskriver Skara kommun att det i vissa fall kan vara svårt att få vårdtagarna motiverade till att förändra sin situation fastän de har möjlighet att göra det. I Kumla konstaterar man att hemrehabiliteringen kräver ett nära samarbete mellan biståndshandläggarna och arbetsterapeuterna, eftersom det är mycket svårare att motivera någon till träning som redan har hjälp i hemmet. Eftersom många äldre har nära kontakter med sina anhöriga och när-

stående är en del i motivationsarbetet också att få med dem i det rehabiliterande förhållningssättet.

Samtidigt räcker det inte med att de äldre är motiverade, utan de ska också kunna medverka och känna sig delaktiga. I rapporten från Säffle framhåller man vikten av synliggöra brukarens delaktighet. I Sotenäs kommuns rehabiliteringsplan om hur den framtida rehabiliteringen ska utformas lägger man särskild vikt vid att människor ska kunna uppnå bästa möjliga funktion för att klara sig så självständigt som möjligt, leva i fysisk, psykisk och social hälsa samt vara helt delaktiga i samhället. Man skriver att rehabiliteringen ska vila på en hälsofrämjande värdegrund, dvs. med fokus på människans vardagsliv och resurser samt salutogen faktorer, och prioritera meningsfullhet och gemenskap. Samma inriktning ligger mer eller mindre uttalat bakom de flesta av de projekt som genomförs för att underlätta den äldres möjlighet att bo kvar i sitt hem så länge som möjligt.

Personal

I många av projekten ingår handledning och utbildningsinsatser för att bl.a. utveckla ett rehabiliterande arbetssätt, som t.ex. i Örebro. Detta innebär att även personalen inom olika kategorier kan definieras som en målgrupp. I Västeråsprojektet är detta klart uttryckt och ”personal som ger insatser i eget boende” utpekats som en av målgrupperna vid sidan av de övriga. Att hemtjänstpersonalen också utpekats som en målgrupp och får möjlighet till utbildning eller handledning inom projektens ram är ett tydligt bevis på att man värdesätter dem. T.ex. i Örebroprojektet beskrivs hemtjänstpersonalen också ha en nyckelroll. Från Lerum framhålls vikten av att lyfta hemvårdspersonalens roll i vardagsarbetet. Deras synsätt och förutsättningar är avgörande för de rehabiliterande insatser som patienterna får, skriver man.

Rehabiliterande förhållningssätt

Den helt dominerande målsättningen i alla projekt är att utveckla, förstärka eller skapa ett rehabiliterande arbetssätt och ett förhållningssätt som prioriterar rehabiliteringen i den enskilde personens vardag. Det rehabiliterande förhållningssättet är ett uttryck för samsyn och gemensamma värdegrunder, och det är en stark drivkraft i utvecklingsarbetet som pågår. Man anser att ett nytt sätt att tänka och arbeta kan leda till stora vinster, och alla projektplaner, rapporter och utvärderingar präglas av en övertygelse om att det är värt problemen. Vinsterna berör samtliga inblandade, både de äldre och deras anhöriga och enhetschefer, rehabiliteringspersonal, biståndshandläggare samt hemtjänst- och vårdpersonal. I Kumla projektet beskrivs det rehabiliterande arbetssättet som ett målinriktat och pedagogiskt sätt att ta tillvara personens egna resurser och ge hjälp till självhjälp. Vidare skriver man att ett rehabiliterande förhållningssätt handlar om attityder, och att det blir lättare om arbetsledningen är rehabiliteringsintresserad och alla arbetar lika kring brukaren. På Rehabenheten i Lerums kommun insåg man att uttrycket vardagsrehabilitering och det dithörande arbetssättet behövde förtydligas. Därför startades projektet Hemrehabilitering som ett led i arbetet med att sprida kunskapen om vardagsrehabilitering, till exempel vid det dagliga mötet med

patienter och personal och vid utbildningar för vårdpersonalen. Man såg ett behov av att lyfta hemvårdspersonalens roll när det gäller rehabilitering i vardagsarbetet.

Även i Lidköpings hemvårdsprojekt vill man utveckla en rehabiliterande syn i hemvårdens arbetssätt. Från Skara beskrivs att hemtjänstpersonalen i en av försöksgrupperna upplevde arbetet som mer stimulerande när de fick arbeta med hemrehabilitering. Personalen fick upp ögonen för hur mycket man kan åstadkomma i vardagen med små medel. I Säffle ville man utveckla rehabiliteringen i projektform men beskriver att man redan tidigare hade en långsiktig strävan mot ett rehabiliterande arbetssätt i det dagliga vård- och omsorgsarbetet. Syftet med kontaktarbetsterapeut och kontaktsjukgymnast i Västeråsprojektet anges bl.a. vara att stödja personalen som ger insatser i eget boende för att utveckla ett rehabiliterande arbetssätt. I Örebro beskriver man de goda resultaten från projektet Rehabilitering i hemmet. Till dessa räknas att omvårdnadspersonalen känner sig stolta över sina rehabiliteringsinsatser. Ett rehabiliterande förhållningssätt har också börjat sprida sig i gruppen och vardagsrehabilitering förekommer på personalens eget initiativ. Gruppen som helhet är dessutom mer positiv sedan projektet startade. Arbetsterapeuten har fått en ny inblick i hur omvårdnads- och rehabiliteringsarbetet läggs upp och utförs, vilket har varit positivt.

Teamarbete

Till det rehabiliterande förhållningssättet hör att alla inblandade har en samsyn och ett gemensamt tänkesätt. Detta innebär också att flera yrkeskategorier ofta arbetar nära varandra eller tar vid efter varandra, i och med att de tar ett helhetsgrepp på den enskilde personens funktion och välbefinnande i vardagen. Teamarbete beskrivs som den naturliga arbetsformen och i många av projekten lyfts också teamidéen fram som en del av projektplanen eller utvärderingen. I t.ex. Höör arbetar man i team som består av en arbetsterapeut, en sjukgymnast, undersköterskor och biståndshandläggare. En sjuksköterska tillkallas vid behov. Från Kungälv kommun anger man att förutsättningen för en målinriktad rehabilitering i det egna hemmet är ett gott samarbete mellan de olika yrkesgrupperna. Erfarenheterna visar att det effektivaste sättet att arbeta med HemRehab är när arbetet bedrivs i ett avgränsat team med tydlig ansvarsfördelning.

I Säffle kommun planeras för närvarande ett projekt för att utveckla teamarbetet. De samverkande parterna ska vara sjuksköterska, biståndsbedömare, arbetsterapeut, sjukgymnast, kontaktperson samt enhetschef. I projektbeskrivningen nämns också andra tänkbara konstellationer runt brukaren: planeringsteam för korttidsvistelser, planeringsteam inför hemgång efter korttidsvistelser, med bl.a. biståndsbedömare, samt planeringsteam i ordinärt boende, med bl.a. en kontaktperson i hemtjänsten och en biståndsbedömare. I alla kombinationer ingår en områdesansvarig sjuksköterska och rehabiliteringspersonal. Man framhåller att ett väl fungerande team kräver ett förändrat arbetssätt, där alla yrkeskategoriernas roller synliggörs och utvecklas. Teamutvecklingen syftar också till gemensam värdegrund.

Förebyggande arbete och tidiga insatser

En del av effekterna av det rehabiliterande förhållningssätt som beskrivits är att alla aktörer kring den enskilde tänker på samma sätt. Därför kan de tidigare än annars uppmärksamma ett äldre person behöver förebyggande insatser. I flera av projekten har man påpekat att det är en klar fördel om den personal som omger den äldre personen i vardagen har en rehabiliterande inställning och kan ta egna initiativ. Tidiga insatser i kombination med förebyggande hembesök var ett av syftena med projektet ARLA 2004 som genomfördes i Arjeplogs kommun. Man ville skapa samverkansrutiner för det tidiga förebyggande arbetet bland äldre i eget boende, vilket skulle kunna fördröja behovet för stora insatser av vård och omsorg. I utvärderingen konstaterades att behoven visade sig vara förvånansvärt få. Förklaringen i Arjeplog var att målgruppen bestod av personer som var relativt unga och vid god hälsa. Ett liknande resonemang förs i rapporten från Kumla där man reflekterar över att det borde ha varit fler som behövde rehabilitering i hemmet än de som identifierades. I ett av de områden som ingick i Kumlaförsöket hade ingen rehabilitering i hemmet förekommit alls, vilket fick rapportskrivaren att fråga sig om behovet faktiskt är annorlunda där eller om det finns en skillnad i hur man bedömer behovet av rehabilitering i hemmet.

I Örebro konstaterar man att arbetsterapeutens roll har utvidgats från att ”vara den som bara dyker upp ibland med ett hjälpmedel” till att i stället, genom närheten till gruppen, bidra till ett mer förebyggande arbetssätt. Därigenom kan de nödvändiga rehabiliteringsinsatserna uppmärksammas så tidigt att personen inte behöver några hjälpmedel eller insatser från hemvården. I Skara kommun har man genomfört ett utvecklingsarbete om ett rehabiliterande förhållningssätt med hemrehabiliteringen som utgångspunkt. Där poängterar man vikten av tidiga rehabiliteringsinsatser för att undvika att den enskilde blir inaktiv och mer hjälpberoende än nödvändigt. I Härlanda fick hemtjänstgrupperna grund- och fortsättningsutbildning i ett rehabiliterande förhållningssätt, vilket enligt rapporten gav den kunskap som är nödvändig för att tidigt kunna uppmärksamma en vårdtagares rehabiliteringsbehov.

Tid

Ett problem som hänger samman med förändringen till ett nytt, vardagsrehabiliterande arbetssätt är känslan av att tiden inte räcker till. Att sitta på en stol i köket medan vårdtagaren duschar själv eller att ”arbeta med händerna på ryggen” kan upplevas som oerhört frustrerande, särskilt om detta inte är inräknat i den biståndsbedömda tid som styr hemtjänstverksamheten. I många redovisningar nämns upplevelsen av att tiden inte räcker till för det nya arbetssättet, dvs. att vardagsrehabilitering kräver extra tid. I utvärderingen av Härlandaprojektet beskrevs t.ex. tidsbrist som en av de faktorer som upplevdes som problem. I utvärderingen från Hagfors framhålls att rehabiliteringen bör sättas in så tidigt som situationen tillåter och kan vara tidskrävande från början. Vardagsrehabilitering och den extra tid som krävs borde dock vara en självklarhet, enligt rapporten. I Höörprojektet konstateras att ett funktionsbevarande tänkesätt är tidskrävande och att det är viktigt att i organisationen se över hur man kan få mer tid över vid hemtjänstarbete.

I en konsekvensanalys från Jönköpings projekt Äldre 2006 framhåller man att samverkansmodellen kräver att arbetsledningen prioriterar tid och personal. I bedömningen av Lommas hemrehabstudie redovisas även personalens utvärdering av studien. Många tyckte att försöket var positivt och viktigt att fortsätta med, men vissa saker ville man dock förändra. Det handlade bl.a. om att få tillräckligt med tid avsatt och att tidplaneringen för olika insatser behöver bli bättre genomtänkt.

I rapporten om utvecklingsarbetet i Skara kommun skriver man att tidsåtgången är en fråga som behöver undersökas mer noggrant, eftersom alla hemvårdsgrupper nämnde brist på tid vid de inledande uppföljningsmötena. När tiden inte räckte till tvingades man prioritera andra uppgifter än rehabiliteringsinsatserna. Vid ett senare uppföljningstillfälle hade man dock i en av grupperna lärt sig prioritera på ett annat sätt och upplevde därför inte längre att tiden var ett problem. Arbetet hade tvärtom blivit mer stimulerande då man fick arbeta med rehabilitering i vardagen.

Biståndsbedömning kopplad till rehabiliteringsinsats

Biståndshandläggaren har en oerhört viktig roll, vilket framgår av synpunkterna på tidsbristen och att rehabiliteringsinsatserna måste få ta extra tid. För att utveckla den behövliga samsynen mellan biståndshandläggaren och de övriga i rehabiliteringsarbetet har man i projektrapporterna pekat på olika vägar. Här nämns teamarbete, handledning, utbildning och gemensam vårdplanering som exempel på lösningar med positiva resultat.

Från Kungälv's projektrapport beskrivs ett arbetssätt där arbetsterapeuterna och sjukgymnasterna fick tillgång till information från biståndshandläggaren inför en vårdplanering. Om det gällde en patient som var aktuell för rehabilitering tog rehabiliteringspersonalen kontakt med biståndshandläggaren och vårdplaneringen genomfördes tillsammans med patienten, de anhöriga, en sjuksköterska, kommunens arbetsterapeut och sjukgymnast samt en sjuksköterska i hemsjukvården. Ett mer översiktligt beslut om bistånd, "Hemtjänst i rehabiliterande syfte", fattades för en kortare period. Delmålen från HemRehab styrde sedan omfattningen av stödet och hjälpinsatserna.

I Västerås stad har en kartläggning genomförts som beskriver hur rehabiliteringen utförs i dag och vilka förändringsbehov som finns för framtiden t.ex. inom äldreområdet. Bland annat konstaterades att biståndshandläggaren oftast är den i kommunen som först möter den person som behöver någon form av stöd och hjälp inom omsorgsområdet. Utifrån kartläggningen framkom ett antal förslag. Ett av dessa var att tillföra rehabiliterings- och habiliteringskompetens till biståndshandläggarens utredning och till insatsernas utformning i ordinärt boende. Detta innebär att kommunen tar ansvar för att personen så tidigt som möjligt ska möta ett rehabiliterande synsätt och arbetssätt. Man har nu påbörjat försöket Projektuppdrag för kontaktarbetsterapeut och kontaktsjukgymnast. En viktig del av uppdraget är att bistå biståndshandläggaren med kunskap inom rehabiliteringsområdet.

Från Skara kommun beskrivs att en arbetsterapeut och en sjukgymnast brukar följa med biståndshandläggaren in på vårdplaneringen när det är aktuellt med hemrehabilitering. Detta har också inneburit att man behöver ta mer hänsyn till rehabiliteringsbehovet redan i biståndsbedömningen. Man

framhåller det positiva i att biståndshandläggaren får kunskap från rehabiliteringsområdet när han eller hon ska utreda den äldres behov av insatser i ordinärt boende.

I Lidköping drivs ett projekt för att genomföra en målinriktad rehabilitering i hemmiljö, och man lyfter fram den viktiga kopplingen mellan rehabilitering och biståndsbeslut. I detta sammanhang kan också ADL-taxonomin vara ett viktigt och användbart bedömningsinstrument, se nedan. I Höör ingår biståndshandläggaren i teamet, tillsammans med arbetsterapeut, sjukgymnast och undersköterskor. I Säffle kommun planerar man ett projekt för att utveckla teamarbetet, och där ska biståndsbedömarna ingå. Biståndshandläggarna ska också ingå i flera av de övriga konstellationer som man förutser kommer att behövas. I Lerums rapport framhålls att det gemensamma arbetet med hemvården och biståndsenheten är särskilt viktigt i hemrehabiliteringen. Att arbeta på detta sätt ger kommunens innevånare större möjligheter att flytta hem till sitt ordinära boende och tidigt få rätt stödresurser för att åter bli självständig efter en skada eller en sjukdom.

Konkreta mål och delmål, vårdplanering och individuell rehabplan

De flesta av projektbeskrivningarna innehåller någon form av diskussion om målsättningen för hemrehabiliteringsinsatserna och om vikten av att mål och delmål följs upp så att nya delmål kan formuleras. En viktig del av underlaget för en reviderad biståndsbedömning är också att kunna se om ett mål har uppnåtts eller inte, se ovan.

I Kumla slår man fast att det krävs konkreta och realistiska mål och delmål för varje brukare. Man beskriver att rehabiliteringsprojektets genomförande börjar med en vårdplanering på sjukhuset. Där har man bl.a. formulerat ett meningsfullt mål för insatsen, motivation för träning och möjligen ungefärlig tidsåtgång. En arbetsterapeut, sjukgymnast och sjuksköterska möter sedan upp vid hemmet, tillsammans med övrig personal om de behövs.

En speciell form av vårdplanering är rehabplanen som tillämpas i många kommuner. Till exempel i Lomma kommun använder man rehabplanen som ett arbetsinstrument. Där bedrivs ett nära samarbete mellan de olika aktörerna, med bedömningar, hembesök, veckoplanering, behandlingar, åtgärder och uppföljning. Tillsammans med brukaren har en arbetsterapeut och en sjukgymnast arbetat fram en rehabplan som patienten och personalen undertecknar. Också från Örebro beskrivs en liknande metod där brukaren, de anhöriga, kontaktpersonen, sjuksköterskan och arbetsterapeuten tillsammans sätter upp mål och planerar för att uppnå dessa mål, vilka dokumenteras och följs upp regelbundet. Svaren på en personalenkät visar dock att rehabiliteringsmålen inte sätts upp tillsammans med brukaren i tillräckligt stor utsträckning.

I Lerum deltar hemrehabteamet i vårdplaneringen kring ärenden som bedöms bli aktuella för hemrehabilitering. På detta sätt är det samma person som möter den äldre och hemvården vid hemkomsten efter en sjukhusvistelse. Utifrån en ADL-bedömning (aktiviteter i det dagliga livet) av arbetstera-

peut och sjukgymnast planeras lämplig träning för att nå vissa konkreta mål, tillsammans med patienten och hemvårdens personal. Målen och delmålen dokumenteras i form av en rehabplan, som också fungerar som ett arbetsinstrument. Patienten har sedan stöd av hemvården i sin träning, vilken följs upp och nya mål sätts upp i takt med att den äldre ökar sin förmåga. Rehabplanen som arbetsinstrument har enligt rapporten inneburit att ansvaret för rehabiliteringen har blivit tydligt och konkret för alla inblandade. Även i Kungälv tillämpade man detta arbetssätt, dvs. arbetsterapeuten och sjukgymnasten fick tillgång till information från biståndshandläggaren inför en vårdplanering.

Dokumentation och informationsöverföring

Det som skrivits om bl.a. vårdplaner och den individuella rehabplanen visar att dokumentation är ett viktigt redskap i arbetet med en framgångsrik rehabilitering. Dokumentation är också ett användbart verktyg för den viktiga och nödvändiga informationsöverföringen mellan de olika aktörerna. I flera av projekten tas frågan upp om hur man lämpligast kan dokumentera rehabiliteringsinsatserna, både inom teamet och i den enskildes hem.

För att följa upp i vilken mån hemvårdspersonalen genomförde de planerade rehabiliteringsåtgärderna hos de äldre införde man signerade åtgärdslistor i Hjöprojektet. Om mindre än 75 procent av åtgärderna genomfördes enligt planerna betraktades det som avvikelse. Ett kvalitetsråd inrättades för att följa upp avvikelserna och analysera orsakerna bakom. Detta systematiska uppföljningsarbete har gjort att avvikelserna minskat betydligt. I Höör kommuns hemrehabiliteringprojekt använder man sig av en pärm som under rehabiliteringstiden ska finnas hemma hos den äldre och innehålla aktuell information. I Lomma kommun använder den legitimerade personalen en e-journal för sin dokumentation medan undersköterskorna dokumenterar sina insatser i en omvårdnadspärm. Bland de delprojekt som ingår i PÄR-projektet i Jönköpings kommun finns organisatoriska och administrativa förbättringsarbeten, bl.a. i form av journalgranskningar och utveckling av överrapporteringsrutiner via IT.

Två huvudmän

Det dubbla huvudmannskapet mellan kommunerna och landstingen innebär vissa svårigheter, och för att motverka dem har man bl.a. i Härlanda genomfört projektet Samordnad rehabilitering. Syftet var att ta fram former för samverkan mellan aktörerna inom äldreomsorgen, hemsjukvården, primärvården och sjukhusvården. Samverkansformerna ska gälla rehabilitering och utgå från individens behov. Man vill också förbättra kontinuiteten i de kontakter som rör rehabilitering. Bland de erfarenheter som beskrivits är frågan om gränser viktig. I rapporten ställs frågan: ”Gränsöverskridande eller gränsbevarande?” De gränser som diskuteras är dels byråkratiska, dvs. beroende av lagar och regelverk eller antagen praxis, dels huvudmännens eller verksamheternas gränser, som man exemplifierar med uttrycken ”vårdande sektor” respektive ”servicegivande sektor”. Ytterligare ett gränsproblem är olika yrkesgruppers kompetens och kunskap kring rehabilitering. Samver-

kan handlade följaktligen till stor del om var gränserna skulle dras respektive överskridas.

För att få underlag för framtida samverkansarbete mellan personal inom kommun och landsting i arbetet med äldre som bor hemma i Arjeplogs kommun har FoU i Norrbotten utvärderat ARLAprojektet. Den externa utvärderingen har fokuserat på olika aspekter av kommunens och landstingets samverkan och samsyn i det förebyggande arbetet för äldre. Även samverkan mellan olika yrkesgrupper har uppmärksammats. Utvärderingen visar att personalen har positiva upplevelser av projektet och att samverkan har utvecklats under projektiden, både inom den egna organisationen och mellan de olika samverkansparterna. Man har också lärt sig av varandras sätt att tänka och fått mer av en helhetssyn på den äldre personen. I utvärderingsrapporten dras slutsatsen att det är värdefullt med gemensamt organiserade mötesplatser för kommun- och landstingsanställd personal. Vården av de äldre kan också förbättras genom regelbundna träffar där man kan föra övergripande diskussioner och enas om gemensamma strategier och mål.

Jönköpings kommun och Landstinget i Jönköpings län tog 2006 ett gemensamt beslut om att utarbeta en samverkansmodell för insatser till personer i ordinärt boende med behov av insatser i hemmet från kommun och primärvård. Modellen kallades Samverkansmodell mellan hemtjänst, hemsjukvård och rehabilitering. I konsekvensanalysen framhåller man visserligen att modellen kräver att arbetsledningen prioriterar tid och personal. Trots det pekar man på en förväntad tidsvinst eftersom samverkan leder till mycket bättre kommunikation mellan kommunen och primärvården. Under en mötestimme kan man lösa 10–20 ärenden, som annars skulle generera många kontakter mellan den berörda personalen. I Jönköping har också PÄR, Projekt Äldre Rehabilitering, genomförts. Det är ett tvärprofessionellt utvecklingsarbete och utgör en del i ett större samverkansprojekt kring äldre vårdtagare, kallat GO-projektet (Gränslös omvårdnad). Syftet har varit att utveckla rehabiliteringsprocesser utifrån den äldres behov så att han eller hon ska få ”rätt rehabkompetens vid rätt tidpunkt”, oavsett vilken huvudman som står för insatsen. Utgångspunkten har varit att skapa möjligheter i den äldres närområde för bedömning och rehabiliterande insatser.

I Lidköping pågår ett projekt, Gemensam organisation – nyckel till bättre rehabilitering, i syfte att pröva en organisationsmodell för samverkan på rehabiliteringsområdet. Projektets huvudmål är att inom primärvårdens och kommunens ansvarsområde och med tillgängliga resurser uppnå en rehabiliteringsverksamhet som är effektiv, håller god kvalitet och har en fungerande vårdkedja där den enskilde personens behov och förutsättningar står i centrum. Med en gemensam organisation vill man skapa tydlighet, flexibilitet och bättre utnyttjande av resurser som kompetens, lokaler och utrustning. Dessutom vill man åstadkomma ett gemensamt kostnadsansvar, samordnade avgifter, gemensamt dokumentationssystem samt ökad kostnadseffektivitet. Projektbeskrivningen avslutas med devisen: ”I en gemensam organisation finns inga gränser!”

I Västerås stad finns ett annat exempel på projekt som bl.a. syftar till att underlätta kommunikationen mellan landstingets och kommunens rehabiliteringskompetens, där man utvecklar en metod med kontaktarbetsterapeut och kontaktsjukgymnast. Uppdraget ska underlätta kommunikationen mel-

lan Västerås stad och landstingets rehabiliterings- och habiliteringskompetens.

I Åre kommun har socialnämnden genomfört äldreboendestudien ”Nu och för framtiden”. I rapporten ägnas ett avsnitt åt samverkansfrågorna och man konstaterar att god samverkan mellan kommunen och landstinget är en förutsättning för god vård och omsorg. Man framhåller också att i Åre kommun finns ett gott samarbete mellan kommunen och primärvården. I samband med Ädelreformen skrev parterna ett samverkansavtal i syfte att förtydliga de båda vårdgivarnas respektive ansvarsområden och fortsätta samverkan och samförståndet omkring den kommunala hemsjukvården. Ett resultat av detta är bl.a. regelbundna träffar mellan vårdgivarna. Utredningsarbetet har visat hur viktigt det är att fortsätta denna goda samverkan för att trygga den medicinska kompetensen i hemvården. Nu, drygt tio år efter Ädelreformen, ska nya kommunvisa avtal tecknas mellan vårdgivarna.

Frågan om dubbelt huvudmannaskap berörs även i andra rapporter och uppenbarligen har den ännu inte har fått någon definitiv och god lösning över hela landet. Det finns dock många, mycket goda erfarenheter av samverkan över huvudmannagränser att bygga vidare på.

Olika lagstiftningar

I en del av projekten framhålls olikheterna mellan HSL och SoL som ett problem eftersom skillnaderna skapar en viss förvirring beträffande ansvarsfördelningen i rehabiliteringsarbetet. Man har sökt sig fram till olika lösningar.

I Örebro framhålls bl.a. att om de äldre ska kunna bo hemma måste detta följas upp med de resurser och insatser som behövs, vilket innebär att man måste samordna de befintliga insatserna. Man pekar på att arbetsterapeuten har kompetens att analysera brukarens aktivitetsförmåga och förutsättningar för rehabilitering. Därmed kan man samordna insatserna enligt socialtjänstlagen respektive hälso- och sjukvårdslagen. Ett annat exempel på att denna fråga har uppmärksamats är projektet Hemrehabilitering Höör, där man lyfter fram hur viktigt gränsöverskridandet mellan SoL och HSL är för helhetssynen på den enskilde. Man framhåller att vårdtagaren under rehabiliteringsperioden blir både patient och brukare. Träningen av funktioner och aktivitetsförmåga sker enligt HSL, medan personen stöttas i vardagslivet enligt SoL. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster är inblandade i båda sammanhangen.

I vissa av rapporterna beskrivs problem i samband med bostadsanpassning, och en förklaring kan vara att den styrs av en egen lag, Lagen om bostadsanpassning. Boverket har hand om tillsynen över denna lag som i vardagsarbetet måste samordnas med HSL och SoL.

Kompetensutveckling – handledning

På många ställen beskrivs behovet av utbildning och handledning för att höja personalens kompetens och främja det rehabiliterande förhållningssätt som är en förutsättning för en väl fungerande hemrehabilitering för äldre personer. I rapporten från Hagfors kommun framhålls bl.a. att det krävs re-

gelbunden utbildning, handledning och kontakt med rehabiliteringspersonalens specifika kompetens för att få in rehabilitering som en naturlig del i hemtjänstarbetet. I Kumla kommun och projektet Rehabilitering i hemmet, har man insett behovet av både teoretisk och praktisk kunskap, där handledning är en nödvändig del i vardagsarbetet för att äldre personer med rehabiliteringsbehov ska få rätt insatser. I Säffleprojektet räknar man med att mycket av arbetstiden ska förläggas till brukarens hem och innebära handledning av personal. I projektrapporten från Ystad framhålls att vårdpersonalens kompetens har höjts genom handledningen. Handledning kan förekomma i vardagsarbetet i den enskildes hem men också i studiecirkelform, som i Härlanda. Det kan även handla om regelrätta utbildningsinsatser, som i Hjöprojektet Kostnadsfri hemrehabilitering, där man inom projektets ram har anordnat femveckorsutbildningar på betald arbetstid. Handledningen, som i hemrehabiliteringen enligt rapporten alltid förväntas genomföras av rehabiliteringspersonal, arbetsterapeuter och sjukgymnaster, behöver inte bara riktas mot hemtjänstpersonalen utan även till biståndshandläggare, som stöd i deras beslutsfattande och vårdplanering. Det är bl.a. ett av syftena med kontaktarbetsterapeuten och kontaktsjukgymnasten i Västerås stad.

Även handledarna behöver handledning, vilket har gjort att Östersunds kommun har utvärderat själva handledningen inom hemrehabiliteringen. En synpunkt som kommit fram i utvärderingen är att alla parter måste ha kunskap, men att den kan vara på olika plan, och att det krävs ömsesidig respekt för den andres kunskap i handledarsituationen. Sjukgymnaster och arbetsterapeuter har genom sin grundutbildning och yrkeserfarenhet viss specialkunskap om den åldrande människan och om olika diagnoser. Personen som handleds har dels sin generella kunskap om äldreomsorg i hemmet, dels ofta mer kunskap om den enskilde brukaren. I arbetsterapeutens och sjukgymnastens grundutbildning saknas handledarkunskap och det kan, enligt utvärderingen, kännas konstigt att handleda när personalen känner brukaren så mycket bättre. I diskussionen nämns också att handledaren och den som handleds kan ha olika yrkeskulturer. Det är viktigt att vara medveten om sådana skillnader för att kunna bedriva en konstruktiv handledning. Utvärderingen har visat att möten mellan personal och handledare, arbetsterapeuter och sjukgymnaster ofta påverkas av tidsbrist. Därför tenderar man att hitta snabba lösningar och tar inte tillvara den viktiga möjligheten till reflektion. Man saknar en handledande dialog.

Rapporten mynnar ut i ett antal slutsatser som också kan ses som rekommendationer för den fortsatta utvecklingen av handledning inom hemrehabilitering: Både handledarna och vårdpersonalen behöver träning som en förberedelse för samarbetet i handledningssituationen.Handledningssamarbetet bör göras tydligt i form av en gemensam överenskommelse. Verktyg i handledningsarbete är, enligt författaren, ordinationer eller instruktioner och delegering samt uppföljning av detta. Handledarna behöver dessutom fortsatt stöd som handledare, och kan ha nytta av en utbildning i handledningsmetodik bl.a. för att få en teoretisk referensram för ökad förståelse av sammanhang och metoder.

Utvärdering och resultat

Många av de redovisade projekten har redan genomfört eller planerar att genomföra en utvärdering i någon form. Flera av projekten har utvärderats genom medverkan av FoU-enheter i länet, bl.a. ARLAprojektet i Arjeplog, som FoU i Norrbotten har utvärderat genom intervjuer och observationer. Syftet var att få underlag för ett framtida samverkansarbete mellan personalen inom kommunen och landstinget när det gäller arbetet med äldre i Arjeplogs kommun. Härlandaprojektet utvärderades av FoU Väst. I utvärderingen konstaterades bl.a. att projektets intentioner i hög grad uppnåddes och att de äldre haft större möjligheter att få det stöd de behövde i hemmet med ökad trygghet som följd. Tryggheten i det dagliga arbetet ökade också för de berörda personalgrupperna, framför allt hemtjänstpersonalen. Biståndshandläggarna upplevde också en ökad säkerhet i sina beslut genom det nära samarbetet med rehabiliteringspersonalen i projektet, allt enligt rapporten från Härlanda.

I Lerum verkade en FoU-cirkel under ett år, 2002 till 2003, för att stödja utvecklings- och utvärderingsarbetet. Biståndshandläggaren ingick också i cirkeln som ledde utvärderingen av projektet Hemrehab i Lerums kommun. Ett led i detta omfattande arbete var att man dokumenterade arbetet och förde statistik från projektets dag ett.

I planeringen av Jönköpingsprojektet tänker man genomföra en utvärdering genom enkäter till vårdtagarna och personalen. Administration och analys av utvärderingen ska förslagsvis utföras som en uppsats av studerande på Hälsohögskolan. I Östersund, där man insett att förutsättningen för en lyckad hemrehabilitering är ett rehabiliterande synsätt och att detta kräver handledning för personalens del, har man satsat FoU-medel för att utvärdera handledningen. I utvärderingen jämförs handledningen inom den kommunala hemrehabiliteringen respektive inom hemrehabiliteringen i privat regi. Enligt rapporten har man inte kunnat ge svar på om handledning leder till bättre vardagsrehabilitering. Författaren uttrycker dock en förhoppning om att man i kommande studier ska finna en metod för att beskriva effekten av handledning i vardagsrehabilitering.

I Lidköping planerar man en gemensam utvärdering för tre projekt med olika organisationsmodell, Lidköping, Vara och Essunga. Följande aspekter kommer att utvärderas: Produktivitet och ekonomi, uppfattning om och attityder till samverkan, processen och genomförandet, personalens arbetsmiljö samt generaliserbarheten. Vid projektets slut kommer man att presentera ett förslag på hur primärvårdens och kommunens rehabilitering ska organiseras i framtiden, med utgångspunkt från utvärderingen och slutrapporten.

Evidens och mätmetoder

I en del av utvärderingarna har man använt olika instrument och tester, bl.a. för att bedöma den enskildes funktionsförmåga, aktivitetsförmåga, motorik m.m. samt i något fall också livskvalitet. I de flesta rapporterna använder man sig också av ADL-taxonomin (Activities of Daily Living), både som ett utgångsvärde för den enskilde personen när han eller hon går in i ett projekt, för utvärdering av mål och delmålsuppfyllelse, och för att beskriva slutresultat.

tatet av de rehabiliterande insatserna. I många av rapporterna framhålls att ADL-taxonomi inte bara är ett praktiskt bedömningsinstrument utan också kan användas som ett hjälpmedel i patientarbetet. Från Härlanda kommenteras t.ex. att ADL-taxonomi också fungerar som en språklig referensram, som underlättar all kommunikation mellan de olika aktörerna i hemrehabiliteringen.

Andra mätmetoder och bedömningsinstrument nämns, t.ex. i Kumlaprojektet, där man i uppföljningen har använt Elderly Mobility Scale (Swe M-EMS) för funktionsförmågan och Euroqol (EQ-5D) för den hälsorelaterade livskvaliteten. Utifrån dessa mätmetoder kunde man redovisa att målinriktad rehabilitering i det egna hemmet, genomförd med ett avgränsat team med tydlig ansvarsfördelning, var det mest effektiva sättet att arbeta med Hem-Rehab. I Kumla använde man sig också av strukturerade gruppsamtal för personalen i hemtjänsten i både början och slutet av hemrehabperioden.

Förutom ADL-taxonomi har man i Lomma kommun också använt flera olika bedömningsinstrument. Den motoriska förmågan har mätts med GMF, Generell Motorisk Funktionsbedömning, vilken har visat en förbättring hos de äldre. Man har också använt TUG, Time Up and Go, för att mäta förmågan att resa sig upp från en stol, gå några steg och åter sätta sig. Även detta test har visat förbättringar.

För att undersöka vårdpersonalens syn på handledning har man i utvärderingsprojektet i Östersund använt sig av Manchester Clinical Supervision Scale, MCSS.

Statistik och nyckeltal

I utvärderingen av Hemrehab i Lerums kommun framhålls vikten av en noggrann dokumentation från början. Uppbyggnaden och det fortsatta arbetet har dokumenterats och man har redan från starten också fört statistik. Det insamlade materialet har använts i en utvärdering som omfattar en avgränsad tid, 1 september 2003 till 31 oktober 2004. Det är annars relativt ovanligt att man inser vikten av att dokumentera statistiska uppgifter, något som ledde till bekymmer i Sotenäsprojektet i samband med att kommunens rehabiliteringsplan togs fram. Man försökte få fram statistiskt och kostnadsmissigt jämförelsematerial från närliggande kommuner och från hela riket. Detta lyckades inte och man fick konstatera att det inte finns några nyckeltal för rehabilitering och inte heller någon tillförlitlig statistik när det gäller kommunal rehabilitering i Sverige. I Sotenäs kommun tänker man därför starta ett samarbete med närliggande kommuner för att ta fram nyckeltal för jämförelser inom rehabiliteringsområdet.

Kostnadsbesparingar

Flera av de dokumenterade projekten kan redovisa mycket positiva resultat i form av ekonomiska besparingar. Några exempel återges här. För mer detaljerad information hänvisas till projektredovisningarna i bilaga 1.

I Hjo kommun bedriver man sedan 2003 projektet Kostnadsfri hemrehabilitering, vilket bygger på Östersundsmodellen. Projektet har följts och utvärderats genom att jämföra kostnaderna för de genomförda insatserna en-

ligt HSL, och de insparade biståndsinsatserna enligt SoL. Resultatet har visat att biståndsinsatser enligt SoL har kunnat avslutas genom att funktionsnivån har höjts. Projektet har dock ännu inte lett till att hemvårdspersonalen har kunnat minskas. Detta förklaras med att personalens uppgifter ständigt växer, oavsett hemrehabiliteringsinsatserna.

I Kumla har man redovisat rehabiliteringsvinsterna genom att titta på det uppskattade behovet av hemtjänsttimmar, mäta beroende i ADL-funktioner och göra en skattning av brukarens livskvalitet. Detta ställs sedan mot antalet beviljade hemtjänsttimmar och en mätning av oberoende i ADL-funktioner. Hemtjänsttimmarna uppskattades ha minskat så att betydande ekonomiska vinster skulle ha gjorts på ett år.

I Lerum påpekar man att förutsättningen för de beräkningar som har gjorts är att man redan från starten fört noggrann statistik. En ekonomisk skattning visar de besparingar man gjort genom hemrehabilitering. För de 29 vårdtagare som ingick i projektet skulle hemrehabiliteringsinsatserna ha utgjort en besparing på en miljon kronor under ett år.

Vid tiden för slutrapporten från Projekt Rehabteam i Hagfors beräknade man minskningen av antalet hemtjänsttimmar och bostadsanpassningar tack vare träningsinsatser i hemmet. Man beräknade också de minskade kostnaderna för de vårdtagare som varit aktuella för en plats i särskilt boende men som inte behövt utnyttja denna boendeform. Kostnadsbesparingarna fortsatte att öka även under den projekttid som återstod efter slutrapporteringen. En kompletterande kostnadsberäkning visar att den totala besparingen under projekttiden var 5,9 miljoner kronor.

Resultat ur ett brukarperspektiv

Mätbara kvaliteter eller mjukdata?

I de flesta projektrapporterna beskriver man lyckade resultat som framgångsrika försök med nya organisationsformer eller arbetssätt, minskade hemtjänstinsatser och kostnadsbesparingar. Hur framgångsrik hemrehabiliteringen har varit ur brukarnas perspektiv redovisas ofta i form av mätbara kvaliteter som förbättrad funktion, aktivitet och motorik, ADL-funktioner, balans och kondition. Dessa mätbara färdigheter påverkar också på ett tydligt sätt vårdtyngden eller biståndbehovet. Att man inte pratar lika mycket om den enskildes livskvalitet, glädje och trygghet beror troligen på de uppenbara svårigheterna att mäta sådana kvaliteter. Man kan dock anta att de flesta som arbetar med hemrehabilitering ser alla de evidensbaserade insatserna och resultaten som sätt att ge de äldre mer självständighet, trygghet och oberoende samt en ökad livskvalitet. Det finns också exempel i projektrapporterna på att man även väger in sådana mjukdata i sina utvärderingar.

Trygghet

I många av projekten lyfter man fram hur viktigt det är att den enskilde känner tillit och trygghet. I en del projekt är det ett av kriterierna för att ingå i projektet, dvs. den enskilde måste kunna vara ensam utan att vara rädd. Trygghet är dock inte bara ett kriterium för att gå in i och klara av hemrehabiliteringen, utan det är också ett av de mål man vill uppnå för både vårda-

garna och personalen, och ett av de positiva resultat för de äldre som man kunnat visa i en del utvärderingar. I utvärderingen av Härlandaprojektet beskrevs bl.a. att de äldre haft större möjlighet att få det stöd de behövde i hemmet med ökad trygghet som följd.

I Jönköpings projektplan står att målet ska vara att vårdtagaren känner sig trygg och känner tillit oavsett vem som ger insatserna, bl.a. genom att personalen lär känna varandra och tar vara på varandras kompetenser. Personalens trygghet i sin arbetssituation och roll går bitvis hand i hand med brukarens trygghetsupplevelse. Trygghet i mötet skapar trygghet.

Bland fördelarna med att träna i hemmiljö finns Lerums erfarenheter att träningen i vardagens aktiviteter blir mer meningsfull och att patienten känner sig tryggare i sin invanda miljö. Från Rättvik beskrivs att man i hemtjänsten planerar att nyanställa två personer som ska specialutbildas inom rehabilitering. Dessa ska ge hjälp till de äldre som behöver extra rehabiliteringsinsatser i hemmet. De ska också kunna följa med patienten när han eller hon behöver en akut rehabiliteringsplats och där kunna bidra med extra insatser, vilket kan ses som en trygghetsskapande åtgärd. I Skara kommun följer en arbetsterapeut eller sjukgymnast med biståndshandläggaren in på vårdplaneringen, dels för att berätta för vårdtagaren om hur rehabilitering i hemmet går till, dels för att vårdtagaren ska ”ha ett ansikte” på den person som kommer att möta upp hemma, och därmed känna sig trygg inför hemgången. I Västeråsprojektet Uppsökande verksamhet söker man bl.a. svar på om hembesök, med samtal om hälsa och livssituation, kan ge den äldre ökad trygghet.

Livskvalitet

I de flesta fall beskrivs de positiva resultaten från en utomstående synpunkt, där man på olika sätt försöker bedöma hur den enskilde känner eller tänker. När den enskilde personens självständighet, oberoende, trygghet och livskvalitet är uttalade syften med projekten finns de också nämnda som en del av måluppfyllelsen när projektet har avslutats. I Ystad t.ex. nämner man att resultatet har blivit positivt och att vårdtagarna fått mer livskvalitet och självständighet.

I de olika utvärderingarna nämner man relativt sällan den enskildes egen syn på sin rehabilitering och dess resultat, särskilt i form av livstillfredsställelse och livskvalitet. Men det finns undantag. I Lomma har man t.ex. tagit reda på den enskildes upplevelse av hemrehabiliteringen genom en patientenkät och visar att svaren varit övervägande positiva. Rehabteamet i Hagforsprojektet kommenterar att till de ekonomiska vinster som gjordes genom projektarbetet måste man också lägga vårdtagarnas egna positiva upplevelser och ökade livskvalitet. ”Livskvalitet kan aldrig värderas i pengar!” Det enda projekt som nämner den enskildes känsla av glädje är ett friskvårdsprojekt, Friskvårdscentrum Hässelby-Vällingby, som utgör en enhet under Äldreomsorgens rehabiliteringsenhet. I utvärderingsenkäten angav många av deltagarna ett bättre välbefinnande, de kände sig piggare och gladare och upplevde en förbättrad livskvalitet.

Förväntade målgrupper

I många av kommunerna resonerar man om hur behoven kan komma att se ut i framtiden och vilka målgrupper som kan vara aktuella. I Sotenäs kommun har man tagit fram en rehabiliteringsplan för att bl.a. ge förslag på hur den framtida rehabiliteringen ska bedrivas. Här pekar man på den ökande gruppen multisjuka äldre som ställer allt högre krav på att bo kvar hemma med de insatser som behövs. Bland de förväntade framtida målgrupperna nämns också personer med syn- eller hörselskador. I Arjeplog påpekar man att behovet av utveckling är särskilt framträdande beträffande demens och demensvård. Denna grupp ökar och många personer med demens bor kvar länge i det egna boendet. I diskussionen lyfter man också fram frågan om hur man ska kunna nå och stödja de anhöriga. I Jönköpings samverkansmodell räknar man med att målgruppen omfattar brukare som kan behöva insatser av t.ex. logoped eller dietist.

Förebilder, nätverk och modeller

I rapporterna om projekt som har genomförts eller planeras nämns då och då att man har tagit idén eller arbetssättet från erfarenheter som tidigare gjorts i andra kommuner. En del kommuner har på detta sätt stått som inspirerande förebilder för andra. En kommun som ofta nämns är Östersund, som redan tidigt började arbeta utifrån ett rehabiliterande synsätt. Hagfors, Hjo, Lidköping och Skara m.fl. har lyft fram Östersundsmodellen som förebild. Andra kommuner som nämns är Vara, som stått modell för hemrehab i Kungälv, Uddevalla som inspirerat bl.a. Lidköpings kommun, och Helsingborg, som stått modell för hemrehabiliteringsarbetet i Höör, samt Eskilstuna, vars erfarenheter av uppsökande verksamhet legat till grund för liknande verksamheter i Västerås. Det finns uppenbarligen strömmar mellan kommunerna där de goda modellerna omsätts och utvecklas vidare, en form av positivt nätverk. Förhoppningsvis fortsätter denna trend, något som underlättas om det finns beskrivningar och dokumentationer att ta del av. Många av de projekt som presenteras här kan troligen fungera som goda modeller och stimulera till liknande utvecklingsarbeten i andra kommuner eller primärvårdsområden.

Sammanställning av enkätsvar från kommunnätverket

Den enkät som Hjälpmedelsinstitutet skickade ut till sitt kommunnätverk innehöll frågor om kommunernas rehabilitering av hemmaboende äldre personer. Enkäten gällde alltså inte landstingens rehabiliteringsarbete inom äldreområdet. En del av svaren omfattar dock exempel på olika former av samverkan mellan kommunerna och primärvården. Frågorna gällde vilka betydelsefulla framgångsfaktorer och problem man identifierat kring arbetet med rehabilitering för hemmaboende äldre personer inom kommunernas ansvarsområden. Frågorna gällde också vilka viktiga beslut som fattats för att utveckla området och vilka utvecklingsprojekt som pågår inom området.

Hjälpmedelsinstitutets kommunnätverk består av 275 av landets 290 kommuner. 81 kommuner har besvarat enkäten, varav 23 har angett att de inte övertagit hemsjukvården. Som jämförelse kan nämnas att omkring hälften av landets kommuner, 150 stycken, i dag har tagit över hemsjukvården

I tidigare enkäter har svarsfrekvensen varit mycket större, och drygt 80 svar är en relativt låg andel. Många av dem som inte svarat är antagligen just kommuner som inte har tagit över hemsjukvården och att man därför tycker att synpunkter på hemrehabiliteringen av äldre personer är en fråga för landstingen. En annan tolkning kan vara att de flesta kommuner ännu inte har kommit igång med ett systematiskt arbete kring rehabilitering av äldre i hemmet. En tredje förklaring kan vara att frågor om viktiga faktorer som påverkar rehabiliteringsarbetet i hemmet, inklusive bostadsanpassning och hjälpmedel, fortfarande är så pass nya och svåra att man behöver mer tid för eftertanke och samråd innan man tydligt kan identifiera de faktorer som påverkar arbetet i positiv eller negativ riktning. Forum för erfarenhetsutbyte och samråd kan behövas.

Av uppgiftslämnarna angav 35 att de var arbetsterapeuter, 5 sjukgymnaster, 1 kurator samt 1 rehabiliteringsutvecklare. 16 hade titeln MAR (medicinskt ansvarig för rehabilitering), och där ingår det troligen fler arbetsterapeuter eller sjukgymnaster, och 8 MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska). De övriga uppgiftslämnarna var enhetschefer, äldreomsorgschefer, områdeschefer, rehabchefer, arbetsledare m.fl. liknande titlar i ledande befattning.

Nedan görs en kortfattad sammanställning av de vanligaste synpunkterna på framgångsfaktorer och problem i arbetet med att utveckla hemrehabiliteringen. Sammanställningen innehåller några synpunkter som bara framförts av någon enda uppgiftslämnare, eftersom just en udda tanke kan vara särskilt viktig. I många fall är svaren om framgångsfaktorer och problem varandras spegelbilder. De faktorer som hjälper är, om de saknas, just de som stjälper i rehabiliteringsarbetet, dvs. svaren ger två sidor av samma mynt.

Efter sammanställningen av enkätsvaren presenteras de viktiga beslut som fattats för att utveckla området och de utvecklingsprojekt som pågår i kommunerna.

Framgångsfaktorer

De fem oftast nämnda framgångsfaktorerna

- Personalresurser, kontinuitet och kompetens.
- Ett rehabiliterande förhållningssätt.
- Möjlighet att arbeta i team.
- Klara riktlinjer för arbetet, gott ledarskap och gemensam värdegrund.
- Rehabiliteringspersonalen deltar i vårdplanering och i utarbetandet av rehabiliteringsplan.

Den faktor som de flesta har lyft fram är personalresurser. Här pekar man på att det ska finnas tillräckligt många arbetsterapeuter och sjukgymnaster, liksom baspersonal. Det behöver finnas en kontinuitet i bemanningen och kompetensen måste vara hög. Det måste också finnas andra resurser omkring personalen för att möjliggöra deras arbete.

Ett rehabiliterande förhållningssätt och en samsyn kring vardagsrehabilitering är den näst vanligaste faktorn i de angivna svaren. 33 av uppgiftslämnarna lyfter fram detta som en viktig faktor i arbetet kring den enskilde personen i hans eller hennes hem. Av de kortfattade svaren framgår inte vad man egentligen menar med ett sådant förhållningssätt men det kan nog betraktas som en gemensam kod, som ingen inom området behöver ställa sig frågande inför.

Möjligheten att arbeta i team har angetts som framgångsfaktorer i 29 av enkätsvaren. Därefter följer med nästan lika många svar att uppdraget ska vara tydligt och att det finns klara riktlinjer för arbetet. Detta inkluderar också ett gott ledarskap och en gemensam värdegrund. En återkommande önskan är att all hemsjukvård ska ligga under en och samma huvudman, men man lyfter också fram en fungerande samverkan och en tydlig ansvarsfördelning mellan huvudmännen som mycket angelägna faktorer i rehabiliteringsarbetet.

Andra viktiga faktorer är att rehabiliteringspersonalen deltar i vårdplanering, att man upprättar en individuell rehabplan, att mål och delmål sätts upp och följs upp samt att man genomför en ändamålsenlig träning. Närbesläktade med dessa faktorer är kravet på en fungerande överrapportering och en noggrann dokumentation. När biståndsbedömningen utgår från ett rehabiliterande förhållningssätt är det också något som bidrar till framgång i hemrehabiliteringen.

Andra framgångsfaktorer

Väl fungerande bostadsanpassning och en insiktsfull hjälpmedelshantering är också ”måsten” för en god hemrehabilitering, vilket 20 av uppgiftslämnarna har angett.

Vikten av tidiga insatser som en förutsättning för ett framgångsrikt rehabiliteringsarbete har lyfts fram av relativt många. Nästan lika många har nämnt betydelsen av att både personalen och vårdtagarna känner trygghet i rehabiliteringsarbetet. Vikten av anhörigstöd återkommer också relativt ofta i enkätsvaren. Några av uppgiftslämnarna har dessutom poängterat betydelsen av att ha tillgång till träning utanför hemmet.

Bara två av uppgiftslämnarna har nämnt betydelsen av att alla använder gemensamma begrepp och gemensamma definitioner, och ICF, Internationell klassifikation av funktionshinder, nämns som exempel. En framgångsfaktor är att det finns en kurator i rehabiliteringsteamet. Andra viktiga förutsättningar är en fungerande vård- eller rehabiliteringskedja och tillgång till olika vård- och rehabiliteringsnivåer som man kan slussa brukaren mellan vid olika behov, som dagverksamhet, gruppverksamhet, dagrehabilitering, korttidsboende, särskilt boende osv. är viktiga förutsättningar. Personalen måste också känna motivation för att rehabiliteringsarbetet ska bli framgångsrikt. Bemötandet och ett gott möte mellan personal och vårdtagare kan också vara avgörande för en framgångsrik rehabilitering.

Slutligen de udda faktorer som underlättar ett framgångsrikt rehabiliteringsarbete och som endast nämnts av en enda uppgiftslämnare. Hit hör fritt val av boende, förebyggande hembesök, mindre hemvårdsgrupper, att man arbetar fallförebyggande, att man löser praktiska frågor kring rehabiliteringsarbetet, samt att man i rehabiliteringsarbetet tillämpar ett helhetsperspektiv.

Problem

De fem oftast nämnda problemen

- Avsaknaden av rehabiliteringstänkande och brist på samsyn.
- Brist på kompetens, kunskap och erfarenhet hos personalen.
- Resursbrist.
- Dubbelt huvudmannaskap, olika lagstiftningar och gränsfrågor.
- Bristande samverkan och team som inte fungerar.

Det problem som har lyfts fram av flest uppgiftslämnare är avsaknaden av ett rehabiliteringstänkande och ett vardagsrehabiliterande förhållningssätt. Hit hör också bristen på samsyn. 29 av uppgiftslämnarna har pekat på det problemet. Näst oftast förekommande i svaren är att personalen saknar kompetens och kunskap, ibland utan att ange vilken yrkeskategori som menas, men ibland nämns särskilt baspersonalen. 28 av uppgiftslämnarna har angett kompetensbristen som ett problem. Man pekar också på att det ibland saknas erfarenhet och omdöme i hemrehabiliteringen. Resursbrist upplevs som ett stort problem, det tredje i antalsordningen, och 25 personer lyfter fram det som ett hinder för en framgångsrik rehabilitering. Lika många pekar på problematiken kring det dubbla huvudmannaskapet och de gränsfrågor som ofta visar sig svårlösta. Hit hör också de dubbla lagstiftningarna, SoL och HSL, som bidrar till oklarhet och otydlig ansvarsfördelning. Efter som hemrehabilitering i sig är en gränsöverskridande verksamhet blir pro-

blemen särskilt besvärande om man inte har lyckats komma överens om vem som gör vad och vem som ska betala. Ett annat hinder är bristande samverkan mellan olika aktörer i rehabiliteringsarbetet och att teamarbetet inte fungerar.

Andra problem

Att det saknas rehabiliteringspersonal, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och rehabiliteringsassistenter är också ett stort problem som lyfts fram av många, 23 personer. Högt upp på listan ligger även tidsbristen. Det nya, rehabiliterande arbetssättet kräver mer tid, åtminstone till en början, innan man kan se vinster i tid som ett resultat av hemrehabiliteringen. Många upplever att man inte tar hänsyn till den ökade tidsåtgången i biståndsbedömningarna, och att tidsbristen därför utgör ett direkt hinder i genomförandet av hemrehabiliteringen. 21 personer har angett tiden som ett stort problem.

Många av uppgiftslämnarna pekar på bristfällig informationsöverföring, dålig dokumentation och avsaknaden av uppföljning som hinder i rehabiliteringsarbetet. Problemet med otydligt ledarskap, oklart uppdrag, oklar struktur och oklara roller i rehabiliteringsarbetet är ett närliggande bekymmer, vilket många har framhållit som ett problem. Svårigheter skapas också av att bostadsanpassning och hjälpmedelshantering fungerar dåligt, vilket påpekas av relativt många.

Handledning och utbildningsinsatser behövs i mycket högre grad än vad som nu förekommer, vilket ses som ett hinder för utvecklingsarbetet. Ett relativt vanligt problem är att den enskilde personen saknar motivation för hemrehabiliteringen och att de anhöriga har en passiviserande inverkan på de äldre. Man lyfter också fram att biståndsbedömningen inte alltid underlättar för hemrehabiliterande insatser. Som problem anges även multisjuka äldre i eget boende. I två enkätsvar nämns att det saknas individuella mål för rehabiliteringen.

Även på detta område finns ett antal faktorer som har nämnts av bara någon enda uppgiftslämnare, men det behöver dock inte betyda att de är oviktiga. En av dessa enstaka kommentarer är att arbetsterapeuter och sjukgymnaster saknar kompetensutvecklingsmöjligheter. I ett av enkätsvaren lyfts problemet med att arbetsterapeuten och sjukgymnasten kan ha olika åsikter om rehabiliteringsarbetet. En av uppgiftslämnarna menar att instruktionerna och handledningen tunnans ut genom att ”delegeringen läcker”. Budskapet är inte lika klart när det kommer till den som ska utföra de rehabiliterande åtgärderna, som det var när det överlämnades i första ledet.

En uppgiftslämnare kommenterar att problemet är att det används för mycket hjälpmedel medan en annan har påpekat att det förskrivs för lite hjälpmedel, ofta av besparingsskäl. Någon anser att det saknas en god samverkan mellan rehabiliteringsteamet och den enskilde personen. För att man ska kunna uppnå ett gemensamt mål behövs en samsyn mellan dem. Vissa äldre personer lider av psykisk oro och har svårt att vara ensamma, vilket lyfts fram som ett särskilt problem, liksom avsaknad av trygghet. Just denna synpunkt kom ju också tydligt fram i tankarna om viktiga framgångsfaktorer, se ovan. Ett praktiskt problem är att det inte finns tillgång till en bil i

hemrehabiliteringen. Någon har också påpekat att man saknar samverkan med frivilligorganisationerna.

Till sist en synpunkt som nog angår alla i hemrehabiliteringsarbetet: Många tankar kan väckas hos dem som arbetar med äldre, ibland svårt funktionshindrade, i deras eget hem och med stor rumslig och social närhet. Dessa tankar kan behöva tas på allvar och ges utrymme. Det saknas dock forum för att utbyta och bearbeta de tankar som följer med arbetet, och för att förstå den egna och andras situation.

Många av de synpunkter som framförts, både positiva och negativa, kan antagligen också bekräfta andras upplevelser. Att se att andra har liknande positiva upplevelser eller har mött samma typ av problem kan ge stimulans till fortsatt utveckling av rehabiliteringsarbetet.

Viktiga beslut

Redogörelsen nedan baseras på frågan ”Vilka tre–fyra viktiga beslut har ni just fattat eller är på väg att fatta för att utveckla detta område?” Många av de inkomna svaren om beslut gäller de projekt som man just nu genomför. Svaren innehåller dock fler beslut än pågående projekt. 62 av uppgiftslämnarna har angett att man har fattat viktiga beslut och det sammanlagda antalet beslut som kortfattat presenterats i enkätsvaren är 138.

Tio exempel

- Satsa mer på rehabilitering, vardagsrehabilitering, hemrehabilitering och hemteam.
- Kompetensutveckling, utveckla ett rehabiliterande arbetssätt.
- Utveckla handledningsverksamheten.
- Utveckla den sociala dokumentationen och öka kompetensen i hanteringen av data.
- Temautbildningar.
- Nyanställa personal för att utöka rehabiliteringskompetensen.
- Utveckla samverkan och samarbete inom området, teamet och arbetslaget.
- Utveckla samverkan mellan kommun och landsting.
- Rehabiliteringspersonal deltar i vårdplaneringen och i utarbetandet av individuell rehabiliteringsplan.
- Riktlinjer för att förtydliga förutsättningarna för en genomtänkt biståndsbedömning.

De flesta beslut som angetts rör ökade satsningar på rehabilitering, särskilt vardagsrehabilitering, och att man ska starta hemrehabilitering i kommunen eller i någon av kommundelarna, ofta i projektform. Här ingår också att man beslutat utöka hemteamen. Näst vanligast var beslut om kompetensutveckling och satsningar på att sprida och utveckla ett rehabiliterande arbetssätt och förhållningssätt. Det finns även beslut om att utveckla handlednings-

verksamheten. Att utveckla den sociala dokumentationen och att öka kompetensen i hanteringen av data finns också med bland de viktiga besluten. Här ingår att personalen ska ha möjlighet att använda handdatorer i vardagsarbetet. I kommunerna har man också fattat beslut om utbildningar runt olika teman som konsultativt arbetssätt, förflyttningsteknik och kvalitetsutveckling för den legitimerade personalen. Att nyanställa personal för att utöka rehabiliteringskompetensen är ett viktigt beslut som har fattats i flera av kommunerna. I en kommun tänker man komplettera teamet med en kurator, och i en annan kommun har man beslutat att inrätta funktionen rehavtvecklare.

Beslut som rör utveckling av samverkan och samarbete i form av teamarbete eller någon form av arbetslag finns också bland de vanligaste besluten i enkätsvaren. Att utveckla samverkan mellan kommun och landsting har beslutats i fem av kommunerna, t.ex. i form av ett gemensamt resursteam för rehabilitering, och i ett fall ska samverkan handla om samfinansiering av olika insatser. Att rehabiliteringspersonalen deltar i vårdplaneringen och att man ska satsa på en individuell rehabiliteringsplan är exempel på näraliggande beslut. Det finns också beslut om riktlinjer för en genomtänkt biståndsbedömning som tar hänsyn till allt som ett vardagsrehabiliterande arbetssätt kräver. Beslut finns också om att mer frikostigt bevilja hemtjänst för socialt stöd och t.ex. promenader. I flera av kommunerna har man fattat beslut om att utreda möjligheterna för att kommunen på sikt ska ta över hela ansvaret för hemsjukvården. Man har också beslutat att inrätta eller utöka dagverksamheten, liksom i något fall även verksamheten i grupp. Också möjligheterna till hemträning ska utökas och i någon kommun tänker man påbörja träningen redan under den enskildes utredningstid, dvs. i väntan på ett biståndsbeslut. I några av kommunerna har man beslutat om förebyggande hembesök och hälsosamtal. Hjälpmedelshanteringen fokuseras liksom bostadsanpassning och tillgänglighet.

Målgrupperna för de rehabiliterande insatserna har utvidgats genom beslut om att i högre grad än tidigare inkludera personer med demenssjukdom, strokedrabbade, och multisjuka äldre personer. I arbetet med de äldre satsar man bl.a. på fallprevention och på att samråda med vårdtagaren om de insatser som planeras. I en kommun har man därför också tagit fram en samtyckesblankett. Kontaktmannaskap är en funktion som man beslutat om, liksom insatser för anhöriga.

En kommun har angett att man inte har fattat några beslut men att man har många förslag. En annan kommun säger att man har fattat beslut om visioner och mål.

Slutligen kan nämnas att ett antal beslut rör ansökan om bidrag till planerade åtgärder, utbildningar och projektverksamheter. Bland de finansieringsvägar som nämns finns stimulansbidrag och Kompetensstegen, en flerårig nationell satsning för att stödja kommunernas långsiktiga kvalitets- och kompetensutvecklingsarbete inom vården och omsorgen av äldre.

Pågående projekt

Från 54 av de kommuner som svarat på enkäten uppges att man har sammanlagt 99 pågående projekt för att utveckla rehabiliteringen för äldre

hemmaboende personer. Dessa har ytterst kortfattat beskrivits i enkätsvaren. Utöver dessa har också 25, tidigare refererade, mer ingående rapporter skickats in. Dessa presenteras i sammanfattad form i bilaga 1.

Tio exempel

- Hemrehabilitering, vardagsrehabilitering, hemteam och goda modeller.
- Rehabiliteringspersonal ges möjlighet att delta i vårdplaneringsarbetet och rehabiliteringsplaner.
- Utveckla ett rehabiliterande arbetssätt och ett vardagsrehabiliterande förhållningssätt.
- Handledarutbildningar för legitimerad personal samt för enhetschefer.
- Utbildningar med olika teman som geriatrik, social dokumentation, lyftteknik och frivilliga
- Den äldre personens boendesituation.
- Samverkan mellan kommun och landsting.
- Prioriteringar och resursbegränsningar.
- Utveckla vårdprogram inom områdena trycksår, nutrition och fallprevention.
- Olika målgrupper, som demenssjuka, strokedrabbade och anhöriga.

Av de projekt som angetts i enkätsvaren gäller projektverksamheten i de flesta fall hemrehabilitering, vardagsrehabilitering, hemteam och en bättre samverkan mellan alla aktörer i rehabiliteringsarbetet. Hemsjukvården finns också med bland de beskrivna projekten och då med en önskan att kommunen på sikt ska få ta över hela ansvaret för hemsjukvården. Hit räknas också projekt för att rehabiliteringspersonalen ska kunna delta i vårdplaneringsarbetet och att man kommer överens om en rehabiliteringsplan. Ett av projekten syftar till att åstadkomma ett vårdprogram för rehabilitering.

Många projekt går ut på att utveckla ett rehabiliterande arbetssätt och ett vardagsrehabiliterande förhållningssätt. Att ordna teamträffar ingår i flera av projekten. I nära anknytning till detta beskrivs olika former av kompetensutveckling, där man bl.a. satsar på workshop i vardagsrehabilitering. Handledarutbildningar för den legitimerade personalen samt enhetscheferna är syftet med flera av de beskrivna projekten. Många projekt syftar också till att genomföra utbildningar med olika teman, som geriatrik, social dokumentation och datahantering. Lyftteknik och s.k. ”lyftkörkort” finns också med bland utbildningsprojekten. Det finns också projekt med inriktning mot att utbilda frivilliga i ett rehabiliterande arbetssätt.

Beträffande de äldre personernas boendesituation pågår en del olika projekt, som att utveckla bostadsanpassningsarbetet, utöka platserna inom korttidsboende eller särskilt boende, samt ta fram en gemensam policy kring hjälpmedel och bostadsanpassning. Ett projekt handlar om att skapa ett hjälpmedelsforum. Förebyggande hembesök respektive fallprevention förekommer i flera kommuner. Samverkan mellan kommun och landsting i olika

former är målet för flera av de beskrivna projekten, bl.a. i form av en organisationsöversyn eller genom att man inrättar ett resursteam.

Bredden är stor när det gäller fokus i de olika projekten. Några rör prioriteringar och resursbegränsningar, andra handlar om att utveckla vårdprogram inom områdena trycksår, nutrition och fallprevention. Flera projekt riktas till demenssjuka och till strokedrabbade. Gruppverksamhet är syftet med ett projekt. Även de anhöriga nämns som målgrupp i några av projekten. Det finns också projekt som fokuserar på ledarutveckling och förändringsarbete, liksom projekt som syftar till att bilda goda arbetsmodeller.

Studien har visat att det pågår många olika projekt, och de illustrerar den pågående rörelsen från en institutionsbaserad vård och omsorg till ett mer mångfasetterat stöd för den enskilde i det egna hemmet, där rehabilitering och hjälpmedel är viktiga delar.

Diskussion

Utgångspunkten för den genomförda undersökningen har varit att studera utvecklingen av rehabilitering för hemmaboende äldre, dvs. de rehabiliteringsinsatser som genomförs i eller i nära anknytning till den enskildes eget hem. Specifika frågor om de anhörigas situation och om rehabiliteringsinsatser inom andra boendeformer eller i primärvården har därför inte studerats. En del av de synpunkter som kommit in, och de projekt som har redovisats, innehåller dock exempel på gränsöverskridande verksamheter. Det kan t.ex. handla om samverkan mellan kommuner och landsting inom området, eller exempel på rehabiliteringsformer som ligger utanför det egna hemmet. Diskussionen i detta avsnitt bygger på det kunskapsstillskott som studiens samlade material innebär, inklusive den inledande litteraturgenomgången.

Mer fokus på rehabilitering

Av vad som skrivits om äldrefrågorna från Ädelreformen framgår att fokus inledningsvis var inställt på att en äldre person skulle kunna bo kvar längre i sitt eget hem, med bibehållen livskvalitet. Förutsättningen för detta var hemtjänst, hemsjukvård, bostadsanpassning och hjälpmedel. I omdömen om reformen, t.ex. i *Granskningsrapport från Riksrevisionsverket, RRV*, (20) framhålls dock att man behövde lägga mer fokus på rehabilitering. Så småningom har man också fått större insikter om att rehabiliteringsinsatser är ett viktigt komplement till omsorgen om den enskilde i eget boende. I dessa insatser kan både bostadsanpassning och olika hjälpmedel vara viktiga delar.

Tendensen till att framhålla det ordinarie boendet som mest önskvärt har inneburit en stark fokusering på insatser i den enskildes hem. Samtidigt behövs även andra boendeformer med ett annat omsorgsinnehåll, liksom utrymme för valfrihet. I enkätsvaren från kommunerna uttrycks ett önskemål om tillgång till olika vård- och rehabiliteringsnivåer, som dagverksamhet, gruppverksamhet, korttidsboende, särskilt boende osv. dit man kan hänvisa brukaren alltefter behov. Fritt val av boende framhålls som en av framgångsfaktorerna i rehabiliteringsarbetet. Detta diskuteras bl.a. i rapporten *Kvarboende eller flyttning på äldre dagar* (21). Där framgår att sex av tio tillfrågade personer uppgav att de ville bo kvar hemma som äldre. Gränsen för ”när det inte längre är möjligt att bo kvar”, har enligt rapporten förskjutits uppåt. Det finns dock tillfällen när detta inte bara är något positivt. I vissa fall kan äldre tvingas att bo kvar trots att de skulle vilja flytta till särskilt boende. Författaren beskriver detta som en ny boendeform, ”kvarbo”.

Olika definitioner och innehåll

Det finns en skillnad mellan olika former av rehabilitering. Å ena sidan finns den specifika rehabilitering som ges i samband med akuta skador eller sjukdomar, eller i samband med en risk för hastig försämring. Å andra sidan finns de stödjande och uppehållande insatser som ges till den enskilde personen när hans eller hennes situation präglas av allt svagare kroppsliga och själsliga funktioner. Här gäller det att ändå på bästa sätt ta tillvara den enskildes kvarvarande förmågor. I det förra fallet ges insatserna ofta av s.k. rehabiliteringspersonal, arbetsterapeuter och sjukgymnaster, men även andra kompetenser kan vara aktuella. I det senare fallet är det främst hemtjänstpersonal som ger insatserna, ofta med handledning av rehabiliteringspersonal. Gränsen mellan dessa båda former av rehabilitering är glidande och den enskildes behov av insatser kan variera. Ett rehabiliterande synsätt gör det lättare att avgöra när insatserna behöver intensifieras med specifik rehabilitering.

I projektrapporterna används flera uttryck för att beskriva det man gör inom rehabiliteringsområdet. Ordet hemrehabilitering förekommer ofta, men med olika innebörd. Det kan gälla all rehabilitering som ges i den enskildes hem, men det kan också handla om en särskild personalgrupp som är stationerad i en gemensam lokal eller arbetar i ett särskilt projekt. I andra fall kan det handla om den rehabilitering som de hemmaboende äldre deltar i, oavsett om det är i form av dagrehabilitering eller någon gruppverksamhet utanför den enskildes hem. Ibland ges hemrehabilitering endast till vissa målgrupper utifrån bestämda kriterier. I vissa fall används uttrycket hemrehabilitering om särskilda tidsbegränsade insatser, medan insatserna i andra fall följer patienten eller brukaren så länge han eller hon behöver dem. Uttrycket vardagsrehabilitering används ibland som synonym till hemrehabilitering, och ibland som en särskild insats enligt SoL, till skillnad från annan rehabilitering som är en insats enligt HSL. Det finns med andra ord ingen enhetlig nationell definition av de olika insatserna och deras omfattning, och därför är det nödvändigt att ge en specifik förklaring i varje enskilt projekt eller i varje enskild verksamhet.

Man kan diskutera om rehabilitering ska ses som en tidsbegränsad åtgärd eller en livslång insats. Om den äldres behov av rehabilitering ska styra talar mycket för att han eller hon kan behöva följas hela vägen med rehabiliteringsinsatser av varierande intensitet och inte överges efter en viss avgränsad tidsperiod. På senare tid har man börjat använda uttrycken ”den tredje åldern”, respektive ”den fjärde åldern”. Bl.a. Statens Folkhälsoinstitut (22) beskriver den tredje åldern som den relativt långa och friska tiden som ålderspensionär, medan den fjärde åldern kännetecknas av att den enskilde är beroende av andras hjälp för sitt dagliga liv. Det är viktigt att den som arbetar med rehabilitering inte låter sig nedslås av att tiden samtidigt medför oundvikliga funktionsnedsättningar. I Socialstyrelsens rapport *Att ta tillvara den enskildes tysta kunskap* (23) diskuteras de äldres behov av stödjande rehabiliteringsinsatser även när man inte kan förvänta sig någon förbättring.

Vardagsrehabilitering – en viktig del i rehabiliteringsarbetet

Till de rehabiliteringsinsatser i form av träning och instruktioner som genomförs i den enskildes hem ska läggas de möjligheter som rent vardagliga sysslor kan innebära. En synpunkt som inte berörts i rapporter eller enkätsvar men som är ett observandum är tendensen till att ersätta många av hemmets vardagsgöromål, som städning, matlagning, inhandling mm, med insatser utifrån, genom olika entreprenörer eller serviceinrättningar. För brukaren kan detta innebära en dubbel förlust. Att få mat lagad i hemmet, promenera, besöka affären etc. blir då bara möjligt om behovet kategoriseras som rehabilitering. Detta diskuteras i rapporten *Rehabilitering och hjälpmedel i kommunal äldreomsorg* (9). Den enskildes vardag blir torftig utan de återkommande invanda aktiviteterna. Samtidigt kan det vara svårt att känna sig obesvärad när olika främmande människor snabbt genomför de upphandlade tjänsterna, i stället för hemtjänstpersonalen som ofta upplevs som en tryggare kontakt.

Gruppverksamhet – ett komplement

Även om studien främst handlar om rehabilitering för äldre i eget boende behöver det inte betyda att all rehabilitering genomförs i hemmet. Det finns exempel på dagrehabilitering och grupprehabilitering, vilka kan vara ett gott komplement till andra rehabiliteringsinsatser även om det inte specifikt har beskrivits i några enkätsvar eller projektrapporter. Att träna eller informeras i grupp kan ha många fördelar och ge mycket goda resultat, oavsett vilken form av funktionshinder det inriktas mot. Förutom träning och information ger erfarenhetsutbytet och den sociala gemenskapen också ett plusvärde som har positiv inverkan på den enskilde personen, både fysiskt och psykiskt.

Ett rehabiliterande förhållningssätt

Genom hela studien återkommer kraven på och önskemålet om att främja och tillämpa ett rehabiliterande förhållningssätt. Man framhåller inte bara vikten av rehabiliteringsinsatser för den enskildes livssituation och livskvalitet, utan också hur avgörande ett rehabiliterande synsätt är hos samtliga aktörer, inklusive den enskilde personen själv. De flesta uppgiftslämnarna tycks utgå ifrån att begreppet förstås av alla. Rehabiliteringsarbetet kan behöva inkludera en diskussion om detta för att säkerställa en samsyn och en gemensam värdegrund. En komponent av arbetet är att möta den äldres behov av meningsfullhet och sammanhang. En annan komponent är insikten om att rehabilitering till en början kräver mer tid för att på sikt bibehålla brukarens aktivitetsförmåga. Om hemtjänstpersonalen ska kunna avsätta tid för den enskildes vardagsrehabilitering behöver det uttryckas konkret i deras arbetsbeskrivningar. I studien *Temperaturtagning på äldre rehabiliteringen* (9) konstaterades att det saknades arbetsmetoder för att kunna stå bredvid och stödja den äldres förmåga att klara sig själv, och att det saknades tid för att kunna tillämpa detta förhållningssätt. I rapporten föreslogs bl.a. att vårdhögskolorna och FoU-enheterna aktivt skulle arbeta med att utveckla metoder för ett vardagsrehabiliterande arbetssätt.

Biståndsbedömning

När ett delvis nytt arbetssätt växer fram blir också biståndshandläggarens roll i samband med vårdplaneringen särskilt viktig. För att kunna förstå kraven kring tidsåtgången och antalet biståndbedömda timmar behöver även biståndshandläggaren ha det rehabiliterande synsätt som tillämpas i rehabiliteringsarbetet. Annars kan det bli en konflikt mellan olika uppgifter i hemtjänstpersonalens arbete, vilket kan påverka det utförda arbetet och personalens arbetsmiljö. Det krävs ett stort mått av trygghet för att låta den äldre personen själv utföra en syssla som skulle klaras av mycket fortare om man som personal fick ta över. Detta är en av anledningarna till att man i projekten velat dela med sig av ett rehabiliterande förhållningssätt till biståndshandläggarna. Kommunernas enkätsvar om viktiga beslut nämner också riktlinjer för att förtydliga vad som krävs av en genomtänkt biståndsbedömning som utgår från ett vardagsrehabiliterande arbetssätt.

En annan anledning är att biståndshandläggaren i sitt arbete behöver ha ett rehabiliteringstänkande redan i samband med vårdplaneringen för att rätt kunna avgöra vilka insatser som är aktuella och ska prioriteras. Handläggaren måste därför inhämta bedömningsunderlag från arbetsterapeuten och sjukgymnasten, så att den enskilde personens rehabiliteringspotential tillvaratas redan från början. I många av projekten framhålls att man bör ha ett relativt kort tidsperspektiv i början av en biståndbedömning och vårdplanering. Det ska nämligen finnas utrymme för att uppdatera den enskilde personens aktuella situation, eftersom den ofta förändras till det bättre genom rehabiliteringsinsatserna. En återkommande uppföljning av målen och delmålen underlättar också bedömningen av den enskildes rehabiliteringsbehov.

Samarbete mellan olika yrkesgrupper och kompetenser

Rehabilitering handlar om att finna en helhetslösning på problemen i den enskildes situation. Ett viktigt led i det arbetet är att tillämpa det som Aaron Antonovsky i sin bok *Hälsans Mysterium* (24) kallar för ett salutogenetiskt (hälsofrämjande) synsätt, och stödja den äldres egna resurser. Till ett gott rehabiliteringsarbete hör också att insatserna kan behöva utföras i samverkan mellan olika kompetenser och verksamheter, att de ska vara tidiga, samordnade och allsidiga och gå ut på att den enskilde ska återfå och behålla sin funktionsförmåga. Detta kan motverka framtida vård- och omsorgsbehov, vilket innebär att rehabiliteringen också kan ha en förebyggande effekt. Insatserna ska kombineras utifrån den enskildes behov, förutsättningar och intressen. Rehabilitering innebär därför en gränsöverskridande samverkan mellan olika aktörer, där helheten kan bli mycket större än summan av delarna. Alla aktörer som kan ha betydelse för den enskildes behov och förutsättningar behöver involveras i rehabiliteringsarbetet. Då är det viktigt att samtliga rehabiliteringsaktörer, inklusive den enskilde själv, har gemensamma mål och ”går i takt” med varandra, och att den berörda personalen tar tillvara varandras kompetens.

Den rehabilitering, inklusive hjälpmedel, som kan anses vara självklar på basnivå gäller alltså inte bara insatser för personer med funktionshinder i rörelseapparaten. I *Förenta Nationernas deklaration med principer för äldre*

personer (8) som kom redan år 1991, beskrivs att äldre människor bör ha tillgång till hälsovård som hjälper dem att bibehålla eller återfå den bästa möjliga fysiska, psykiska och emotionella välfärd, och som motverkar eller fördröjer sjukdomsutbrott. Ökande ålder innebär ofta fler funktionsnedsättningar, så att många äldre utvecklar en multiproblematik. Den behöver redan på basnivån mötas med varierande rehabiliteringsinsatser från flera olika professioner, inte bara sådana som av tradition kallas rehabpersonal. Det kan handla om t.ex. hörsel- och synkompetens, logoped, dietist m.fl., och inte minst den psykosociala kompetensen är viktig.

På samma linje går också boken *Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre* (25) där författarna utgår från ett antal fallbeskrivningar och beskriver hur multisjuka äldre med olika funktionsnedsättningar kan hamna i kläm i dagens vårdssystem. Författarna förespråkar äldreteam, och anser att den rehabiliteringspersonal som kan ingå i teamet inte bara är arbetsterapeut och sjukgymnast utan också logoped, kurator, psykolog, dietist, tandläkare och apotekare.

För en bra rehabilitering av äldre som bor kvar i sitt ordinarie boende krävs många gånger också tillgång till läkar- och sjuksköterskekompetens. I propositionen *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre* (18) lyfter man fram betydelsen av att läkare ska vara tillgängliga i hemsjukvården, både i ordinärt och särskilt boende. Enligt propositionstexten skulle detta vara positivt för de äldre som är alltför sjuka för att själva söka läkarhjälp, men också dem som i dag tvingas söka sig till t.ex. akutsjukvården för ett visst besvär, trots att deras helhetsbehov bättre skulle tillgodoses inom ramen för hemsjukvården.

Rehabiliterande metoder och hjälpmedel anpassade för olika funktionshinder utvecklas allt mer. På senare tid har intresset och kunskapen kommit att riktas mot psykiska och kognitiva funktionshinder. Sådana funktionshinder kan finnas med i demenssjukdomar, som Alzheimers sjukdom, men också i diagnoser som stroke, MS, Parkinsons sjukdom med flera. På Hjälpmedelsinstitutet pågår för närvarande projektet *Teknik och demens – försöksverksamhet, metodutveckling och kompetensspridning* (26). Projektet arbetar för ökad användning av teknik för personer med demens. Målet är att öka självständigheten, tryggheten och säkerheten för människor med demenssjukdom och ge mer stöd till de anhöriga och personalen. För personer med nedsatt hörsel-, syn- eller talfunktion kan rehabiliterande insatser vara avgörande för en bättre livskvalitet. Som exempel kan nämnas det treåriga projektet *Syntes* (27), som syftar till rehabilitering inom primärvården och kommunerna för äldre personer med lindrigare synnedsättning, så att de inte behöver ta sig till specialistnivån syncentral.

I rapporten *Att arbeta med äldres rehabilitering* (11) diskuteras betydelsen av samarbete mellan olika yrkeskategorier. Här konstateras att eventuella samarbetssvårigheter mellan olika professioner kan handla om vilket synsätt – omsorg, rehabilitering, omvårdnad, medicin – som de olika aktörerna har. I artikeln *Rehabilitering i vardagen* (28) skriver Maritha Månsson. ”För ett positivt resultat där brukaren kan återvinna och/eller behålla sin funktionsförmåga krävs att alla professioner känner sitt ansvar för att arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt”.

Olika befattningshavare dokumenterar insatser och iakttagelser utifrån den lagstiftning som styr respektive de rutiner som arbetsgivaren har fastställt. Detta är ett sätt att överföra information mellan de olika aktörerna i rehabiliteringsarbetet och gör att man hela tiden kan följa den pågående rehabiliteringsprocessen. De olika yrkeskategorierna kan ha stor nytta av att känna till något om varandras arbetsområden. Vid behov kan de då förmedla kontakt med den specifika kompetens som är aktuell i det enskilda fallet, vid t.ex. syn-, hörsel- och talproblem eller kognitiva problem. Ett exempel finns i rapporten *Rehabilitering av äldre synskadade* (29) från 1997. Här redovisas en försöksmodell där arbetsterapeuter på basnivå fick utbildning inom synområdet, så att de i samverkan med syncentralernas optiker kunde arbeta med rehabilitering av äldre personer med synnedsättning.

Brukarperspektivet i rehabiliteringsarbetet

På flera håll i denna rapport har konstaterats att projektarbetet mer har handlat om organisatoriska frågor och nya arbetssätt för personalen, samt mätbara resultat hos brukaren, än om hur brukaren själv har upplevt resultaten. Den dimensionen får dock inte försvinna i rehabiliteringsarbetet. En helhetssyn på den äldre innebär inte bara att tillgodose de primära behoven och att förbättra färdigheterna, utan att också arbeta för att den enskilde personen ska uppleva sitt liv som meningsfullt. Enligt bl.a. Peter Westlund i rapporten *Antonovskys inte Masslow – för en salutogen omsorg och vård* (30), är det den faktor som ska väga tyngst och ge förutsättningar för de ”mirakel” som är möjliga genom rehabilitering.

För många äldre personer ligger det en känsla av trygghet i att kunna behålla sin egen identitet trots ökande funktionsnedsättning. I Bemötandestudien slutbetänkande, *Lindqvists nia* (31), talas bl.a. om bemötandets etik och att ett gott bemötande mest handlar om att lyssna och visa respekt för personens syn på sina livsvillkor och behov. För den äldre är det viktigt att känna att han eller hon är ”hemma” i sitt eget hem, medan besökarna ska visa den respekt som krävs av en ”gäst”. Vid upphandling av externa servicetjänster bör också denna aspekt vägas in. Ett ömsint och respektfullt närmande till den äldre och hans eller hennes hem kan vara en förutsättning för ett tillitsfullt samarbete med vårdtagaren i rehabiliteringsarbetet.

Två forskare och författare, Lars Tornstam (32) och Erik H. Eriksson (33) har beskrivit äldres behov av ett nytt förhållningssätt till grundläggande existentiella frågor och en förstärkt integritet. Enligt författarna är detta behov ett uttryck för en naturlig utveckling mot mognad och visdom, vilken innebär ett växande behov av eftertanke och kontemplation. I rehabiliteringsarbetet behöver detta respekteras. De insatser som genomförs måste genomföras på den enskildes villkor. Att vara lyhörd för detta kan vara en viktig ingrediens i kompetensutvecklingen.

Ur brukarperspektiv är det viktigt hur urvalet till de olika projekten görs och vilka kriterier som styr. Man preciserar gärna målgruppen i detalj för att efter projektets slut kunna göra en utvärdering av resultatet. Ju mer preciserade krav som ställs på de personer som får ingå i en målgrupp, desto fler personer faller utanför. Något som inte har diskuterats i projektdokumentationen är hur rehabiliteringssituationen ser ut för dem som inte bedöms pas-

sa in i projektverksamheten. Får de sina behov tillgodosedda inom den reguljära verksamheten eller lämnas deras situation helt utan åtgärd? Kan det kanske t.o.m. vara så att deras situation blir sämre på grund av att de begränsade rehabiliteringsresurserna styrs över till projektverksamheten? I denna studie finns inget underlag för att bedöma vilka konsekvenser projektarbetet har för de personer som faller utanför. Det går inte heller att utläsa hur många av dessa som själva, mot bakgrund av en realistisk information, har valt att stå utanför. En sådan diskussion kan behöva föras i samband med genomförandet av kommande projekt.

Olika huvudmän och olika lagstiftning

Sedan Ädelreformen har omkring hälften av kommunerna övertagit hemsjukvården från landstingen. Fortfarande finns en otydlighet i ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting, särskilt i kommuner som ännu inte har övertagit hemsjukvården. Denna osäkerhet kan innebära att den äldre inte får den vård och omsorg som han eller hon behöver, inklusive rehabiliteringsinsatser. Sådana svårigheter löper som en röd tråd genom många beskrivningar av äldrevården, bl.a. i *Äldrevårdsutredningen* (13). I rapporten *Att arbeta med äldres rehabilitering* (11) diskuteras gränsdragningsproblematiken när det gäller ansvarsfördelningen mellan flera huvudmän, och man lyfter fram de skillnader som finns mellan landsting och kommuner. I kommunerna arbetar man så gott som uteslutande med äldre personer medan man i landstingen måste prioritera utifrån sitt ansvar för hela befolkningen. I *den nationella utvecklingsplanen för vård och omsorg om äldre* (18) skriver regeringen att huvudansvaret för hemsjukvården bör överföras till kommunerna. I propositionstexten står: ”Med ett samlat huvudmannaskap ökar förutsättningarna för att de medicinska och sociala insatserna kan integreras till en helhet.” I samma proposition framhålls också hur viktigt det är att landstingen och kommunerna kommer överens om ansvarsgränserna för rehabilitering och hjälpmedel, och att man i överenskommelser tydliggör ansvaret.

Kommunerna lyfter fram de olika lagstiftningarna som ett problem när man ska genomföra rehabiliterings- och hjälpmedelsinsatser. Den lagstiftning som styr insatserna habilitering, rehabilitering och hjälpmedel är HSL, medan många av övriga insatser inom kommunernas hemsjukvård lyder under SoL. Tillsynen över hälso- och sjukvårdslagstiftningen vilar på Socialstyrelsen medan länsstyrelsen har tillsyn över socialtjänstlagstiftningen. Ytterligare en komplicerande faktor är att Boverket har tillsyn över lagen om bostadsanpassning. I vissa fall uppkommer en diskussion om vem som har ansvaret för bostadsanpassningsinsatserna, och då bollas ärenden mellan de olika aktörerna. Socialstyrelsen genomförde 2006 en *genomgång av den lagstiftning som styr insatserna inom äldreområdet* (34). Här framgår bl.a. att det skulle vara en fördel om alla föreskrifter och allmänna råd samordnades till en gemensam föreskrift. Enligt rapporten är det dock inte möjligt på grund av att de olika lagstiftningarna ger Socialstyrelsen olika bemyndiganden för verksamhetsområdena.

Mot bakgrund av dessa problem skriver Maritha Månsson (28) att ”det finns arbetsuppgifter som självklart tillhör det ena eller andra lagrummet men i gränslandet kan endast ett gemensamt förhållningssätt ge grund för

samarbete, kvalitet och en fungerande hemrehabilitering.” I vår studie finns många goda exempel på samverkan mellan kommunerna och primärvården, bl.a. i projektform. Det finns också stora vinster att hämta i ett arbetssätt som utgår från en helhetssyn, oavsett huvudmannaskap och lagstiftning.

För att underlätta ett gränsöverskridande samarbete använder många kommuner en individuell rehabiliteringsplan, ett betydelsefullt hjälpmedel för att tydliggöra vem som gör vad i samarbetet kring den enskildes rehabilitering. Denna plan finns inskriven som en laglig skyldighet enligt HSL sedan handikappreformen 1994 och är ofta mer långsiktig och bättre underbyggd än andra vårdplaner, när det gäller hur den enskildes behov ser ut. Tanken är att alla som deltar i arbetet med den enskildes rehabilitering eller omvårdnad ska känna till innehållet i planen, förutsatt att den enskilde går med på detta. Mer än tio år sedan handikappreformen är det dock relativt få verksamheter som använder den individuella planen i sitt rehabiliteringsarbete. I svaren från kommunerna och i många av projektdokumentationerna beskrivs rehabiliteringsplanen dock som ett användbart verktyg. I *Socialstyrelsens föreskrifter om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering, inklusive hjälpmedel* (35), som utkommer under våren 2007, beskrivs den individuella planen närmare.

Rehabiliteringens möjligheter och betydelse

På flera håll i rapporten har vi beskrivit den starka rörelsen från ett passivt omsorgsarbete mot ett mer aktivt och stödjande rehabiliteringsarbete. Denna rörelse pågår och växer, vilket kan konstateras bl.a. genom det stora intresse för att starta projekt inom området. Det framgår av *Socialstyrelsens redovisning av de stimulansmedel som fördelades år 2006* för att stödja kommunerna och landstingen i deras arbete med att utveckla och förstärka vården och omsorgen om de äldre som är mest sjuka (36). 79 procent av kommunerna har sökt stimulansmedel för projekt inom rehabiliteringsområdet.

Trots flera olika stimulansåtgärder för att lyfta och medvetandegöra vikten av rehabilitering för hela befolkningen, inklusive äldre (4, 5, 18, 36) och trots en mängd kunskap, finns det dock fortfarande en osäkerhet kring rehabiliteringens ”identitet”, dess syfte, innehåll och betydelse. Den kunskap som finns och ständigt ökar, dels genom forskning dels genom erfarenheter i det vardagliga arbetet, kan därför behöva spridas bredare så att rehabilitering får en högre status både i forskarvärlden och i den kliniska verksamheten. I rapporten *Att arbeta med äldres rehabilitering* (11) framhålls att rehabiliteringspersonalen har en stor pedagogisk uppgift i att övertyga kollegor, chefer och politiker om värdet av rehabilitering om den ska kunna vara en integrerad del av vården och omsorgen om äldre. Noggrann dokumentation är en viktig förutsättning för bra utvärderingar av resultaten, både när det gäller den enskilde personens funktion, hälsa och livskvalitet, och vinster i form av minskade hemtjänststimmar eller direkta ekonomiska besparingar. Besparingarna är också ett viktigt argument i diskussioner om utvecklings- och förändringsarbete. De projekt som redovisas i vår studie är goda exempel på ”learning by doing”, dvs. att man under arbetets gång får nya lärdomar. Dessa kan användas som underlag för ett kvalitetsarbete i de enskilda kommunerna och spridas till andra kommuner och verksamheter.

I olika projekt har man dock noterat bristen på jämförande statistik och nyckeltal. Även utvärderingsmetoderna kan behöva bli mer enhetliga så att resultaten man hänvisar till blir mer jämförbara. En viktig uppgift för framtiden kan därför vara att utarbeta någon form av underlag för jämförelser mellan olika verksamheter inom rehabiliteringens område, inklusive bostadsanpassning och hjälpmedel. Hit hör också att ta fram en enhetlig nationell definition av rehabiliteringsinsatserna. Även i *regeringens budgetproposition från hösten 2006* (19) framhålls att kunskapen om äldreomsorgen måste öka, vilket man förväntar sig att förbättrad statistik och årliga brukarundersökningar ska bidra med. I propositionen skrivs också att det är viktigt att kunna mäta och jämföra kvalitet och tillgänglighet inom äldreomsorgen, och att man måste följa upp och utvärdera resultaten av både statliga och kommunala satsningar.

Viktiga erfarenheter av studien

Det pågår *en rörelse mot ett mer aktivt och stödjande rehabiliteringsarbete*. Det innebär en ökad medvetenhet om vilka faktorer som påverkar rehabiliteringens genomförande, såväl negativa som positiva. Bland de viktiga framgångsfaktorerna kan nämnas att det finns tydliga riktlinjer för arbetet och en ledning som är engagerad i förändringsarbetet. Utbildning och handledning på alla nivåer pågår och behövs än mer.

I verksamheterna har man utvecklat *ett rehabiliterande förhållningssätt* och ett arbetssätt som prioriterar rehabilitering i den äldres vardag. Det ökar möjligheterna att tidigt uppmärksamma den enskilde personens rehabiliteringsbehov och formulera och följa upp de mål och delmål som ställs upp i vårdplaneringen, ibland i form av en individuell rehabplan. Att arbeta allt närmare den enskilde och att väga in hans eller hennes egna värderingar och syn på tillvaron i planeringen av arbetet, kräver mycket av de personer som arbetar i den äldres hem. Därför måste det finnas utrymme för samtal och reflektioner så att personalen kan nå en samsyn och en gemensam värdegrund.

En förutsättning för ett gott rehabiliteringsarbete är *en insiktsfull biståndsbedömning* som väger in både den enskildes rehabiliteringsbehov, ofta i samråd med rehabiliteringspersonal, och behovet av tid i vardagsrehabiliteringen. Till de innovationer som har beskrivits hör en särskild form av biståndsbeslut ”Hemtjänst i rehabiliterande syfte”.

Av studien framgår att *dokumentation, jämförande statistik och trovärdiga mätmetoder* är angelägna förbättringsområden. Trots att det finns en stark ambition att göra seriösa utvärderingar av projekten, i många fall genom FoU-enheterna i länen, måste studiens resultat tolkas med försiktighet. Bristen på en enhetlig, nationell definition av rehabiliteringsinsatserna är också ett problem eftersom det i dag krävs en speciell förklaring för varje enskilt projekt eller verksamhet. Att arbeta fram en nationell definition kan vara ett angeläget utvecklingsarbete.

Bland *positiva resultat* beskrivs beräknade kostnadsbesparingar för kommunen och en bättre arbetsmiljö för den personal som arbetar med hemma-boende äldre. För brukarna nämns förbättrad funktion och förmåga, ökad självständighet samt längre tid i sitt eget, ordinarie boende. Det är dock vik-

tigt att i högre grad också väga brukarnas egen upplevelse av sin rehabilitering. Även de personer som av olika anledningar inte har ingått i målgruppen kan behöva uppmärksammas.

Det finns goda exempel på *samarbete över gränserna*, både mellan olika huvudmän och mellan olika yrkeskategorier. Härigenom motverkas också de problem som kan uppstå på grund av att olika lagstiftningar styr verksamheterna. Ett gott teamarbete som bygger på en gemensam grundsyn är en form av samarbete som har visat sig vara mycket positivt.

Den genomförda studien har visat att man på många håll i landet arbetar för mer och effektivare rehabilitering för de hemmaboende äldre. Erfarenheterna som lyfts fram i rapporten kan stimulera till fortsatt utvecklingsarbete inom området. De kan bekräfta de egna erfarenheterna och fungera som en väckarklocka inför framtida arbete. Rehabilitering, inklusive bostadsanpassning och hjälpmedel, kan vara en framkomlig väg för att möta dagens ökande krav när allt fler äldre bor kvar länge i det egna, ordinarie boendet.

Referenser

1. Regeringens proposition 1990/91:14, Ädelreformen.
2. Socialstyrelsen. Rehabilitering inom hälso- och sjukvården – för alla åldrar och diagnoser. SoS-rapport 1993:10
3. Regeringens proposition 1992/93:159. Stöd och service till vissa funktionshindrade
4. Uppdrag att fördela och följa upp effekterna av det statliga stimulansbidraget till habilitering och rehabilitering. Regeringsbeslut 58, 1993-06-10.
5. Uppdrag att fördela och följa upp effekterna av det statliga stimulansbidraget till hjälpmedelsförsörjningen. Regeringsbeslut 57, 1993-06-10
6. Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen, SOU 1995:5, Vårdens svåra val
7. Regeringens proposition 1997/98: 113. Nationell handlingsplan för äldrepolitiken, Mål, inriktning och förslag till åtgärder
8. Förenta Nationernas deklaration om de äldres rättigheter. Social- och hälsovårdsministeriet 2003
9. Socialstyrelsen. Rehabilitering och hjälpmedel i kommunal äldreomsorg. Två studier om utvecklingsläget. Äldreuppdraget 2000:8
10. Socialstyrelsen. Äldres rehabiliteringsbehov i hemmiljö. Artikelnr. 2001-123-74
11. Socialstyrelsen. Att arbeta med äldres rehabilitering. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster om sitt arbete med äldre. Artikelnr. 2003-131-10
12. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2003. Artikelnr. 2004-131-5
13. Äldrevårdsutredningen, S 2003:04
14. Slutbetänkande av Äldrevårdsutredningen, SOU 2004: 68. Sammanhållen hemvård.
15. Regeringens proposition 2004/05:94. Kvalitetsutveckling inom den kommunala vården och omsorgen om äldre genom kompetensutveckling för personalen
16. Socialstyrelsen. Investera nu! – Handlingsplan för kompetensförsörjning inom vård och omsorg. Artikelnr. 2004-103-10
17. Socialstyrelsen. Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården, slutrapport. Artikelnr. 2005-103-4
18. Regeringens proposition 2005/06: 115. Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre
19. Regeringens budgetproposition 2006/2007:21
20. Riksrevisionsverket. Vård och omsorg om äldre – analys av problem och förslag till åtgärder. Granskningsrapport, serie RRV 2002:28

21. Stockholms läns äldrecentrum, Kvarboende eller flyttning på äldre dagar – en kunskapsöversikt, 2006
22. Statens Folkhälsoinstitut. Hälsoutveckling och hälsofrämjande insatser på äldre dar.
23. Socialstyrelsen. Att ta tillvara den enskildes tysta kunskap. Sex års erfarenheter av studien ”Trettio brukare om sin rehabilitering”. Artikelnr. 2002-110-18
24. Antonovsky. Hälsans mysterium, Natur och Kultur, 2005
25. Gurner&Thorslund. Dirigent saknas i vård och omsorg om äldre – om nödvändigheten av samordning. Natur och Kultur, 2003
26. Information finns på www.hi.se/teknikochdemens
27. Hjälpmedelsinstitutet. Syntes. Trycksak, beställningsnummer 06345 eller www.hi.se
28. Maritha Månsson. Rehabilitering i vardagen. Artikel. Äldreomsorg 1/2007
29. Socialstyrelsen. Rehabilitering av äldre synskadade, Ädel 50
30. Peter Westlund. Antonovsky inte Maslow – för en salutogen omsorg och vård. Fortbildningsförlaget 2005.
31. Slutbetänkande av Utredningen om bemötande av personer med funktionshinder, SOU 1999:21. Lindqvists nia – nio vägar att utveckla bemötandet av personer med funktionshinder.
32. Lars Tornstam. Åldrandets psykologi. Norstedts Akademiska Förlag, 2005
33. Erik H. Eriksson. Den fullbordade livscykeln. Natur och Kultur, 2000
34. Socialstyrelsen. Lagstiftning inom vården och omsorgen om äldre. Likheter och skillnader mellan socialtjänst- och hälso- och sjukvårdslagstiftningen. 2006-131-24, Internetpublicering
35. Socialstyrelsen. Föreskrifter och allmänna råd om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering, inklusive hjälpmedel. Utkommer våren 2007
36. Socialstyrelsen. Redovisning av fördelningen av 2006 års stimulansmedel. 2007-01-10, dnr 00-03401/2006

Bilagor

Bilaga 1

Lokala utvecklingsarbeten i kommunerna

Under hösten 2006 har Hjälpmedelsinstitutet inventerat lokala utvecklingsarbeten som planeras, pågår eller har genomförts i kommunerna när det gäller rehabilitering för hemmaboende äldre personer. 22 av kommunerna i Hjälpmedelsinstitutets nätverk har skickat in dokumentation i form av projektbeskrivningar, projektplaner, slutrapporter och utvärderingar, kring sammanlagt 25 projekt i hela landet. Till dessa dokumenterade projektbeskrivningar kan dessutom läggas de 99 pågående projekt som kortfattat angetts i svaren på kommunenkäten, se rapporten. Sammantaget kan man konstatera att en mängd projektaktiviteter pågår eller har genomförts ute i landet för att på olika sätt utveckla rehabiliteringen av äldre, särskilt i eget boende. Många projekt är fortfarande på planeringsstadiet, och för att genomföra dem hoppas kommunerna på att få stimulansbidrag inom ramen för den nationella äldresatsningen.

Genom att i projektförmler pröva olika metoder och arbetssätt vill man inom den kommunala äldreomsorgen öka den enskilda personens livskvalitet, visa de ekonomiska fördelarna med ett rehabiliterande förhållningssätt och visa att samverkan kan motverka otydligheter i ansvarsförhållandena mellan huvudmännen. Arbetsmiljön för den berörda personalen kan också påverkas positivt. Projekten har inneburit en systematisk satsning på att utveckla rehabilitering i hemmet. Nedan presenteras projektrapporterna i korta sammanfattningar. *För att läsa rapporterna i sin helhet kan Hjälpmedelsinstitutet förmedla kontakter till respektive kommun.*

Sammandrag av projekten

Arjeplogs kommun

Rapport från FoU Norrbotten, nr 22:2005 ”Arbetsättet vilar på en annan grund ...”. Utvärdering av ARLA-projektet – ett samverkansprojekt mellan kommun och landsting för gruppen äldre i Arjeplogs kommun.

ARLA 2004 – Slutrapport, Arjeplogs vårdcentral

Arjeplogs kommun beviljades 2003 pengar för att tillsammans med vårdcentralen i Arjeplog arbeta med förebyggande hembesök. Detta resulterade i ARLA-projektet. Projektet pågick i knappt ett år under 2004 och leddes av två projektledare, en arbetsterapeut från landstinget och en medicinskt ansvarig sjuksköterska från kommunen. Tillsammans med en hemtjänstassistent från kommunen och en ytterligare arbetsterapeut, en sjukgymnast och en distriktssköterska från landstinget bildade de en arbetsgrupp. Syftet med

projektet var att skapa samverkansrutiner för det tidiga förebyggande arbetet bland äldre i eget boende. Målet var att utveckla och testa en arbetsmodell som kan integreras och bli en permanent del i verksamheten. Arbetet skulle leda till att fördröja behovet av stora insatser av vård och omsorg. Målgruppen var personer i åldern 67–80 år som bor i ordinärt boende och inte har hemtjänst i någon nämnvärd omfattning. Arbetsgruppen har träffats regelbundet och varje möte har dokumenterats. Föreningar i Arjeplog har också erbjudits att delta i projektet.

I projektets slutrapport konstateras bl.a. att den grupp som erbjöds hembesök var för ung och för pigg. Att arbeta förebyggande kräver visserligen att man är ute i ett tidigt skede, men det man vill förebygga måste också vara aktuellt hos personerna man besöker. Generellt fanns få behov av åtgärder och där man ändå genomförde några åtgärder hade dessa kanske inte blivit gjorda om projektet inte funnits. En åtgärd som gjorts på prov är hemtjänst via bildtelefoni. Här har tekniken ställt till med vissa problem, och det har ibland varit svårt att motivera den enskilde till att utnyttja och hantera tjänsten. Man tror dock att bildtelefoni skulle kunna vara till hjälp för en del eftersom avstånden ibland är långa. Hinder för att stanna kvar i eget boende längre är praktiska bekymmer som snöskottning och liknande. Man resonerar här om att införa en ”Fixar-Malte” och att därmed förebygga t.ex. fallskador.

I slutrapporten slås fast att de kvantitativa målen är uppfyllda och de kvalitativa delvis uppfyllda. Man behöver dock utveckla rutiner och grundsynen på förebyggande arbete måste genomsyra hela äldreomsorgen. Projektets huvudmål är uppfyllt i och med att en modell har utvecklats och testats för det förebyggande arbetet. Syftet är alltså delvis uppnått men det behövs fortfarande en vidareutveckling. Särskilt framträdande är behovet av utveckling när det gäller demens och demensvård. Denna grupp ökar och många dementa bor kvar länge i det egna boendet. I diskussionen lyfter man också fram frågan om hur man ska kunna nå och stödja de anhöriga.

Avslutningsvis konstaterar man i slutrapporten att projektet gav goda resultat och att både personal och de äldre vill att det ska få fortsätta. Det finns dock en önskan om att få tillämpa arbetssättet på en äldre grupp, t.ex. alla i kommunen som är över 80 år. Rapporten avslutas med att verksamheten, om den blir permanent, kommer att tas över av den ordinarie verksamheten inom vårdcentralen och kommunens äldreomsorg.

För att få underlag för ett framtida samverkansarbete mellan personalen inom kommun och landsting i arbetet med äldre i Arjeplogs kommun som bor hemma har FoU i Norrbotten utvärderat Arlaprojektet. Den externa utvärderingen genomfördes med intervjuer och observationer, och fokuserade på olika aspekter av samverkan och samsyn mellan kommunen och landstinget i det förebyggande arbetet för äldre. Även samverkan mellan olika yrkesgrupper har uppmärksammats. Resultatet av utvärderingen visar att personalen har positiva upplevelser av Arlaprojektet och att samverkan utvecklades under projektiden, både inom den egna organisationen och mellan de olika samverkansparterna. Man har också lärt sig av varandras sätt att tänka och därmed vidgat det egna perspektivet mot en helhetssyn på den äldre personen. I utvärderingsrapporten dras slutsatsen att det är värdefullt med gemensamt organiserade mötesplatser för den kommun- och lands-

tingsanställda personalen. Regelbundna träffar där man kan föra övergripande diskussioner och enas om gemensamma strategier och mål kan också bidra till att förbättra vården om de äldre.

Göteborg, Härlanda

FoU Väst, Göteborgs stad, Utvärdering av projekt Samordnad rehabilitering i Härlanda och Örgryte

Med hjälp av ett stimulansbidrag startades år 2003 ett projekt med tre utgångspunkter: tidig start av rehabilitering som anpassas till den enskildes behov, helhetssyn oberoende av huvudmannaskap samt samordning av resurser. Projektet fick namnet Samordnad rehabilitering inom stadsdelarna Härlanda och Örgryte. En faktor som ansågs som viktig för projektet var att de dåvarande huvudmannaskapsgränserna mellan olika vårdgivare varken var ändamålsenliga eller satte individen i centrum. Man ville därför samordna all rehabilitering i hemsjukvårdsområdet Munkeback och Olskroken. Syftet var att ta fram och utveckla former för samverkan mellan aktörerna inom äldreomsorg, hemsjukvård, primärvård och sjukhusvård där samverkansformerna skulle utgå från individens behov. Man ville också förbättra kontinuiteten i kontakten när det gäller rehabilitering.

Projektet drevs av två projektledare som båda var arbetsterapeuter i botten. Projektet följdes också av två referensgrupper som på olika sätt representerade aktörerna i rehabiliteringskedjan. Samverkan byggdes successivt upp eller utvecklades såväl med biståndshandläggare och hemtjänst som med primärvård, sjukhus och korttidsplatser. Utbildning kring förflytningsteknik och rehabiliterande förhållningssätt startades. Dessutom fick hemtjänstpersonalen handledning i det praktiska arbetet och man startade en studiecirkel i vardagsrehabilitering.

Bland de erfarenheter som beskrivits är frågan om gränser särskilt viktig. ”Samverkan innebär att aktörer i interaktion med andra aktörer skapar gemensam mening kring etablerade och nya gränser.” I rapporten ställs frågan: ”Gränsöverskridande eller gränsbevarande?” De gränser som diskuteras är dels byråkratiska, dvs. beroende av lagar och regelverk eller antagen praxis, dels huvudmännens eller verksamheternas gränser, som man exemplifierar med uttrycket ”vårdande sektor” respektive ”servicegivande sektor”. Ytterligare en gränsproblematik finns kring de olika yrkesgruppernas kompetens och kunskap om rehabilitering. Samverkan handlade följaktligen till stor del om var gränserna skulle gå.

I ett separat avsnitt beskrivs hur arbetsterapeuter och sjukgymnaster arbetar i sina respektive yrkesroller gentemot olika samverkansparter och med patienterna, samt hur bedömningsinstrumentet ADL-taxonomin kan användas i den kommunala hemsjukvården.

Projektet har utvärderats av FoU Väst. Av utvärderingen framgår att projektets intentioner i hög grad uppnåddes. Alla involverade personalgrupper beskrev att de äldre haft större möjlighet att få det stöd de behövde i hemmet, med ökad trygghet som följd. Tryggheten i det dagliga arbetet ökade också för de berörda personalgrupperna, framför allt hemtjänstpersonalen. Biståndshandläggarna upplevde också en ökad säkerhet i sina beslut genom

det nära samarbetet med rehabiliteringspersonalen. Projektet visade också att de äldre fick större möjligheter att komma hem i stället för att ligga kvar på sjukhus eller komma till någon korttidsplats. I utvärderingen antas att detta delvis kan förklara att man samtidigt kunnat minska platserna på särskilda boenden. De yrkesgrupper som inte var arbetsterapeuter eller sjukgymnaster hade under projektets gång lärt sig mer av ett rehabiliterande förhållningssätt.

Faktorer som upplevdes som problem var brist på tid och stöd från chefer och lagledare. För att hinna med att arbeta utifrån ett rehabiliterande arbetsätt behövs biståndsbedömd tid för detta, liksom för särskilda möten vid sidan av tiden hos vårdtagarna. Positiva faktorer var bl.a. att ADL-taxonomi användes som bedömningsinstrument i patientarbetet, vilket bl.a. gav projektet en språklig referensram. Arbetsterapeuterna och sjukgymnasterna fick under projektiden dessutom större möjligheter att arbeta med andra lösningar än de rent kompensatoriska i form av hjälpmedel. Regelbundna möten innebar också möjligheter att ompröva biståndsbesluten. Hemtjänstgrupperna fick grund- och fortsättningsutbildning i ett rehabiliterande förhållningssätt, vilket gjorde att de lättare kunde uppmärksamma rehabiliteringsbehov hos vårdtagaren i ett tidigt skede.

I utvärderingen diskuteras avslutningsvis fördelar respektive nackdelar med att arbeta i projektform. Till fördelarna hör att avgränsningen i tid och rum innebär större möjligheter till förändring. Svårigheten kan vara att därefter införa erfarenheterna i de övriga verksamheterna. Att ta del av en utvärdering, som den här, kan vara ett hjälpmedel för att sprida de vunna lärdomarna och erfarenheterna av hur olika relationer har utvecklats under projektiden. I det sammanhanget bör man vara medveten om att en framgångsrik samverkan bygger på ett förtroende som byggs upp över tid och också är kopplat till relationer mellan enskilda individer. Utvärderarna framhåller därför att erfarenheterna bör spridas genom medverkan av de aktörer som ingått i projektet.

Hagfors kommun

Utvärdering av Projekt Rehabteam 2003, Slutrapport

År 2003 startades ett rehabiliteringsteam i Hagfors kommun. Utgångspunkten var Ädelreformen och de senaste årens strukturförändringar inom sjukhusvården med bl.a. snabb medicinsk-teknisk utveckling, färre vårdplatser och kortare vårdtider, tillsammans med vetskapen om att hemtjänsttimmar och därmed kostnaderna hela tiden ökade. Teamet bestod av en arbetsterapeut, en sjukgymnast och en rehabiliteringsassistent och man beräknade projektiden till två år.

I utvärderingsrapporten konstateras att det finns en tradition av att äldre ska få hjälp i de flesta situationer oavsett om de själva klarar dem eller inte. Många har också samma förväntan på hemtjänsten, en del ser personalen som hembiträden och anser att de ska få hjälp eftersom de betalar för tjänsten. Konsekvenserna av ett sådant hjälpande beteende kan dock bli att man tar bort funktioner och förmågor hos den enskilde. Hemtjänsten ska i stället

innebära ett stöd för den enskilde personen att klara av vardagen och att tillvarata sina resurser.

Under projekttiden har rehabteamet haft möjlighet att gå in med insatser under andra förutsättningar än hemtjänstpersonalen. Rehabilitering bör sättas in så tidigt som situationen tillåter och kan i början vara tidkrävande. Vardagsrehabilitering och den extra tid som krävs borde dock vara en självklarhet. För att få in vardagsrehabilitering som en naturlig del i hemtjänstarbetet krävs regelbunden utbildning, handledning och kontakt med rehabiliteringspersonalens specifika kompetens.

Rehabteamet, som har inspirerats av det arbetssätt som tagits fram i Östersund, har arbetat med konkreta mål för vårdtagarna, och träningen har skett i deras hemmiljö. De individuella målsättningarna har uppnåtts eller överträffats. Vårdtagarna, de anhöriga och vårdpersonalen är positiva till rehabteamets insatser. Vårdtagarna har uppnått ökad självständighet och livskvalitet. Även hemtjänstgruppernas arbetssätt och tankesätt har förändrats mot ett mer rehabiliterande förhållningssätt och man ser ett stort behov av stöd från rehabteam i det fortsatta arbetet. Vårdtyngden och behovet av hemtjänstinsatser minskar och detta underlättar för personalen i deras arbete.

Teamet har haft kontakt med 159 vårdtagare och medelåldern var 82 år. Totalt under projekttiden har ADL-trappan gjorts på 65 deltagare och medelvärdet har blivit klart bättre. Det innebär att vårdtagarna har uppnått en högre grad av självständighet och blivit mindre hjälpberoende.

Vid tiden för slutrapporten beräknades att antalet hemtjänsttimmar minskat med 315 timmar per vecka. Man beräknade också minskade kostnader för bostadsanpassningar och inbesparade kostnader för de vårdtagare som varit aktuella för en plats på särskilt boende men som inte behövt utnyttja denna boendeform. Den totala besparingen i projektet med minskade hemtjänsttimmar och bostadsanpassningar beräknades uppgå till cirka 5,2 miljoner kronor. Kostnadsbesparingarna fortsatte att öka även under den projektid som återstod efter slutrapporteringen och därför gjorde man i efterhand en kompletterande kostnadsberäkning. Här redovisas att de biståndsbedömda hemtjänsttimmarerna totalt har minskat med 361 timmar per vecka, vilket innebär en kostnadsbesparing på 5,3 miljoner kronor. Till denna summa kommer bostadsanpassningsbesparingar vilket innebär att den totala besparingen under projektiden var 5,9 miljoner kronor.

Rehabteamet kommenterar att till detta ska man även lägga vårdtagarnas egna positiva upplevelser och ökade livskvalitet. ”Livskvalitet kan aldrig värderas i pengar.”

Erfarenheterna från projektet sammanfattas i ett förslag om att utöka kommunrehabiliteringen, vilket skulle innebära ytterligare kostnadsbesparingar. Detta skulle kunna genomföras bl.a. genom att personalen får handledning i ett förändrat förhållningssätt, att rehabpersonalen deltar i vårdplaneringen och bedömningen av den enskildes behov innan biståndsbeslutet fattas, samt att man gör en bedömning varje gång det är aktuellt att utöka hemtjänstinsatserna.

I rapporten föreslås också att ett ledningsteam bildas i syfte att effektivisera, handleda och styra arbetet i varje vård- och hemtjänstgrupp. Enhetschefen är arbetsledare för baspersonalen utifrån socialtjänstlagen, en sjuk-

sköterska ansvarar för sjukvårdsinsatserna och arbetsterapeuten och sjukgymnasten för rehabiliteringsinsatserna. Slutkommentaren är: ”En utökning av kommunrehab skulle innebära att man i Hagfors kommun tagit ställning till att man aktivt arbetar för att förebygga och förhindra behov av insatser, att kommunen verkar för att stödja individen i dess resurser och endast bistå med insatser när den enskilde inte har förmåga att tillgodose detta genom egen försorg.”

Kontakt med projektledaren i oktober 2006 visar att projektet har blivit permanent och att man tillsatt ytterligare ett team som arbetar på ett likvärdigt sätt. Teamens arbete följs kontinuerligt upp utifrån resultat och budget.

Hjo kommun

Kostnadsfri hemrehabilitering

Hjo kommun har en befolkning på strax under 9 000 invånare, varav nästan 20 procent är över 65 år, och något fler än riksgenomsnittet är 80 respektive 85 år och äldre. Där bedriver man sedan 2003 projektet Kostnadsfri hemrehabilitering som innebär att vårdtagare med funktionsförsämring som inte vill eller orkar ta sig till primärvården erbjuds kostnadsfri hemrehabilitering under tre veckor. Målet är att öka personens möjligheter att bo hemma och att minska behovet av hemvård. Man har haft Östersundsmodellen som förebild och arbetar med tre huvudmål: Individnivån (den enskilde), organisationsnivån (alla som ingår i arbetet) och samhällsnivån (frivilligorganisationer m.fl.). För att ingå i projektets målgrupp ska patienter ha ordinärt boende, nya somatiska besvär, en plötslig fysisk försämring, ett ökat behov av hemvård och en rehabiliteringspotential. Insatserna omfattar träning, hjälpmedel och bostadsanpassning i medverkan av en arbetsterapeut och en sjukgymnast. Inom projektets ram har man också genomfört femveckorsutbildningar för hemvårdspersonal på betald arbetstid, heltid. I fortsättningen kommer motsvarande utbildning att kortas ner till tre veckor.

För att följa upp i vilken mån som hemvårdspersonalen genomförde de planerade rehabiliteringsåtgärderna hos den enskilde infördes signerade åtgärdslistor. Om åtgärderna inte genomfördes enligt planerna till minst 75 procent betraktades det som avvikelse. Ett kvalitetsråd inrättades också för att följa upp avvikelserna och analysera orsakerna bakom. Med tiden har avvikelserna minskat betydligt.

Projektet har följts och utvärderats genom jämförelser mellan kostnader för de genomförda insatserna enligt hälso- och sjukvårdslagen och de insparade biståndsinsatserna enligt socialtjänstlagen. Resultatet har visat att en del biståndsinsatser enligt socialtjänstlagen har kunnat avslutas genom att de äldres funktionsnivå har höjts. Besparingarna i hemvårdskostnader efter hemrehabiliteringen i ett av ärendena var 54 600 kronor efter ett år, och efter fem år 273 000 kronor. Ett annat ärende visade en besparing på 35 315 kronor respektive 180 915 kronor, och i ett tredje ärende var motsvarande siffror 159 432 kronor respektive 797 160 kronor.

Hemvårdspersonalen har ännu inte minskat, vilket förklaras med att deras uppgifter ständigt växer oavsett hemrehabiliteringsinsatserna.

Höör kommun

Hemrehabilitering Höör, Arbetsmodell red 2006-04-04

År 2003 fick Höör kommun ett politiskt uppdrag att utveckla hemrehabiliteringen med befintliga resurser. Efter visst förarbete med studiebesök, föreläsningar m.m., beslöts att man i Hörby skulle inrätta ett hemrehabteam med Helsingborgsmodellen som förebild. Ett viktigt led är informationsutbyte mellan olika yrkeskategorier för att få en helhetssyn runt den enskilde personen. En arbetsmodell togs fram med utgångspunkt från WHO:s definition av rehabilitering som en målinriktad och tidsbegränsad process. Till hemrehabilitering räknas ADL-funktioner och social träning för att den enskilde ska känna trygghet i hemmet eller i aktiviteter utanför hemmet.

Hemrehabiliteringens syfte är att den äldre ska klara sitt boende så självständigt som möjligt med bibehållen trygghet, samt att han eller hon ska återfå sin tidigare förmåga genom träning i hemmet. Man arbetar i team som består av arbetsterapeut, sjukgymnast, undersköterskor och biståndshandläggare. En sjuksköterska tillkallas vid behov. Vardagsrehabiliteringen pågår hela veckan från 08.00 till 21.30. Alla som tidigare inte haft hemtjänstinsatser erbjuds i första hand hemrehabilitering. Minimikravet för att kunna få hemrehabilitering är att den enskilde ska kunna larma själv och inte behöva fler än två vårdare vid förflyttning, samt vara motiverad till hemrehabilitering. Om den enskilde tidigare haft hemtjänst kvarstår dessa insatser under rehabperioden om inte aktiviteterna ingår i rehabplanen, som den enskilde ska ha godkänt och undertecknat. Under rehabiliteringstiden ska det finnas en pärm hemma hos den enskilde med aktuell information. Hemrehabteamet träffas en gång per vecka för att följa upp olika åtgärder och rehabplan. Hemrehabinsatserna ska göras under minst två veckor innan de utvärderas och eventuellt avslutas. Rehabperiodens totala längd ska, enligt arbetsmodellen, vara högst 8 veckor.

Den skrivna arbetsmodellen innehåller ett kort diskussionsavsnitt där man bl.a. framhåller att ett funktionsbevarande tänkesätt är tidskrävande och att man i organisationen måste se över hur personalen kan få mer tid över vid hemtjänstarbetet. Man framhåller också att det är viktigt med marknadsföring av hemrehabteamet så att alla berörda känner till det och vet vilka arbetsuppgifter teamet kan erbjuda. Man trycker även på gränsöverskridandet mellan SoL och HSL för helhetssynen på den enskilde, som under rehabiliteringsperioden blir både patient och brukare. Träningen av funktioner och aktivitetsförmåga sker enligt HSL, medan den äldre stöttas i vardagslivet enligt SoL. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster är inblandade i båda sammanhangen.

Avslutningsvis kommenteras att arbetsmodellen som ligger till grund för teamarbetet kommer att revideras efter behov och i takt med att man får nya erfarenheter.

Jönköping kommun

Äldre 2006, Samverkan mellan hemtjänst, hemsjukvård och rehabilitering (arbetsgruppen för äldre 2006) Jönköpings kommun och Landstinget i Jönköpings län

I Jönköping beslutade man år 2006 att ta fram en samverkansmodell för personer i ordinärt boende med behov av insatser från kommunen och primärvården. Samverkansmodellen ska förbättra samverkan kring personer i ordinärt boende genom att beskriva själva arbetet och dess innehåll. Den ska bl.a. vara användbar i kommunens olika geografiska delar, omfatta preventivt arbete, ta hänsyn till den enskildes personliga integritet samt ge möjlighet att konsultera olika resurspersoner som logoped och dietist.

Syftet är att utveckla den befintliga strukturen för samverkan genom att förtydliga kontaktvägar, ansvar och roller mellan hemtjänstpersonal, hemsjukvård och rehabilitering. Man ska också skapa regelbundna obligatoriska ”teamträffar med hemtjänstgrupp”, där deltagarna ska vara hemtjänstpersonal, enhetschef, biståndshandläggare, distriktssköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast.

Målet är att vårdtagaren ska känna trygghet och tillit oavsett vem som ger insatserna, att personalen lär känna varandra och tar vara på varandras kompetenser samt att deltagarna i gruppen samlar sina ärenden och diskuterar dem på träffarna.

Modellen ska inkludera teamträffar en gång per vecka, tydlig struktur, kunskapsutbyte och information, samordning av mål och insatser, samplanering, samlad dokumentation i hemmet för varje vårdtagare, följsamhet till rutiner för riskhantering, samtycke från vårdtagaren samt en årlig utvärdering av teamträffarna.

En plan för införandet har gjorts. Där ingår moment som förankring på ledningsnivå inom äldreomsorg och primärvård, uppstartsmöte, handlingsplan för respektive team och en tidsplan som innebär att varje vårdcentral och hemtjänstgrupp ska kunna redovisa att införandet har påbörjats i mars 2007. Dessutom ska man skapa kontaktytor mellan enhetscheferna på kommunen och vårdcentralen.

Även en konsekvensanalys har utarbetats. Här framhålls att samverkansmodellen kräver att arbetsledningen prioriterar tid och personal. Bland de förväntade fördelarna nämns bl.a. att samverkansmodellen förbättrar kommunikationen mellan kommunen och primärvården. Man beräknar att man under en mötestimme kan lösa 10–20 ärenden, som annars skulle generera många kontakter mellan den berörda personalen. Teamträffarna möjliggör snabb problemidentifiering, återkoppling och tillvaratagande av kompetens inom närområdet. Dessutom minimeras risken för dubbelarbete. Som eventuella problem nämns att hemtjänstområdena och vårdcentralens geografiska områden inte alltid stämmer överens, och att resor kräver tillgång till något transportmedel.

Samverkansmodellen kan utvärderas genom enkäter till vårdtagarna och personalen. Administration och analys av utvärderingen ska förslagsvis utföras som uppsats av studerande på Hälsohögskolan.

Jönköpings kommun

PÄR – Projekt Äldre Rehab

Det tvärprofessionella utvecklingsarbetet PÄR pågick under åren 2002–2004 som en del i GO-projektet (Gränslös omvårdnad), ett större samverkansprojekt kring äldre vårdtagare. Syftet var att utveckla rehabiliteringsprocesser utifrån den äldres behov så att han eller hon ska få ”rätt rehab-kompetens vid rätt tidpunkt”, oavsett vilken huvudman som står för insatsen. Utgångspunkten var att skapa möjligheter i den äldres närområde för bedömning och rehabiliterande insatser.

Inom PÄR fanns ett antal delprojekt, bl.a. möjlighet till social träning, stödinsatser riktade mot mat, ätande och nutritionsproblem, kommunikationsproblematik, PÄRS trädgård – utomhusvistelse året om, samt organisatoriska och administrativa kvalitets- och förbättringsarbeten, t.ex. journalgranskningar, utveckling av överrapporteringsrutiner via IT m.m. PÄR har presenterats i ett antal delrapporter och rapporter och även i artikelform, bl.a. på Fammis hemsida och i tidningen Dagens Medicin.

Kumla kommun

Rehabilitering i hemmet

Kumla kommun startade 2004 projektet Rehabilitering i hemmet. Syftet var att ge äldre personer möjlighet att återerövra sina förmågor och klara aktiviteter själva samt uppnå bättre livskvalitet och tilltro till sig själva. Dessutom ville man utveckla ett rehabiliterande arbetssätt och hushålla med kommunens resurser. Projektet utgick från de principer som säger att äldre personer ska kunna bo kvar i sitt hem även om de behöver hjälp för att klara sina dagliga aktiviteter. I en projektrapport beskrivs det rehabiliterande arbetssättet som ett målinriktat och pedagogiskt sätt att ta tillvara personens egna resurser och ge hjälp till självhjälp. Det handlar också om att lägga in träning och aktivering i vardagen där de bästa träningsmöjligheterna finns. Man framhåller att det behövs både teoretisk och praktisk kunskap, där handledning blir en nödvändig del i vardagsarbetet för att äldre personer med rehabiliteringsbehov ska få rätt insatser. Man pekar också på vikten av att uppmärksamma rehabiliteringsbehovet hos de äldre.

Projektets målgrupp är personer som har varit på sjukhus eller en korttidsplats och personer i ordinärt boende som behöver hemtjänst efter en sjukdom eller skada. Kriterierna för deltagande är motivation och vilja att flytta hem, möjlighet att klara egna toalettbesök, förmåga att ta instruktioner och kunna larma vid behov samt att känslomässigt klara av ensamhet. Resurserna prioriteras till förmån för dem som flyttar hem till ett ordinärt boende och inte är vana vid stora hemtjänstinsatser.

Projektet börjar med en vårdplanering på sjukhuset där man bl.a. har formulerat ett meningsfullt mål för insatsen och motivation för träning och möjligen den ungefärliga tidsåtgången. Arbetsterapeuten, sjukgymnasten och en sjuksköterska, liksom övrig personal vid behov, möter sedan patienten vid hemmet. Arbetsterapeuten ger därefter träning i hemmet under 2–3

veckor. Insatsen är kostnadsfri och avgränsad i tid. Om det finns behov av sjukgymnastinsatser ges dessa på en sjukgymnastavdelning enligt den gällande taxan. Självträning sker i hemmet. Den aktuella personalen får handledning kring målsättning och rehabiliterande förhållningssätt. När rehabiliteringen i hemmet avslutas görs en ny biståndsbedömning och efter tre månader följs insatserna upp genom en mätning av personens ADL-nivå för att kunna beräkna vinsterna i form av ökad självständighet, dvs. minskade hemtjänstinsatser.

Vid projektstarten tillsattes en extra arbetsterapeut, vilket innebar att fem arbetsterapeuter, fördelade på olika sjukvårdsområden, ingick i försöket. Det visade sig att man i verksamheten saknade vana i att uppmärksamma rehabiliteringsbehov, och därför ingick inte så många brukare som förväntades. Efter ett år hade 13 brukare deltagit i projektet. I ett av sjukvårdsområdena förekom ingen rehabilitering i hemmet vilket föranleder frågan om behovet är annorlunda där eller om det finns en skillnad i hur man bedömer behovet av rehabilitering i hemmet. Diagnoserna som ingick var olika former av frakturer, cancer, stroke och övrigt. Det var stor spridning mellan åldrarna från den äldsta, 91 år, till den yngsta, 51 år.

För att redovisa vinsterna med rehabilitering tittar man på det uppskattade behovet av hemtjänsttimmar, mäter beroende i ADL-funktioner och gör en skattning av brukarens livskvalitet. Detta ställs sedan mot antalet beviljade hemtjänsttimmar och en mätning av oberoende i ADL-funktioner. Sju personer bedömdes vara i behov av hemtjänst innan rehabiliteringen startade, och de ekonomiska vinsterna i form av minskade hemtjänsttimmar skulle för dessa under ett år vara 369 200 kronor.

Projektrapporten avslutas med ett antal reflexioner, bl.a. att det borde ha varit fler som var i behov av rehabilitering i hemmet med tanke på att 314 personer hade insatser från hemtjänst. Man konstaterar också att ett nära samarbete mellan biståndshandläggare och arbetsterapeut är en förutsättning för hemrehabilitering, eftersom det är mycket svårare att motivera någon som redan har hjälp i hemmet. Vidare skriver man att ett rehabiliterande förhållningssätt är en fråga om attityder, och att det underlättas om arbetsledningen är rehabiliteringsintresserad och om alla arbetar lika kring brukaren. Slutligen konstateras att det krävs konkreta och realistiska mål och delmål för varje brukare, tid för vårdplanering och närhet till en regelbunden handledning av arbetsterapeut och sjukgymnast.

Kungälv kommun

Projektrapport HemRehab

HemRehab startades av hälso- och sjukvårdsenhetens chef tillsammans med äldreomsorgens biståndsenhet. Anledningen var att de utskrivningsklara patienterna ofta har ett kvarstående behov av fortsatt rehabilitering och att korttidsplatserna i Kungälv kommun inte var tillräckligt många.

I januari 2005 startade HemRehab-projektet i Kungälv, med inspiration bl.a. från Vara och Helsingborg, och det pågick under ett års tid. Projektet fokuserade på utskrivningsklara patienter som återvände till sitt eget boende med ett nytt eller förändrat behov av äldreomsorgens hemtjänst. I arbetssät-

tet ingick ett fördjupat samarbete mellan hälso- och sjukvården och äldreomsorgen.

Projektets syfte var att personer med nytt eller förändrat behov av hemtjänst skulle få möjlighet att fungera så självständigt som möjligt i sin bostad, samt att öka kunskapen om rehabiliterande arbetssätt inom äldreomsorgen och hälso- och sjukvården. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster arbetade tillsammans utifrån en modell för hemrehabilitering och handledningen av hemtjänstpersonalen. Projektet omfattade Komarkens hemtjänstområde men utökades senare till att även omfatta hemtjänstområdet Ytterby-Hålda.

Projektets mål var ett nytt eller förändrat arbetssätt för att de äldre ska fungera så bra som möjligt i sin hemmiljö och därmed få en högre livskvalitet. Andra mål var ökad kunskap om ett rehabiliterande arbetssätt, utveckling av nya effektiva arbetsformer inom äldreomsorgen och kommunrehab samt att minska äldreomsorgens kostnader för medicinskt färdigbehandlade patienter på sjukhuset och hålla antalet beviljade hemtjänsttimmar på lägsta möjliga nivå.

I arbetssättet ingick att arbetsterapeuter och sjukgymnaster fick tillgång till information från biståndshandläggaren inför varje vårdplanering. Om det gällde en patient som var aktuell för rehabilitering tog rehabiliteringspersonalen kontakt med biståndshandläggaren och vårdplaneringen genomfördes tillsammans med patienten, de anhöriga, en sjuksköterska, kommunens arbetsterapeut och sjukgymnast samt en sjuksköterska i hemsjukvården. Beslutet om bistånd, ”Hemtjänst i rehabiliterande syfte”, var inte så detaljerat och fattades för en kortare period. Delmålen från HemRehab styrde sedan omfattningen av stödet och hjälpinsatserna.

I uppföljningen av projektet har olika metoder använts: ADL-taxonomi beträffande den enskildes aktivitetsförmåga, Elderly Mobility Scale (Swe M-EMS) för funktionsförmåga samt Euroqol (EQ-5D) för hälsorelaterad livskvalitet. Dessutom användes strukturerade gruppsamtal med personalen i hemtjänstgrupperna i början och slutet av perioden.

Projektet pågick under tiden 17 januari 2005 till 13 januari 2006. Fjorton patienter ingick i projektet. Medelåldern var 82,5 år, fördelat från 71 till 97 år. HemRehab-periodens längd varierade mellan 22 och 191 dagar. I de flesta fall avslutades HemRehab efter tre veckor, i samband med uppföljningen.

Projektet har visat att det är positivt för patienter med målinriktad rehabilitering i det egna hemmet. Förutsättningen för ett sådant arbetssätt är ett bra samarbete mellan de olika yrkesgrupperna. Erfarenheterna av projektet visar också att det effektivaste sättet att arbeta med HemRehab är när arbetet bedrivs i ett avgränsat team med tydlig ansvarsfördelning.

Lerums kommun

Utvärderingsrapport Hemrehab i Lerums kommun

Ett utvecklingsarbete har genomförts i Lerums kommun utifrån ett politiskt beslut som innebär att kommunen ska verka för att äldre personer ska kunna bo kvar i eget boende så länge som möjligt. Rehabiliteringen i kommunen startade hemrehabiliteringen som ett led i arbetet med att sprida arbetssättet vardagsrehabilitering, till exempel vid det dagliga mötet mellan patienter

och personal och vid utbildningar för vårdpersonalen. Uppbyggnaden och det fortsatta arbetet har dokumenterats och man har från starten också fört statistik. Det insamlade materialet har använts i en utvärdering som omfattar en avgränsad tid, 1 september 2003 till 31 oktober 2004. Utvärderingen utgick från en FoU-cirkel som verkade under ett år, 2002 till 2003, och som skulle stödja utvecklings- och utvärderingsarbetet. I cirkeln ingick bl.a. biståndshandläggare och en sjukgymnast från kommunen.

Målsättningen med hemrehab är att möjliggöra kvarboende i ordinärt boende och öka den enskilde personens självständighet. Kriterierna för att ingå i hemrehab är bl.a. att personerna ska bo i ordinärt boende, att de behöver hemvård, att de kan medverka och att de är motiverade. Personen ska också kunna bli mer självständig i vardagsaktiviteter efter träning och att han eller hon ska förstå upplägget med uppsatta mål och rehabplan.

Representanter för hemrehabteamet deltar i vårdplaneringen vid ärenden som bedöms bli aktuella för hemrehab. Samma person möter den enskilde och hemvården vid hemkomsten efter sjukhusvistelsen något som skapar trygghet för den äldre. Då beslutas om hemrehab tillsammans med patienten och biståndshandläggaren. Arbetsterapeuten och sjukgymnasten gör en ADL-bedömning, och utifrån den planeras lämplig träning för att nå konkreta mål, tillsammans med patienten och hemvårdens personal. Målen och delmålen dokumenteras i form av en rehabplan, vilken fungerar som ett arbetsinstrument. Patienten har sedan stöd av hemvården i sin träning, vilken följs upp och nya mål sätts upp i takt med att den äldre ökar sin förmåga.

Utvärderingen visade att genomsnittstiden för hemrehabperioden var 51 dagar. Vid flera tillfällen förlängdes tiden på grund av att bostadsanpassningen tog lång tid. Hos 35 procent av brukarna i undersökningen var bostadsanpassning nödvändig för brukarens självständighet. Patienterna fick i genomsnitt 3,5 besök av hemrehabpersonalen under perioden.

Av diskussionen i utvärderingsrapporten framgår att det finns många fördelar med att träna i sin hemmiljö, i närheten av sina egna tillhörigheter. Träningen i vardagens aktiviteter blir meningsfull och patienten känner sig tryggare i sin invanda miljö. Samarbetet har också fungerat bättre med de hemvårdgrupper som har ett inarbetat kontaktmannaskap. Vardagsrehabilitering har visat sig vara ett uttryck och ett arbetssätt som behöver förtydligas. Det finns också ett behov av att lyfta hemvårdspersonalens roll när det gäller rehabilitering i vardagsarbetet eftersom deras synsätt och förutsättningar är avgörande för de rehabiliterande insatser som patienterna får. En slutsats är att man i framtiden måste förbättra samarbetet mellan rehabilitering och hemvård, och öka kunskapen om vardagsrehabilitering, t.ex. genom studiecirkelar. En erfarenhet är att information om hemrehab i många fall har ändrat patienternas, de anhörigas och personalens inställning till förmån för hemgående i stället för korttidsboende. Rehabplanen som arbetsinstrument har också inneburit att ansvaret för rehabiliteringen har blivit tydligt och konkret för alla inblandade

Rapporten avslutas med att konstatera hur viktigt det är att fortsätta utveckla hemrehab som arbetssätt. Som särskilt viktigt framhålls det gemensamma arbetet med hemvården och biståndsenheten. Att arbeta på detta sätt ”skapar större möjligheter för kommunens innevånare att återgå till sitt or-

dinära boende och tidigt få rätt insatta stödresurser för att åter bli självständig efter skada eller sjukdom”.

En ekonomisk beräkning visar besparingarna genom hemrehabiliteringen i siffror. För en brukare hade man teoretiskt sparat in 280 arbetstimmar à 257 kronor per år vilket innebär en besparing på 72 000 kronor. För de 29 vårdtagare som ingick i projektet skulle hemrehabiliteringsinsatserna ha sparat en miljon kronor under ett år.

Lidköping kommun

Målinriktad rehabilitering i hemvården, projektbeskrivning (050616).

Sommaren 2005 startades projektet Målinriktad rehabilitering i hemvården. Bakgrunden var ett projekt som genomfördes i vård- och omsorgsförvaltningen i Lidköping 1997–1998 och en förstudie, som bland annat tittade på goda exempel från Östersund, Vara och Uddevalla. Förhoppningen var att uppnå ökad självständighet och bättre hälsa för den enskilde personen, samt långsiktigt minskade kostnader för kommunen. I ett treårigt projekt ville man genomföra en målinriktad rehabilitering i hemmiljö, koppla ihop rehabilitering och biståndsbeslut, införa ett rehabiliterande synsätt i hemvårdens arbetssätt samt generera förslag om fortsatt arbetssätt när det gäller rehabiliteringen inom hemvården. I projektet ingår arbetsterapeuter och sjukgymnaster, som har sitt kontor nära hemvården och arbetar tillsammans med en kontaktperson. Arbetsterapeuterna och sjukgymnasterna deltar mer aktivt i vårdplaneringar vid sluss från sjukhuset. Man samarbetar med teamrehab, korttidsboenden m.m. för att vara en brygga till hemvården. Inom projektets ram vill man också pröva en ekonomisk ersättningsform till hemvårdsområdet, en s.k. rehabpeng.

Målgruppen utgörs av personer som har hemvård, är under biståndsutredning eller tillhör det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret. För genomförandet har man valt ett av kommunens sju hemvårdsområden där bebyggelsen är blandad. I det valda området finns ett bonuslönesystem, vilket innebär att en viss del av en eventuell vinst fördelas till personalen.

För projektet har en ”milstolpeplan” upprättats för större händelser kring projektet. I den ingår bl.a. en delutvärdering, en utvärdering av effektmål, ett förslag till fortsatt arbetssätt, samt en avslutning och slutrapport. Man har också skrivit en aktivitetsplan, där bl.a. en diskussion om samsyn ingår, en kommunikationsplan för den information som ska lämnas om projektet, och en kvalitetsplan för hur projektet och effektmålen ska utvärderas. I projektplanen ingår också en tydlig beskrivning av organisationen och projektbudgeten samt en lönsamhetsanalys. Även en riskanalys finns med i planen, där styrkor, svagheter, möjligheter och hot har identifierats. En av de risker som lyftes fram är hemvårdsgruppens bonuspeng, liksom svårigheten att beräkna minskningen av hemvårdstimmar eftersom de endast registreras som antal och typ av biståndsinsatser.

Avslutningsvis ska utvärderingarna leda till ett förslag på hur arbetet med rehabilitering inom hemvården i Lidköping ska se ut efter projektets slut. Det ska bland annat innehålla förslag på resurser, organisation och metoder.

Lidköpings kommun

Gemensam organisation – nyckel till bättre rehabilitering

En del problem inom öppenvårdsrehabiliteringen beror på att flera huvudmän har olika delar av ansvaret och att gränsdragningen kan vara otydlig. Därför vill man i västra Skaraborg pröva olika organisationsmodeller för samverkan inom rehabiliteringsområdet. I Lidköping genomförs ett treårigt projekt med gemensam organisation i kommunal regi. Projektets huvudmål är att inom primärvårdens och kommunens ansvarsområde uppnå en rehabiliteringsverksamhet som är effektiv, av god kvalitet och med en fungerande vårdkedja där den enskildes behov och förutsättningar står i centrum. Med en gemensam organisation vill man skapa tydlighet, flexibilitet, gemensamt kostnadsansvar, samordnade avgifter, gemensamt dokumentationssystem, ökad kostnadseffektivitet samt bättre utnyttjande av resurser som kompetens, lokaler och utrustning. Projektet omfattar bl.a. poliklinisk arbetsterapi, team- och dagrehabilitering, rehabiliteringsinsatser i hemmet, hjälpmedelsverksamhet samt syn- och hörselverksamhet. Primärvårdens polikliniska sjukgymnastik ingår inte i projektet.

I projektbeskrivningen finns en ”milstolpeplan” med bl.a. beslut, inblickar i varandras verksamheter, gemensamma planeringsdagar, lägesrapport, verksamhetsberättelse samt slutrapport med förslag till framtida organisation och ekonomisk redovisning till Trygghetsfonden. Det finns också en aktivitetsplan med bl.a. gemensamma planeringsdagar, utbildning i dokumentationssystemet PMO för datagruppen, plan för utvärdering, utvecklingsarbete samt uppföljnings- och planeringsdagar. Även en kommunikationsplan ingår för information till de berörda. Projektorganisationen, projektbudgeten och en lönsamhetsanalys ingår i projektbeskrivningen, liksom bl.a. en riskanalys och förslag på åtgärder.

Vid två planeringsdagar våren 2005 identifierades ett antal förbättringsområden som kommer att uppmärksammas i projektet, bl.a. teamrehab och dagverksamhet, korttidsrehabilitering, poliklinisk arbetsterapi, hjälpmedelsverksamhet och rehabiliteringsinsatser i hemmet, där det ovanstående projektet Målinriktad rehabilitering i hemmet har en central roll.

Man kommer att göra en gemensam utvärdering för tre projekt med olika organisationsmodeller, Lidköping, Vara och Essunga. Följande aspekter kommer att utvärderas: Produktivitet och ekonomi, uppfattning om och attityder till samverkan, processen och genomförandet, personalens arbetsmiljö samt generaliserbarhet. Vid projektets slut kommer man att presentera ett förslag på hur primärvårdens och kommunens rehabilitering ska organiseras i framtiden, med utgångspunkt från utvärderingen och slutrapporten. Projektbeskrivningen avslutas med devisen ”I en gemensam organisation finns inga gränser”.

Lomma kommun

Rapport HemRehab-studie – Halvårsuppföljning (06-09-18)

I Lomma kommun startade HemRehab i januari 2006 som en halvårslång pilotstudie. Målsättningen var att arbeta fram och testa en arbetsmodell med lämpliga rutiner, bedömningar och program. Syftet var att erbjuda ett alternativ till kommunens korttidsenhet för patienter med fortsatt rehabiliteringsbehov efter utskrivning från slutenvård. Patienten ska efter den genomförda hemrehabiliteringen kunna fungera i det dagliga livets aktiviteter med minsta möjliga biståndsinsatser enligt socialtjänstlagen. Kriterierna för att ingå i studien var bl.a. att personen ska vara boende i kommundelen Bjärred, att rehabiliteringsbehovet ska gälla en begränsad tid, att patienten ska vara motiverad och kunna förstå instruktioner, att de anhöriga ska vara delaktiga i planeringen och att bostaden ska vara tillgänglig utifrån en bedömning av en arbetsterapeut eller en sjukgymnast. Dessutom ska de förväntade resultaten uppnås inom ”rimlig tid”, annars bör man i stället överväga bedömning och beslut enligt SoL. Viss personalförstärkning ingick i studien i form av 0,25 arbetsterapeut respektive sjukgymnast, samt en flexibel sjuksköterskeresurs.

De olika aktörerna har haft ett nära samarbete, med bedömningar, hembesök, veckoplaneringar, behandlingar, åtgärder och uppföljningar. Tillsammans med brukaren har arbetsterapeuten och sjukgymnasten arbetat fram en rehabplan som undertecknats av både patienten och personalen. Insatserna i hemmet har byggt på ett rehabiliterande förhållningssätt och har framför allt omfattat insatser av arbetsterapeut, sjukgymnast och undersköterska. Vissa beviljade insatser enligt SoL har utförts av undersköterskan eftersom de inte ingick i rehabplanen. Den legitimerade personalen har gjort sin dokumentation i ProCapita och undersköterskan har använt en omvårdnadspärm. Under det första knappa halvåret ingick sju patienter i studien. Fyra av dessa kom från slutenvård och tre från kommunens korttidsenhet. Hemrehabperioderna har varit mellan 10 och 26 dagar. De ingående patienterna har haft diagnoser inom områdena neurologi, ortopedi och medicin.

I bedömningen av pilotstudiens resultat har ADL-taxonomin använts. Bedömningen som har gjorts av arbetsterapeut, har visat en förbättring av ADL-förmågan. Också den motoriska förmågan, som bedömts efter GMF (Generell motorisk funktionsbedömning), visar en förbättring med ökad självständighet som resultat. Ytterligare ett bedömningsinstrument har använts, TUG (Time Up and Go), för att mäta patientens förmåga att resa sig upp ur en stol, gå några steg och åter sätta sig. Även detta test har visat förbättringar. I halvårsuppföljningen redovisades också de enskildas egen upplevelse av HemRehab, genom en patientenkät. Samtliga svar ligger klart på den positiva sidan av en skattningsskala, allra högst när det gäller upplevd trygghet i samband med hemrehabiliteringen. Slutligen redovisas också personalens utvärdering av studien. Generellt tyckte de att försöket var positivt och viktigt att fortsätta med. Vissa saker ville man dock förändra, bl.a. få tillräckligt med tid avsatt och en mer genomtänkt tidsplanering för olika insatser. Man tog också upp problem med kommunikationen med sjukgymnasten och arbetsterapeuten, och handhavandet av patienternas nycklar.

Vid uppföljningsmötet beslutades i samråd med verksamhetschefen att arbetet med HemRehab skulle fortsätta under år 2006, med vissa små justeringar. Fortsatta diskussioner angående utformningen inför 2007 kommer att ske. Eventuellt kommer försöket att utökas till att också omfatta kommunen Lomma.

Rättviks kommun

I Rättviks kommun kommer sju nya boendeplatser att öppnas, vilket man hoppas kommer att innebära att korttidsplatserna kan användas bättre. Dagverksamheten, som omfattar lättare rehabilitering och social samvaro, utökas från sex till fjorton platser. Man söker också bidrag för att utöka rehabpersonalen med 50 procent och att nyanställa två personer inom hemtjänsten. Dessa ska specialutbildas inom rehabilitering. Tanken är att personer som behöver extra stöd av rehabiliteringsinsatser i hemmet ska få mycket hjälp av dessa personer som också kan följa med patienten när hon eller han behöver en akut rehabplats, och där bidra med extra rehabiliteringsinsatser.

Skara kommun

Utvecklingsarbete i Skara kommun

I rapporten om utvecklingsarbetet i Skara kommun lyfts den snabba utvecklingen under 1990-talet fram, då rehabilitering i allt högre grad övergick från att gälla institutionaliserade former till insatser i den egna hemmiljön. Detta innebär att patienter med stora funktionsnedsättningar och allvarliga sjukdomar skrivs hem från sjukhusen i tidigare skeden för att i stället tas om hand av hemsjukvården och hemtjänsten. Det är då särskilt angeläget att ge tidiga rehabiliteringsinsatser för att undvika att den enskilde personen blir inaktiv och mer hjälpberoende än nödvändigt. Detta har också inneburit att man tar mer hänsyn till rehabiliteringsbehovet i biståndsbedömningen.

När man i Skara kommun skulle börja arbeta utifrån ett rehabiliterande synsätt inspirerades man mycket av Östersunds kommun, där man startat ett liknande arbete redan 1997. I Skara kommun har man formulerat följande utgångspunkter för ett rehabiliterande arbetssätt: Att insatserna ska vara stödjande, inte hjälpande, att väcka individens intresse för sina egna resurser samt att uppmuntra till problemlösning. Man har genomfört en rehabutbildning för all hemvårdspersonal i syfte att ge personalen ett rehabiliterande synsätt och öka samarbetet mellan de olika yrkeskategorier som finns kring vårdtagarna. Förutom en allmän diskussion om vad en bra hemrehabilitering behöver innehålla, omfattade utbildningen ämnen som förflyttningsteknik, strokerehabilitering och frakturer. När utbildningen var avslutad gjordes en utvärdering som också bearbetades statistiskt. Svaren var övervägande positiva och det framkom att förändringar på arbetsplatsen var välkomna. På de ställen där det fanns en engagerad enhetschef gick det också lättare att genomföra utvecklingsarbetet. Några grundläggande punkter har blivit särskilt tydliga för att det rehabiliterande synsättet ska kunna tas tillvara av personalen:

- Klara och tydliga mål från politiker.
- En samordnare och motor som driver arbetet framåt.
- All personal ska känna sig delaktiga i processen.
- Resultaten ska inte jämföras mellan de olika arbetsgrupperna eftersom förutsättningarna är olika.
- Visa på goda exempel som finns inom arbetsgruppen.
- Återföra resultaten till gruppen.

Satsningen på att all personal inom hemvården i Skara kommun skulle ha ett rehabiliterande arbetssätt och synsätt lade grunden till den fortsatta utvecklingen av rehabiliteringen i kommunen. Under utvecklingsarbetets gång har fler vårdtagare åkt direkt hem efter en sjukhusvistelse i stället för att gå till korttidshem. Hemvårdspersonalen har vant sig vid instruktioner från arbetsterapeuter och sjukgymnaster och samarbetet har i de flesta fall gått mycket bra. Vissa svårigheter har man dock upplevt kring hur man ska få ut instruktionerna till all personal.

Kommunen har etablerat ett samarbete med primärvården för att så många patienter som möjligt ska få hemrehabilitering som alternativ när de skrivs ut från sjukhuset. När det är aktuellt med hemrehabilitering brukar arbetsterapeuten och sjukgymnasten följa med biståndshandläggaren in på vårdplaneringen, dels för att berätta för vårdtagaren om hur rehabilitering i hemmet går till, dels för att vårdtagaren ska ”ha ett ansikte” på den person som kommer att möta upp hemma, och därmed känna sig trygg inför hemgången.

I den avslutande diskussionen beskrivs att det i vissa fall kan vara svårt att få vårdtagarna motiverade till att förändra sin situation, fastän de har möjligheter att göra det. En fråga som behöver undersökas mer noggrant är tidsaspekten, eftersom brist på tid kom upp vid alla hemvårdsgruppers inledande uppföljningsmöten. När tiden inte räckte till prioriterade man i stället andra uppgifter än rehabiliteringsinsatserna. Vid ett senare uppföljningstillfälle hade man dock i en av grupperna lärt sig prioritera på ett annat sätt och upplevde därför inte längre tiden som ett problem. Arbetet hade tvärtom blivit mer stimulerande när personalen fick arbeta mer med rehabilitering i vardagen. Vidare framhålls tydligt i slutdiskussionen att en engagerad chef är otroligt viktigt när det gäller förändrings- och utvecklingsarbetet. Sammanfattningsvis konstaterades att personalen fått upp ögonen för hur mycket man kan åstadkomma i vardagen med små medel. ”Kan bara dessa tankar hålla sig kvar och föras vidare till de nya som börjar inom hemvården så har vi en bra grund för att ytterligare utveckla vårt arbete tillsammans med hemvården.”

Sotenäs kommun

Rehabiliteringsplan (antagen av Omsorgsnämnden 2006-02-03)

I Sotenäs kommuns äldreomsorgsplan 2004 framkom att en plan för den framtida rehabiliteringen skulle formuleras och resultera i en rehabiliteringsplan. Uppdraget formulerades i ett antal punkter, bl.a. att ett antal verk-

samheter skulle inventeras och beskrivas, t.ex. arbetsterapi, sjukgymnastik, dagrehabilitering, hjälpmedel och bostadsanpassning. Organisation, personalbemanning, utbildning och kompetensutveckling samt kostnader skulle också utredas och beskrivas, och utifrån detta skulle rehabiliteringsområdet och dess målgrupper belysas.

Rehabiliteringsplanens syfte ska vara att dels beskriva hur rehabiliteringsarbetet i Sotenäs kommun bedrivs i dag, dels ge förslag på hur den framtida rehabiliteringen ska bedrivs. Med tanke på delaktighet, lärande och förankringsarbete valdes en bred representation. En projektgrupp och en referensgrupp bildades. Den framtagna rehabiliteringsplanen ska uppdateras varje år och revideras vart fjärde år. Verksamhetschefen för hälso- och sjukvård ansvarar för uppdateringarna och revideringarna.

Målet för rehabiliteringen i Sotenäs kommun är att människor ska uppnå bästa möjliga funktion för att klara sig så självständigt som möjligt, leva sitt liv i fysisk, psykisk och social hälsa samt att förbättra de äldres förutsättningar för att fullt ut delta i samhället.

Bland de metoder som nämns i rehabiliteringsplanen finns taktill massage, arbetsterapi, sjukgymnastik, hjälpmedel, syn- och hörselinstruktör, bostadsanpassning, korttidsboende samt hemrehabilitering. Beträffande den sista punkten påpekas att det i dag inte finns någon strukturerad och planerad hemrehabilitering. Den rehabilitering som bedrivs i ordinärt boende, särskilt boende eller gruppboende och dagverksamhet sker främst efter kontakt via en internremiss. När en patient går direkt hem till ett ordinärt boende finns möjlighet till rehabilitering på dagrehabiliteringen.

I samband med framtagandet av rehabiliteringsplanen gjorde man försök att få fram statistiskt och kostnadsmissigt jämförelsematerial från närkommunerna och från hela riket. Detta lyckades inte och man konstaterar att det varken finns några nyckeltal för rehabilitering eller någon tillförlitlig statistik för kommunal rehabilitering i Sverige.

Rehabiliteringsplanen antogs av omsorgsnämnden i februari 2006, och den avslutas med en diskussion inför framtiden. Här framhålls att rehabiliteringen i Sotenäs kommun ska vila på en salutogen värdegrund, dvs. hålla fokus på människans vardagsliv och hennes resurser samt hälsofrämjande faktorer, och ge hög prioritet åt meningsfullhet och gemenskap. Man tänker starta ett samarbete med de närliggande kommunerna samt ta fram nyckeltal för jämförelser inom rehabilitering. Från år 2007 ska två hemrehabteam, bestående av en arbetsterapeut och en sjukgymnast, bildas i syfte att skapa en trygg miljö. Teamen ska arbeta rehabiliterande i hemmet, oavsett vilken boendeform som är aktuell. Man förväntar sig att hemrehabteamens rehabiliteringsinsatser ska leda till ökad funktionsförmåga, ökad livskvalitet, minskade behov av hemtjänstinsatser och minskade samhällskostnader. Bland framtidens förväntade målgrupper nämns en ökande grupp av multisjuka äldre med högre krav på att bo kvar hemma med de insatser som behövs.

Stockholm, Hässelby

Friskvårdscentrum Hässelby-Vällingby

Som ett led i stadsdelsförnyelsen startade projektet Friskvårdscentrum i Hässelby år 2004. Verksamheten i projektform har förlängts till 2006 och kommer nu, enligt beslut, att bli permanent. Friskvårdscentrum utgör en enhet under enhetschefen för äldreomsorgens rehabiliteringsenhet i Hässelby-Vällingby stadsdelsförvaltning.

Visionen är att konceptet ska vara så genomarbetat, strukturerat och utvärderat att det kan appliceras på andra stadsdelar och kommuner. Målsättningen är att konceptet ska bidra till både högre livskvalitet för äldre och bättre samhällsekonomi.

Friskvårdscentrum ska vara ett aktivitetscentrum och en mötesplats för stadsdelens äldre. Verksamheten bygger på tre hörnstenar: fysiska aktiviteter, sociala aktiviteter samt kost och hälsa. Friskvårdscentrum ska vara en plats för möten, för möjligheter till fysiska, sociala och kulturella aktiviteter och för kostinformation. I gemensamma möten sker kontinuerlig kontroll och analys av resultat och statistik samt kontrolleras att de valda arbetssätten tillämpas i praktiken. Utvecklingsmöjligheterna säkerställs genom en nära samverkan med landstinget och olika intresseorganisationer. I en nära framtid (2006–2007) kommer Friskvårdscentrums samverkan med primärvården att intensifieras inom ramen för ett äldrecentrum, Hässelgården.

Målgruppen är personer i Hässelby-Vällingby som har fyllt 60 år. Hittills har cirka 400 av de 13 000 personerna i målgruppen deltagit. Bland deltagarna finns personer som har hjärtkärlbesvär, reumatism och smärtproblematik.

Verksamheten följs årligen upp via en utvärderingsenkät. Av denna framgick 2005 bl.a. en betydande ökning av det egna motionerandet hos deltagarna. Dessutom hade deltagarnas kondition, styrka och balans förbättrats, samtidigt som medicinkonsumtionen hade minskat. Många av deltagarna angav ett bättre välbefinnande, kände sig piggare och gladare och upplevde en förbättrad livskvalitet. Det sociala umgänget hade också förbättrats i många fall.

Säffle kommun

Utveckling av rehabilitering i Säffle kommun (underlag för eventuellt projekt 2006-08-09)

Kommunrehab i Säffle startade 2004 och har en långsiktig strävan mot att erbjuda brukaren rehabilitering i hemmiljö och att utveckla ett rehabiliterande arbetssätt i det dagliga vård- och omsorgsarbetet. Man har dock sett ett behov av att utveckla rehabiliteringen i projektform. Målet ska vara att alla äldre ska kunna bibehålla eller förbättra sin funktionsförmåga och kunna bo kvar längre i eget boende. I målet ligger också att skapa en modell som är överförbar på hela kommunen. Syftet är att tydliggöra nyttan av rehabilitering för att den äldre ska ha möjlighet att uppnå målen. I syftet ingår också att hemtjänstpersonalen ska arbeta utifrån ett rehabiliterande synsätt.

För närvarande planerar man därför i Säffle kommun ett projekt för att utveckla teamarbetet till den enskildes bästa. De samverkande parterna ska vara sjuksköterska, biståndsbedömare, arbetsterapeut, sjukgymnast, kontaktperson samt enhetschef. I projektbeskrivningen nämns också andra tänkbara konstellationer runt brukaren: planeringsteam för korttidsvistelse, planeringsteam inför hemgång efter korttidsvistelse, där bl.a. biståndsbedömaren ingår, samt planeringsteam i ordinärt boende, där bl.a. en kontaktperson i hemtjänsten och biståndsbedömaren ingår. I samtliga konstellationer ingår en områdesansvarig sjuksköterska och rehabiliteringspersonal. Man framhåller att förutsättningarna för ett väl fungerande team är ett förändrat arbetssätt där alla yrkeskategoriers roller synliggörs och utvecklas. Teamutvecklingen ska syfta till en gemensam värdegrund.

Man planerar att genomföra projektet i ett eller två hemtjänstområden som omfattar ungefär 100 hemtjänständer. De projektanställda kommer att tillhöra Kommunrehab. Mycket av arbetstiden ska förläggas till brukarens hem och innebära handledning av personal. Dessutom ska brukarens delaktighet synliggöras. Erfarenheterna ska hämtas från litteraturen och nätet, samt genom studiebesök och kollegiala kontakter. Man beräknar att tillföra en arbetsterapeuttjänst och en sjukgymnasttjänst, båda på heltid, och söker pengar från stimulansbidraget. Tidplanen är ett år från och med den 1 december 2006. Vid projekttidens slut ska de projektanställda ha skrivit en rapport som ska ligga till grund för att arbetssättet införs i samtliga hemtjänstgrupper.

Västerås stad

Projektuppdrag för kontaktarbetsterapeut och kontaktsjukgymnast

I ett projektförslag från Västerås stad framhålls att rehabilitering och habilitering inte enbart är individuella behandlingar och träningsprogram utan också en del av hur vardagens sysslor och behov utförs och tillgodoses. I detta gränsländ korsas kommunens och landstingets ansvar. En bra kommunikation och samverkan behövs för att den äldre ska nå ett så bra resultat som möjligt.

Mot bakgrund av bl.a. rapporter från Socialstyrelsen, där det framgår att den avgörande faktorn för effekten av rehabilitering och habilitering är att insatserna kommer igång tidigt och är samordnade och allsidiga, har en kartläggning gjorts i Västerås. Kartläggningen beskriver hur rehabiliteringen utförs i dag och vilka förändringsbehov som finns för framtiden, bl.a. inom äldreområdet, och i den framkom ett antal förslag. Ett av dessa var att tillföra rehabiliterings- och habiliteringskompetens till biståndshandläggarens utredning. Äldrenämnden och nämnden för funktionshindrade har utifrån detta förslag beslutat att i projektform utveckla en metod med en kontaktarbetsterapeut och en kontaktsjukgymnast, för att biståndshandläggarnas arbete ska präglas av ett rehabiliterande synsätt. Uppdraget för kontaktarbetsterapeuten och kontaktsjukgymnasten ska i första hand vara att bistå biståndshandläggaren med kunskap inom rehabiliteringsområdet vid utredning av den enskildes behov av insatser i ordinärt boende. De ska också samverka med kontaktsjuksköterskor, demenssjuksköterskor och handläggare av bo-

stadsanpassning. Uppdraget ska också innebära att kontaktarbetsterapeuten och kontaktsjukgymnasten underlättar kommunikationen med landstingets rehabiliterings- och habiliteringskompetens och fungerar som ett stöd för personalen som ger insatser i ordinärt boende, för att utveckla ett rehabiliterande arbetssätt.

I projektuppdraget för kontaktarbetsterapeuten och kontaktsjukgymnasten ingår att formulera och förankra en definition av rehabilitering och habilitering, dels som en specialinsats, dels som en allmän insats av kommunen. Definitionen ska kunna användas som ett stöd i gränlandet mellan kommunen och landstinget och mellan hälso- och sjukvården och omsorgen i kommunen, och dessutom kunna användas i kommunikationen med brukaren och de närstående.

Projektets syfte är att utveckla en metod för de nya funktionerna kontaktarbetsterapeut och kontaktsjukgymnast för att nå brukaren så tidigt som möjligt i den kommunala omsorgsprocessen och vårdprocessen, med ett rehabiliterande arbetssätt och synsätt. Målet är att metoden, tillsammans med andra beslutade åtgärder, bidrar till en ökad möjlighet för den enskilde att bo kvar i sitt hem och att bibehålla ett så stort oberoende som möjligt. Målet är också att begreppen rehabilitering och habilitering i kommunen är begripliga för brukare och personal.

Målgruppen är personer över 65 år, personer inom LSS personkrets, personer med psykiska funktionshinder, alla i eget boende, samt den personal som ger insatser i eget boende. Projektiden är 17 månader fr.o.m. 1 januari 2006. Utvärderingen görs under november 2006. Slutsatserna och förslagen presenteras för uppdragsgivarna i januari 2007.

Västerås stad

Uppsökande verksamhet – folkhälsoarbete bland äldre

I sin projektplan beskriver Västerås stad Äldrenämndens vision att främja de äldres möjligheter att leva ett aktivt och oberoende liv samt på ett betryggande sätt tillvarata västeråsarnas behov av äldreomsorg. Ett led i detta är det projekt man startat för uppsökande verksamhet, eftersom förebyggande insatser för äldre personer lyfts fram i den nationella handlingsplanen för vård och omsorg om äldre. Man bygger också på goda erfarenheter från Danmark och ett tjugotal kommuner i Sverige, bl.a. Eskilstuna. Projektet innebär att man erbjuder uppsökande verksamhet i form av hembesök till personer i ordinärt boende som är 75 år och äldre, och som inte har hemtjänstinsatser förutom trygghetslarm.

Projektets syfte är att förebygga ohälsa och främja psykiskt, fysiskt och socialt välbefinnande för den äldre befolkningen, och därmed öka deras trygghet. Vidare ska metoder och struktur för den uppsökande verksamheten i Västerås utvecklas så att på sikt ska samtliga som är 75 år kunna erbjudas uppsökande verksamhet. Projektet ska även ha ett fallskadeförebyggande perspektiv i syfte att minska antalet fallolyckor i Västerås.

Cirka 750 personer kommer att besökas vid två tillfällen under projektiden som pågår till sommaren 2008. Personerna väljs slumpmässigt ut inom sex områden i staden, så att urvalet speglar den totala målgruppen i varje

område när det gäller fördelningen av män och kvinnor. Besöket är frivilligt och kostnadsfritt för den enskilde personen. Uppsökarteamet består av tre personer med specifik kompetens inom folkhälsoarbete, rehabilitering samt omsorg. Hembesöket består av ett samtal kring hälsa och vardagsliv utifrån ett formulär. Uppsökaren erbjuder också en genomgång av säkerheten i hemmet med fokus på risker för fall och brand. Teamet lämnar information om serviceutbudet i staden, och kan dessutom lotsa den äldre vidare till rätt instans vid behov.

Uppsökarna utvärderar de femton första hembesöken utifrån hur det framtagna materialet har fungerat och gör eventuella justeringar. En uppföljning av projektet kommer att göras våren 2008 genom gruppsamtal med 25 slumpvis utvalda äldre personer. Dessa får då ge sin syn på den uppsökande verksamheten och hur den kan utformas fortsättningsvis.

Projektet har kopplingar till flera andra projekt och verksamheter inom Västerås stad, och under projektets gång kommer nätverk och referensgrupper att skapas. Externa kontakter är Räddningstjänsten, Landstinget Västmanland, frivilligorganisationer, Apoteket, diakoner samt uppsökande verksamheter i andra kommuner och landsting.

Ystad kommun

Förebyggande insatser för att bibehålla och öka självständigheten och livskvaliteten

Socialnämnden i Ystad beslöt 2005 att avsätta pengar för ett delprojekt. Rehabgruppen fick då förstärkning med en arbetsterapeut på deltid och en sjukgymnast på heltid, för att arbeta med hemrehabilitering. Projektet förlades till ett begränsat geografiskt område där det fanns 173 biståndsbedömda brukare. Även de som inte hade hemtjänst men var i behov av rehabinsatser ingick i projektet. Arbetsterapeut och sjukgymnast arbetade tillsammans och var hos hemtjänstgruppen minst en gång i veckan för att fånga upp eventuella behov och ge handledning. Träningen av vårdtagarna genomfördes av en arbetsterapeut och en sjukgymnast i den enskildes hem och följdes sedan upp av vårdpersonalen. Inom projektets ram startades också regelbundna teammöten en gång per månad. Där deltog arbetsterapeut, sjukgymnast, biståndshandläggare, sjuksköterska och någon från hemvårdsgruppen. Syftet var att få en helhetssyn kring hur man bäst kunde möta vårdtagarnas behov.

Resultatet av projektet blev positivt. Livskvaliteten hos vårdtagarna ökade, liksom självständigheten. Vårdpersonalen kände stöd från rehabiliteringspersonalen och tyckte att arbetet blivit mer stimulerande. Det ekonomiska resultatet var positivt: Sex månaders arbete minskade hemtjänstinsatserna för tretton vårdtagare med 283 timmar per månad.

Därför beslöt socialnämnden att projektet skulle omfatta hela kommunen. Detta kom igång i slutet av 2005 med en viss ytterligare förstärkning av personalen i rehabgruppen, dock inom budgetens ram. LSS har egen rehabpersonal. Halvårsrapporten 2006 visade samma tendens som tidigare: Vårdtagarna anser att livskvaliteten har ökat samt att träningen har betydelse för självständigheten, för möjligheterna till sociala kontakter och för att klara av hemmiljön respektive att kunna komma ut. I flera fall hade behovet av hem-

tjänstinsatser minskat. Vårdpersonalen ansåg att deras arbetsmiljö har förbättrats. Kompetensen hos vårdpersonalen hade också höjts genom ökad handledning. Teamarbetet hade inneburit en kvalitetshöjning i vården. Med andra ord, konstaterade man, så visade satsningen på vinster för både vårdtagarna och kommunen.

Socialnämndens arbetsutskott har nu, med halvårsrapporten som underlag, tillstyrkt förslaget om att göra projektet permanent fr.o.m. årsskiftet.

Åre kommun

Socialnämndens äldreboendeutredning – Nu och för framtiden (041213)

I Åre kommun beslutade socialnämnden år 2004 att utreda de framtida behoven och inriktningen av äldreboenden i kommunens regi. I en nulägesbeskrivning framhålls att fler personer väljer att bo kvar hemma i sitt ordinära boende och få sitt behov av hjälp tillgodosett där, vilket innebär att människor med stora omvårdnadsbehov i större utsträckning än tidigare bor kvar hemma. Behovet av stöd till anhöriga har därmed också ökat, liksom behovet av tillfälligt boende i särskilda boendeformer. Beslut om insatser till hemmaboende äldre görs av biståndshandläggare efter en ansökan från den äldre och en individuell behovsbedömning. De olika insatserna handläggs av biståndshandläggare, sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast. Bland de insatser som kan sökas nämns hemsjukvård, anhörigstöd och hjälpmedel. Brukarnas delaktighet och personalens professionalitet ses som självklara i hemvården, enligt Åre kommuns verksamhetsidé.

Antalet äldre kommer att öka när 40-talistgenerationen kommer upp i 80-årsåldern. I utredningen konstateras att kommunen och de enskilda fastighetsägarna måste planera för ett mer varierat utbud av tillgängliga bostäder i ordinärt boende. Ett antal olika aktiviteter behövs för att anpassa hemvårdens verksamhet så att fler ska kunna bo kvar hemma. För att kunna utveckla ett rehabiliterande förhållningssätt i hemvårdens omvårdnadsarbete och för att kunna tillgodose behovet av rehabilitering måste rehabenheten utökas med en arbetsterapeut och en sjukgymnast. Detta kommer i praktiken att innebära att det finns tre rehabteam, ett i varje hemvårdsområde: Åre och Duved, Järpen, Undersåker och Kall samt Mörsil och Hallen, vilket ger betydligt ökade möjligheter att arbeta rehabiliterande tillsammans med den övriga personalen och brukarna. I utredningsmaterialet framhålls att god rehabilitering i hemvården ger brukarna möjlighet att utveckla och bibehålla sina förmågor genom vardagliga aktiviteter. Ökade rehabiliteringsinsatser ger större möjligheter för längre kvarboende, stärker livskvaliteten och minskar behovet av hemvårdsinsatser. Man framhåller att habilitering och rehabilitering kan ses som investeringar för att främja den enskildes oberoende och för att förebygga framtida vård och omsorg.

Ett avsnitt av rapporten ägnas åt samverkansfrågorna. Här konstateras att bra samverkan mellan kommunen och landstinget är en förutsättning för god vård och omsorg. Man framhåller också att det finns ett gott samarbete mellan kommunen och primärvården i Åre kommun. I samband med Ädelreformen skrev man ett samverkansavtal för att förtydliga respektive vårdgivares ansvarsområden och fortsätta samverkan och samförståndet omkring

den kommunala hemsjukvården. Ett resultat av detta är bl.a. regelbundna träffar mellan vårdgivarna. Nu, drygt tio år efter Ädelreformen, ska nya kommunvisa avtal tecknas mellan vårdgivarna. Utredningsarbetet har visat på nödvändigheten av att fortsätta denna goda samverkan för att trygga den medicinska kompetensen i hemvården.

I utredningsrapporten behandlas också korttidsboende, anhörigstöd och ett planerat äldrecentrum som ska utvecklas i samarbete med pensionärs-, handikapp- och frivilligorganisationerna. Särskilda boendeformer tas också upp i rapporten, som avslutas med en kort framåtblick där man aviserar att mer detaljerade tidsplaner, utredningar och övrigt detaljarbete kommer att behöva göras, utifrån socialnämndens beslut. Man konstaterar också att det är lämpligt att socialnämnden beslutar om en uppföljning och utvärdering av de beslutade åtgärderna.

Älmhult kommun

Sammanfattning av Dagrehab 2005

Fixar-Elme

I Älmhult startades Dagrehabilitering hösten 2005, i form av ett samarbete mellan Älmhults kommun och Pelmatic, ett företag som svarar för driften av landstingets vårdcentral i Älmhult. Samarbetet bygger på ett tidsbegränsat projekt under år 2001, som visade att även en kort träningsperiod kan förbättra funktionen avsevärt hos personer i eget boende. Efterfrågan på en fortsättning har varit stor och därför startades Dagrehabprojektet. Målet var att förbättra funktions- och aktivitetsnivån och därmed fördröja flytten till särskilt boende, samt att öka livskvaliteten och den sociala gemenskapen. Målgruppen var personer i eget boende som genom en skada eller sjukdom har funktionshinder och behöver rehabiliterande insatser på hemmaplan. Deltagarna skulle kunna medverka och vara motiverade.

Dagrehabiliteringen omfattade fyra timmar per vecka uppdelade på planering, bedömning och uppföljning samt aktiv träning, såväl individuellt som i grupp. Åtta deltagare var inskrivna i det första projektet. I det återupptagna projektet, som kom att omfatta tio veckor, ingick sex personer. Resultatet bedömdes efter ADL-taxonomin, Bergs balanstest, COPM, ett frågeformulär där personen själv väljer ut två aktiviteter i det dagliga livet som är svåra att utföra, och utvärderingsfrågor.

Av slutresultatet framgår bl.a. att deltagarna hellre tränar i grupp tillsammans med andra än tränar ensamma i hemmet. Behovet av assistans minskade också under projektperioden.

Från Älmhult har också inkommit en beskrivning av funktionen ”Fixar-Elme”, en resurs som kan hjälpa äldre med vardagssysslor i syfte att förebygga olyckor. Alla i kommunen som har fyllt 75 år kan anlita Fixar-Elme, för hjälp t.ex. med att byta glödlampor, sätta upp gardiner, bära in ved, ta fram eller bära in trädgårdsmöbler. Vissa begränsningar finns, t.ex. får det inte gälla hemtjänstpersonalens arbetsuppgifter, fönsterputsning eller reparationer. Arbetet är kostnadsfritt.

År 2005 startade ett projekt på Älvtomta hemvård, som ingår i Social välfärd i Örebro. Syftet var dubbelt: att erbjuda brukaren träning av vardagliga aktiviteter i sin naturliga miljö för att klara det dagliga livet i ordinärt boende, och att med stöd av arbetsterapeuten stärka det rehabiliterande arbetssättet i hemvårdsgruppen. Målet var att öka brukarens aktivitetsförmåga, öka brukarens självständighet i vardagliga aktiviteter samt att öka och utveckla ett rehabiliterande arbetssätt i hemvårdsgrupperna. Projektet pågår fortfarande och har redovisats i en delrapport som ligger till grund för denna presentation.

För genomförandet tillsattes en extra arbetsterapeutresurs på 75 procent. Arbetsterapeuten deltar i vårdplaneringen eller får rapporter från vårdplaneringsteamet vid ärenden som bedöms bli aktuella för rehabilitering. Brukaren, de anhöriga, kontaktpersonen, sjuksköterskan och arbetsterapeuten sätter tillsammans upp mål och planerar för att uppnå dessa mål, som sedan dokumenteras och följs upp regelbundet. Vid behov tas även kontakt med en sjukgymnast. Deltagarna i projektet är mellan 70 och 94 år och har olika funktionshinder. Den övervägande delen av deltagarna hör till gruppen dåligt allmäntillstånd. Andra diagnoser är stroke, kotkompression, axelfraktur och höftfraktur. I delrapporten som redovisas här ingår nio brukare.

Av en enkät som riktats till personalen framgår att det finns ett stort intresse av att arbeta rehabiliteringsinriktat men att man upplever att tiden inte räcker till. Detta förklarar också att man anser att brukarna inte får den rehabilitering som de har rätt till och att för få rehabiliteringsmål sätts upp tillsammans med brukarna. Kompetensutveckling och mer tid efterfrågades.

Under projekttiden har man försökt att arbeta fram en rutin för att samordna de befintliga resurserna. Att ta tillvara arbetsterapeutens kompetens i aktivitet och rehabiliterande arbetssätt har gett personalen struktur i arbetet. ADL-taxonomin som bedömningsinstrument har också visat vägen för att bara hjälpa brukaren med det som han eller hon inte klarar själv. Detta har upplevts positivt såväl av arbetsterapeuten som av omvårdnadspersonalen. Den specifika rehabiliteringen påbörjas av en arbetsterapeut eller sjukgymnast, och övergår sedan i vardagsrehabilitering utförd av omvårdnadspersonal. Teamträffar en gång i veckan med representanter för alla aktörer har upplevts mycket positivt av alla yrkeskategorier.

Till de goda resultaten kan räknas att omvårdnadspersonalen är stolta över sina rehabiliteringsinsatser. Ett rehabiliterande förhållningssätt har börjat sprida sig i gruppen och vardagsrehabilitering förekommer på personalens eget initiativ. Gruppen som helhet är dessutom mer positiv sedan projektet startade. Även arbetsterapeutens arbete har utvecklats positivt genom insikt i hur omvårdnads- och rehabiliteringsarbetet läggs upp och utförs. Att arbeta mot en hemvårdgrupp ger tid för rehabiliteringsarbete och en känsla av att den egna kompetensen tas till vara. Resultatet innebär också att vårdtyngden hos vissa brukare har minskat medan den har ökat hos andra.

I rapportens diskussionsdel framhålls att om kommunen ska kunna hålla fast vid principen att äldre ska kunna bo hemma måste detta följas upp med

de resurser och insatser som behövs. Det innebär i första hand en mer målinriktad och meningsfull samordning av befintliga insatser. Genom arbetsterapeutens kompetens kan brukarens aktivitetsförmåga och förutsättningar för rehabilitering analyseras. Därmed kan man samordna insatserna enligt socialtjänstlagen respektive hälso- och sjukvårdslagen. I rapporten trycker man starkt på omvårdnadspersonalens och enhetschefens roll i rehabiliteringsarbetet. Omvårdnadspersonalen har en nyckelroll i rehabiliteringsarbetet och deras synsätt och förutsättningar är avgörande för de rehabiliterande insatser som brukaren får. Den tidsvinst som kan åstadkommas genom rehabilitering kan användas till ett förebyggande arbete och skjuta upp behovet av insatser från hemvården.

Sammanfattningsvis formuleras en önskan att projektet ska övergå i ordinarie verksamhet. Om det inte skulle få fortsätta innebära det en återgång till den tidigare situationen i Älvtomta hemvård då arbetsterapeuten arbetade mot upp till fyra olika hemvårdgrupper. Hennes roll i rehabiliteringsarbetet begränsas då till ”att vara den som bara dyker upp ibland med ett hjälpmedel”. Genom projektet och arbetsterapeutens närhet till gruppen har man i stället kunnat arbeta mer förebyggande och se ett behov av rehabiliteringsinsatser så tidigt att det aldrig uppstår något behov av hjälpmedel eller insatser från hemvården.

Under projekttiden har frågan om förebyggande arbete med hjälp av hela teamets kompetens vuxit fram. Även tanken på hur arbets sättet ska kunna spridas och vikten av att dokumentera och informera har kommit fram och behöver arbetas vidare med.

Östersunds kommun

Utvärdering av handledning inom hemrehabilitering

I Östersunds kommun har man insett att ett rehabiliterande arbetssätt är förutsättningen för en lyckad hemrehabilitering. Med detta menar man att i högre grad ta tillvara individens egna resurser. För personalens del kräver detta handledning från arbetsterapeuterna och sjukgymnasterna. Man satsade därför FoU-medel på ett uppdrag att utvärdera sådan handledning. Ett internationellt enkätinstrument, Manchester clinical supervision scale (MCSS) har använts i utvärderingen av vårdpersonalens syn på handledningen. Dessutom har man genomfört fokusgruppsintervjuer med arbetsterapeuter, sjukgymnaster och biträdande enhetschefer. I studien ingick 97 personer.

I utvärderingen har man jämfört den kommunala hemrehabiliteringen och hemrehabiliteringen i privat regi, Carema. Jämförelsen visar att personalen inom Carema har upplevt ett bättre stöd från sin handledare och att man där också haft lättare att finna tid för handledning. Handledningen upplevs mer positiv när man har tät kontakt med sin handledare. De biträdande enhetscheferna ser förbättringar över tid men efterlyser ett rehabiliterande ledarskap från handledarna. Dessa å sin sida beskriver svårigheter att nå fram till all personal och upplever en balansgång mellan brukarnas rehabiliteringsbehov och personalens fysiska och psykiska arbetsmiljö. Möten mellan personalen och arbetsterapeut och sjukgymnast präglas ofta av tidsbrist, och kret-

sar därför kring att hitta snabba lösningar medan den viktiga reflektionen uteblir. Personalen saknar ibland en handledande dialog.

En synpunkt som kommit fram i arbetet är att det krävs kunskap av alla parter men att denna kunskap kan vara på olika plan. Det krävs ömsesidig respekt för den andres kunskap. Sjukgymnaster och arbetsterapeuter har sin specialkunskap om den åldrande människan eller om olika diagnoser, som förvärvats genom grundutbildning och erfarenhet. Personen som handleds har sin generella kunskap om ett rehabiliterande förhållningssätt, och dessutom känner han eller hon brukaren mycket bättre. Det är viktigt att komma ihåg att arbetsterapeuten och sjukgymnasten också kan ha mycket att lära av personalen och att det till och med ibland kan kännas konstigt att handleda när personalen känner patienten så mycket bättre. I diskussionen tar man också upp den skillnad i yrkeskultur som kan finnas mellan handledaren och den som handleds, och att det kan vara viktigt att inse att det finns sådana skillnader för att kunna bedriva en konstruktiv handledning.

Rapporten mynnar ut i ett antal slutsatser som också kan ses som rekommendationer för fortsatt utveckling av handledningen inom hemrehabiliteringen: Både handledarna och vårdpersonalen behöver träning som en förberedelse för samarbetet i handledningssituationen.Handledningssamarbetet bör också göras tydligt i form av en gemensam överenskommelse. Verktyg i handledningsarbetet är, enligt författaren, ordinationer eller instruktioner och delegering samt uppföljning av detta. Handledarna behöver fortsatt stöd som handledare och kan ha nytta av en utbildning i handledningsmetodik, bl.a. för att få en teoretisk referensram för ökad förståelse av sammanhang och metoder.

Avslutningsvis konstateras i rapporten att studien inte har kunnat ge något svar på om handledningen leder till bättre vardagsrehabilitering. Författaren yttrar en förhoppning om att man i kommande studier ska finna en metod för att beskriva effekten av handledning i vardagsrehabiliteringen.

Bilaga 2

Förfrågan om projektdokumentation

Till HIs kommunnätverk inom området äldre och rehabilitering

Insamling av genomförda projekt och studier av rehabilitering för hemma-boende äldre

Vi behöver din medverkan i ett pågående arbete om rehabilitering för hem-maboende äldre som Hjälpmedelsinstitutet och Socialstyrelsen nu genom-för. Den kompetens och överblick som finns samlad i HIs kommunnätverk är av stor betydelse i detta arbete.

Under åren 2004 och 2005 genomförde HI och Socialstyrelsen två enkätun-dersökningar med hjälp av nätverket. Resultaten från undersökningarna pre-senterades i Socialstyrelsens lägesrapporter om Vård och omsorg om äldre för 2004 respektive 2005.

En tydlig utvecklingstendens när det gäller vården och omsorgen om de äldre är att allt fler äldre bor kvar hemma. Ett kvarboende ställer naturligtvis höga krav på kommunernas (och landstingens) utbud av insatser likaväl som tillgängligheten till dessa. Ett område som är av speciellt intresse utifrån ett kvarboendeperspektiv är rehabilitering (inkluderat hjälpmedel och bostads-anpassning), dvs. insatser som är funktionshöjande, funktionsbevarande eller förebyggande. Över landet torde det finnas ett flertal arbetsätt och metoder vad gäller dessa insatser.

Vi önskar att med hjälp av dig få ta del av lokala utvecklingsarbeten, utvär-deringar och eventuella studier som har genomförts rörande äldres rehabili-tering (inkluderat hjälpmedel och bostadsanpassning). Speciellt intressant är den typ av arbeten som syftar till att underlätta äldres möjligheter att bo kvar hemma. Det kan alltså handla om allt från arbetsätt och metoder som syftar till att vara förebyggande till funktionsbevarande och funktionshöjande in-satser.

Finns det dokumenterade utvecklingsarbeten, utvärderingar eller studier av verksamhet i din kommun – genomförda under de senaste åren – som be-skriver ovanstående arbetsätt och metoder ber vi dig att skicka in dessa. Det insamlade materialet kommer att bearbetas för att ingå i Socialstyrel-sens rapport Vård och omsorg om äldre, lägesrapport 2006, som publiceras i början av 2007. Materialet ska också användas som underlag för kommande aktiviteter inom ramen för den nationella utvecklingsplanen för vård och omsorg om äldre där rehabilitering är ett område som omfattas av den statli-ga satsningen.

Om du har frågor kan du vända dig till Ingela Månsson, tfn 08 620 1817
(ingela.mansson@hi.se) eller Peter Lorentzon, tfn 08 620 1843
(peter.lorentzon@hi.se)

Det efterfrågade materialet skickas senast den 22 september till
Hjälpmiddelsinstitutet, Ingegärd Nicolaou, Box 510, 162 15 Vällingby.

För att få ytterligare kunskaper om arbetet med rehabilitering av äldre
hemmaboende kommer vi i slutet av september höra av oss till dig med
några frågor.

Tack på förhand!

Vänliga hälsningar

Ingegärd Nicolaou

Bilaga 3

Missiv

Till HIs kommunnätverk inom området äldre och rehabilitering

Frågor om utveckling av rehabilitering för äldre hemmaboende personer

För ett par veckor sedan skickade vi ut en förfrågan till kommunnätverket där vi efterlyste utvecklingsarbeten rörande rehabilitering för hemmaboende äldre personer. Vi tackar alla er som skickat in information och rapporter. Om du ännu inte har haft möjlighet att sända oss det efterfrågade materialet är vi tacksamma om du kan göra det snarast möjligt då vi nu börjar gå igenom inkomna rapporter.

För att få ytterligare kunskaper om arbetet med rehabilitering av äldre hemmaboende önskar vi få svar på några frågor, som framgår av bilagan. Vi behöver dina svar senast den 6 oktober och helst via e-post direkt till under-tecknad.

Vänliga hälsningar

Ingegärd Nicolaou

Bilaga 4

Enkät

Hjälpmedelsinstitutet
Analys och verksamhetsutveckling
Ingela Månsson
Tfn 08-620 18 17

2006-09-22

Frågor om utveckling av rehabilitering för äldre hemmaboende personer

Kommun:

Namn:

Befattning:

Tfn:

E-post:

1. Har kommunen ansvar för hemsjukvården?

Ja Nej

2. Vilka är de 3–4 viktigaste framgångsfaktorerna för att utveckla rehabilitering (inkluderat hjälpmedel och bostadsanpassning) för hemmaboende äldre personer?

3. Vilka är de 3–4 viktigaste problemen när det gäller att utveckla rehabilitering (inkluderat hjälpmedel och bostadsanpassning) för hemmaboende äldre personer?

4. Vilka viktiga beslut har ni just fattat eller är på väg att fatta för att utveckla detta område?

5. Vilka pågående projekt har ni för att utveckla området?

Tack på förhand!

Skicka dina svar direkt per e-post till ingegard.nicolaou@hi.se senast 6 oktober.

