



# Hemrehabilitering i Malmköping

Ett pilotprojekt i syfte att utvärdera en intervention med att träna äldre så att de ska kunna stanna hemma längre i eget boende med ökad funktionsnivå.

**Ort datum:** Eskilstuna 2009-03-23

**Författare:**

Marieanne Blomberg, Arbetsterapeut

Hans Ottorp, Sjukgymnast

Carina Gerhardsson, Kurator

**Handledare:** Eva-Maria Annerbäck

## **Sammanfattning**

I Malmköping kan landstinget inte erbjuda hemrehabilitering. Tidigare studier har visat att hemrehabilitering medför minskat behov av hemtjänst hos patienter och ger ökad status, arbetsglädje och kunskapslyft till hemtjänstpersonal. (1) I Östersund har man sett att kostnader för hemtjänst inte ökat i beräknad utsträckning för brukare som erhöll hemrehabilitering. (2)

Vi har gjort en pilotstudie på 5 personer som under projekttiden behövde rehabilitering och föll inom de kriterierna som vi ställt för studien. Efter avslutad behandling intervjuades de om hur de upplevde hemrehabiliteringen samt nyttan av den. Samtidigt skickade vi ut en enkät till hemtjänstpersonalen för att undersöka om deras tillfredsställelse i arbetet kunde öka av ett utökat samarbete med paramedicinare kring hemrehabilitering.

Samtliga patienter nådde sina mål under behandlingsperioden som var på 3 månader.

Alla utom en var genomgående positiva till hemrehabilitering.

Enkät till hemtjänsten gav att i stort sett är man nöjd med sin arbetsinsats både före och efter intervention. Man är dock mer positiv till hemrehabilitering i Malmköping än i Hälleforsnäs efter intervention. Båda grupperna anser att ökat samarbete med paramedicinare är av godo. Malmköping ser fler och direkta vinster med hemrehabilitering.

Pilotstudiens slutsats är att hemrehabilitering ger vinster både för patient och kommun genom tidiga insatser och minskat behov av hemtjänst.

# Innehållsförteckning

Sammanfattning .....	2
1. Bakgrund .....	4
1.1 Arbetet med hemrehabilitering i Malmköping .....	5
2. Syfte .....	6
3. Metod och material.....	7
3.1 Mätmetoder .....	7
3.2 Kriterier/Urval .....	7
4. Resultat.....	8
4:1 Patient intervention .....	8
4:2 Resultat patientintervju .....	9
4:3 Resultat enkät riktad till hemtjänst.....	11
4:4 Kurator .....	12
5. Diskussion .....	13
5:2 Diskussion patientintervjun.....	13
5:3 Hemtjänstenkäten .....	14
5:4 Kurator .....	14
Tillkännagivanden (Acknowledgements): .....	16
Referenser: .....	16
Bilagor: .....	2

## 1. Bakgrund

Sjukhusen (KSK och MSE) erbjuder hemrehabilitering för de patienter som drabbats av skada eller sjukdom och är i behov av rehabilitering. På grund av tidsbrist kan den inte erbjudas till de områden som ligger längre bort som exempelvis Flen, Hälleforsnäs, Sparreholm och Malmköping.

I Malmköping har man försökt kompensera detta genom att sjukgymnasterna på VC gör ett hembesök då man gör upp ett träningsprogram. Vid behov instruerar sjukgymnasten hemtjänstpersonalen som hjälper patienten att genomföra träningen. Arbetsterapeuten ordnar de hjälpmedel som kan behövas och intyg för eventuell bostadsanpassning. Uppföljning sker när hemtjänsten hör av sig angående att något behöver förändras. Träningen som man tidigare delegerat till hemtjänsten är sällan av rehabiliterande karaktär utan är mer konservativ i sin inriktning. Flens kommun har tillgång till en äldreкуратор som vid behov utför insatser hos patienterna och inte som en del i ett rehabiliteringsprogram.

I tidigare studier har man sett, att hemrehabilitering minskar behovet av hemtjänst för patienterna, ger ökad status, arbetsglädje och ett kunskapslyft till hemtjänstpersonal och ett mer rehabiliterande synsätt på vårdarbetet. (4) I Östersund har man sett att beräknade kostnadsökningar inte skett för hemtjänstinsatser. (5) En studie, som finns beskriven i SoS-rapport 2001, omfattas 102 äldre personer boende i ordinärt boende med varierande grad av insatser från hemtjänsten. Datinsamling har gjorts genom hembesök av fyra arbetsterapeuter i fyra olika delar av landet. Områdena valdes så att personer i både glesbygd, tätort och storstad fanns representerade. En tredjedel av dessa hade inget rehabiliteringsbehov, en sjättedel hade rehabiliteringsbehov som var tillgodosett och hälften bedömdes ha behov av rehabilitering, som inte var tillgodosett. För de som skattades ha ett rehabiliteringsbehov var situationen en annan. De hade mer insatser från hemtjänsten, påfallande ofta få sociala kontakter med anhöriga och vänner, och kunde inte längre utföra sina hobbyaktiviteter. Rehabiliteringsbehovet kunde relateras både till personliga dagliga aktiviteter som att äta, duscha, förflytta sig etc. liksom till aktiviteter inom boendet som att laga mat, göra inköp, städa och tvätta. Behov fanns också av insatser för att träna styrka, balans och rörlighet samt att kompensera för begränsningar i aktivitet och funktion framförallt genom tekniska hjälpmedel. Behov av rehabilitering framkom också vad det gäller psykosociala aspekter. (6)

Resultatet av studie från Socialstyrelsens rapport (6) visar att det finns ett stort behov av hemrehabilitering. Den pekar ut några viktiga aspekter.

- ”All rehabilitering är individuell, dvs. de insatser som görs måste utgå från individen och det sammanhang han eller hon lever sitt liv inom.
- Att uppmärksamma rehabiliteringsbehov är grunden för att rehabilitering över huvudtaget ska kunna äga rum. Vårdplanering där behov av rehabilitering bedöms och samverkan där professioner med rehabiliteringskompetens ingår är en viktig faktor.
- Tidigt insatta rehabiliteringsinsatser kan vara avgörande för möjligheten att klara vardagen och för hur mycket insatser som samhället/anhöriga behöver ge som stöd.
- Om vårdbiträden och anhöriga, de som i vardagen stödjer de äldre, ska kunna arbeta utifrån ett rehabiliterande perspektiv måste de ha kunskaper om ett vardagsrehabiliterande synsätt. De måste också ha tillgång till individuell handledning samt äga utrymme i sin arbetssituation att arbeta på ett sådant sätt att rehabilitering understöds.

- Om vi vill hålla fast vid den grundläggande principen att äldre ska kunna bo kvar hemma så måste detta följas upp med de resurser och insatser som behövs. Det innebär inte alltid att mer insatser måste sättas in utan att de insatser som redan finns bör samordnas och organiseras på ett mer målinriktat och meningsfullt sätt. I vissa fall kan det vara små förändringar som är avgörande för om en person kan bo kvar eller inte.” (6)

### **1.1 Arbetet med hemrehabilitering i Malmköping**

Vilken intervention som har varit aktuell har styrts av patientens behov och önskemål kontra funktionsbortfall/skada.

#### Ärendegång.

1. Anmälan av ärenden
2. Initiering av ärenden kom från distriktssköterska, läkare, hemtjänstpersonal, rehabiliteringsteamet, biståndshandläggare, anhöriga, sjukhusen, etc. Syftet var att få ett tidigt omhändertagande. Samtliga ärenden erbjöds hemrehabilitering men bara de som uppfyllde kriterierna nedan kom med i studien.
3. Kontaktar patient.
4. Hembesök av sjukgymnast, arbetsterapeut och i förekommande fall kurator med genomgång av blanketten för inskrivning bland annat med patientens egna mål (bilaga 1). Initierar individuell träning (bilaga 2) beroende på vilken typ av mål patienten har och utifrån dennes särskilda behov. Bedömer vilken typ av hjälpmedel och bostadsanpassning som kan behövas för den enskilde.
5. Hembesök av kurator för ifyllande av SF 36 (bilaga 3)
6. Skickar kopia av träningsprogram till hemtjänsten och planerar att gemensamt genomföra ett träningstillfälle.
7. Regelbundna uppföljningar av patienten via hemtjänsten eller vid hembesök.
8. När träningsperioden är avslutad genomgång med blankett för utvärdering (bilaga 4) och en utvärdering av kurator (bilaga 3).

#### Andra åtgärder

Vid två tillfällen undervisade vi hemtjänstpersonalen i relevanta ämnen och enligt önskemål. Första tillfället informerade vi om STROKE, och vid andra tillfället om krishantering och depression hos äldre.

Arbetsterapeut och sjukgymnast arbetade tillsammans med hemtjänsten under en dag var, för att få en inblick i hur deras vardag såg ut.

Vi utarbetade en informationsblankett angående hemrehabilitering (bilaga 5) som skickades till berörd patient, anhöriga, sjukhus och vårdpersonal.

Kuratorn hade fortlöpande kontakt med hemtjänstpersonalen som resurs/rådgivning inom hemtjänstgruppen, med patientkontakt, anhörigstöd och handledning i specifika patientärenden

## 2. Syfte

Syftet med denna pilotstudie är att utvärdera en intervention tillsammans med hemtjänst där man erbjuder träning i hemmet. Vi vill undersöka om genomförd hemrehabilitering leder till de förväntade förbättringarna/vinsterna för patient, anhörig, personal och ur ekonomisk aspekt för kommunen/landstinget. Denna kunskap skulle kunna innebära ett förändrat synsätt i planering av insatser för den aktuella patientgruppen.

Frågeställningar:

- Kommer patienter som erhåller hemrehabilitering förbättra sin upplevelse av livskvalitet, funktion och/eller ADL-förmåga?
- Leder hemrehabiliteringen till förbättrad funktion hos patienten.
- Kan stöd av kurator hjälpa anhöriga att klara vardagen tillsammans med den sjuka/handikappade bättre?
- Kan personalen i hemtjänsten genom handledning/utbildning öka sin livskvalitetsupplevelse i arbetet?
- Minskar hemtjänstbehovet hos patient som erhåller hemrehabilitering?
- Kommer kostnaden för hemtjänst att minska?

### **3. Metod och material**

#### **3.1 Mätmetoder**

För att utvärdera insatsen används patientens mål. Målen fick vi fram via ett samtal vid inskrivning i hemrehabilitering (bilaga 1). Resultatet fick vi via uppföljningssamtal (bilaga 2). Vi skickade också ut avpersonifierade enkäter (bilaga 6) till dels hemtjänsten i Malmköping, som vi samarbetade med och dels till ett hemtjänstområde i Hälleforsnäs, där inte hemrehabilitering erbjöds. Enkäten skickades även ut till dessa, efter att vi avslutat hemrehabiliteringsprojektet som en uppföljning efter 3 månader. Slutligen följdes interventionen upp genom intervjuer av de patienter som var med i projektet. Intervjun genomfördes av en utomstående intervjuare och följde en mall (bilaga 7).

#### **3.2 Kriterier/Urval**

Inklusionskriterier: Personer 65 år och äldre, boende i Malmköpings tätort, som har skada/sjukdom och som är i behov av rehabilitering i hemmet efter sjukhusvård eller hemmavarande som sviktar i sin funktionsnivå. Personen måste även ha en styrka som överstiger 1 på Janda skalan. Det innebär att personen ska kunna aktivera musklerna men behöver inte kunna röra på extremiteten i fråga. Lägre nivå på Janda-skalan betyder avsaknad av muskelfunktion. Janda-skalan är en utvärderad metod för att klassificera muskelstyrka och är enkel att applicera i det vardagliga kliniska arbetet (3).

Exklusionskriterier: Personer med pågående missbruk, demens eller progredierande neurologiska sjukdomar och de som vi inte kan motivera till träning.

## 4. Resultat

### 4:1 Patient intervention

#### Patient 1: Kvinna -22:

**Ankomstsamtal hemrehabilitering:** Patienten hade hemtjänst/tillsyn och hjälp på morgonen, med dusch och matdistribution. Anhöriga hjälptes åt med inköp och städning. Hennes problem var svag höger sida pga. stroke, afasi, trötthet och dålig balans.

**Mål:** Att kunna hämta posten, småstäda och skriva matlista. Målen utökades efter halva tiden till att även klara utomhuspromenader

**Intervention:** Trappgång, balansträning, uppgraderas till utomhuspromenader. Stödsamtal. Utskrivna hjälpmedel: Rollator, förhöjningsdyna och badkarsstol ”snurren”.

**Resultat vid utvärdering:** Samtliga mål uppnåddes. Har vid utvärderingen bara tillsyn vid dusch av hemtjänsten. Skulle kunna vara självständig även i dusch om hon inte hade avböjt erbjudande om duschanpassning.

#### Patient 2. Kvinna -08:

**Ankomstsamtal hemrehabilitering:** Patienten hade nyligen brutit högra lårbenet, tidigare även fraktur vänster. Hade svårt att gå, yrsel, problem med att resa sig och gå. Kunde med svårighet gå kortare sträckor med rollator. Satt mest i rullstol.

**Mål:** Att utföra enkla hushållsarbeten som damning och diskning samt att resa sig upp med stöd av en arm.

**Intervention:** Uppresningsträning gånger flera ofta, arm och handträning enligt program med uppgraderingar, började på dagrehabiliteringen och tränade framför allt gång, styrka och ADL. Fick nivåutjämnning av golv som bostadsanpassning.

**Resultat vid utvärdering:** Samtliga mål uppnåddes. Kunde vid utvärderingen resa sig med stöd av en hand, klarade av att damma, värma mat, samt diska. Minskade sin tid i rullstolen.

#### Patient 3. Kvinna -33:

**Ankomstsamtal hemrehabilitering:** Patienten hade en lateral tibiakondylfraktur som inte fick belastas initialt. Hade hemtjänsthjälp med städ, dusch och inköp. Klarade förflyttning med hjälp av rullstol. Klarade ta sig in på toalett med hjälp av beta-stöd. Hade griptång.

**Mål:** Kunna gå i trappor och utomhus. Vill kunna spela Boul.

**Intervention:** Avlastad träning i sittande, gångträning med hjälpmedel och följeslagare, trappträning och promenader utomhus med käpp. Gångträning utan följeslagare. Fick duschstol, toaförhöjning och hjälp att avlägsna dörrar för bättre framkomlighet. Fick rullbord/tevagn, sittdyna och två kryckkäppar.

**Resultat vid utvärdering:** Kände sig återställd vid utvärderingstillfället. Uppnådde alla sina mål. Var vid tillfället helt självständig och samtliga hjälpmedel återlämnade.



#### **Patient 4. Kvinna -36**

**Ankomstsamtal hemrehabilitering:** Stroke, svag vänster. Yrsel och svalgpares p.g.a. hjärnstamsinfarkt. Stora svårigheter med balans. Kunde inte stå utan att hålla i sig. Hade PEG pga. svalgparesen. Hade hjälp med städ, dusch, tvätt och inköp. Använde rollator och rullstol.

**Mål:** Kunna gå utomhus med följeslagare, vattna blommor samt städa själv.

**Intervention:** Balansträning, trappträning, promenader och uppresningsträning. Fick duschkabin, borttagning av trösklar, uppsättning av ledstång i badrum, toa-armstöd, samt extra rollatorer (4 st).

**Resultat vid utvärdering:** Svalgpares och nedsatt balans kvarstod. Kommer ut självständigt med hjälpmedel. Kan tvätta småtvätt själv. Spelade Boul. Städar, duschade och handlade själv. Fick hjälp med bäddning och stortvätt.

#### **Patient 5. Kvinna -23**

**Ankomstsamtal hemrehabilitering:** Fraktur patella vänster. Kneerange-ortos i 3 veckor med gradvis ökning. Kunde stå utan stöd samt gå korta sträckor utan stöd. Klarade trapp fot om fot. Hjälp med städ, inköp, tvätt och dusch.

**Mål:** Kunna gå och handla själv med hjälpmedel. Vill kunna spela Boul. samt klara av att tvätta och väva. Vävstolen och tvättstuga har hon i källaren.

**Intervention:** Träningsprogram för vänster ben. Uppresningsträning, trappträning och promenader. Skötte en stor del av träningen själv. Fick ramp, stödhandtag, duschpall, betastöd, rollator med bricka, toaförhöjning med armstöd, coxityna och sängförhöjningsklossar.

**Resultat vid utvärdering:** Kunde vid utvärderingen gå i trappor normalt. Återställd rörlighet i knä. Ingen hemtjänst. Rollator endast utomhus. Spelade Boul. Tvättade och handlade själv. Vävning var inte aktuellt. Blev inte helt nöjd pga. att hon ännu inte var smärtfri. En av skruvarna var på väg ut.

#### **4:2 Resultat patientintervju**

Två patientintervjuer genomfördes med drygt en månads mellanrum.

##### Fråga nr 1. Hur har du uppfattat insatsen med hemrehabilitering?

Sammanställningen efter första intervjun gav att samtliga var nöjda.

Andra intervjutillfället gav att två av patienterna ville ha mer insatser men alla tyckte det var bra.

##### Fråga nr 2. Vad är bra med hemrehabilitering? (Hembesök av Hasse och Marieanne och träning med hemtjänst)

Sammanställningen av första intervjun gav att de tyckte det var bra att de fick vara hemma och slippa sjukhus eller korttidsplats. Det var bra att hjälpen kom till dem istället för att behöva åka någonstans. Nyttigt med självträning och att man slapp ordna med hjälpmedel.

Andra intervju tillfället gav:

”Bra att de (rehabpersonalen) kunde komma hit eftersom jag var låst i lägenheten.”

”Vet inte riktigt, anlidade ej hemtjänst efter höftledsfrakturen p.g.a. hög kostnad och dålig information”

#### Fråga nr 3. Vad var bra/mindre bra med hemrehabilitering?

Sammanställning efter första intervjun gav: Självträningen var lite svår att veta/komma ihåg restriktionerna ibland. Sjukresorna (återbesök) var jätte jobbiga p.g.a. Samres. Hade varit bra om Hasse varit med och ”peppat” oftare.

Andra intervjutillfället gav:

”Båda kom samtidigt. Bättre om de kom en och en,”

”Bra och tryggt”

”Saknat viss träning efter framförallt höftledsfrakturen”

#### Fråga nr 4: Vad hade alternativet till hemrehabilitering varit?

Sammanställning efter första intervjun gav att patienten troligen varit tvungen att vara på korttidsavdelning eller hos anhöriga eller krångliga resor med Samres. Krångligare och dyrare hade det blivit för patienterna.

Andra intervjutillfället gav:

Alternativen hade varit korttidsboende och egen träning.

#### Fråga nr 5. Hur hade man kunnat göra annorlunda?

Sammanställning efter första intervjutillfället gav att de vill ha mer av allt även sådant som ej kan erbjudas i kommunen.

Andra intervjutillfället gav: Hälften nöjda och hälften vill ha mer träning. En efterfrågade sådant som vi ej kan erbjuda. (T ex bassängträning och tillfällig färdtjänst)

#### Fråga nr 6. Hur blev resultatet?

Sammanställningen av första intervjutillfället gav att samtliga upplevde framgång.

Andra intervjutillfället gav att samtliga upplevde framgång. ”Jätte-bra fungerar fint nu också”

”Märkte inte så stor skillnad men andra gör det”

#### Fråga nr 7. Om du inte fått hemrehabilitering vad hade resultatet blivit då, tror du?

Sammanställningen av första intervjutillfället gav att de troligtvis hade sämre funktion eller att det tagit längre tid att uppnå där de är idag.

Andra intervjutillfället gav i stort sett samma som ovan men med andra ord. En svarade ”?”.

### 4.3 Resultat enkät riktad till hemtjänst

Enkäterna visar inga tydliga skillnader i resultaten från de båda hemtjänstområdena i undersökningen (se tabell bilaga d), men det går att se en tendens till en förbättring i båda områdena.

Totalt har 29 personer besvarat enkäten både före och efter samt med komplett id-nummer och av dessa hade 3 personer utelämnat svar på någon fråga. Det är för dessa 29 personer som resultaten redovisas, varav 15 personer är från Gjutaren.

Fråga nr 1: "Känns ditt arbete meningsfullt?" Tendensen är att det har ökat både i Malmköping och på Gjutaren men något mer i Malmköping.

Fråga nr 2: "Trivs du med ditt arbete?" Trivseln ökade för 3 personer på Gjutaren och 2 i Malmköping. En i Malmköping minskade från i hög grad till i viss grad. Totalt är att man i Malmköping är mer nöjd om man ser på spridningen.

Fråga nr 3: "Är du nöjd med din arbetsinsats?" Kan man se att på Gjutaren finns det en viss positiv tendens medan i Malmköping är det ingen större skillnad totalt.

Fråga nr 4: "Känner du dig delaktig i besluten på din arbetsplats?" Tendensen är en ökad delaktighet på Gjutaren men i Malmköping har lika många som ökat har det minskat i delaktighet.

Fråga nr 5: "Känner du dig delaktig i vårdplaneringen kring patienten?" Tendensen är att man upplever försämring i delaktighet generellt men totalt är läget något sämre i Hälleforsnäs.

Fråga nr 6: "Har du tillräckligt med kunskaper för ditt arbete?" tendensen är att fler upplever att de har tillräckligt med kunskap än i Malmköping. Men att totalt är fördelningen mer lika nu.

Fråga nr 7: "Tror du att ett nära samarbete med paramedicin påverkar ditt arbete i en positiv riktning?" På Gjutaren var det svårt att få till en förbättring p.g.a. redan höga poäng men har förbättrats i Malmköping efter intervention och därmed är fördelningen av uppfattningen mer lika.

Fråga nr 8 (Öppen fråga)

Hur tror du hemrehab påverkar brukarens situation jämfört med tidigare:

Malmköping före intervention:

De som svarade, var eniga om att det är positivt för brukaren. Det man poängterade var just att det är bra för patienten att få vara i sin hemmiljö. Att det blir tryggare, snabbare och mer stimulerande. Man tror även på att det är bra med mer samarbete med rehabilitering.

Malmköping efter intervention:

Även nu var samtliga omdömen positiva. Även här poängterades tryggheten med att vara i sin hemmiljö och att det är positivt med tidig hemgång från sjukhus. Man menar också att det blir bättre kvalitet på träningen samt bättre struktur och samarbete. Några tror på minskad depression och ökad självkänsla. En uttrycker oro att tiden till hemträning eventuellt inte räcker till. Fler än vid första tillfället svarade på frågan. (12 vid första tillfället och nu 16)

Gjutaren vid första enkäten:

De flesta var positiva men fler än i Malmköping uttryckte oro över tid och resursbrist. En efterfrågade mer utbildning för att kunna utföra rehabiliterande åtgärder och en visste inte vad hemrehabilitering innebär. De positiva kommentarerna var att det är bra med tidiga insatser och att det är bra med hemmiljö. Man såg positivt på ett ökat samarbete med rehabiliteringsenheten.

Gjutaren vid andra enkäten:

Inte lika positiva kommentarer denna gång. ”Bra om och när det fungerar” En hade inte märkt skillnad. Någon ansåg att det kan vara positivt med ökad chans till kvarboende. Två tyckte det var bra att brukaren har mer direktkontakt med rehabiliteringspersonal. En uttryckte det positivt med att patienten slipper resor.

Färre besvarade frågan denna gång (12 vid första tillfället och nu 7)

#### **4:4 Kurator**

Hypotesen innan studien startade var att stöd från kurator skulle kunna hjälpa den anhörige att bättre klara vardagen tillsammans med den handikappade/sjuka. Resultatet blev att ingen anhörig angav behov av kurators stöd. Däremot blev kontakterna med hemtjänstpersonalen mer omfattande än vad som antogs innan studien startade, dels genom ett utbildningstillfälle där krishantering och depression hos äldre avhandlades och dels genom handledning.

## 5. Diskussion

Vi uppfattade att det blev ett positivt resultat med hemrehabiliteringsinsatserna och vår uppfattning är att utan dessa insatser så hade inte samma resultat uppnåtts för patienterna och ej heller lika snabbt. Fyra av fem minskade sitt behov av hemtjänst. Samtliga ökade sin funktionsnivå och i och med detta förlängs troligtvis möjligheten till att bo kvar hemma, vilket förhoppningsvis ger en ökad livskvalité. Vidare är vi övertygade om att kostnaderna för hemrehabilitering uppvägs av de besparingar man kan göra genom minskade kostnader för hemtjänst och minskat behov av plats på t.ex. korttidsavdelning.

Att arbetsgruppen är liten gör hemrehabiliteringsinsatserna mer sårbara vid exempelvis frånvaro. Akuta insatser i den ordinarie verksamheten måste prioriteras vilket leder till att insatserna försenas. För att minimera risken för detta i en eventuell framtida undersökning eller permanentning av hemrehabilitering är att öronmärka tjänster för detta uppdrag. Förslagsvis 50 % sjukgymnast, 100 % arbetsterapeut och 15 % kurator skulle behövas, för att upprätthålla en bra standard för Malmköping med omnejd. För Flens kommun behövs mer än det dubbla.

Kontakten med biståndshandläggaren är en viktig del för att hemrehabiliteringen ska kunna fungera så bra som möjlig. En av framgångsfaktorerna är att insatserna kommer tidigt.(6)

### Patientintervention

Undersökningsgruppen blev mindre än vad vi hade hoppats på och det behövs vidare studier. Det som framkommit i resultatet är bara avhängigt av de fem fall som blev aktuella för studien, varför det inte går att dra några entydiga slutsatser. På de personer som ingick i studien fick vi ett bra resultat. Om inte hemrehabiliteringsprojektet fanns att tillgå så vet vi inte med säkerhet vad som erbjudits istället. Vi kan däremot göra vissa antagande utifrån hur det tidigare har varit. Tveksamt är att de t.ex. kunnat klara sig med minskad hemtjänst i så snabb takt som skedde utan hemrehabiliteringsinsatsen. En av patienterna hade haft behov av korttidsboende eller annan vårdform om hon inte fått hemrehabilitering. På grund av exklusionskriterierna föll 5 patienter bort, som ändå erhöll hemrehabiliteringsinsats. Även dessa upplevde och fick en förbättring i boendekvalitet och förmåga. Exempelvis ramlade en patient flera gånger i veckan men slutade helt med det efter hemrehabiliteringsinsats.

### **5:2 Diskussion patientintervjun.**

Patientintervjuerna gjorde oss medvetna om att information är svårt. Tydligt är att en patient missat eller glömt att hemrehabiliteringserbjudandet var ett kortvarigt projekt. Då patienten skadade sig på nytt blev hon missnöjd med att det inte erbjöds samma service vilket syntes på svaret vid andra intervjutillfället. Patientens nytillkomna skada hände mellan intervjutillfälle 1 och 2.

En av personerna i studien avled på ett äldreboende innan studien var klar och därför är det en intervju som saknas. Hon hann dock avslutas vad gäller hemrehabiliteringen.

Patienterna var överlag nöjda med hemrehabiliteringen och tyckte att det var en bra service.

Angående önskemålet om att vi besökte hemmet en och en, tror vi kan handla om en känsla av att hamna i underläge. Vi upplevde det som fördel att vi kom som ett team och att vi då kunde ge och ta information samtidigt och därmed få en samsyn kring mål och åtgärder. Problemlösningsförmågan ökar även genom att man är fler än en genom att kunna se på patienten ur olika synvinklar. I framtiden bör man beakta att vi är för patienten okända personer som kommer in i deras hem och att det därmed kan kännas att de hamnar i underläge då vi är två-tre personer.

Rehabilitering som ger förbättring verkar öka efterfrågan efter mer och allsidig träning. Förfrågan om bassängträning dök upp och kan ej i dagsläget erbjudas i Malmköping. Info om alternativa träningsmöjligheter med telefonnummer och adresser bör vid utskrivning tillhandahållas patienterna. T. ex Fyss, det vill säga träning på recept, kan ges till patienten.(7)

### **5:3 Hemtjänstenkäten**

Undersökningen gav inga mätbara resultat som håller statistiskt. Mätnivåerna vid första enkäten låg redan så pass bra att en förbättring var svår att nå. Svarsalternativen var något för grova, vilket kan bidra till uteblivna mätbara förändringar.

Vi förutsatte att hemtjänstgruppen var en sliten och utsatt grupp. Om vi skulle göra en ny studie hade vi haft en annan inriktning på enkäten med mer fokus på brukarna. Vi hade en idé om att hemrehab skulle lyfta hemtjänstgruppen. De tyckte interventionen var bra vilket den öppna frågan visade men de hade inget behov av att öka upplevelse av kvalitet och glädje i arbetet då den redan var på en hög nivå. Det nära samarbetet tror vi ändå bidrog till ökad medvetenhet kring rehabilitering, vilket den ökade svarsfrekvensen på den öppna frågan antyder.

En felkälla kan vara att det är en gemensam chef till hemtjänsten i hela kommunen och att hon omedvetet kan ha påverkat andra grupper av hemtjänst i området, det är någonting som är svårt att undvika då vi ville ha med två snarlika och av varandra oberoende hemtjänstgrupper i samma kommun.

### **5:4 Kurator**

Kuratorsresursen kan vara ett viktigt komplement till hemtjänstpersonalen och det kan behövas kuratorskontakt i vissa fall för anhöriga och eller brukare. Det behövdes ingen kontakt till undersökningsgruppen eller till deras anhöriga. Med det underlag vi hade kan behov inte uteslutas. Insatsen av kurator visade sig vara viktigare som stöd för personalen än till patienterna. Hemtjänsten kan öka sin kompetens att själva bemöta svåra situationer med en kurator som stöd och handledare vilket gör att behovet av kurator i direkt kontakt med patient minskar. Några av de patienter som kuratorn var i kontakt med var de som inte uppfyllde kriterierna för att vara med i studien vilket gjorde att hennes underlag är mindre än det från

sjukgymnast och arbetsterapeut. I ett par av fallen som inte kom med i studien hade kuratorn mer kontakt med patienterna än de andra vårdgivarna. Viktigt är också stöd till arbetsterapeut och sjukgymnast som i ett nära samarbete med patient kan behöva handledning av kurator.

## **6. Slutsats**

Vi anser att hemrehab är en viktig länk i vårdkedjan mellan kommun och landsting som medför ökad autonomi för patienten och därmed bättre hälsa. Rätt rehabiliteringsinsats i rätt tid på rätt plats, det vill säga där patienten ska leva och bo, vilket ger stora vinster för individen och kostnadseffektivitet för samhället. Arbetet med hemrehabilitering innebär en förändrad roll för de olika personalgrupperna som på sikt kan ge en större arbetstillfredsställelse och ökad medvetenhet om möjligheterna för rehabilitering hos individen.

## **Tillkännagivanden (Acknowledgements):**

Särskilt tack till hemtjänsten i Malmköping som har ställt upp till 100 % och visat intresse och stått ut med våra infall. De har välkomnat och tagit väl hand om oss. De är kunniga och engagerade i sina brukare. Tack även till biståndshandläggare Ann-Katrin König som stöttat och uppmuntrat oss. Vi vill också rikta ett tack till vår chef Johan Holmåsen som har tillåtit och stöttat oss i projektet, samt hjälpt till med enkätlogistiken. Stina Karlsson och Charlotta Demelew Westberg som har hjälpt oss med intervjuerna av patienterna. Christina Johansson, chef för hemtjänsten som har hjälpt till med distribuering av enkäter och allmänt stöttat oss i vårt arbete.

Slutligen vill vi rikta ett stort tack till Eva Maria Annerbäck, vår eminenta handledare.

## **Referenser:**

1. Träning minskar behovet av hemtjänst. Arbetsterapeuten, nr 02, sid. 12-13, 2002
2. Kommunen tjänar pengar på att anställa arbetsterapeuter. Arbetsterapeuten, nr 02, sid. 8-11, 2002
3. Janda V. Muskelfunktionsdiagnostik. Lund: Studentlitteratur;1975
4. Träning minskar behovet av hemtjänst. Arbetsterapeuten, nr 02, sid. 12-13, 2002
5. Kommunen tjänar pengar på att anställa arbetsterapeuter. Arbetsterapeuten, nr 02, sid. 8-11, 2002
6. Äldres rehabiliteringsbehov i hemmiljö. SoS rapport 2001:123-74
7. [www.fyss.se](http://www.fyss.se)



**FoU-centrum**

**Centrum för klinisk forskning, Uppsala universitet**

Landstinget Sörmland

Kungsgatan 41, 631 88 Eskilstuna

Tfn: 016-10 54 00, fax: 016-10 54 30

Hemsida: [www.landstinget.sormland.se/fou-centrum](http://www.landstinget.sormland.se/fou-centrum)

Rapportmall för FoU-projekt från januari 2009

**R&D Centre/Centre for Clinical Research**

Sörmland County Council

**Kungsgatan 41, 631 88 Eskilstuna**



LANDSTINGET  
SÖRMLAND



UPPSALA  
UNIVERSITET