



RAPPORT 2016:11

Trygg Hemma

- Hemrehabilitering med teambaserat
arbetssätt i hemsjukvården

Jessica Rosdahl, Madeleine Blusi & Sheila Zimic

KOMMUNFÖRBUNDET VÄSTERNORRLAND

Kommunförbundet; FoU Västernorrland

Järnvägsgatan 2

871 45 Härnösand

Tfn: 0611-55 54 00

E-post: info@kfvn.se

Författare: Jessica Rosdahl, Madeleine Blusi & Sheila Zimic

Textredigering: Madeleine Blusi & Fredrik Kjellman Ölmerud

Omslag: Madeleine Blusi

Tryckår: 2016

ISSN: 1653-2414

ISBN: 978-91-88425-01-0

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Genom att arbeta utifrån ett rehabiliterande förhållningssätt och erbjuda tidiga rehabiliteringsinsatser i hemmet kan vårdtagare bli mer självständiga och behovet av stöd och hjälp i hemmet minska.

Syfte

Syftet med Trygg hemma var att hitta ett teambaserat arbetssätt för hemrehabilitering för att minska behovet av hemtjänstinsatser och korttidsvård, öka förutsättningarna för äldre att bo kvar hemma samt senarelägga behov av särskilt boende.

Metod

Projektet omfattade personer i ordinärt boende i två utvalda områden. Teamet bestod av två fysioterapeuter, två arbetsterapeuter och en biståndshandläggare, vilka arbetade tillsammans med hemsjukvårdens personal. Varje område hade per fysioterapeut och arbetsterapeut 600 personer över 65 år. Arbetet var patientcentrerat, insatserna styrdes av vårdtagarens behov. Grunden var att erbjuda tidiga rehabiliteringsinsatser i hemmet. Fysioterapeut och arbetsterapeut deltog tillsammans med biståndshandläggare på vårdplaneringar på sjukhuset samt vid uppföljningar av bistånd. En viktig del i arbetet var veckovisa träffar med hemtjänstutförare för att få samsyn och säkerställa gemensamt arbetssätt. Resultaten av arbetssättet i Trygg hemma utvärderades genom kvantitativ och kvalitativ metod.

Resultat

De ökade möjligheterna till tidiga, intensiva rehabiliteringsinsatser ledde till att vårdtagare återfick funktions- och aktivitetsförmåga. I flera fall minskade den beställda tiden av hemtjänst. Teamarbetet med andra yrkeskategorier ledde till ökad samverkan, vilket underlättade planeringen inför hemgång från sjukhuset. Tryggheten att få möta samma person som skulle utföra rehabilitering i hemmet ledde till att vårdtagare valde att gå hem istället för att ansöka om korttidsplats. Teamen mötte upp vårdtagare på utskrivningsdagen vilket ledde till tidiga bedömningar där rätt insatser kunde sättas in direkt. Kontinuitet bland hemtjänstpersonal var en framgångsfaktor för framgångsrik rehabilitering. Värdet av att arbeta utifrån ett rehabiliterande förhållningssätt tydliggjordes. Hos stora delar av hemtjänstpersonalen sågs behov av utbildning i rehabiliterande förhållningssätt. För att kunna optimera teambaserat arbetssätt kring vårdtagarna behöver biståndshandläggarnas organisering förändras.

Slutsats

Arbetssättet gav vinster för både vårdtagare och organisation. Rekommendationen är att modellen införs som permanent arbetssätt inom kommunens hemrehabilitering.

Nyckelord - rehabilitering, hemsjukvård, teamarbete, fallbeskrivningar, rehabiliterande förhållningssätt, biståndsbedömning, personcentrerad vård, hemtjänst, behov

FÖRORD

I samband med kommunaliseringen av hemsjukvården i februari 2014 tog kommunerna i Västernorrland över ansvaret för hemsjukvården från Landstinget Västernorrland. Detta innebar att kommunerna övertog ansvaret för alla sjukvårds- och rehabiliteringsinsatser som utförs i hemmet av leg. sjuksköterska, leg. arbetsterapeut och leg. fysioterapeut/sjukgymnast.

I Sundsvalls kommuns Mål och resursplan för 2015-2016 var den politiska viljeinriktningen att satsningar på rehabilitering innebar en investering i att förebygga sjukdom och minska kostnader. Man ansåg att rehabilitering för äldre var ett effektivt sätt att undvika att äldre tidigt blev i behov av hemtjänst. I samma dokument kunde man även läsa att den kommunala vård- och omsorgsverksamheten hela tiden måste utvecklas, med individens behov i fokus. Med utgångspunkt i detta ville socialförvaltningen utreda kostnader och effekter av en satsning på hemrehabilitering. Uppdraget kring hemrehabilitering genomfördes under perioden nov 2014 - dec 2015 genom projektet ”Trygg Hemma”. I 2015 års mål- och resursplan beskrev socialnämnden i Sundsvalls kommun ytterligare ett målområde för hemtjänsten: *”Människor får det stöd och den omsorg de behöver för att kunna leva ett så självständigt liv som möjligt i ordinärt boende”* (Sundsvalls kommun 2015a, sid 14). Detta mål hade stark samhörighet med de tidigare uppsatta målen för satsning på rehabilitering.

Sundsvall den 31 mars 2016

Malin Larsson

Socialnämndens ordförande

Rose-Marie Carlsson

Affärsområdeschef Hälso- och sjukvård

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Begrepp	1
Inledning	3
<i>Rehabilitering</i>	3
<i>Projektet Trygg Hemma</i>	5
<i>Ordinarie arbets sätt före Trygg Hemma</i>	5
<i>Rehabiliterande Förhållningssätt</i>	9
<i>Syfte och mål</i>	10
Metod och material	11
<i>Urval</i>	11
<i>Arbetsmodell inom Trygg Hemma-projektet</i>	12
<i>Utvärderingsdesign</i>	14
<i>Datainsamling</i>	14
Resultat	16
<i>Bakgrundsdata</i>	16
<i>Funktionsförmåga</i>	16
<i>Effekter på fallrisk</i>	18
<i>Aktivitetsförmåga i dagliga livet</i>	19
<i>Självskattat hälsotillstånd - Livskvalitets bedömning</i>	21
<i>Förändringar av hemtjänstinsatser</i>	23
Fallbeskrivningar	25
<i>Effekter av det teambaserade arbets sättet</i>	34
Diskussion	37
<i>Slutsatser utifrån statistiken ur uppföljningssystemet</i>	37
<i>Minskat behov av hemtjänstinsatser</i>	38
<i>Kontinuiteten betydelsefull för kvalitet i förebyggande och rehabiliterande arbete</i>	39
<i>Vikten av ett rehabiliterande förhållningssätt</i>	40
<i>Förbättrad biståndshandläggning</i>	42
<i>Minskat behov av hjälpmedel</i>	43
<i>Metoddiskussion</i>	44
<i>Organisatoriska faktorer som påverkat projektet</i>	46
Slutsatser	48
Referenser	49

BEGREPP

ADL – aktivitet i det dagliga livet, exempelvis hygienesituationer, påklädning, mathållning.

AVA – akutvårdsavdelning på länssjukhuset med inriktning mot medicin.

Biståndshandläggare – arbetar med att bedöma och besluta insatser enligt socialtjänstlagen. Biståndshandläggare finns både inom äldreomsorgen och inom omsorgen för funktionshindrade.

Distriktssköterska – Leg. Sjuksköterska med specialistutbildning. Ansvarar bland annat för omvårdnadsinsatser inom hemsjukvården.

HSL – förkortning för hälso- och sjukvårdslagen.

HSL - uppdrag – skapas av legitimerad personal och utgår från en HSL-ordination. Uppdraget ska utföras av personal inom hemtjänst efter delegering från legitimerad personal.

Leg. Arbetsterapeut – Arbetsterapeuter sätter fokus på människans hälsa, aktivitet, delaktighet och miljö. De arbetsterapeutiska åtgärderna innebär att i samverkan med individer som har nedsatt aktivitetsförmåga på grund av sjukdom eller skada, genomföra förebyggande, förbättrande eller kompenserande åtgärder. Arbetsterapeuters uppgift är att främja brukares möjligheter att leva ett så meningsfullt och aktivt liv som möjligt utifrån egna önskemål och behov.

Leg. Fysioterapeut – sedan 1 januari 2014 den nya skyddade yrkestiteln för det yrke som tidigare kallades sjukgymnast. Fysioterapeut är den benämning som ska användas, men det finns fortfarande personer med yrkestiteln leg. sjukgymnast kvar. En fysioterapeut är expert på sambandet mellan rörelse och hälsa och kan genom sin kunskap hjälpa människor att främja hälsa, förebygga sjukdom och skada samt återfå funktion och rörelseförmåga efter sjukdom och skada. Fysioterapeuter arbetar med rehabilitering hos personer med både nyförvärvade och bestående funktionsnedsättningar. Fysioterapeuter ser rörelse som grund för människans funktion.

Insats - kan både betyda rehabiliteringsinsats, omvårdnadsinsats eller insats kring hemtjänst, beroende på i vilket sammanhang ordet används.

Intervention – behandlingar eller åtgärder inom arbetsterapi eller fysioterapi.

IVA – Länssjukhusets intensivvårdsavdelning.

Prator – IT-stöd för samordnad planering mellan slutenvård, primärvård, psykiatrisk öppenvård och kommunerna. Prator stödjer processen att ta fram en gemensam vårdplan för de vårdtagare som skrivs ut från slutenvården men fungerar även som meddelandehanterare.

Pro Capita+ – det journalsystem som användes i kommunen, både för SoL- och HSL dokumentation.

Schablon tid – den fastlagda tid som följde med olika beviljade insatser kring hemtjänst.

Senior Alert – nationellt kvalitetsregister för registrering av fall, nutrition och trycksår hos äldre personer.

Skönsmomodellen – ett arbetssätt inom kommunal hemtjänst som utgår från syftet med verksamheten och vad som är viktigt för brukaren/vårdtagaren.

SoL – förkortning för socialtjänstlagen.

VAS – skala – förkortning för visuell analog skala. Är en skala med vilken man, genom att peka på eller skjuta en markör över ett streck, kan självskatta en upplevelse.

Vårdtagare – den person teamet arbetar kring. Begreppet vårdtagare används i denna skrift, då vi både rör oss inom socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. Motsvaras i annan litteratur av bland annat begreppen brukare, patient, klient eller kund.

INLEDNING

Den äldre befolkningen ökar, både i Sverige och i flera andra länder (Breitholtz *et al*, 2013; Gillsjö *et al*, 2011; Wilhelmson *et al*, 2011). Trenden i Sverige är dessutom att allt fler äldre bor kvar hemma så länge som det går. En stor del av de äldres tid spenderas därmed i hemmet och dess närmiljö (Haak, 2006). En vägledande princip inom svensk äldreomsorg är rätten att bo kvar hemma så länge som möjligt, den så kallade kvarboendepincipen (Socialstyrelsen, 2008a). Denna tillsammans med det ökade antalet äldre medför ett stort antal personer som behöver regelbunden kontakt med kommunal hälso- och sjukvård i det egna hemmet. Behovet av rehabilitering i hemmet har också ökat. Med rätt stöd och hjälp från omgivningen kan många av de problem som uppstår i hemmet förhindras eller minskas, så att de äldre lättare kan klara av vardagens sysslor (Socialstyrelsen, 2001).

Förmågan att hålla sig aktiv upp i hög ålder har visat sig vara viktig ur flera aspekter. Bland annat så visade den stora 85+ studien i Umeå att hemmaboende personer över 85 år som hade störst risk att ramla var de individer som behövde hjälp med sin personliga ADL. Studien visade att 40 % av alla fall i hemmet gav skador och 8 % av fallen resulterade i en fraktur. 85+ studien påvisade även att män i ordinärt boende hade tre gånger så hög fallrisk som kvinnor (von Heideken Wågert *et al*, 2009).

En nyligen publicerad avhandling, där en leg. arbetsterapeut studerade äldre personer utan hemtjänst, visade att olika aktivitetsinterventioner gjorde äldre mer aktiva samt bidrog till att ge de äldre en förbättrad självskattad hälsa. Interventionerna visade dessutom potential att vara kostnadseffektiva. Studierna påvisade även effekter hos personer som hade svårigheter att duscha självständigt, där man genom insatserna såg möjlighet att främja ökad självständighet och oberoende av hemtjänst (Zingmark, 2015).

Rehabilitering

Begreppet rehabilitering har definierats på en mängd olika sätt. Den definition som Socialstyrelsen använder lyder: ”*Rehabilitering är insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet*” (Socialstyrelsen, 2008b, sid 4).

En viktig aspekt kring hur man bör tänka om rehabilitering är att den ska sättas in tidigt, gärna direkt när behovet uppstår. Om vårdtagaren inte får sin rehabilitering i ett tidigt skede är risken stor att förmågan att utföra olika aktiviteter i vardagen försämras. Rehabilitering måste ses som en sammansatt process där många olika delar ska bilda en helhet. Rehabiliteringsprocessen kräver teamarbete där flera yrkesprofessioner är involverade och där rehabiliteringstänket genomsyrar vardagen (Socialstyrelsen, 2001). I manifestet ”Ättestupa eller folkhälsomål” beskrivs

teamarbete inom hälso- och sjukvård som en aktiv samverkan mellan olika personer med ett gemensamt syfte att lösa en komplex uppgift, och där olika roller och kompetenser kompletterar varandra. Olika perspektiv och utgångspunkter bidrar med olika värden för att främja hälsa och välbefinnande hos vårdtagarna (Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter & Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund, 2011).

Rehabiliterande förhållningssätt

Ett rehabiliterande förhållningssätt i vardagen stärker vårdtagaren vad gäller identitet, självkänsla, funktion och hälsa. Vikten av ett rehabiliterande förhållningssätt i vardagen belyses i skriften "Att få leva tills jag dör – om ett rehabiliterande förhållningssätt". Författaren skriver, "att det handlar om att skapa en miljö där omsorgstagaren, efter sina förutsättningar, får fortsätta att leva sitt liv" (Andersson 2006, s 6).

Ett rehabiliterande förhållningssätt kännetecknas av att vårdpersonalen ser det som sin uppgift att identifiera det som vårdtagaren kan utföra självständigt samt uppmuntrar och stödjer individen att utföra detta innan de eventuellt hjälper personen i fråga. "Det är detta som ofta kallas för att arbeta med händerna på ryggen" (Andersson 2006, sid 9). Även Socialstyrelsen (2001) lyfter fram betydelsen av att rehabilitering integreras i vardagen, vilket ställer krav på att alla som arbetar kring vårdtagarna måste ha ett rehabiliterande synsätt och att aktiviteter och träning vävs in i de vardagliga sysslorna.

Rehabilitering i hemmet

Förmågan att vara delaktig och självständig har visat sig ha stor påverkan på välmåendet hos de äldre i befolkningen och möjligheten att vistas i hemmet har en grundläggande betydelse för detta (Haak, 2006). Gillsjö et al (2011) visade på hemmets betydelse för den äldre individen, som en plats de är fästa vid och känner sig trygga att vistas i. Studien beskrev att äldre ser hemmet som en plats de inte kan tänka sig att vara utan och som en plats där man kan vila och återhämta sig.

I en avhandling om hemmet som arena för äldres rehabilitering, undersöktes vilka erfarenheter äldre personer, deras närstående samt multidisciplinära team hade av rehabilitering i hemmet. Resultatet visade att i takt med att hälso- och sjukvård och socialtjänst blev allt mer integrerade blev hemmet en plats för både omsorg, omvårdnad och rehabilitering (Björkman Randström, 2013). Detta ställer höga etiska och moraliska krav på de personer som arbetar i hemmen, bland annat när det gäller respekt för de äldres integritet i sitt eget hem. Avhandlingen beskrev även betydelsen av att de äldre fick upprätthålla sina vardagliga sysslor och att det stöd och den rehabilitering de fick var individuellt anpassad (Björkman Randström, 2013). All rehabilitering bör alltså vara individuell och utgå från individens förutsättningar. En viktig del i rehabiliteringsprocessen är att individen är delaktig och insatserna måste planeras utifrån både önskemål, förmågor och det sociala sammanhang individen befinner sig i (Socialstyrelsen, 2001).

Ett stort antal av Sveriges kommuner har arbetsmodeller för sin hemsjukvård som gemensamt kännetecknas av samarbete och samverkan mellan de yrkeskategorier

som finns runt vårdtagarna. Östersund ses som något av en föregångare, då de redan i slutet av 90-talet startade med teambaserat arbetssätt. I boken "Hemrehabilitering: vad, hur och för vem" kan man bl.a. läsa följande kring hemrehabilitering: *"jag ser hemrehabilitering som insatser och en verksamhet som bedrivs i brukarens hem och dennes närmiljö. Syftet är att brukaren ska kunna utveckla, återvinna, bibehålla alternativt kunna fördröja försämring av sina funktioner och förhållanden... Hemrehabilitering möjliggör ett kvarboende och en återgång till det egna hemmet"* (Månsson, 2009, sid 12).

Projektet Trygg Hemma

I samband med kommunaliseringen av hemsjukvården i februari 2014 tog kommunerna i Västernorrland över ansvaret för hemsjukvården från Landstinget Västernorrland. Detta innebar att kommunerna övertog ansvaret för alla sjukvårds- och rehabiliteringsinsatser som utfördes i hemmet av leg. sjuksköterska, leg. arbetsterapeut och leg. fysioterapeut/sjukgymnast (Kommunförbundet Västernorrland, 2012).

I Sundsvalls kommun skrev den politiska koalitionen att satsningar på rehabilitering innebar en investering i att förebygga sjukdom och minska kostnader (Sundsvalls kommun, 2013). Man ansåg att rehabilitering för äldre var ett effektivt sätt att undvika att äldre tidigt blev i behov av hemtjänst. I samma dokument kunde man även läsa att den kommunala vård- och omsorgsverksamheten hela tiden måste utvecklas, med individens behov i fokus. Med utgångspunkt i detta ville socialförvaltningen utreda kostnader och effekter av en satsning på hemrehabilitering. Uppdraget kring hemrehabilitering genomfördes under perioden nov 2014 - dec 2015 genom projektet "Trygg Hemma". I 2015 års mål- och resursplan beskrev socialnämnden i Sundsvalls kommun ytterligare ett målområde för hemtjänsten: *"Människor får det stöd och den omsorg de behöver för att kunna leva ett så självständigt liv som möjligt i ordinarie boende"* (Sundsvalls kommun 2015a, sid 14). Detta mål hade stark samhörighet med de tidigare uppsatta målen för satsning på rehabilitering.

Ordinarie arbetssätt före Trygg Hemma

Rutiner för fallprevention

På Sundsvalls kommuns särskilda boenden fanns en rutin kring fallpreventionsarbete, där ansvarig sjuksköterska i samband med vårdtagares inflyttning till boendet skulle göra en första fallriskbedömning. Ytterligare bedömning av fallrisken skulle sedan göras inom tre veckor av ansvarig fysioterapeut (Bilaga 1). Rutinen kring fallriskbedömning gällde endast vid nyinflyttning till särskilt boende, kommunens hemsjukvård hade ingen motsvarande rutin för att förebygga fall och fallskador bland sina vårdtagare. I hemsjukvården erbjöds sällan någon form av balansträning eller annan fallpreventiv aktivitet, trots att det finns starka bevis för att fysisk aktivitet förbättrar balans och därmed reducerar fall och frakturer. Regelbunden fysisk

aktivitet bland äldre kan minska risken för fall och fallskador med 35-45 % (Nelson *et al*, 2007). Under 2014 rapporterades i Sundsvalls kommun 342 fallskador, varav 53 var frakturer (Nohrstedt *et al*, 2015).

Hemsjukvårdens legitimerade personal

Sjuksköterskor

Hemsjukvårdens distriktssköterskor arbetade i geografiska områden och var placerade i det område där de var verksamma. Sjuksköterskorna ansvarade för hälso- och sjukvårdsinsatser som handlade om bl.a. mediciner, såromläggningar, injektioner, provtagningar eller annan omvårdnad. En del av sjuksköterskornas arbetsuppgifter utfördes av hemtjänstpersonal som delegerade arbetsinsatser. Sjuksköterskorna ansvarade då för ordinationen av de insatser som skulle utföras.

Ärenden till distriktssköterska kom vanligtvis från vårdtagarna själva, anhöriga eller hemtjänstpersonal. Distriktssköterskorna kontaktades ibland även av arbetsterapeut eller fysioterapeut samt av primär- och slutenvård. Den geografiska indelningen för sjuksköterskor inom hemsjukvården baserades på skatteväxlingen med Landstinget, vilken gav ett nyckeltal på en distriktssköterska per 600 invånare över 65 år (Tabell 1).

Arbetsterapeuter och fysioterapeuter

I ordinarie hemsjukvård i Sundsvalls kommun fanns i oktober 2015 tio tjänster leg. arbetsterapeut och sex tjänster leg. fysioterapeut. Detta medförde att en leg. arbetsterapeut inom hemsjukvården ansvarade för ca 1837 personer över 65 år (Tabell 1). Motsvarande ansvarsområde för leg. fysioterapeut var ca 3000 personer över 65 år (Tabell 1). Uträkningen baserades på 2014 års uppgifter från Statistiska centralbyrån (2014) som rapporterade en befolkningmängd på 96 977 personer i Sundsvalls kommun första kvartalet 2014, varav 20 621 personer hade en ålder på 65 år och äldre. De personer som var över 65 år och bodde i de aktuella projektområdena var borträknade från statistiken, ca 1200 personer, samt även de ca 1050 personer som bodde på särskilt boende. Detta gav ett beräkningsunderlag på ca 18 371 personer i ordinärt boende över 65 år. I samband med övergången från landstinget skatteväxlades 0,06 arbetsterapeut och 0,035 fysioterapeuttjänst per hemsjukvårdspatient, vilket motsvarade 7,17 arbetsterapeuttjänster och 4,19 fysioterapeuttjänster.

Tabell 1. Nyckeltal för hur många personer en legitimerad personal hemsjukvården i Sundsvalls kommun ansvarade för.

Profession	Antal personer över 65 år som en leg. personal ansvarade för
Leg. sjuksköterska	600
Leg. arbetsterapeut	1837
Leg. fysioterapeut	3000

Fysioterapeuter och arbetsterapeuter i kommunens ordinarie hemsjukvård fick sina ärenden via flera olika kanaler. Man hade daglig telefoni där anhöriga eller vårdtagare själva sökte hjälp angående sina rehabiliteringsbehov. Även distriktssköterska, hemtjänstpersonal, biståndshandläggare eller personlig assistans initierade kontakt. Ärenden kunde även komma från primär- och slutenvård eller från kollegor i kommunen. På grund av den låga ordinarie bemanningen av både arbetsterapeuter och fysioterapeuter inom hemsjukvården kunde sällan några större insatser erbjudas de personer som hade behov av hemrehabilitering. Träningsinsatser eller behandlingar erbjöds sällan, det var främst bedömningar av förflyttningsproblem som utfördes, ofta kopplat till hjälpmedelsförskrivning. Många uppdrag initierades i samband med vårdtagares hemgång från sjukhuset, vilka sällan var förberedda utan ofta ledde till akuta åtgärder för arbetsterapeuter och fysioterapeuter. De fick då med kort varsel bedöma framkomligheten i hemmet samt förskriva hjälpmedel för att möjliggöra hemgång. Arbetet bestod till stor del av att kompensera nedsatt funktion.

Hemsjukvårdens arbetsterapeuter och fysioterapeuter var organiserade inom socialförvaltningens Rehabenhet, och hade sina lokaler på ett särskilt boende för äldre. Inom den ordinarie hemsjukvården hade arbetsterapeuter och fysioterapeuter ansvar för stora geografiska områden, som varken var indelade efter hemtjänstgrupper eller sjuksköterskeområden. De stora områdena ledde till att man sällan hann följa upp och utvärdera de insatser man utfört eller ordinerat. Man hann inte alltid uppdatera sig i Prator två gånger per dag, som rutinen påbjöd.

Samarbete med hemtjänst och distriktssköterska förekom i begränsad omfattning, i princip enbart rörande specifika ärenden. Man hade inga rutiner eller arbetsformer kring samarbete med biståndshandläggare och arbetsterapeut- och fysioterapeutbedömningar kring vårdtagarnas funktionsförmåga efterfrågades sällan av biståndshandläggarna, information som skulle kunna underlätta bedömning och beslut. Hemsjukvårdens arbetsterapeuter och fysioterapeuter deltog inte på vårdplaneringar på sjukhuset. Fysioterapeuter och arbetsterapeuter hade dock ansvar för vårdtagares specifika rehabilitering. ”*Specifik rehabilitering utförs av arbetsterapeut och/eller sjukgymnast. Vid överlåtelse av arbetsuppgifter till annan personal sker detta genom delegering och/eller ordination. Specifik rehabilitering är arbetsuppgifter och insatser som utförs och ges enligt HSL*” (Månsson 2009, s 50).

Hemrehab

Sundsvalls kommun hade ett separat hemrehabiliteringsteam bestående av en fysioterapeut och en arbetsterapeut, vilka ansvarade för mer intensiv rehabilitering i hemmet i samband med hemgång från sjukhuset. Dessa två personer räknades in i ordinarie bemanning för hemsjukvården. För att få insatser av hemrehabteamet krävdes remiss från läkare. Teamet träffade främst strokepatienter som var i fortsatt behov av träning i hemmiljö. Hemrehabteamet på två personer arbetade i stort sett över hela kommunen, undantaget de västra delarnas glesbygdsområden, där ordinarie fysioterapeut och arbetsterapeut även ansvarade för hemrehab-insatser för de vårdtagare som remitterats för detta.

Biståndshandläggningens utformning

Biståndshandläggningen för äldre och funktionsnedsatta i kommunen hade förändrats i olika etapper sedan handläggningssenheten bildades 2004 och bestod 2015 av tre olika funktioner: vårdplaneringsteamet, mottagningsgruppen och utredargruppen. Samtliga handläggare ansvarade för bedömningar och beslut enligt Socialtjänstlagen, SoL, vilken baseras på frivillighet och inte är någon tvångslagstiftning. Detta innebar att det alltid krävdes en ansökan från den enskilde för att en utredning skulle inledas och ett beslut fattas enligt SoL.

Vårdplaneringsteamet, bestående av fem biståndshandläggare, fanns placerat på Sundsvalls sjukhus och fungerade som kommunens representanter på de vårdplaneringar som Landstinget kallade till innan patient skrevs ut från sjukhuset. Vårdplaneringsteamet fattade beslut om de insatser som behövdes för att en vårdtagare skulle kunna få den hjälp de hade behov av i samband med hemgång. Beslut som vårdplaneringsteamet fattade var ofta tidsbegränsade, då behovet ofta bedömdes kunna förändras när vårdtagaren kommit hem.

Till mottagningsgruppen, med sju anställda, vände sig personer både för att få information och ansöka om insatser. Biståndshandläggarna i mottagningsgruppen hade möjlighet att fatta beslut av mer akut karaktär. Om handläggaren bedömde att det behövdes mer information än den man fick per telefon från den som ansökte om insatsen så lämnades ärendet vidare till en biståndshandläggare i utredningsgruppen.

Utredargruppen handlade och utredde ärenden som krävde hembesök eller annat personligt möte. Det rörde sig ofta om mer omfattande insatser, exempelvis växelvård eller ansökan om särskilt boende. Även personer som hade svårt att kommunicera sina behov kunde få besök av utredargruppens handläggare. Utredargruppen var indelade geografiskt, i en nord- respektive sydenhet. Inom dessa enheter arbetade man sedan efter personnummer, vilket innebar att respektive biståndshandläggare ansvarade för personer, inom det geografiska området som var födda inom ett visst datumintervall. Utredargruppen bestod av 10 ordinarie biståndshandläggare, en pooltjänst samt två projektanställningar.

Hemtjänst

Hemtjänsten inom Sundsvalls kommun har sedan 2012 varit konkurrensutsatt enligt LOV, lagen om valfrihetssystem, vilket innebär att en person som har blivit beviljad hemtjänstinsats själv kan välja vem som ska utföra insatserna. I oktober 2015 fanns sju godkända privata utförare av både omvårdnad och service samt tre godkända utförare av enbart serviceinsatser. Även kommunen erbjöd hemtjänstinsatser. Alla godkända hemtjänstutförare ansvarade för att beviljade insatser blev utförda hos respektive vårdtagare.

Hjälp från hemtjänsten kan vara personlig omvårdnad, service och aktiviteter i den egna bostaden. Insatserna planerades och utformades tillsammans med den som behövde dem, så att vårdtagaren själv kunde vara aktiv kring sina behov av stöd och hjälp. Exempel på omvårdnadsinsatser är hjälp med matintag, personlig hygien

samt hjälp med egenvård. Serviceinsatser kan bestå av hjälp med städ, tvätt, inköp eller andra ärenden. Den som blivit beviljad aktivitet får stöd med till exempel utevistelser eller sociala aktiviteter. Hemtjänstinsatser kan även bestå av installation av trygghetslarm. I förfrågningsunderlaget för LOV hemtjänst (Sundsvalls kommun, 2015b) angavs att en genomförandeplan skall upprättas, med biståndsbeslutet som grund, tillsammans med vårdtagaren. Syftet med genomförandeplanen var att visa på målet för insatserna samt beskriva hur och när beviljade insatser skulle utföras. Genomförandeplanen ska stärka vårdtagarens inflytande över vardagen, vara ett arbetsverktyg för personalen samt utgöra ett sätt att kunna utvärdera målen med insatserna.

Hemtjänstpersonalen ska arbeta utifrån ett rehabiliterande förhållningssätt och ansvarar därmed för vårdtagarens vardagsrehabilitering. *"Vardagsrehabilitering är oberoende av sjukdom och kan utföras av all personal. Arbetet utgår från ett rehabiliterande förhållningssätt. Planering och utförande sker på ett sådant sätt att brukaren ges möjlighet att bibehålla funktionsförmåga"* (Månsson 2009, s50).

Rehabiliterande Förhållningssätt

Genom rätt stöd och hjälp från socialtjänsten, med stödinsatser i form av träning och hjälpmedel, kan beroendet av hemtjänstinsatser minska och den enskilde kan själv klara sin dagliga livsföring och leva ett självständigt liv så långt det är möjligt (Rosdahl, 2014).

Det är inte ovanligt att hemtjänstpersonal ofta är snabba att utföra vardagliga aktiviteter och sysslor åt vårdtagarna, vilket riskerar att vårdtagarnas egna förmågor tas ifrån dem. Fysioterapeuten Lisa Andersson skriver i boken *"Att få leva tills jag dör"* (2006, s 8) *"att det i det flesta fall går snabbare om omsorgspersonalen utför hela momentet"* och att detta arbetssätt kunde få allvarliga konsekvenser i ett långt perspektiv. De risker som lyftes fram var bland annat att vårdtagarna framtogs sina funktioner, vilket ledde till muskelsvaghet och ledstelhet. Vårdtagarnas integritet och självkänsla påverkades negativt, vilket kunde medföra att vårdtagaren blev passiv och osäker. Andersson (2006) ansåg att vårdpersonalen genom detta arbetssätt skapade merarbete för både sig själva och för organisationen.

I rapporten *"Äldres rehabiliteringsbehov i hemmiljö"* uppmärksammade Socialstyrelsen behovet av ett rehabiliterande förhållningssätt: *"Mycken vård och hjälp ges i onödan på grund av ett felaktigt arbetssätt. För att komma till rätta med detta krävs utbildning både vad det gäller medicinsk och social kunskap såväl som vad rehabilitering innebär för vård- och omsorgspersonal samt den äldre personen själv"* (Socialstyrelsen, 2001, sid 37). I samma rapport skrev man även att de personer som arbetade kring vårdtagarna måste ha tillgång till handledning och utrymme i sin arbetsituation att arbeta på ett rehabiliterande sätt. Man ansåg att handledningen bör ske av arbetsterapeut eller fysioterapeut (Socialstyrelsen, 2001). Även Falu kommun (Liss *et al* 2009), Västerviks kommun (2010) och Östersunds

kommun (Månsson 2009) har i olika rapporter lyft fram vikten av ett rehabiliterande/aktiverande förhållningssätt hos hemtjänstpersonalen.

Genom projektet Trygg Hemma gavs möjlighet att utveckla en patientcentrerad, teambaserad arbetsmodell kring hemrehabilitering, i syfte att passa hemsjukvården i Sundsvalls kommun.

Syfte och mål

Syftet med Trygg Hemma var att genom ett rehabiliterande förhållningssätt inom hemsjukvårdens skapa förutsättningar för en långsiktig, förebyggande arbetsmodell som skulle kunna leda till längre kvarboende i ordinärt boende samt bidra till att behovet av hjälpinsatser minskade eller fördröjdes.

Effektmål

Trygg Hemma projektets effektmål var att en kommunövergripande arbetsmodell för hemrehabilitering skulle införas med målen:

- Ökad självständighet och ökade förutsättningar att bo kvar hemma för dem som bor i ordinärt boende.
- Ökad livskvalitet för de i ordinärt boende. Minskat behov av hemtjänstinsatser och korttidsvård.
- Senarelagt behov av särskilt boende.

Projektmål

Målet med projektet var att i två geografiska områden påvisa följande effekter:

- Ökad självständighet och ökade möjligheter att bo kvar hemma genom insatser av projektets hemrehabteam.
- Ökad livskvalitet för de personer som projektets hemrehabteam träffar och vidtar åtgärder kring.
- Minskat beroende av hemtjänstinsatser genom riktade stödinsatser.
- Projektet hade även till uppgift att utarbeta en väl fungerande arbetsmodell kring hemrehabilitering i ordinärt boende i Sundsvalls kommun.

METOD OCH MATERIAL

Arbetsmodellen inom Trygg Hemma-projektet utgick från ett rehabiliterande förhållningssätt. Utvecklandet av arbetssättet baserades på det teambaserade arbetssätt kring hemrehabilitering man haft sedan i slutet av 90-talet i Östersunds kommun, vilket bland annat beskrivs i boken "Hemrehabilitering: vad, hur och för vem" (Månsson, 2009). Flera andra svenska kommuner har snarlika teambaserade arbetsmodeller, exempelvis Kalmar, Eskilstuna, Falun och Västervik.

Urval

Vårdtagare

Projektet avgränsades till att omfatta personer i ordinärt boende i två geografiska områden. Utgångspunkten var att varje område skulle omfatta en befolkning på 600 personer över 65 år, vilket motsvarade det nyckeltal man bland annat hade i Östersunds kommun (Månsson, 2009). Områdena valdes ut av den arbetsgrupp som inledningsvis planerade kring Trygg Hemma. Båda områdena låg geografiskt nära både sjukhuset och kommunens Rehabenhet, från vilken Trygg Hemmateamen utgick. De båda områdena skiljde sig dock åt, både gällande demografi och hur områdenas bostäder var utformade.

Område 1

I Område 1 var det högre medelålder på invånarna, vilket medförde att det geografiska området för att nå beräkningsunderlaget på 600 personer över 65 år blev relativt litet. Många av lägenheterna i området var av äldre modell, med små rum och trånga badrum. Flertalet av bostadshusen saknade hiss.

Område 2

Flerfamiljshusen i Område 2 hade en annan utformning än de i Område 1. Fastigheterna byggdes företrädesvis på 1980- och 1990-talet. Planlösningarna var ofta mer gynnsamma ur ett framkomlighetsperspektiv och hissar i flervåningshusen var mer regel än undantag. Detta har medfört att många personer med funktionshinder valt att bosätta sig i området. Befolkningen i Område 2 hade en lägre medelålder än Område 1, vilket gav ett större geografiskt område för att komma upp i 600 personer över 65 år.

Personal

I Trygg Hemma arbetade två fysioterapeuter, två arbetsterapeuter och en biståndshandläggare, vilka samarbetade med befintlig personal i hemsjukvården; distriktsköterskor, hemtjänstpersonal och områdeschefer för hemtjänst. Arbetsterapeuterna och fysioterapeuterna var uppdelade på två team, ett per område, det vill säga en arbetsterapeut och en fysioterapeut per område. Biståndshandläggaren ansvarade för handläggningen av ärenden i båda projektområdena och arbetade mot bägge teamen. Biståndshandläggaren fick därmed gå på dubbla vårdtagarträffar, i båda projektområdena. Övriga yrkesgrupper som involverades, hemtjänst och sjuksköterskor, var de ordinarie i respektive område. En mer detaljerad beskrivning av

personalens roller i Trygg Hemma-projektet ges längre fram under rubriken *Bemanning*.

Arbetsmodell inom Trygg Hemma-projektet

Rehabiliterande förhållningssätt

Inför uppstarten av det kliniska arbetet träffade Trygg Hemma teamen hemtjänstpersonal och ledning på de största hemtjänstföretagen, inklusive den kommunala hemtjänsten. Besöken ägde rum i samband med arbetsplatsträffar, för att en så stor del av personalen som möjligt skulle kunna nås med information om syfte och arbetssätt inom Trygg Hemma. På informationsträffarna tydliggjorde Trygg Hemma teamen vilka förväntningar som fanns på hemtjänsten som utförare närmast vårdtagarna samt vilka insatser som projektteamet kunde bistå med. Trygg Hemmas syfte, mål och arbetssätt presenterades även på kommunens utförarträff, där alla godkända utförare av hemtjänstinsatser regelbundet träffades.

I förfrågningsunderlaget för LOV hemtjänst (Sundsvalls kommun, 2015b) fanns beskrivet att utförarna skulle arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt. I samband med det inledande besöket på hemtjänstutförarnas arbetsplatsträffar gjordes en förfrågan om hur många av hemtjänstpersonalen som hade utbildning i rehabiliterande förhållningssätt. Det visade sig att ungefär hälften av personalen hade fått utbildning någon gång under sin anställning.

Tidigt i arbetet med Trygg Hemma uppmärksammade projektmedarbetarna att det fanns behov av ytterligare utbildning i rehabiliterande förhållningssätt. Trygg Hemma-teamen såg en trend att hemtjänstpersonalen ofta var snabba att utföra vardagliga aktiviteter och sysslor åt vårdtagarna. Ett arbetssätt där personalen utförde sysslor vårdtagaren skulle kunna klara själva, riskerade att vårdtagarnas egna förmågor togs ifrån dem och därmed försämring av vårdtagarnas hälsa (Andersson, 2006). Utifrån de kunskaper som fanns angående risker med ett sådant arbetssätt beslutade Trygg Hemma-projektet att i ett tidigt skede erbjuda de utförare med störst kundunderlag i projektområdena halvdags utbildningar i rehabiliterande förhållningssätt för all hemtjänstpersonal. Syftet med dessa utbildningstillfällen var att öka personalens kunskaper om vardagsrehabilitering och hur man på bästa sätt nyttjade vårdtagarnas egna resurser för att bibehålla funktions- och aktivitetsförmåga. På grund av praktiska orsaker kunde dock inte all personal närvara vid utbildningstillfällena.

Bemanning

Trygg Hemma-teamen ansvarade för all hemrehabilitering och hemsjukvård för de personer som bodde i ordinärt boende inom de två områdena, oavsett ålder och diagnos. Som tidigare nämnts hade de fysioterapeuter och arbetsterapeuter som arbetade i Trygg Hemma en annan storlek på sina ansvarsområden jämfört med kollegorna i ordinarie hemsjukvård. Patientunderlaget i projektområdet baserades på den arbetsmodell man arbetat fram i Östersund (Månsson, 2009), vilken innebar att respektive arbetsterapeut och fysioterapeut ansvarade för 600 personer över 65

år, att jämföra med 1837 och 3000 personer för arbetsterapeut och fysioterapeut i ordinarie hemsjukvård i Sundsvalls kommun. I projektgruppen fanns även en biståndshandläggare på heltid, vilken ansvarade för alla biståndsärenden gällande de vårdtagare som bodde inom de båda utvalda områdena. Detta innebar arbete med vårdplaneringar på sjukhuset, uppföljningar på korttids- och växelvårdsplatser, beslutsbedömning av nya insatser samt uppföljning av alla bistånd som beslutades i de aktuella områdena. Biståndshandläggaren gjorde regelbundna hembesök för att träffa vårdtagarna i samband med uppföljning av besluten. Möjligheten att följa vårdtagaren hela vägen från vårdplanering på sjukhuset till att se hur det fungerar i hemmiljön gav goda förutsättningar att rätt nivå på bistånd beslutades.

Vårdplanering

En viktig del i arbetet i Trygg Hemma var att arbetsterapeut och fysioterapeut deltog i vårdplaneringar på sjukhuset tillsammans med projektets biståndshandläggare, för de vårdtagare som bodde i Område 1 och Område 2. Vårdplaneringarna visade sig vara ett värdefullt tillfälle att få kännedom om vårdtagaren och dennes behov av fortsatta insatser. En mall utarbetades för att kunna användas som stöd för arbetsterapeut och fysioterapeut i samband med vårdplaneringarna (Bilaga 2).

Tidiga rehabiliteringsinsatser i hemmet

Grunden i Trygg Hemma var att erbjuda tidiga rehabiliteringsinsatser i hemmet. Arbetsmodellen innebar att arbetsterapeut och fysioterapeut mötte upp vårdtagaren tidigt i hemmet i samband med hemkomst från sjukhuset, ofta samma dag. Detta bidrog till att en tidig bedömning av vårdtagarens förutsättningar och behov av insatser i hemmet kunde göras.

Tidigt insatta rehabiliteringsinsatser kan vara avgörande för hur vårdtagaren kommer att klara av sin vardag. Studier har visat att tidigt insatta rehabiliteringsinsatser gav minskat behov av vård och omsorg på längre sikt (Socialstyrelsen, 2001). *”Rehabilitering ska alltid sättas in så tidigt som möjligt. Ju längre tid som går mellan det att behovet uppstått tills insatserna förmedlats, desto svårare är det att rehabilitera personen”* (Socialstyrelsen, 2001, sid 36).

Vårdtagarträffar och team-träffar

Genom avgränsningen av patientunderlaget för projektets arbetsterapeuter och fysioterapeuter underlättades samarbetet med hemtjänstgrupper och distriktssköterska. Kontinuitet hölls mot vårdtagarna, vilket var en av grundpelarna i projektet. I projektplanen (Rosdahl, 2014) stod att projektet skulle innehålla både s.k. ”team-träffar” och ”vårdtagarträffar”. Dessa träffar bidrog till att underlätta samarbetet mellan de yrkeskategorier som arbetade kring vårdtagaren.

På vårdtagarträffarna deltog områdeschefen för hemtjänsten, representanter från hemtjänstpersonalen, distriktssköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och biståndshandläggare. Vårdtagarträffarna var ett forum att diskutera det vardagliga, patientnära arbetet och skedde regelbundet, varje eller varannan vecka, beroende på vilka insatser som utfördes i området. Träffarna följde en fastställd ordning (Bilaga 3). Inför vårdtagarträffarna hade hemtjänstpersonalen samlat eventuella frågeställning-

ar till arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterska men även frågor som var kopplade till behovsbedömning av SoL-insatser (se mall i Bilaga 4). Teamträffarna var av mer övergripande karaktär och i dessa deltog inte hemtjänstpersonalen. Regelbundna träffar hölls med de två hemtjänstutförare vars personal av Trygg Hemma hade fått utbildning i rehabiliterande förhållningssätt, och hade flest antal vårdtagare i de båda projektområdena. Övriga hemtjänstutförare kontaktades i specifika vårdtagarärenden.

Prioriteringar

Förutom de vårdtagare som planerades hem från sjukhuset så omfattades all övrig hemsjukvård och hemrehabilitering i de två utvalda områdena. Den prioriteringsordning man arbetade efter löd enligt följande:

1. Palliativa vårdtagare
2. Vårdtagare som planerades hem från sjukhus eller korttidsplats.
3. Vårdtagare som bodde i ordinärt boende och sökte bistånd för första gången
4. Pågående ärenden där frågan om förändrat bistånd uppkommit
5. Övriga ärenden

Utvärderingsdesign

För att utvärdera de insatser som utfördes i Trygg Hemma användes både kvantitativ och kvalitativ metod. Denna typ av forskning, det vill säga att kombinera kvantitativa och kvalitativa metoder, kallas för flermetodsforskning (på engelska mixed methods). Fördelarna med att kombinera de båda metoderna var bland annat att få en mer heltäckande redogörelse för det område som studerades, att få tydligare förklaringar till de resultat man fått samt att trovärdigheten och nyttan av resultaten kunde öka (Bryman, 2008).

Datainsamling

Kvantitativ datainsamling

Den kvantitativa datainsamlingen skedde genom att de vårdtagare där Trygg Hemmateamen inledde en rehabiliteringsperiod dokumenterades, dels genom journalanteckningar och dels genom registrering i ett IT-baserat uppföljningssystem som projektets medarbetare utvecklade tillsammans med forskare FoU Västernorrland. De parametrar som följdes var bland annat: fysisk funktionsförmåga, förmåga till aktivitet, behov av hjälpmedel samt hemtjänstinsatsernas omfattning. Det noterades också om vårdtagaren var i behov av enkel eller dubbelbemanning i samband med besök av hemtjänsten, liksom individuella vårdtagares beställda tid av hemtjänst. Uppföljningssystemet som arbetades fram tillsammans med FoU Västernorrland bygger på Loke-modellen (Hjelte, Brännström & Engström, 2010) och innebär bland annat att före och efter mätningar gjordes för att kunna studera förändring hos vårdtagarna när de tagit del av de insatser de erbjudits. Den definition som låg till grund för de registreringar som utfördes i uppföljningssystemet var följande: *De vårdtagare, vilka är bedömda utifrån yrkesspecifik kompetens av legitimerad per-*

sonal, som bedömts ha en utökad rehabiliteringspotential är de personer som registrerats för uppföljning.

De vårdtagare som bedömdes ha ett omfattande behov av rehabiliteringsinsatser bedömdes i samband med de inledande insatserna utifrån olika standardiserade fysioterapeutiska och arbetsterapeutiska mätinstrument. Beroende på orsak till rehabiliteringsbehovet användes olika mätinstrument. I uppföljningssystemet registrerades testresultat utifrån följande instrument: Bergs balans skala, GMF/Generell motorisk funktionsbedömning och ADL-Taxonomi. Med inspiration från EQ5D mättes livskvalitet¹. Även nivån på beviljade SoL-insatser och ifall den förändrades under rehabiliteringsperioden registrerades. Efter avslutad rehabiliteringsperiod gjordes en ny bedömning och registrering av samma parametrar som inledningsvis. En uppföljande bedömning gjordes tre månader efter den avslutande träningsperioden, för att kunna se om eventuella förbättringar höll i sig över tid. Några av vårdtagarna hade svårigheter att genomgå tre månaders uppföljning, då det under tiden tillstött saker som påverkat hälsa och förmågor.

Kvalitativ datainsamling

Till den kvalitativa delen av utvärderingen valdes fallstudier, vilket innebar detaljerade, ingående beskrivningar av specifika fall (Bryman, 2008). Urvalet till fallstudierna gjordes med syftet att beskriva de vanligast förekommande patientkategorierna som Trygg Hemma-grupperna mötte i sitt arbete. Ur dessa patientgrupper valdes sedan ut specifika vårdtagare som genom rehabiliteringsinsatser fått ökad livskvalitet samt förbättrad funktions- och aktivitetsförmåga. En av fallstudierna beskriver en palliativ vårdtagare som avled under projektiden, men där Trygg Hemmateamen bidrog med värdefulla insatser kring vårdtagarens omvårdnad. Vid palliativ vård ligger det i den förväntade utgången att patienten avlider. Med fallbeskrivningen vill vi visa hur ett rehabiliterande förhållningssätt kan ha betydelse även i livets slutskede.

¹ Bergs balans skala, GMF, ADL-Taxonomi och EQ5D är välkända, etablerade instrument som används i det vardagliga arbetet av fysioterapeuter och arbetsterapeuter.

RESULTAT

Då arbetet kring vårdtagarna i Trygg Hemma-projektet var teambaserat och multi-professionellt så utvärderades resultatet av det arbete som utförts på flera olika sätt. Nedan presenteras de resultat som erhöles i olika underkategorier.

Under det år projektet pågick träffade Trygg Hemmateamen ca 200 individuella vårdtagare. 27 av dessa hade fått mer omfattande rehabiliteringsinsatser och därmed registrerats i uppföljningssystemet. Teamen hade under projekttiden deltagit i 79 stycken vårdplaneringar på sjukhuset.

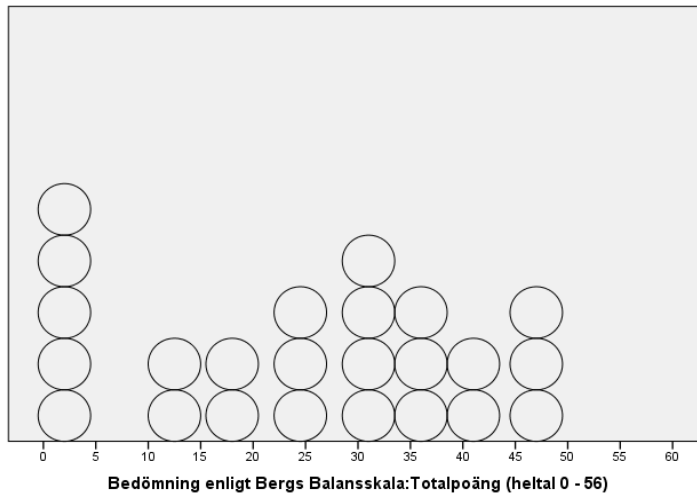
Bland de variabler som registrerades har vi valt att presentera statistik som beskriver förändringar i aktivitets- och funktionsförmåga hos vårdtagarna, men även förändringar i vårdtagarnas självskattade hälsotillstånd. Även statistik över hur beviljade hemtjänstinsatser förändras över tid presenteras.

Bakgrundsdata

- Totalt registrerades 27 vårdtagare, 19 av dessa var kvinnor och 8 var män.
- 67 % av de som registrerades var ensamboende.
- 63 % hade inte beviljade hemtjänstinsatser innan de blev aktuella i Trygg Hemma-projektet. Insatserna beviljades oftast i samband med vårdplanering på sjukhuset.
- 19 av vårdtagarna var över 80 år, vilket motsvarar 71 %. Sex av vårdtagarna som bedömdes ha rehabiliteringspotential hade en ålder på 90 år eller äldre.
- 17 av de 27 vårdtagarna var aktuella för vårdplanering när de kom i kontakt med Trygg Hemma. Hos nio av de personer som vårdplanerades var frågan om korttidsboende aktuell. Fyra av dessa valde efter kontakten med Trygg Hemma att gå hem istället för att ansöka om korttidsplats, medan fem vårdtagare lämnade in en formell ansökan om korttidsvård.

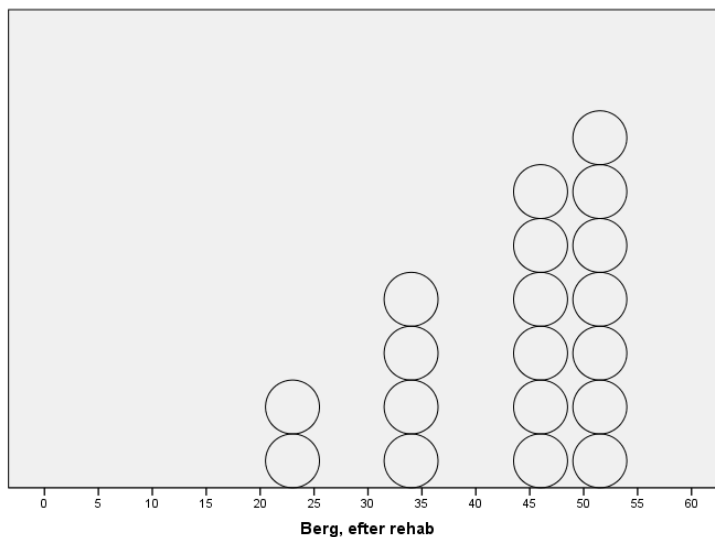
Funktionsförmåga

Det bedömningsinstrument som valdes ut för att mäta och utvärdera vårdtagares balans var Bergs balansskala, vilket även var ett verktyg för att bedöma fallrisk. Trygg Hemmateamen hade i den inledande bedömningen utfört Bergs balansskala på 24 av 27 registrerade vårdtagare. Resultaten av dessa bedömningar presenteras i figur 1, vilken visar på relativt stor spridning av balansförmågan hos de vårdtagare som testats. Varje cirkel i diagrammet motsvarar en vårdtagare. Skalan för Bergs balansskala är mellan 0-56 poäng, där högre poäng var mått på bättre balans.



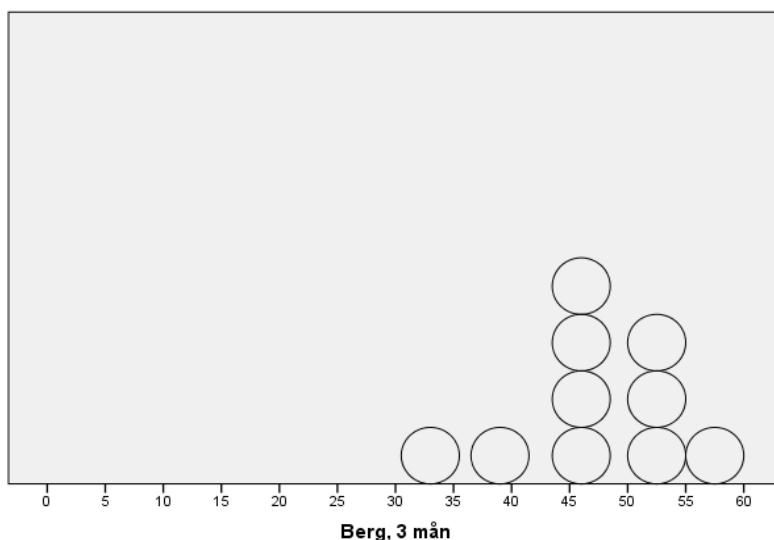
Figur 1. Utfall Bergsbalansskala i samband med inledande bedömning.

Ny bedömning av balansförmågan hos de vårdtagare som bedömdes ha rehabiliteringspotential gjordes sedan i samband med att fysioterapeuterna avslutade träningsinsatserna. Samtliga 24 vårdtagare som testades inledningsvis hade av olika anledningar inte möjlighet att delta i uppföljningsbedömningarna, då vårdtagare avlidit, flyttat till särskilt boende eller tackat nej till vidare insatser. Resultaten av den andra mätningen tenderar att visa att balansen hos vårdtagarna förbättrades, vilket gav en förskjutning mot högre poäng i Bergs balansskala. Resultatet finns i figur 2.



Figur 2. Utfall Bergs balansskala direkt efter avslutad rehabiliteringsperiod.

För att kunna utvärdera om det fanns någon kvarstående effekt av den intensiva träning vårdtagarna fått gjordes en uppföljning av balansen tre månader efter avslutad rehabiliteringsperiod. Resultaten visade att effekten av balansträning verkade hålla i sig över tid, se figur 3.



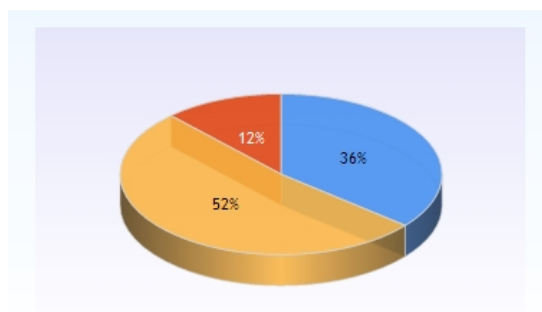
Figur 3. Utfall Bergs balansskala i samband med uppföljning, tre månader efter avslutad rehabilitering.

De individuella skillnader man kunde se i mätningarna, det vill säga differensen mellan första mätningen och den avslutande uppföljningen, varierade mellan 4-44 poäng, vilket visade på stor spridning. De flesta vårdtagare hade dock haft förbättringar motsvarande 5-20 poäng, vilket haft effekt på deras balans och även minskat deras fallrisk, vilken presenteras separat nedan.

Effekter på fallrisk

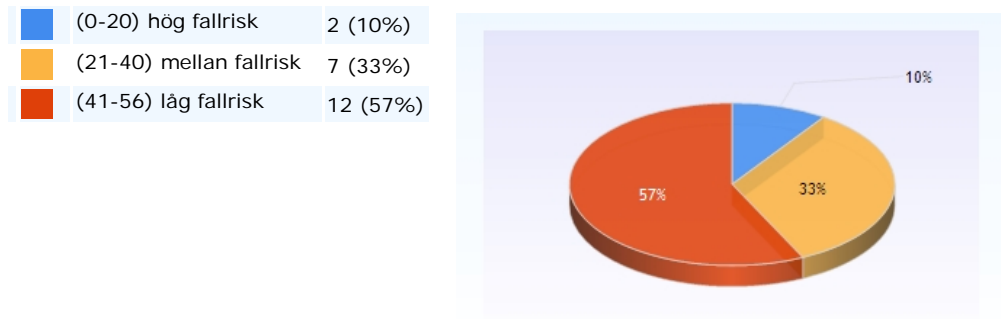
Resultaten från Bergs balansskala hade även ett värde för att uppskatta fallrisk hos vårdtagare, då testresultaten speglade en uppskattad fallrisk. Fallrisken skattades utifrån tre nivåer: låg, mellan och hög fallrisk. I figurerna nedan presenteras hur fallrisken reducerats för de vårdtagare som var registrerade i uppföljningssystemet, utifrån uppnådda resultat på Bergs balansskala. Figur 4 visar hur fallrisken bedömdes utifrån den inledande bedömningen av balans. Totalt bedömdes 25 personer.

■ (0-20 p) hög fallrisk	9 (36%)
■ (21-40 p) mellan fallrisk	13 (52%)
■ (41-56 p) låg fallrisk	3 (12%)



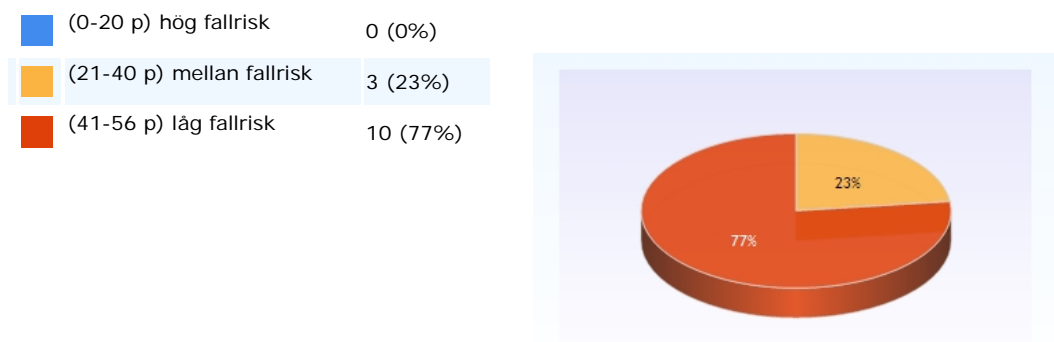
Figur 4. Inledande bedömning av fallrisk hos vårdtagare i Trygg Hemma.

Den av träningsinsatser förbättrade balansen gav även effekt på fallrisken hos vårdtagarna och i figur 5 visas hur fallrisken reducerats vid bedömning direkt efter den avslutade rehabiliteringsperioden. Totalt bedömdes 21 personer.



Figur 5. Fallriskbedömning efter avslutad rehabiliteringsinsats.

Även när det gällde fallrisk så kunde vi se att effekterna av träning håller i sig. Vid uppföljning med Bergs balansskala efter tre månader, som av olika anledningar, endast kunnat göras på 13 vårdtagare, visades att den minskade fallrisken tenderade att hålla i sig. Ingen vårdtagare bedömdes vid uppföljningen ha hög fallrisk, se figur 6.



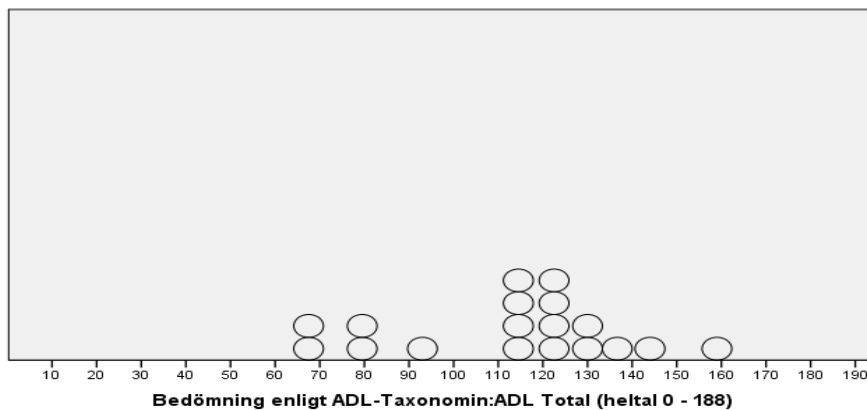
Figur 6. Fallrisk bedömd tre månader efter avslutad rehabiliteringsperiod.

Aktivitetsförmåga i dagliga livet

I uppföljningssystemet registrerades hur vårdtagarna klarade av sina aktiviteter i vardagen. Det mätinstrument som användes var ADL-Taxonomin. För att möjliggöra registrering och statistisk behandling av de data som samlades in poängbedömdes resultaten utifrån de värden som fanns angivna på instrumentet. Instrumentet var indelat i två delar. Personlig ADL motsvarade förmågor kring till exempel

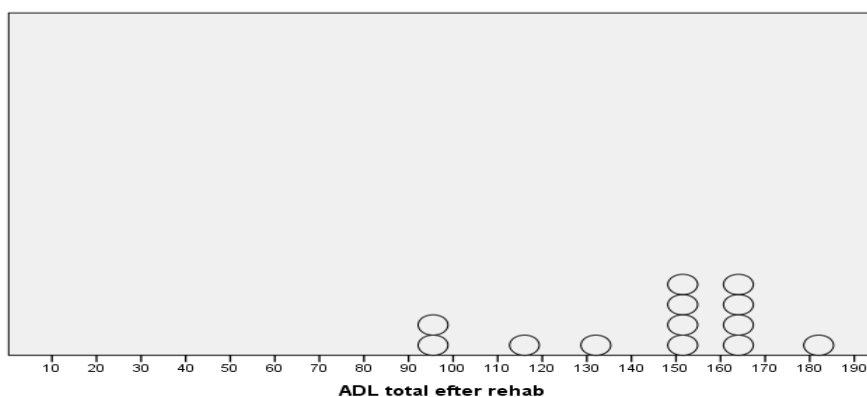
personlig hygien, förflyttning och kommunikation. Instrumentell ADL handlade i stor utsträckning om förmågan att göra resor, inköp och andra hushållssysslor, det vill säga tyngre arbetsuppgifter som ofta var mer resurskrävande för vårdtagarna.

Totalsumman motsvarade ett max på 188 poäng, uppdelat på 124 poäng personlig ADL och 64 poäng instrumentell. Vid analysen av den statistik som registrerades sågs förbättringar kring både personlig och instrumentell ADL och vi valde därför att presentera totalsumman av resultaten av ADL-Taxomin. I figur 7 visas resultaten från de ADL-bedömningar som gjordes inledningsvis på vårdtagare som bedömdes ha nedsatt ADL-förmåga, totalt 18 personer.



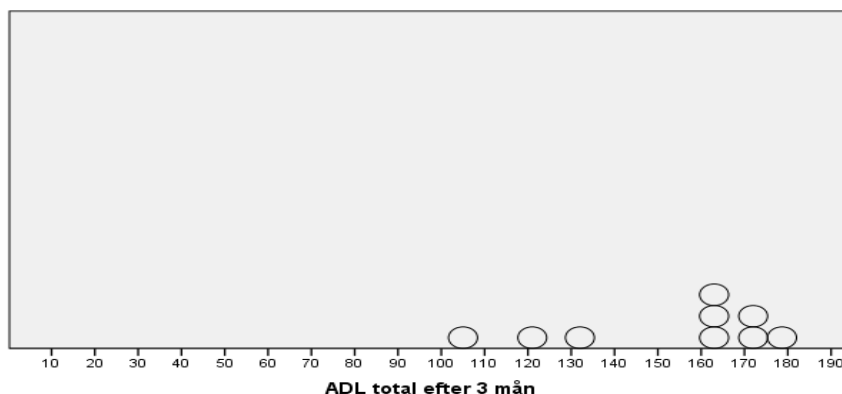
Figur 7. Resultat från inledande bedömning av ADL-Taxomin.

Vid förnyad bedömning i samband med att de arbetsterapeutiska interventionerna avslutades sågs en förskjutning av värdena i ADL-Taxomin mot ett högre slutresultat vilket tydde på att fler vårdtagare hade fått ökad förmåga att klara av sina vardagliga aktiviteter, se figur 8.



Figur 8. ADL-Taxomin efter avslutade arbetsterapeutiska interventioner.

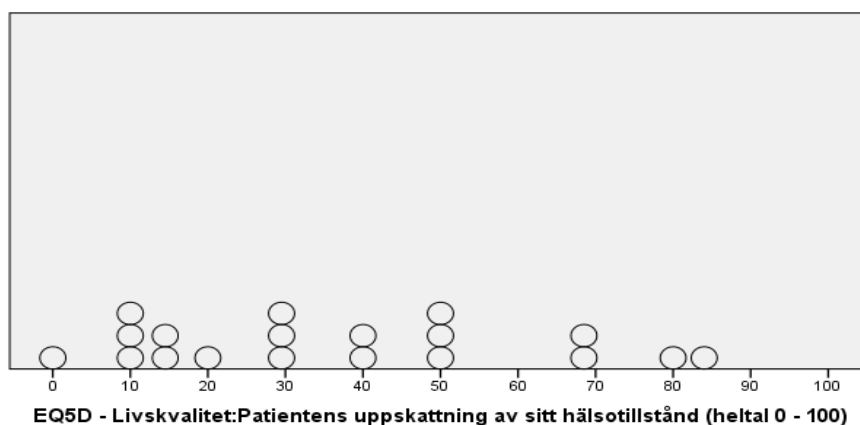
Uppföljningen av ADL-förmåga tre månader efter avslutade insatser gjordes på nio vårdtagare och resultaten presenteras i figur 9. Man såg att effekten av de insatser kring aktiviteter som utfördes tenderade att bibehållas över tid. Intressant att notera, baserat på de differenser som var uppmätta mellan första mätning och uppföljning efter tre månader, var att samtliga bedömda vårdtagare gjort en förbättring i sin ADL förmåga, dvs. inga negativa skillnader uppmättes.



Figur 9. Uppföljning av ADL, 3 månader efter avslutad rehabiliteringsperiod.

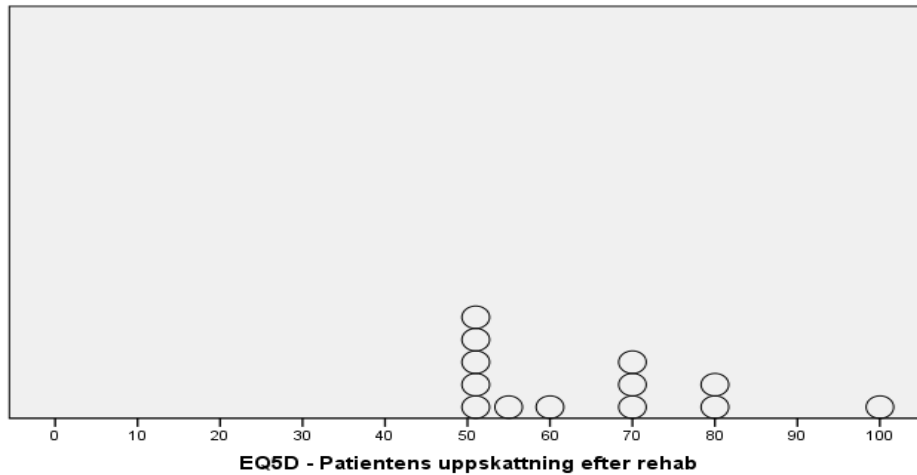
Självskattat hälsotillstånd - Livskvalitets bedömning

En mätning av vårdtagarnas självskattade hälsotillstånd gjordes genom att individerna skattade sin upplevda hälsa på en VAS- skala mellan 0-100, där 0 motsvarar sämsta tänkbara hälsa och 100 motsvarar bästa tänkbara hälsotillstånd. Även denna mätning gjordes vid tre olika tillfällen: vid inledande kontakt, efter avslutad rehabiliteringsperiod och i samband med avslutande uppföljning efter tre månader. Figur 10 visar vårdtagarnas inledande skattning av sin hälsa. Resultatet visade på stor spridning hur vårdtagarna uppfattade sin hälsa, vilket troligen beror på individuella orsaker och sjukdomstillstånd varför man har haft kontakt med Trygg Hemmateamen.



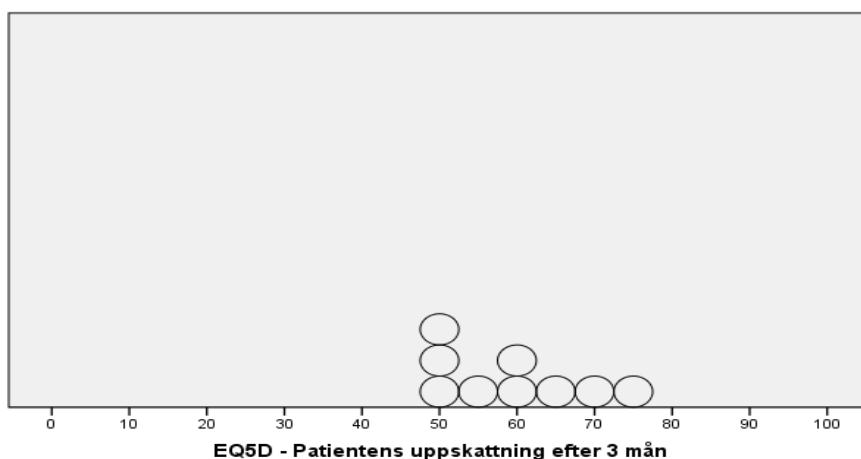
Figur 10. Vårdtagarnas självskattade hälsotillstånd, vid inledande kontakt med Trygg Hemma.

Efter att vårdragarna erbjudits en intensiv träningsperiod i Trygg Hemma, där insatserna var individuellt utformade efter vårdragarens behov, så gjordes en andra mätning av hur vårdragaren skattade sin upplevda hälsa direkt efter rehabiliteringen. Resultatet i figur 11 visar att fler vårdragare skattade sin hälsa högre efter rehabiliteringsinsatserna.



Figur 11. Vårdragarnas självuppskattade hälsotillstånd direkt efter avslutad rehabiliteringsperiod.

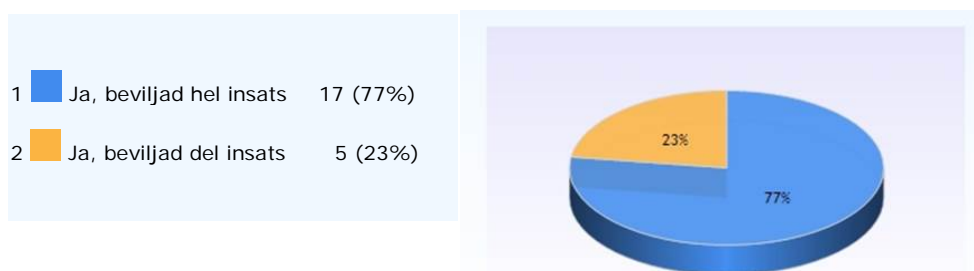
Även vad gäller självskattat hälsotillstånd verkar trenden vara att förbättringen håller i sig över tid. Figur 12 visar resultatet av uppföljningsmätningarna. Vid analys av differensen mellan den inledande och uppföljande registreringen av självskattat hälsotillstånd så visade den att de flesta vårdragare skattade sin hälsa högre efter att de erbjudits och fått rehabiliteringsinsatser. Det fanns dock några vårdragare som skattade sin hälsa som sämre efter genomgången rehabiliteringsperiod, i avsnitt 6.1 diskuteras detta närmare.



Figur 12. Självskattat hälsotillstånd i samband med uppföljning tre månader efter avslutad rehabilitering.

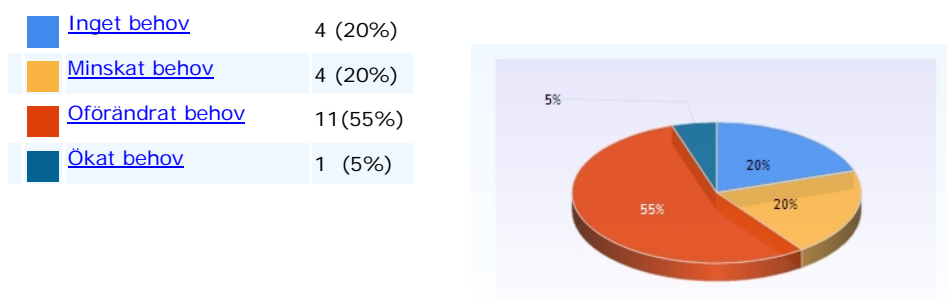
Förändringar av hemtjänstinsatser

Ett av målen med Trygg Hemma-projektet var att se om det genom ökad självständighet, ökad livskvalitet och ökade förutsättningar att bo kvar hemma, gick att minska hemtjänstinsatserna i ordinärt boende. I samband med de inledande besöken av Trygg Hemmateamen så registrerade biståndshandläggaren om vårdtagarna hade någon beviljad hemtjänstinsats. Flera av de vårdtagare som registrerades i uppföljningssystemet hade fått sitt beslut om bistånd i samband med vårdplanering på sjukhuset. 63 %, motsvarande 17 personer, hade inte hemtjänstinsatser innan de blev aktuella i Trygg Hemma-projektet. I figur 13 visas fördelningen mellan de vårdtagare som inledningsvis var beviljade hel- respektive delinsats av hemtjänst kring personlig omvårdnad, sammanlagt 22 vårdtagare.



Figur 13. Fördelning av hel- respektive delinsats av hemtjänst, personlig omvårdnad, vid inledande kontakt med Trygg Hemma.

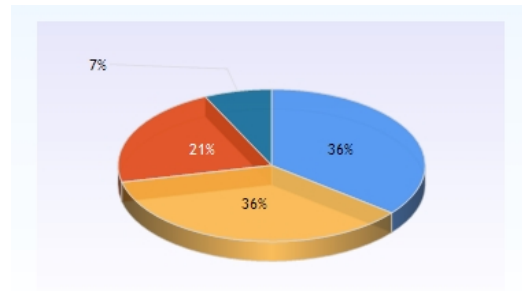
Då en vårdtagare med bedömd rehabiliteringspotential blev aktualiserad i Trygg Hemma och en träningsperiod påbörjats, gjorde projektets biståndshandläggare en uppföljning av vårdtagarens aktuella bistånd efter ca 2-3 veckors rehabilitering. Det som registrerades i uppföljningssystemet var om vårdtagarens behov av insatser hade förändrats eller inte under de inledande veckorna. Ungefär hälften av vårdtagarna hade oförändrat behov av bistånd, gällande personlig omvårdnad, i samband med den första uppföljningen. 20 % av vårdtagarna som initialt hade hemtjänstinsatser hade dock av sagt sig dessa redan vid första uppföljningen på 2-3 veckor och 20 % hade fått minskat behov av hemtjänst, se figur 14.



Figur 14. Utfall bistånd, personlig omvårdnad, i samband med uppföljning efter 2-3 veckor.

När uppföljningsbedömningarna av vårdtagarnas aktivitet och funktion gjordes efter tre månader så gjordes även en uppföljning av biståndet. Även denna gång registrerades om vårdtagaren fått förändrat behov av bistånd, relaterat till tidigare biståndsbeslut. Dessa uppföljningar visade att över 70 % av de vårdtagare som det gjorts uppföljning på, 14 personer, hade fått minskat behov av hemtjänst kring personlig omvårdnad, efter att de erbjudits och tagit del av insatser från Trygg Hemma, se figur 15.

1	Inget behov	5 (36%)
2	Minskat behov	5 (36%)
3	Oförändrat behov	3 (21%)
4	Ökat behov	1 (7%)



Figur 15. Utfall bistånd, personlig omvårdnad, i samband med uppföljning efter 3 månader.

FALLBESKRIVNINGAR

Arbets sättet inom Trygg Hemma-projektet var patientcentrerat och helhetssynen kring vårdtagarna genomsyrade arbetet, oavsett yrkeskategori. De fallbeskrivningar som valts ut representerade de vanligaste vårdtagargrupperna och visade tydligt att det teambaserade arbets sättet med tidiga, intensiva insatser haft stor påverkan på både beställd tid, livskvalitén och funktion för den enskilde individen.

Fallbeskrivningarna 1- 6 beskriver vårdtagare som gick hem från sjukhuset, en patientkategori som var högt prioriterad i projektet. Fallbeskrivning nr 7 beskriver en situation där en vårdtagare för första gången ansöker om bistånd medan fallbeskrivning nr 8 beskriver Trygg Hemma-teamets arbete kring en palliativ vårdtagare (Tabell 2).

Kontinuitet och kunskap

Fysioterapeuters och arbetsterapeuters förbättrade samverkan med andra yrkeskategorier bidrog bland annat till att planeringen inför hemgång från sjukhuset underlättades. Närvaro av fysioterapeut eller arbetsterapeut på vårdplaneringar på sjukhuset var värdefullt ur flera aspekter, men framför allt gällande möjligheten att ge och få information, vilket ökade kunskapen om vilka möjligheter som fanns. Fysioterapeuts eller arbetsterapeuts deltagande på vårdplaneringar ökade tryggheten för vårdtagaren och vid flera tillfällen återtog vårdtagare och anhöriga sin planerade ansökan om korttidsplats.

Vårdtagarnas fysiska funktionsförmåga och förmåga till aktivitet ökade. Behovet av hemtjänstinsatser minskade hos de vårdtagare som registrerades för uppföljning och det syntes en ökning gällande vårdtagarnas självskattade hälsa. Effekterna av Trygg Hemma-insatserna tenderar att hålla i sig över tid.

Under projekttiden bekräftades betydelsen av kontinuitet, detta lyftes fram både gällande hemtjänstpersonal och biståndshandläggare. De regelbundna vårdtagarträffarna utgjorde ett bra forum för samverkan och dialog kring insatser och målsättning hos vårdtagare och bidrog till samsyn och gemensamt arbets sätt. En patientcentrerad arbetsmodell för hemrehabilitering utarbetades. Flödet för vårdtagarna beskrivs i bilaga 5.

Tabell 2. Översikt fallbeskrivningar i Trygg Hemma.

Fall-beskr. nr:	Vårdtagarens situation	Varför valdes detta fall?	Prioriteringsgrupp
1	Höftfraktur, på grund av fall i bostaden	<ul style="list-style-type: none"> •Vanlig patientkategori, ofta med stora konsekvenser för individen. •Vårdtagare och anhöriga planerade korttidsvård men tack vare Trygg Hemma gick vårdtagaren till bostaden istället. •Samhället satsar mycket på att förebygga fall och fallskador. 	2 - Hem från sjukhus
2	Medicinsk sjukdom Hjärt-kärlsjukdom, m.m.	<ul style="list-style-type: none"> •Anhöriga planerade för korttidsvård men tack vare Trygg Hemma gick vårdtagaren till bostaden. •Trygg Hemma teamets insatser kring balans och aktivitet ledde till att vårdtagaren kunde avsäga sig nästan all hemtjänst 	2 - Hem från sjukhus
3	Lårbensfraktur efter fall	<ul style="list-style-type: none"> •Detta fall valdes för att belysa vikten av att bibehålla aktivitet och förmågor, även om vårdtagare har restriktioner kring t.ex. förflyttningar. •Utdragen rehabiliteringsprocess som ändå resulterade i att vårdtagaren avslutningsvis kunde avsäga sig all hemtjänst utom inköp. 	2 - Hem från sjukhus
4	Ortopedisk operation, nyinsatt höftprotes	<ul style="list-style-type: none"> •Otrygg vårdtagare som successivt återfår sina förmågor tack vare intensiv rehabilitering. •Hemtjänstpersonalen arbetar efter rehabiliterande förhållningssätt, vilket bidrar till vårdtagarens framgångar. •Vårdtagaren blir självständig efter rehabiliteringsinsatser och avsäger sig all hemtjänst. 	2 - Hem från sjukhus
5	Multisjuk, Stroke	<ul style="list-style-type: none"> •Tidiga, intensiva insatser medför att vårdtagaren återfår förmågan till manuella förflyttningar samt förbättrar förmågan att klara sin ADL. •Värdefullt samarbete med hemsjukvårdens sjuksköterska. •Minskad bemanning av hemtjänstpersonal i takt med vårdtagarens framsteg. •Vårdtagaren återgår till att delta i sociala sammanhang. 	2 - Hem från sjukhus
6	Bukoperation	<ul style="list-style-type: none"> •Planerad ansökan till korttidsvård, men väljer att gå hem med Trygg Hemma. •Akut återinläggning på sjukhus - utebliven vårdplanering vid andra hemgången •Intensiv träning av balans och köksaktiviteter ger förbättrad funktion så att vårdtagaren själv avsäger sig all hemtjänst. 	2 - Hem från sjukhus
7	Kognitiv svikt, förfrågan om hemtjänst	<ul style="list-style-type: none"> •Utprovning av hjälpmedel gör att behovet av hemtjänstinsatser skjuts upp •Information om anhörigstöd underlättar anhörigs situation 	3 - Söker bistånd för första gången
8	Cancer, palliativ vård.	<ul style="list-style-type: none"> •Vårdtagaren går hem via korttidsplats. •Trygg Hemma-teamet insatser kring förflyttningar och hjälpmedel underlättar omvårdnad i hemmet. •Ökad trygghet i hemmet. 	1 - Palliativ vård

Fallbeskrivning 1 – Höftfraktur

Vårdtagare 1 är en 91 årig man som inkommer till sjukhuset på grund av höftfraktur. Efter att mannen bedömts vara medicinskt färdigbehandlad ansåg personalen på sjukhuset att korttidsvård skulle vara ett lämpligt alternativ, då han inte klarade att förflytta sig självständigt utan alla förflyttningar skedde med hjälp av golvlyft och två personal. Vårdtagarens hustru var också tveksam till att ta hem honom och makarna planerade att ansöka om kommunal korttidsplats.

På vårdplaneringen deltog fysioterapeut och arbetsterapeut från Trygg Hemma. De informerade om Trygg Hemma och möjligheten att möta upp i hemmet, med träning och stöttning, i samband med hemgång från sjukhuset. Denna information samt det faktum att paret fick träffa de personer som sedan skulle komma och träna honom i hemmet ledde till att hustrun drog tillbaka den planerade ansökan om korttidsplats. Inför hemgång gjorde arbetsterapeut ett hembesök för att bedöma framkomligheten i bostaden. Detta besök underlättade hemgången och slutenvårdens personal signalerade att de var mycket nöjda med samarbetet kring mannens hemgång. Vårdtagaren gick hem med hemtjänst och hjälpmedel.

Första veckan efter hemgång från sjukhuset hade han sex besök per dag av två personal från hemtjänsten samt ett besök nattetid. Vårdtagaren förflyttades med hjälp av golvlyft. Arbetsterapeut och fysioterapeut besökte honom dagligen för att träna förflyttningar och ADL.

Efter en vecka hade hemtjänstbesöken minskats till fyra besök per dag och han behövde inte längre förflyttas med lyft, vilket medförde att endast en personal från hemtjänsten behövde besöka honom vid varje tillfälle. En månad efter hemkomst var vårdtagaren uppegående med rollator. Paret hade då, per telefon, av sagt sig all hemtjänst och hade endast trygghetslarm kvar. De var mycket nöjda med den intensiva rehabiliteringen och de framsteg som mannen gjort. Paret kände sig trygga i sin situation. Vid hembesök angående uppföljning tre månader efter de avslutade insatserna deltog även Trygg Hemmas biståndshandläggare. Vårdtagaren var då uppegående självständigt med rollator och hade endast trygghetslarm (Tabell 3).

Tabell 3. Översikt vårdtagare 1

	Utskrivning från sjukhus	Ca en vecka efter utskrivn.	Ca 4 veckor efter utskrivn.	5 månader efter utskrivn.
Beställd tid enligt bistånd, schablontid.	37,32 timmar	30,02 timmar	0 timmar	0 timmar
Antal besök av hemtjänst/dygn	6 besök/dag 1 besök/natt Dubbel bemann.	4 besök/dag Enkel bemann.	Trygghetslarm	Trygghetslarm
Hjälpmedel	Golvlyft Manuell rullstol Hygienstol	Vridplatta Manuell rullstol Fristående toal.	Rollator Transportrullstol	Rollator
HSL-uppdrag	Nej	Nej	Ja Gångträning 30 minuter per dag under 3 veckor	Nej

Fallbeskrivning 2

- Medicinsk sjukdom, hjärt-kärlsjukdom, m.m.

Vårdtagaren, en kvinna i 85-årsåldern, inkom akut till sjukhuset med bland annat blodförgiftning och lunginflammation. Vårdtagaren besvärades även av förmaksflimmer och vårdades på IVA och AVA i en dryg vecka. Vårdtagaren återhämtade sig och förflyttades till vårdavdelning på sjukhuset. Då vårdtagaren var medicinskt färdigbehandlad kallades hon och anhöriga till vårdplanering. Anhöriga meddelade att de hade för avsikt att ansöka om korttidsvård då de ansåg att kvinnan var för sjuk för att kunna gå hem på ett tryggt sätt.

Kvinnans bostad låg tre trappor upp i en fastighet utan hiss, vilket också påverkade anhörigas önskemål om korttidsplats. Arbetsterapeut och fysioterapeut deltog vid vårdplanering och informerade om de insatser Trygg Hemma kunde erbjuda i hemmet. Anhöriga valde att återta ansökan till korttidsboende och kvinnan gick hem två dagar efter vårdplaneringen. Arbetsterapeuten gjorde hembesök tillsammans med kvinnans dotter innan hemgång, för att se över bostaden. Inledningsvis fick vårdtagaren fyra hemtjänstbesök per dag samt ett tillsynsbesök på natten.

En vecka efter hemkomst från sjukhuset hade hemtjänstbesöken minskat till endast ett besök per dag. Tre veckor efter hemgång hade vårdtagaren av sagt sig alla insatser förutom hjälp med tvätt och städ. Arbetsterapeut och fysioterapeut gjorde totalt ca fem hembesök vardera under denna tid för att träna trappgång, balans samt olika moment kring hygiensituationen. Om kvinnan gått till korttidsavdelning istället för hem till bostaden så hade troligen vårdtiden förlängts betydligt, utifrån den arbetsmetod som var praxis innan Trygg Hemma.

Detta är ett bra exempel på uppfyllelse av målen som sattes upp för Trygg Hemma eftersom det visar hur Trygg Hemma-teamets insatser bidrog till att öka vårdtagarens självständighet, vilket gav förutsättningar för vårdtagaren att bo kvar hemma (Tabell 4).

Tabell 4. Översikt vårdtagare 2.

	Utskrivning från sjukhus	Ca en vecka efter utskrivn.	Ca 3 veckor efter utskrivn.	Ca 12 veckor efter utskrivn.
Beställd tid enligt bistånd, schablontid.	67,3 timmar	28,36 timmar	Tvätt och städ	Matdistribution
Antal besök av hemtjänst/dygn	4 besök/dag 1 besök/natt Enkel bemann.	1 besök/dag Enkel bemann.	Tvätt och städ	-
Hjälpmedel	Rollator Fristående toal.	Rollator Fristående toal.	Rollator	Rollator Duschpall
HSL-uppdrag	Nej	Nej	Nej	Nej

Fallbeskrivning 3 – fraktur i nedre extremiteten

Frakturer är en vanlig orsak till att äldre personer läggs in på sjukhus. Vårdtagaren i det tredje exemplet var en kvinna i 65-års åldern som vistats på sjukhus på grund av en fraktur som uppkommit i samband ett fall. Efter frakturen fick kvinnan inte belasta sitt ben på 12 veckor. Fysioterapeut och arbetsterapeut deltog i vårdplaneringen för att kunna planera inför hennes hemgång. Vid hemkomst från sjukhuset var kvinnan i behov av rullstol då hon inte fick belasta sitt ena ben. Inledningsvis behövde hon sex besök av hemtjänsten per dag samt två besök på natten. I direkt anslutning till hemkomsten bokade fysioterapeuten och arbetsterapeuten en träff med hemtjänstpersonalen, för att visa och instruera hur förflyttningar med glidbräda mellan säng, rullstol och hygienstol skulle äga rum. Dessa instruktioner var av yttersta vikt för att kvinnan skulle kunna bibehålla sin förmåga att vara delaktig och aktiv. Arbetsterapeuten såg även över behovet av andra hjälpmedel samt bedömde och tränade hygiensituationer. Kvinnan ville bli självständig i att kunna duscha, vilket hon också blev efter några träningstillfällen. Arbetsterapeuten hjälpte dessutom till med lösningar för att underlätta kökssysslorna.

Det goda samarbetet med distriktssköterskan var betydelsefullt kring denna vårdtagare, eftersom hon på grund av sjukdomar som ej var relaterade till frakturen hade ett omfattande behov av medicinska hemsjukvårdsinsatser. Då kvinnans fraktur var av den graden att hon inte fick belasta benet så drog rehabiliteringen ut på tiden. När vårdtagaren fick börja belasta efter 12 veckor gjorde fysioterapeuten täta besök, för att hon skulle komma igång med träningen. Vårdtagaren hade även ett

HSL-uppdrag på gångträning med hemtjänsten. En månad efter att hon fick börja belasta gick hon med gåbord och hade besök 3 ggr/dag av hemtjänsten. Uppföljning gjordes genom gemensamt hembesök av arbetsterapeut, fysioterapeut och biståndshandläggare. Efter ca 17 veckor avslutades träningen. Kvinnan befann sig då i samma mobilitetsskick som innan frakturen. Beroende på hur kommunen mätte insatstider kunde man under de inledande tre månaderna i uppföljningssystemet inte se att den beställda tiden hade minskat, trots att antalet besök av hemtjänsten minskat (Tabell 5).

Tabell 5. Översikt vårdtagare 3.

	Utskrivning från sjukhus	Ca tre veckor efter utskrivn.	Ca 12 veckor efter utskrivn.	Ca 17 veckor efter utskrivn.
Beställd tid enligt bistånd, schablontid.	62,3 timmar	62,34 timmar	62,34 timmar	4,17 timmar
Antal besök av hemtjänst/dygn	6 besök/dag 2 besök/natt Enkel bemann.	4 besök/dag 1 besök/natt Enkel bemann.	3 besök/dag 1 besök/natt Enkel bemann.	0 besök Endast inköp 1 gång/v
Hjälpmedel	Manuell rullstol Glidbräda Hygienstol	Manuell rullstol Glidbräda Hygienstol	Gåbord	Rollator (Klarar nu även köra egen bil).
HSL-uppdrag	Nej	Nej	Ja Gångträning 2 x 10 min/dag	Nej

Fallbeskrivning 4 – Höftprotes

Under vintern hade Trygg Hemma-teamet insatser hos en 85-årig dam som fått en höftprotes inopererad. När kommunen kallas till vårdplanering i samband med att kvinnan var utskrivningsklar följde arbetsterapeut och fysioterapeut med biståndshandläggaren till denna. På vårdplaneringen bestämde sig kvinnan för att gå hem, men kände sig inledningsvis otrygg och osäker i bostaden. Fysioterapeut och arbetsterapeut gjorde täta besök för att träna gång och balans. Hemtjänsten besökte henne sex gånger per dag, samt att hon har två nattliga tillsynsbesök.

Hemtjänsten arbetade efter ett rehabiliterande förhållningssätt och uppmuntrade vårdtagaren att gå de sträckor hon orkade och klarade av i vardagssituationerna. Knappt två månader efter hemkomst från sjukhuset hade vårdtagarens behov av hemtjänst minskat, hon hade då endast tillsynsbesök av hemtjänsten två gånger per dag. Hon klarade att ta dagliga promenader utomhus med stavar eller rollator.

Efter ytterligare en månad använde hon inga hjälpmedel alls och hade endast hjälp med städning. Uppföljning gjordes genom ett hembesök av biståndshandläggaren.

Ett halvår efter att kvinnan fått sin höftprotes var hon inte längre i behov av insatser från hemtjänsten. Fysioterapeut och arbetsterapeut hade sammanlagt gjort 18 besök under de tre månader hon var aktuell för rehabiliteringsinsatser (Tabell 6).

Tabell 6. Översikt vårdtagare 4.

	Utskrivning från sjukhus	Ca 8 veckor efter utskrivn.	Ca 12 veckor efter utskrivn.	6 månader efter utskrivning
Bestäld tid enligt bistånd, schablontid.	76,52 timmar	35,02 timmar	2,09 timmar	0 timmar
Antal besök av hemtjänst/dygn	6 besök/dag 2 besök/natt Enkel bemann.	2 tillsyns besök dagtid Enkel bemann	Städ	-
Hjälpmedel	Rollator Fristående toalett	Rollator Fristående toalett	-	-
HSL-uppdrag	Nej	Nej	Nej	Nej

Fallbeskrivning 5 – Stroke

Det femte ärendet beskriver en man i 80-års åldern som aktualiserades i Trygg Hemma efter en stroke. Mannen var multisjuk och hade även en rad andra diagnoser. På vårdplanering bedömdes att mannen kunde gå hem med insatser från hemtjänstpersonal och Trygg Hemma teamet. Hemsjukvårdens sjuksköterska hade en viktig roll i samarbetet kring vårdtagaren, då hans medicinska tillstånd ställde stora krav.

Inledningsvis krävdes stora insatser kring mannens förflyttningsproblematik. Fysioterapeut och arbetsterapeut var där dagligen och tränade med målet att mannen skulle kunna återfå förmågan till manuella förflyttningar. Hemtjänstpersonalen stärkade med mannen enligt det HSL-uppdrag som skrevs. Den intensiva träningsperioden gav resultat och mannen kunde övergå till manuell förflyttning, vilket innebar att hemtjänsten kunde ändra från dubbel bemanning till att endast en personal behövdes vid besöken. HSL-uppdragen för både gångträning och träning av dagliga aktiviteter kvarstod och utfördes av hemtjänsten.

Efter drygt fyra månader avslutades HSL-uppdragen. Då hade mannen återfått så pass mycket funktion att han klarade att gå med rollator. Vid uppföljning cirka sju månader efter hemkomsten från sjukhuset hade vårdtagaren fortfarande fyra hemtjänstbesök per dag med enkelbemanning. Hans beställda tid hade ökat något, beroende på att han hade haft önskemål om ett nattligt tillsynsbesök samt att han hade blivit beviljad aktivitetstid. Tack vare de intensiva insatserna som kunde erbjudas från Trygg Hemma och hemtjänsten hade han återfått så pass mycket fysisk funktionsförmåga efter sin stroke att han kunde bo kvar hemma. Mannen fick tack vare

träningen dessutom möjlighet att delta i sociala sammanhang utanför bostaden, vilket höjde livskvaliteten avsevärt. Intressant att notera även i detta fall var att den beställda tiden låg kvar på samma nivå, trots att antalet besök från hemtjänsten successivt minskat (Tabell 7).

Tabell 7. Översikt vårdtagare 5.

	Utskrivning från sjukhus	Ca sju veckor efter utskrivn.	Ca 12 veckor efter utskrivn.	Ca 7 mån efter utskrivn.
Beställd tid enligt bistånd, schablontid.	60,47 timmar	60,47 timmar	60,47 timmar	73,17 timmar
Antal besök av hemtjänst/dygn	6 besök/dag Dubbel bemann.	4 besök/dag Enkel bemann.	4 besök/dag Enkel bemann.	4 besök/dag 1 besök/natt Enkel bemann. Aktivitet
Hjälpmedel	Golvlyft Manuell rullstol Hygienstol Säng	Gåbord Manuell rullstol Hygienstol Säng	Rollator Manuell rullstol Duschpall Säng Arbetsstol	Rollator Duschpall Säng Arbetsstol
HSL-uppdrag	Ja, 20 min ståträning/dag	Ja 20 min ADL träning/dag 30 min KP och förflyttningsträning/dag	Ja 20 min ADL 30 min gångträning med rollator	Nej

Fallbeskrivning 6 – Bukoperation

En kvinna i 80-års åldern vårdplanerades på sjukhuset efter en planerad bukoperation. Anhöriga funderade på ansökan om korttidsplats, men efter att Trygg Hemmateamet presenterat sina möjligheter till insatser i hemmet beslutade anhöriga att avstå från att göra ansökan. En kort tid efter att kvinnan gått hem med insatser från hemtjänsten så blev hon akut inlagd på sjukhus på grund av buksmärtor, vilka krävde akut kirurgi. När kvinnan var medicinskt färdigbehandlad gjordes ingen ny vårdplanering utan hon skickas hem.

Arbetsterapeut och fysioterapeut gjorde upprepade hembesök för att träna balans, benstyrka samt olika aktiviteter i köket. En månad efter att vårdtagaren skrevs ut från sjukhuset för andra gången upplevde hon att hon var så trygg i sin situation att hon själv kontaktade biståndshandläggare för att säga ifrån sig sina hemtjänstinsatser (Tabell 8).

Tabell 8. Översikt vårdtagare 6.

	Utskrivning från sjukhus, 1:a gången	Utskrivning från sjukhus 3 veckor senare	3 veckor efter utskrivn. nr 2	4 veckor efter utskrivn. nr 2
Beställd tid enligt bistånd, schablon-tid.	27.10 timmar	70.26 timmar	12.09 timmar	0 timmar
Antal besök av hemtjänst/dygn	3 besök/dag Enkel bemann.	3 besök/dag 1 besök/natt Enkel bemann.	2 besök/dag Enkel bemann.	-
Hjälpmedel	Rollator	Rollator	Rollator	Rollator
HSL-uppdrag	Nej	Nej	Nej	Nej

Fallbeskrivning 7 – Kognitiv svikt

Trygg Hemmas biståndshandläggare blev kontaktad av en man som önskade hjälp av hemtjänsten kring hustruns morgonomvårdnad. Kvinnan var i 75 års-åldern och hade nedsatt kognitiv förmåga. Hon utreddes för demens men hade ännu inte fått någon demensdiagnos. Paret var inte beviljade insatser sedan tidigare. Biståndshandläggare och fysioterapeut gjorde ett inledande hembesök. Arbetsterapeut och fysioterapeut gjorde sedan ett uppföljande besök där vissa hjälpmedel utprovades för att kvinnan skulle kunna vara självständig i förflyttningar, av- och påklädning samt hygiensituationer.

Trygg Hemma-teamet föreslog maken att få dagliga telefonuppföljningar, istället för besök, från hemtjänsten. Syftet med telefonsamtalen var att höra att allt var okej med paret och att skapa trygghet. Maken informerades även om möjligheten att ansöka om anhörigstöd, så att han på ett tryggt sätt skulle kunna lämna bostaden medan anhörigstöd-jare var tillsammans med hustrun. Maken ordnade så att anhörigstöd blev inkopplade och avlastade honom vissa stunder.

Efter avslutat hembesök berättade biståndshandläggaren att hon skulle ha beviljat omvårdnadsinsatser både morgon och kväll om inte funktionsbedömningen hade gjorts. Nu kände sig paret trygga med dagliga telefonsamtal från hemtjänsten och med vetskapen att de kunde få hjälp om något skulle hända.

Fallbeskrivning 8 – Cancer, palliativ vård

Högst upp i Trygg Hemmas prioriteringslista fanns de palliativa vårdtagarna. I samband att en äldre, cancersjuk man vårdplanerades på sjukhuset så deltog arbetsterapeut och fysioterapeut tillsammans med biståndshandläggare. Inför vårdplane-

ringen hade arbetsterapeut gjort hembesök för att bedöma möjligheterna för mannen att kunna komma hem. Vid vårdplaneringen bedömdes dock mannens hälsotillstånd som så nedsatt att han istället erbjöds plats på kommunens korttidsavdelning under ett par veckor. I samband med uppföljningsmöte på korttidsavdelningen bestämdes att mannen nu kunde gå hem med insatser från hemtjänsten. Trygg Hemma-teamet erbjöd kontinuerliga besök för att stötta upp med olika insatser kring förflyttningar och hjälpmedel.

Inledningsvis behövde han sju hemtjänstbesök per dag och två tillsynsbesök varje natt. Hemtjänsten kom med en personal vid dessa besök. Ungefär en månad efter att mannen kommit hem från korttidsplatsen hade hemtjänstbesöken minskat till tre besök per dag. Vårdtagarens hustru berättade att hon kände sig mycket tryggare hemma tack vare den nära kontakten med Trygg Hemma-teamet. Hustrun hade själv tagit kontakt med arbetsterapeut och fysioterapeut vid ett flertal tillfällen och var oerhört nöjd med möjligheten till snabba hembesök. Även biståndshandläggaren hade gjort hembesök för att följa upp beslutet kring den beviljade hjälpen i hemmet. Hemsjukvårdens distriktssköterska var engagerad i teamarbetet kring mannen och hans behov av olika insatser lyftes upp vid ett flertal vårdtagarträffar. Alla yrkeskategorier som arbetade med mannen hade samma förhållningssätt och målsättning. Mannen avled ca 2½ månad efter att han aktualiserades i Trygg Hemma (Tabell 9).

Tabell 9. Översikt vårdtagare 8.

	Utskrivning från korttids	Ca 8 veckor efter utskrivn.	Ca 12 veckor efter utskrivn.
Beställd tid enligt bistånd, schablon-tid.	39 timmar	31,8 timmar	Vårdtagaren avliden
Antal besök av hemtjänst/dygn	7 besök/dag 2 besök/natt Enkel bemann.	3 besök/dag Enkel bemann.	-
Hjälpmedel	Rollator Duschpall Elyggstöd	Rollator Duschpall Elyggstöd	-
HSL-uppdrag	Nej	Nej	-

Effekter av det teambaserade arbetssättet

Genom teamarbetet kring vårdtagaren nyttjades de olika yrkeskategoriernas specifika kompetenser på ett mer optimalt sätt än tidigare. Vårdtagaren stod i centrum och beroende på vilka behov som fanns så anpassades insatserna efter dessa. Alla medverkande yrkeskategorier i Trygg Hemma-projektet var överens om fördelarna med detta arbetssätt och man såg stora vinster med att samverka kring vårdtagarna.

Begränsad geografi och ökad bemanning

Det mindre patientunderlaget gav helt andra möjligheter än tidigare att hinna ge vårdtagare de rehabiliteringsinsatser som behövdes, och inte bara kompensera ned-satt funktion med hjälpmedel. Arbetsterapeut och fysioterapeut hann handleda och instruera hemtjänstpersonal så att de HSL- uppdrag som utfördes var väl förankrade i hemtjänstgruppen. Arbetsterapeut och fysioterapeut hann följa upp, utvärdera och successivt stegra de träningsinsatser man ordinerade. Biståndshandläggaren fick en bättre helhetssyn kring vårdtagarna i området och kunde ha bättre koll och uppföljning på de bistånd som beslutades. Vid diskussion med övriga arbetsterapeut- och fysioterapeutkollegor inom hemsjukvården framkom att projektmedarbetarna ansåg sig ha bättre förutsättningar till både rehabiliteringsinsatser hos vårdtagare och bättre möjligheter till samverkan med andra yrkeskategorier än kollegorna i ordinarie hemsjukvård.

Effekter av deltagande vid vårdplaneringar

Då fysioterapeut och arbetsterapeut deltog i vårdplaneringar på sjukhuset hade man unika möjligheter att presentera Trygg Hemmas arbetssätt i samband med vårdplaneringen, det vill säga att man mötte upp tidigt i hemmet i samband med hemgång och att man kunde erbjuda vårdtagarna intensiva insatser när de väl var hemma. På vårdplaneringen fick vårdtagaren möjlighet att träffa de personer som sedan kom att fortsätta besöka dem i hemmet, vilket skapade trygghet. Deltagandet och informationen på vårdplaneringen ledde i en del fall till att vårdtagare och anhöriga återtog ansökan till korttidsplats och istället valde att gå hem till bostaden. Då fysioterapeut, arbetsterapeut och biståndshandläggare tillsammans träffade personer i samband vårdplanering fick man en bra och gemensam syn kring individens behov av fortsatta insatser. På vårdplaneringarna kunde man planera inför hemgången och Trygg Hemma-teamen hade vid flera tillfällen direkt kunnat planera in hembesök tillsammans med anhöriga för att göra bedömning av framkomligheten i bostaden.

Till skillnad från hemgångar i övriga delar av kommunen så blev det sällan akuta insatser i samband med hemgång från sjukhuset för de vårdtagare som bodde i de geografiska områden som Trygg Hemma arbetade i. Arbetssättet att Trygg Hemmas arbetsterapeuter och fysioterapeuter deltog på vårdplaneringar på sjukhuset fick mycket uppskattning från slutenvårdens arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Arbetssättet gav goda förutsättningar för samverkan med slutenvårdens kollegor, och ökade förutsättningarna för överrapporteringar, vilket bidrog till bättre framförhållning inför vårdtagares hemgång. Även kommunens vårdplaneringssjuksköterska framförde fördelarna med teamarbete och samverkan i samband med vårdplaneringar på sjukhuset.

Effekter av tidiga rehabiliteringsinsatser i hemmet

I Trygg Hemma erbjöds tidiga insatser till de vårdtagare som kom hem från sjukhuset. Genom den högre bemanningen i projektområdet hade man dessutom möjlighet att ge en snabb bedömning även till de personer där ett ärende initierades hemifrån. Detta ledde till att insatser snabbt kunde påbörjas och de gånger hemtjänsten skulle utföra förflyttningar eller träningar så fick de rätt instruktioner di-

rekt. Beroende på vårdtagarens diagnos eller anledning till kontakt med arbetsterapeut och fysioterapeut så varierade insatserna. Ibland påbörjades en intensiv träningsperiod där fysioterapeut och/eller arbetsterapeut själva utförde och ansvarade för träningen. Andra gånger så skrevs ett HSL-uppdrag till hemtjänsten som då utförde vårdtagarens träning efter den ordination som var kopplad till uppdraget.

Vårdtagarträffar gav bättre samarbete mellan yrkesgrupper

Då flera yrkeskategorier träffades vid gemensamma vårdtagarträffar kunde varje professions specifika kunskaper tas tillvara och sättas ihop i ett sammanhang, för att få bred kunskap och samsyn kring vårdtagares förmågor och målen med insatserna. Diskussionen och informationsutbytet på vårdtagarträffarna gav möjlighet till framförhållning kring vårdtagare, t.ex. angående förändringar i hälsotillstånd och hjälpbehov. Träffarna kunde även ge viktig information kring personer som låg på sjukhuset och väntades hem, och därmed kunde man ha god framförhållning kring de insatser som planerades.

Snabb ärendehantering

De mindre geografiska områdena och det lägre befolkningsunderlaget för arbetsterapeut och fysioterapeut ledde till att Trygg Hemma-teamet kunde ge snabbare insatser till dem som bor i de aktuella områdena än vad övriga medarbetare i hemsjukvården kunde göra. God kännedom om personerna i området gav ökade möjligheter att tidigt upptäcka förändringar i funktionsförmåga och möjligheten till snabba insatser bidrog till att man både kunde skjuta upp och förhindra ytterligare insatser/försämringar hos personer. Även hemtjänstpersonalen framförde vid flera tillfällen positiva synpunkter att projektteamet snabbt kunde komma och träffa vårdtagare med behov av rehabilitering.

Nytt arbetssätt för biståndshandläggningen

Biståndshandläggarens arbetssätt i projektet skiljde sig åt mot hur det såg ut för övriga handläggare. Genom det nära teamarbetet fick biståndshandläggaren en god kännedom om de vårdtagare som bodde i områdena, vilket underlättade möjligheterna att rätt vårdtagare fick rätt beslut beviljat. Ibland skedde biståndshandläggarens uppföljningsbesök tillsammans med arbetsterapeut och/eller fysioterapeut. Samarbetet mellan yrkeskategorierna visade sig vara mycket värdefullt och bland annat kunde de funktionsbedömningar som fysioterapeut och arbetsterapeut utförde utgöra en bra grund för biståndshandläggarens beslut. Ett exempel var ett ärende där biståndshandläggaren efter uppföljningsbesöket berättade att hon skulle ha beviljat betydligt mer hemtjänst än vad hon gjorde, om inte fysioterapeuten deltagit vid samma besök och gjort en funktionsbedömning av vårdtagaren som underlag till biståndshandläggarens beslut.

DISKUSSION

I uppdraget för Trygg Hemma skulle fokus ligga på ett rehabiliterande förhållningssätt med förebyggande arbete för att minska behovet av stöd och hjälp i hemmet (Sundsvalls kommun, 2015c). Under projekttiden arbetade Trygg Hemmateamen både förebyggande och rehabiliterande. Vårdtagare som planerades hem från sjukhuset prioriterades. Med intensiva insatser kunde vårdtagarnas funktions- och aktivitetsförmåga öka och därmed kunde behovet av hjälp i hemmet minskas. En slutsats som drogs gällande det förebyggande arbetet inom Trygg Hemma var att det fanns fortsatt stor utvecklingspotential, något som också illustreras av Borell & Iwarsson (2013, s1) som skriver: *”förebyggande arbete har under senare år ofta fått stå tillbaka till förmån för andra medicinska och sociala insatser”*.

Slutsatser utifrån statistiken ur uppföljningssystemet

Bättre balans och minskad fallrisk

Den träning av förflyttningar, gångförmåga, benstyrka och balans som erbjöds flertalet av vårdtagarna utvärderades genom Bergs balansskala. Resultaten visade på förbättrad balans hos de flesta vårdtagare, en förbättring som dessutom höll i sig över tid. Den förbättrade balansen bidrog även till minskad fallrisk, vilket var av stort värde för den enskilde vårdtagaren. Minskad fallrisk hos äldre har även ett stort samhällsekonomiskt värde. I Sverige inträffar varje år cirka 270 000 fallolyckor med personskada som följd. År 2005 var den totala samhällskostnaden för fallolyckor i Sverige 22 miljarder kronor. På grund av att skadorna till följd av fallolyckor oftast är allvarliga och ger ökat omvårdnadsbehov får ofta kommunerna höga kostnader i form av ökat behov av hemtjänst (Ryen, 2010). Arbetet i Trygg Hemma visade att det var möjligt att rehabilitera vårdtagare efter fall och frakturer så att funktions- och aktivitetsförmågan ökade, med ökad självständighet hos vårdtagaren som följd. Detta visade sig påverka behovet av hemtjänstinsatser, så att den beställda tiden minskade hos flertalet av de vårdtagare som erbjöds rehabiliteringsinsatser.

Förbättrad förmåga att utföra dagliga aktiviteter

Vårdtagarnas förmåga att utföra dagliga aktiviteter, till exempel sköta sin hygien, påklädning och kommunikation utvärderades genom ADL-taxonomin. Även dessa resultat visade på förbättrad förmåga hos de vårdtagare som fått utökade rehabiliteringsinsatser av Trygg Hemmateamen. Förmågan att i större utsträckning klara sina aktiviteter självständigt visade sig kvarstå även vid tremånadersuppföljningen. En svensk studie om äldre personers hjälpbehov visar att en stor andel av de äldre som bor i ordinärt boende är beroende av hjälp med sin ADL (Hellström & Hallberg, 2001). Orsaken till hjälpbehovet var oftast sjukdomar som gav symtom i form av bland annat yrsel, nedsatt rörlighet, smärta, syn och hörselpåverkan samt nedsatt kognitiv förmåga. Användandet av aktivitet som terapeutisk metod i Trygg Hemmaarbetet påverkade vårdtagarnas förmågor på ett positivt sätt och bidrog till ökad självständighet och minskad efterfrågan på hemtjänstinsatser.

Högre självskattad hälsa

I uppföljningssystemet för Trygg Hemma mättes vårdtagarnas självskattade hälsotillstånd genom VAS-mätningar. De flesta vårdtagare skattade sin hälsa högre efter rehabiliteringsperioden. Även vid uppföljningen skattade flertalet individer sin hälsa som god. Det fanns dock vårdtagare som vid uppföljningen upplevde sitt hälsotillstånd som försämrat. Att det fanns vårdtagare som skattade sin hälsa som sämre efter rehabilitering var inte ett oväntat resultat. Dels för att det handlade om äldre personer med skör hälsa, där viss försämring över tid är helt naturligt till följd av ålder och sjukdomsutveckling, dels för att hälsa är ett komplext begrepp med många faktorer som spelar in hur man som individ självskattar sitt hälsotillstånd. En anledning till detta kan vara att individen jämförde sin hälsa med hur den var innan insjuknandet och insikten att man eventuellt inte kommer att kunna återfå tidigare förmågor kan påverka hur man skattar sin hälsa. En studie av Hellström & Hallberg (2001) visade att mellan 60-70% av de äldre uppskattade sin livskvalitet som god eller mycket god. Inga skillnader sågs mellan män och kvinnor. Den resterande tredjedelen i studien klassade däremot sin livskvalitet som låg. Här såg man att faktorer som ålder, grad av ohälsa samt om personen var ensamboende var signifikant sammankopplade med den upplevda låga livskvaliteten (Hellström & Hallberg, 2001).

Minskat behov av hemtjänstinsatser

Under arbetet i Trygg Hemma kunde man se att arbetsmodellens insatser ökade självständigheten hos vårdtagarna, vilket ledde till att många vårdtagare fick minskat behov av hemtjänstinsatser. I fallbeskrivningarna som presenterades i resultatdelen framgick både att den beställda tiden minskade och att hemtjänsten kunde gå från dubbelbemanning till enkel bemanning på relativt kort tid. Bland patientfallen fanns även exempel där den beställda tiden inte förändrades, trots att antalet hemtjänstbesök per dag minskade hos vårdtagarna. En av anledningarna till att den faktiska minskningen inte synliggjordes i beräkningen av tid skulle kunna vara att den fastställda schablontid som följer med beställningen till utförarna var definierad på ett sådant sätt att förändringar inte blev synbara i statistiken.

I rapporten kring införandet av Skönsmomodellen (Swan & Blusi, 2013) konstaterades att det i kommunens olika system fanns sju olika sätt att mäta tid på. Detta medför svårigheter att egentligen veta vilken typ av tid som avses när man pratar om hemtjänststimmar. Inom Trygg Hemma fanns inte möjlighet att mäta huruvida hemtjänststimmar i de aktuella områdena påverkades i sin helhet, den enda tid som kunde följas var den beställda tiden för enskilda vårdtagare.

Trygg Hemmas biståndshandläggare ansvarade för bedömningar och beslut av bistånd för de vårdtagare som bodde i de båda geografiska områdena. Då det inte var möjligt att mäta den faktiska utförda hemtjänsttiden så registrerade handläggaren istället de beslutade insatserna, antingen hel- eller delinsatser, hos aktuella vårdtagare, för att sedan utvärdera om dessa förändrats av de Trygg Hemmainsatser vårdtagarna erbjöds. Uppföljningen av beslutade bistånd efter tre månader visade

att ca 70 % av vårdtagarna som, när de kom i kontakt med Trygg Hemma, hade beviljats antingen hel- eller delinsats hade fått minskat behov av hemtjänst kring personlig omvårdnad, vilket svarade väl mot projektets mål kring minskat behov av hemtjänstinsatser.

Rapporter från andra kommuner där man provat liknande arbetssätt som Trygg Hemma visar på ungefär samma resultat som vi uppnådde. Falu kommun beskriver i sin rapport "Rehabilitering i hemmiljö" att de flesta vårdtagarna förbättrade eller bibehöll sin aktivitets- eller funktionsförmåga, vilket medförde ökad självständighet och minskat hjälpberoende. Vårdtagarna i Falun beskrev även ökad trygghet och minskad smärta i samband med aktivitet (Liss *et al*, 2009). Västerviks kommun som infört teambaserat arbetssätt för hemrehabilitering i hela kommunen, såg att hemrehabilitering var positivt för alla inblandade parter. "*Den enskilde individen får trygghet och ges möjlighet att bo kvar hemma i sin ordinarie bostad. Kostnaderna för äldreomsorgen minskar. Personalen får en helhetsbild som ökar arbetsglädjen och kanske också höjer statusen på yrket. Alla är vinnare av att införa hemrehabilitering*" (Västerviks kommun, 2010, s12).

Kontinuiteten betydelsefull för kvalitet i förebyggande och rehabiliterande arbete

Kontinuitet hos hemtjänstpersonalen var en framgångsfaktor i detta arbete, då kontinuitet medförde kännedom om vårdtagarna och därmed ökade möjligheter att tidigt kunna upptäcka förändringar i funktions- och aktivitetsförmåga. I arbetet med att påbörja införandet av Skönsmomodellen i hemtjänsten i Sundsvalls kommun var detta precis vad personalen såg, "*genom att samma personal träffade kunden regelbundet blev det lättare att se om kundens behov förändrades och om stödet därmed behövde förändras*" (Swan & Blusi, 2013, sid 29). Tidiga signaler medförde oftast att insatserna av fysioterapeut, arbetsterapeut och eventuell hemtjänstpersonal inte behövde blir så omfattande, utan att man kunde sätta in stödjande åtgärder i ett tidigt skede. I de geografiska områden som deltog i Trygg Hemma var det periodvis stora brister på kontinuitet hos hemtjänstpersonalen, vilket troligen påverkade möjligheterna att "fånga upp" personer där man skulle kunna sätta in tidiga, förebyggande insatser. I Skönsmomodellen lyfte vårdtagarna fram hög kontinuitet som en av de viktigaste faktorerna och modellens arbetssätt har visat sig halvera antalet personal som besökte vårdtagarna, "*när samma personal återkom till samma kund regelbundet kunde många av kundernas efterfrågningar åtgärdas snabbt och enkelt*" (Swan & Blusi, 2013, sid 26). Hög kontinuitet har även visat sig öka förutsättningarna att varje vårdtagare ska få den hjälp och stöd de behöver, vilket kan förebygga oro och missnöje (Swan & Blusi, 2013). Även Socialstyrelsen lyfter fram vikten av kontinuitet för att minska oro och otrygghet hos vårdtagarna, "*Genom att ha kontinuitet i hemtjänstens insatser både vad gäller utbildade vårdbiträden och när i tid insatserna ges, samt att ge tidiga rehabiliteringsinsatser i form av träning, anpassning och tekniska hjälpmedel så kan detta bidra till att personen känner sig tryggare*" (Socialstyrelsen, 2001, sid 40).

Hemtjänstpersonalen var nyckelpersoner i arbetet kring vårdtagarna, då det oftast var de som har mest kontakt med vårdtagarna. Det är dock viktigt att belysa betydelsen av kontinuitet även för teamets övriga yrkeskategorier som fysioterapeuter, arbetsterapeuter, sjuksköterskor, biståndshandläggare och områdeschef för hemtjänst. Kerstin Björkman Randström konstaterade i sin avhandling att: *”Ett hinder för autonomi och delaktighet i rehabilitering har varit när kontinuitet bland personal varit bristfällig. Att möta många olika personer beskrivs skapa otrygghet för den äldre”* (Björkman Randström, 2013, sid 18).

Vikten av ett rehabiliterande förhållningssätt

Projektmedarbetarna identifierade tidigt ett behov av utbildning i rehabiliterande förhållningssätt hos hemtjänstpersonalen då endast ungefär hälften hade någon form av utbildning sedan tidigare. Mellan november 2009 till december 2012 genomfördes i kommunen en utbildningssatsning i rehabiliterande förhållningssätt för all hemtjänstpersonal. Utbildningen gavs i form av studiecirklar och ingick som en del i projektet Samordnad rehabilitering (Hänström Söderlund , 2011). Utbildningen hölls av arbetsterapeut och fysioterapeut och syftet med utbildningen var att öka medvetenheten kring rehabiliterande förhållningssätt samt ge verktyg hur man utifrån prioriteringar implementerar ett rehabiliterande förhållningssätt i det vardagliga arbetet. Ungefär 550 hemtjänstpersonal deltog i dessa studiecirklar. Genom arbetet i Trygg Hemma blev det tydligt att det finns ett stående behov av möjlighet till utbildning av hemtjänstpersonal, då personalstyrkan regelbundet förändras och det alltid finns vikarier i tjänst. Vårt förslag är att kommunen bör erbjuda hemtjänstpersonal en regelbundet återkommande utbildning kring rehabiliterande förhållningssätt.

Betydelsen av ett rehabiliterande förhållningssätt gentemot de vårdtagare som finns inom kommunens ansvarsområde är oerhört viktig att betona. Vardagsrehabiliteringen utfördes utifrån SoL, vilket betyder att det är hemtjänstpersonalen som ansvarar för att ett rehabiliterande förhållningssätt genomsyrar deras insatser. Vinsterna för både vårdtagare och organisation att arbeta rehabiliterande och aktiverande är väl dokumenterade (Andersson , 2006; Björkman Randström, 2013; Borell & Iwarsson, 2013; Breitholtz *et al*, 2012; Liss *et al*, 2009; Månsson, 2009; Socialstyrelsen, 2001). Det rehabiliterande förhållningssättet syftar till att i möjligaste mån göra vårdtagaren delaktig i vardagssysslor och i utförandet av insatser. I detta arbete kan vårdtagarens genomförandeplan vara till stor hjälp, då det i denna beskrivs hur vårdtagaren vill att insatserna planeras och utförs.

Vårdplaneringar

Arbetsterapeutens och fysioterapeutens närvaro på vårdplaneringar i Trygg Hemma har varit betydelsefull ur flera aspekter, bland annat genom att vårdtagare efter information om arbetssättet valt att gå hem till bostaden istället för att ansöka om korttidsplats. Det är möjligt att några av vårdtagarna kanske skulle fått avslag på en eventuell ansökan om korttidsplats, men det faktum att vårdtagare själva valde att gå hem gav ett bättre utgångsläge i rehabiliteringsprocessen jämfört med om de

skulle fått avslag och blivit tvingade att gå hem mot sin vilja.”- *Vilken service ni ger! Jag får livsglädjen tillbaka igen!*” Citatet är från kvinna som återtog sin ansökan om korttidsplats efter resonemang med arbetsterapeut och fysioterapeut under sin vårdplanering.

Grunden för att rehabilitering ska kunna äga rum är att behovet av den uppmärksammas. Vårdplaneringar där rehabiliteringsbehov bedöms och där samverkan med yrken med rehabiliteringskompetens ingår är viktiga (Socialstyrelsen, 2001). Sjukhusets vårdplaneringar är viktiga tillfällen där motivation och trygghet skapas för vårdtagare (Månsson, 2009). Exempel på andra kommuner som tillämpar en liknande modell som den i Trygg Hemma är Västerviks kommun (2010), där deltog arbetsterapeut och fysioterapeut på vårdplaneringar på sjukhuset tillsammans med biståndshandläggare och sjuksköterska, och i de fall där ett ärende redan var pågående medverkade även en representant från hemtjänstgruppen.

Uppfattningen att patienterna i Trygg Hemma-projektet upplevde ökad trygghet i samband med hemgång bekräftas av motsvarande arbetssätt i Västerviks kommun (2010). Där såg man dessutom att behovet av korttidsplatser minskade i takt med att hemrehabilitering infördes i kommunen. *”Det finns många vinster med att få träffa samma person på vårdplaneringen som också ska möta upp i hemmet. Det skapar en trygghet för den enskilde individen att veta vem som kommer när man väl är hemma i sin bostad”* (Västerviks kommun, 2010, sid 5). Även en studie gjord i Faluns kommun lyfte fram värdet av gemensamma vårdplaneringar och man såg att ett aktivt deltagande av rehabteam i samband med vårdplaneringar gav goda resultat (Liss *et al*, 2009).

Ett annat exempel där man infört ett arbetssätt som i stora drag påminner om det som tillämpas i Trygg Hemma är Eskilstuna kommuns arbetssätt SAMBO” (Zollitsch Grill, 2015), Även här deltog arbetsterapeut och fysioterapeut på vårdplaneringar på sjukhuset. I Eskilstuna hade dock arbetsterapeuten och fysioterapeuten inte möjlighet att delta på alla vårdplaneringar, utan man försökte delta där det bedömdes kunna göra störst nytta, exempelvis kring ortopedpatienter där rehabiliteringsinsatserna verkligen kunde påverka hemtjänsttimmarna. I Eskilstuna hade man fokus på att öka tryggheten i hemmet för vårdtagarna, vilket också prioriterades vid vårdplaneringar, *”en annan grupp är de med oro, där kan vi bistå med strategier och bostadsanpassning och vara en trygghetsfaktor för både anhöriga och brukare”* (Zollitsch Grill, 2015, sid 16).

Vårdtagarträffar

Inom Trygg Hemmateamen sågs stora fördelar med de träffar där samtliga yrkeskategorier som arbetade nära vårdtagarna deltog. På träffarna diskuterades både SoL och HSL-insatser och man strävade efter samsyn och gemensamt arbetssätt kring respektive vårdtagare. På vårdtagarträffarna fördes diskussioner huruvida vårdtagare hade rätt beslut i förhållande till sitt behov och hur kontaktvägarna var om behoven förändrades. Biståndshandläggaren hade informerat kring vad som menades med skäligen levnadsnivå, individuella behov samt belyst vikten av aktuella genomförandeplaner. De HSL frågor som diskuterades grundades i aktuella fråge-

ställningar kring vårdtagare. Vikten av gemensamma träffar bekräftas även av andra kommuner. I Västervik tillämpades samma upplägg som i Trygg Hemma, och där lyftes fram betydelsen av att alla yrkeskategorier hade ett gemensamt ansvar att hålla arbetsprocessen kring träffarna levande. Man använd även protokoll för att ge ökad struktur åt träffarna (Wiesel & Nilsson, 2011).

Under Trygg Hemmas projekttid hölls regelbundna vårdtagarträffar med de två största hemtjänstutförarna. Dessa träffar ökade möjligheterna till kontinuitet ur både ett omvårdnads- och tidsperspektiv. En framtida möjlighet att sammanföra arbetsätten med vårdtagarträffar i Trygg Hemma och informationsträffar i hemtjänsten kan vara att vid ett tillfälle i veckan ha gemensamt möte där samtliga yrkesgrupper deltar. I slutet av 2015 fanns sju stycken godkända privata utförare av omvårdnad/hemtjänst i Sundsvalls kommun. Vid införande av ett teambaserat arbetssätt inom hela kommunen är det kanske inte möjligt ur ett tidsperspektiv att ha regelbundna vårdtagarträffar, där alla yrkeskategorier deltar, med alla utförare, utan man kanske måste välja de med flest antal vårdtagare i respektive område, liknande som gjordes i projektet. Genom arbetet med Skönsmodellen såg man att informationsträffarna, förutom specifik information kring vårdtagarna, även gav ett lärande. *”Alla lärde av varandra vad som är ett bra sätt att utföra jobbet, dels utifrån varje kunds önskemål och men också ur effektivitetssynpunkt och aktuell kunskap inom området* (Swan & Blusi, 2013, sid 32). Betydelsen av lärande för att utveckla både individ och organisation lyftes även fram i Björkman Randströms avhandling (2013, sid 16), *”Genom att ta del av varandras olika kunskapsfält, lära av varandra, finns möjlighet att utveckla kompetensen, den individuella och för hela teamet”*.

Förbättrad biståndshandläggning

Arbetsmodellen i Trygg Hemma gav ökade möjligheter till dialog mellan biståndshandläggare och utförare. De ökade förutsättningarna för biståndshandläggaren i Trygg Hemma att jobba nära utförarna medförde bland annat synliggörandet av behov att vidareutveckla arbetet med genomförandeplaner, då det förekom skillnader i hur dessa upprättades och utvärderades. Även om en genomförandeplan upprättades så hade inte alltid vårdtagaren kännedom om dess betydelse eller hade varit delaktig i själva upprättandet av genomförandeplanen.

Förbättringsutrymme kunde även ses gällande hur hemtjänstutförare meddelar förändrade behov hos vårdtagare, något som inte alltid skedde. En förklaring kan vara att rutiner och kontaktvägar inte alltid var kända hos hemtjänstpersonalen. Även det faktum att det ibland planerades andra insatser i utförandet hos vårdtagaren än vad som framkom i den enskildes beslut, kunde medföra en osäkerhet för hemtjänstpersonalen, då det i dessa fall blev otydligt vilket det egentliga behovet var hos vårdtagaren. Det var vid de gemensamma uppföljningsbesöken, där biståndshandläggaren tillsammans med andra i Trygg Hemmateamen träffade vårdtagare, som det framkom information om att ett eller flera behov hos vårdtagaren minskat, eller att behovet sedan en tid tillbaka inte längre kvarstod. Ett exempel var att hem-

tjänsten planerat in promenader istället för det som den enskilde hade beslutat på, i detta fall daglig hjälp att ställa i ordning för måltider. Ett annat exempel var att det fanns delar i beslut som inte verkställdes eftersom behovet inte längre var aktuellt, eller att det funnits svårigheter att verkställa insatsen på grund av att vårdtagaren hade nedsatt insikt kring sitt behov eller hade svårt att förstå innehållet i beslutet. Biståndshandläggaren identifierade att det fanns en risk att hemtjänstpersonal inte meddelade förändrat behov hos vårdtagaren när det uppstod, utan väntade tills vårdtagarträffen. Biståndshandläggaren har därför varit tydlig med att utförare av hemtjänst fortsättningsvis ska följa tidigare rutiner, att snarast meddela förändrat behov - vilket kan ske direkt till Trygg Hemmas biståndshandläggare eller till motagningsgruppen. Även dokumentationens betydelse när det fanns förändringar i vårdtagares behov lyftes fram.

Möjligheterna för Trygg Hemmas biståndshandläggare att följa vårdtagarna från sjukhuset till uppföljningen i hemmet gav en god helhetssyn kring respektive individ och det fanns fördelar för både vårdtagaren och teamet att arbeta på detta sätt. En av anledningarna till att kommunen tidigare hade bildat handläggningseenheten och senare även vårdplaneringsteamet var att det upplevts som ineffektivt att flera handläggare deltog i vårdplaneringarna på sjukhuset. Vid ett eventuellt införande av teambaserat arbetssätt på bred front i kommunen måste naturligtvis de erfarenheter som finns kring biståndshandläggningens organisation tas med i beaktande. Det är dock angeläget att komma ihåg att förutsättningarna kring överrapportering förändrats så att det numera ofta går att ha bättre framförhållning kring vårdplaneringar, samtidigt som utskrivningarna från sjukhuset går allt fortare och riskerar att ytterligare påskyndas om den nya betalningsansvarslagen införs.

Ur ett patientcentrerat synsätt vore det önskvärt om även biståndshandläggningen skulle kunna återgå till någon form av geografisk indelning i stället för den uppdelning av vårdtagare utifrån personnummer man använder i dag. En geografisk indelning skulle kunna underlätta ett teambaserat arbetssätt där alla yrkeskategorier som finns kring vårdtagaren ingår.

Som tidigare nämnts sågs stora vinster med att biståndshandläggaren var en del i teamet kring vårdtagarna. I Östersunds kommun föregås biståndsbeslut om hemtjänst av bedömning av arbetsterapeut och/eller fysioterapeut, då man ansåg att vårdtagarens resurser och möjlighet till utveckling av aktivitets- och funktionsförmåga ska vara grunden för biståndshandläggarens beslut (Månsson, 2009).

Minskat behov av hjälpmedel

Hjälpmiddel kan ses som en del i rehabiliteringsinsatserna kring en vårdtagare och ibland var hjälpmedel en förutsättning för att vårdtagare skulle klara av en aktivitet eller förflyttning. De hjälpmedel som användes var individuellt utprovade och anpassade för att fylla tänkt funktion, oavsett om det var ett personligt eller arbetstekniskt hjälpmedel. Produkterna måste följas upp och bytas ut i takt med förändrat behov hos vårdtagaren (Socialstyrelsen, 2001). Många äldre saknar instruktioner

och information om hur hjälpmedel ska användas på ett tryggt sätt, den bristande informationen är ofta en källa till frustration hos den äldre (Björkman Randström, 2013). Tack vare möjligheten till tät kontakt och upprepade hembesök så hade Trygg Hemmateamen goda förutsättningar att instruera och informera kring vårdtagarens hjälpmedel. Teamen hann regelbundet se över och följa upp vårdtagarnas hjälpmedelsbehov. Förbättrad funktions- och aktivitetsförmåga hos vårdtagarna minskade behovet av hjälpmedel och de produkter som inte användes kunde snabbt skickas tillbaka, vilket bidrar till att reducera hjälpmedelskostnaderna. En golvlyft med tillhörande sele har en hyreskostnad för kommunen på cirka 250 kr i månaden. Användandet av golvlyft innebär dessutom alltid att det krävs dubbelbemanning vid hemtjänstbesöken. En komfortrullstol, som används till vårdtagare med behov av god sittkomfort och möjlighet till lägesförändring, har en månadskostnad på ca 300 kr, inklusive dyna. Motsvarande kostnad för en manuell rullstol är ca 200 kr. I två av fallbeskrivningarna som presenterades sågs att behovet av hjälpmedel förändrats tack vare träningsinsatser, från golvlyft till att vårdtagaren klarar sig självständigt med rollator. Kostnaden för kommunen att hyra en rollator var ca 25 kr i månaden.

Metoddiskussion

Då vi genomfört före och efter mätningar så kan vi, baserat på dessa resultat och utifrån vår professionella bedömning, göra ett rimligt antagande att Trygg Hemmateamens insatser gjort skillnad för de vårdtagare vi haft möjlighet att erbjuda intensiv rehabilitering. Resultaten av arbetssättet i Trygg Hemma anses väl svara upp mot de projekt- och effektmål som sattes upp för projektet, dvs. ökad självständighet och livskvalitet för personer i ordinärt boende, ökade förutsättningar att kunna bo kvar hemma samt minskat behov av korttidsvård och hemtjänstinsatser.

Utifrån de förutsättningar projektet hade så var det inte möjligt att konstruera en forskningsdesign med kontrollgrupp för att kunna undersöka skillnader mellan olika arbetssätt. Projektmedarbetarna hade dock erfarenhet av att arbeta både i det ordinarie arbetssättet som fanns inom hemsjukvården i kommunen samt i arbetssättet som fanns i Trygg Hemma. Projektmedarbetarna hade utifrån sin professionella kunskap noterat vissa skillnader mellan arbetssätten, bland annat kring förutsättningar för samverkan med andra yrkeskategorier.

Genom den definition som togs fram för registrering i uppföljningssystemet begränsades urvalet av antalet vårdtagare som registrerades. Vid diskussion kring detta med medarbetarna i Trygg Hemma-projektet konstaterades att urvalet i stor utsträckning gjordes utifrån tanken att de vårdtagare som registrerats bedömdes ha utökad rehabiliteringspotential.

Skillnader mellan de geografiska områdena

I uppföljningssystemet registrerades inte i vilket av de båda områdena vårdtagarna bodde. Under projekttiden noterades att det fanns en skillnad mellan de båda områdena avseende vilken typ av ärenden som initierades inom hemsjukvården. Initialt

saknades helt rehabiliteringsärenden i Område 2 medan man i område 1 deltog i flertalet vårdplaneringar som ledde till träningsinsatser. Under projekttiden sågs dock en ökning av antalet patienter med rehabiliteringspotential i Område 2, även om antalet träningspatienter skiljde sig åt i områdena. Trygg Hemma-teamet i Område 2 hade en större mängd patienter med neurologiska sjukdomar, vilka inte alltid hade någon större rehabiliteringspotential. Trygg Hemma-teamet kunde ändå göra stora insatser för dessa vårdtagare, med syfte att bibehålla god funktion och livskvalitet. Ett av målen med Trygg Hemma var: *öka förutsättningarna för kvarboende och därmed kunna senarelägga flytt till särskilt boende*, vilket tydligt kunde uppnås även med denna patientkategori. Som vi beskrev inledningsvis så skiljde sig de båda områdena åt vad gäller demografi, vilket troligen var en av orsakerna till skillnaderna i ärenden. Sedan fanns naturligtvis en slumpfaktor vilken typ av ärenden som uppkom i respektive område då det var svårt att förutspå hur insjuknandet i rehabiliteringskrävande sjukdomar skulle se ut i ett visst område under en viss tid.

Val av utvärderingsmetoder

Inför uppstarten av projektet bestämdes vilka fysioterapeutiska och arbetsterapeutiska mätmetoder som skulle användas i samband med utvärdering av rehabiliteringsinsatserna. Under projekttiden har valet av dessa diskuterats, då mätinstrumenten inte alltid passade det kliniska utgångsläget som vissa vårdtagare hade. Bland annat så har GMF/Generell motorisk funktionsbedömning endast använts vid ett enda bedömningstillfälle och därmed inte fyllt någon funktion i utvärderingen av rehabiliteringsresultaten.

ADL-Taxonomi har genom tidigare forskning visat sig vara användbar för äldre människor (Nilsson *et al*, 2007) och användes även som utvärderingsmetod i studien av Zingmark *et al* (2014). Även i Falun (Liss *et al*, 2009) och Västerviks kommun (2010) användes ADL-taxonomi som utvärdering av arbetsterapeutiska interventioner.

Bergs balansskala är ett utvärderingsinstrument som ställer relativt stora krav på vårdtagarnas funktionsförmåga. Ett flertal vårdtagare hade mycket låga utgångsvärden på testet, relaterat till att de inledningsvis inte klarade manuella förflyttningar. För dessa vårdtagare hade det kanske varit värdefullt att haft ytterligare ett instrument att kunna använda. Västerviks kommun (Wiesel & Nilsson, 2011) använde också Bergs balanstest för sin utvärdering men använde även S-COVIS, vilket är ett annat fysioterapeutiskt bedömningsinstrument för förflyttningar.

Vårdtagarnas perspektiv

Under projekttiden har diskussioner förts, i både projektgrupp och i referensgrupp, om att komplettera de registreringar och fallbeskrivningar som gjordes med ytterligare en kvalitativ utvärdering. Det fanns intresse av att få ökad kunskap kring hur vårdtagarna upplevde de erbjudna insatserna från projektteamen. Möjligheter att komplettera data genom antingen individuella intervjuer med vårdtagare eller fokusgruppsintervjuer diskuterades. Tyvärr så fanns det inte tidsutrymme inom ramen för projektet att utföra dessa intervjuer. Förberedelser, själva intervjutillfällena

och bearbetningen av resultaten skulle ha tagit för stor tid i anspråk, vilket är synd då vi tror att vårdtagarnas upplevelser skulle gett oss värdefulla kunskaper inför vårt framtida arbete.

Organisatoriska faktorer som påverkat projektet.

Försenad start

Projektet planerades att starta i början av oktober 2014. Den verkliga starten sköts upp till 3:e november 2014 då de diskussioner kring hur utvärderingen av projektet skulle genomföras drog ut på tiden.

Sjuksköterskornas förutsättningar

Inför uppstarten av Trygg Hemma fick fysioterapeuter, arbetsterapeuter och biståndshandläggare extra personalresurser tilldelat för att arbeta med projektet. Sjuksköterskegruppen fick dock inga extra resurser utan skulle delta i projektet utifrån sina ordinarie förutsättningar. Dessa förutsättningar har sett olika ut i de båda områdena. Det dagliga samarbetet med sjuksköterskorna fungerade lika i de båda områdena men vad gäller möjligheterna för sjuksköterskorna att delta i vårdtagarträffarna var det skillnad, framförallt under första delen av 2015.

Hemtjänstens förutsättningar

Inom de två områden där projektet ägde rum arbetade Trygg med alla vårdtagare som hade behov av insatser, oavsett vilken utförare av hemtjänst personen i fråga valt. Under projekttiden hade man samarbete med både den kommunala hemtjänsten och de flesta privata utförare. Vad gäller förutsättningarna i de kommunala hemtjänstgrupperna så brottades de med höga sjukskrivningstal under hela projekttiden vilket medförde ett stort antal vikarier i grupperna. Den kommunala hemtjänstgruppen bytte dessutom chef vid ett flertal tillfällen under projekttiden samt genomförde en flytt av sina lokaler. Dessa faktorer påverkade kontinuiteten hos vårdtagarna på ett negativt sätt. Bristen på kontinuitet kan i sin tur ha haft påverkan på det förebyggande arbetet hos vårdtagarna, då Trygg Hemmateamen inte alltid fick kännedom om tidiga förändringar hos vårdtagarna.

Biståndshandläggningens förutsättningar

Den 1 juni 2015, efter ungefär halva projekttiden, bytte man biståndshandläggare i projektet. Detta medförde att en del tid gick åt för den nya handläggaren att sätta sig in i tankarna och arbetssättet man utarbetat i Trygg Hemma. I början av november 2015 förändrades förutsättningarna kring projektets biståndshandläggare ytterligare en gång då det uppstod ett stort behov av socionomer för att kunna hantera den akuta flyktingsituationen som uppstått i kommunen. Trygg Hemmas biståndshandläggare fick byta arbetsuppgifter med kort varsel och projektet fick ingen ny handläggare under den kvarstående projekttiden. Biståndshandläggningen i projektområdena utfördes de sista två månaderna med hjälp av befintliga resurser ur vårdplaneringsteamet, mottagningsgruppen och utredningsgruppen, vilket eventuellt kan ha haft påverkan på de uppföljningar av bistånd som utfördes under denna tid.

Flytt från lokaler

I början av sommaren 2015 blev projektmedlemmarna informerade om att de eventuellt måste flytta ut från de lokaler de blivit lovade att ha till sitt förfogande projektiden ut. Förhandling kring lokalfrågan, mellan arbetsgivare och berörda fackförbund, skedde i september 2015, och förhandlingen avslutades i oenighet. Flytten till nya lokaler skedde i oktober 2015. Processen kring flytten skapade en del frustration och en hel del tid och energi gick åt till denna flytt.

SLUTSATSER

Projektgruppens förslag är att Trygg Hemma införs som permanent arbetsmodell för hemsjukvården inom den aktuella kommunen.

Sammanfattningsvis kan vi se att det teambaserade arbetssättet i Trygg Hemma resulterade i att:

- Vårdtagarnas fysiska funktionsförmåga och förmåga till aktivitet ökade.
- Vårdtagarnas självskattade hälsa tenderade att öka
- Behovet av hemtjänstinsatser minskade hos de vårdtagare som registrerades för uppföljning.
- Biståndshandläggarnas betydande roll i teamarbetet lyftes fram och man såg behov av någon form av geografisk kontinuitet och indelning även bland handläggarna.
- Effekterna av Trygg Hemmainsatserna tenderar att hålla i sig över tid.
- Deltagandet på vårdplaneringar på sjukhuset var värdefullt ur flera aspekter, men framför allt gällande möjligheten att ge och få information.
- Närvaron på vårdplaneringar ökade tryggheten för vårdtagaren och vid flera tillfällen återtog vårdtagare och anhöriga sin planerade ansökan om korttidsplats.
- Samverkan med andra yrkeskategorier och andra instanser förbättrades genom arbetet i projektet: Detta bidrog bland annat till att planeringen inför hemgång från sjukhuset underlättades.
- De regelbundna vårdtagarträffarna utgjorde ett bra forum för samverkan och dialog kring insatser och målsättning hos vårdtagare och bidrog till samsyn och gemensamt arbetssätt.
- Genom teamarbetet optimerades nyttjandet av yrkesspecifika kompetenser.
- Under projekttiden bekräftades betydelsen av kontinuitet hos hemtjänstpersonalen
- Behov av utbildning i rehabiliterande förhållningssätt för hemtjänstpersonalen identifierades
- En patientcentrerad arbetsmodell för hemrehabilitering har utarbetats. Flödet för vårdtagarna beskrivs i bilaga 5.

REFERENSER

- Andersson L (2006). Att få leva tills jag dör – om ett rehabiliterande förhållnings sätt. Fortbildning AB/Tidningen äldreomsorg.
- Björkman Randström K (2013). Hemmet som arena för äldres rehabilitering. Doktorsavhandling 145. Mittuniversitetet
- Borell L, Iwarsson S (2013). Aktivitet och rehabilitering kan ge hälsosamt åldrande. Läkartidningen. 2013;110: CHPE
- Breitholtz A, Snellman I, Fagerberg I (2013). Older people´s dependence on caregivers´ help in their own homes and their lived experiences of their opportunity to make independent decisions. International journal of older people nursing, 8, 139-148
- Bryman A (2008). Samhällsvetenskapliga metoder. Liber
- Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (2011). Ättestupa eller folkhälsomål – ett manifest för alla äldre medborgares rätt till specifik rehabilitering.
- Gillsjö C, Schwartz-Barcott D, von Post I (2011). Home: the place the older can not imagine living without. BMC Geriatrics 2011, 11:10
- Haak M (2006). Participation and independence in old age – aspects of home and neighbourhood environments. Doktorsavhandling. Lunds universitet.
- Hellström Y, Hallberg R (2001). Perspectives of elderly people receiving home help on health, care and quality of life. Health and social care in the community 9 (2), 61-71
- Hjelte, J., Brännström, J. and Engström, C. (2010) Slutrapport: Lokal Evidens (Loke)! En modell för lokal uppföljning av kommunal öppen och heldygnsvård som riktar sig till personer med missbruks- och beroendeproblematik. Ett SKL-uppdrag.
<http://www.umea.se/download/18.21003518141dc801bd7392/1382427676649/LOKE-rapport.pdf> (Hämtad online, 2015-07-01)
- Hänström Söderlund B (2011). Projektslutrapport Samordnad rehabilitering. Sundsvalls kommun.
- Kommunförbundet Västernorrland (2012). Avtal om övertagande av hemsjukvård 2012-09-21
- Liss I, Jansson L, Olai L (2009). Slutrapport för projektet Rehabilitering i hemmiljö. Bjursås – Sågmyra hemtjänstområde. Falu kommun, Landstinget Dalarna.

- Månsson M (2009): Hemrehabilitering: vad, hur och för vem? Fortbildning AB/Tidningen Äldreomsorg
- Nelson M, Rejeski J et al (2007). Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine and Science in Sports and exercise*.2007. 0195-9131/07/3908, 1435-1445
- Nilsson I, Bernspång B, Fisher AG, Gustafson Y, Löfgren B (2007). Occupational engagement and life satisfaction in the oldest-old: the Umea 85+ Study. *Occupational therapy journal of research*. 2007; 27:131-139
- Nohrstedt K, Edlund G, Carlsson R-M (2015). Patientsäkerhetsberättelse för hälso- och sjukvård I Sundsvalls kommuns särskilda boenden och hemsjukvård i ordnärt boende 2014. Sundsvalls kommun.
- Rosdahl J (2014). Projektplan Trygg hemma. Socialförvaltningen Sundsvalls kommun.
- Ryen L (2010). Samhällets kostnader för fallolyckor – resultat. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.
- Socialstyrelsen (2001). Äldres rehabiliteringsbehov i hemmiljö. Artikelnummer 2001-123-74
- Socialstyrelsen (2008a). Developments of the care of the elderly in Sweden 2007. Artikelnummer 2008-126-37
- Socialstyrelsen (2008b). Ändring i föreskriften och allmänna råden (SOSFS 2007:10) om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering. Socialstyrelsens föfattningssamling SOSFS 2008:20
- Statistiska Centralbyrån (2014). Hämtad online 150529, <http://www.statistikdatabasen.scb.se>,
- Sundsvalls kommun (2013). Mål- och Resursplan för 2013-14. Socialnämnden
- Sundsvalls kommun (2015a). Mål- och resursplan 2015. Socialnämnden
- Sundsvalls kommun (2015b). Förfrågningsunderlag – upphandling av hemtjänst enligt lag om valfrihetssystem. Socialnämnden SN 2014-00079-21
- Sundsvalls kommun (2015c). Sammanträdesprotokoll Socialnämnden 150422
- Sundsvalls kommun (2015d). Handlingsplan beviljade timmar hösten 2015
- Svensk föfattningssamling. SFS nr 1982:763. Hälso- och sjukvårdslagen

- Swan Å, Blusi M (2013). Hemtjänst – införande av nytt arbetssätt med kunden i centrum. Rapport 2013:5. Kommunförbundet. FoU Västernorrland
- Von Heideken Wågert P, Gustafson Y, Kallin K, Jensen J, Lundin-Olsson L (2009). Falls in very old people: The populations-based Umeå 85+ study in Sweden. *Archives of gerontology and geriatrics* 49 (2009), 390-396
- Västerviks kommun (2010). Hemrehabilitering. Socialförvaltningen. Förvaltningsstab.
- Wiesel C, Nilsson T (2011). Årsrapport 2010, Projekt hemrehabilitering. Socialförvaltningen, Västerviks kommun.
- Wilhelmson K, Duner A, Eklund K, Gosman-Hedström G, Blomberg S, Hasson H, Gustafsson H, Landahl S, Dahlin-Ivanoff S (2011). Design of a randomized controlled study of a multi-professional and multidimensional intervention target frail elderly people. *BMC Geriatrics* 2011, 11:24
- Zingmark M, Fisher A, Rocklöv J, Nilsson I (2014). Occupation-focused interventions for well older people: An exploratory randomized controlled trial. *Scandinavian journal of occupational therapy* 21:6, 447-457
- Zingmark M (2015). Occupation-focused and occupation-based interventions for community-dwelling older people. Intervention effects in relation to facets of occupational engagement and cost effectiveness. Umeå university medical dissertations, new series no 1699
- Zollitsch Grill H (2015). De skapar trygga hemgångar. *Fysioterapi* 2015:6, 14-18

Kommunens Rutin för fallprevention vid inflyttning till särskilt boende inom äldreomsorgen

Ansvar för fallriskbedömning enl. Downton Fall Risk Index* (DFRI) och fallchecklistan

Patientansvarig sjuksköterska (PAS) ansvarar för att DFRI ifylls omgående efter inflyttning/
ankomst och att problem och risker som framkommit åtgärdas och följs upp. PAS ansvarar även för att fallchecklistan ifylls av kontaktman. Då PAS inte är i tjänst ansvarar annan sjuksköterska i verksamheten. PAS skickar inflyttningsmeddelande via ProCapita+ till rehabenheten. **Fallriskbedömning som del i Senior Alert – använd den.*

Inflyttning till permanent plats

* Genomgång av DFRI av PAS omgående vid inflyttning. (Denna riskbedömning skall

Inte registreras i Senior Alerts webregister).

- o Vid behov tas kontakt med arbetsterapeut och/eller sjukgymnast via Pro-Capita+.

* Inom 1 vecka skall fallchecklistan ifyllas av kontaktman i samråd med fallpreventionsutbildad personal.

* Inom 3 veckor gör ansvarig sjukgymnast besök hos ALLA nyinflyttade i fallpreventionssyfte.

- o Ansvarig sjukgymnast tar kontakt med arbetsterapeut vid behov.

- o Om ansvarig sjukgymnast inte är i tjänst utförs detta inflyttningsbesök i första

hand av arbetsterapeut i teamet. Detta för att arbetsterapeuten i teamet har kännedom kring boendet. Vid behov kontaktar arbetsterapeut annan sjukgymnast som är i tjänst.

Vistelse på korttids-, avlastnings-, svikt och växelvårdsplats

* DFRI ifylles av PAS omgående efter inflyttning. (Denna riskbedömning skall inte registreras i Senior Alerts webregister).
För växelvårdspatienter görs detta vid första vårdtillfället samt vid förändrat status.

o Vid behov tas kontakt med arbetsterapeut eller sjukgymnast via ProCapita+.

* Rutinmässigt besök av sjukgymnast som vid inflyttning till permanent-plats kommer inte att utföras för dessa patienter.

* Vid behov av arbetsterapeutisk- och/eller sjukgymnastisk bedömning skall även en fallpreventionsbedömning utföras.

o Tidsram för bedömning/besök av arbetsterapeut och/eller sjukgymnast sker utifrån problemets art och prioritet i samråd PAS.

* Med fallpreventionsutbildad personal avses Aktivitets- Rehabiliterings-handledare, Rehabiliterings- och Aktivitetsutbildade (RoA) samt omvårdnadspersonal med fallpreventionsutbildning.

Bilaga 2

Planeringsunderlag - Vårdplanering

Närva-
rande: _____

Medicinsk situat-
ion: _____

Aktivi-
tet/Funktion: _____

Hjälpm-
del: _____

Social situat-
ion: _____

An-
nat: _____

Beslut

	Åtgärder	Vem ansvarar?
Rehabinsatser		
Hjälpmedel		
Bostadsanpassning		
Hemtjänstinsatser		
Övrigt		

Mötesordning Vårdtagarträffar

- Genomgång av föregående veckas ärenden.
- Genomgång av inkomna ärendeblad – Nya ärenden
- Vårdtagare på sjukhuset/korttids- eventuella hemgångar.
- Frågeställningar kring bistånd
- Distriktssköterska
- Arbetsterapeut
- Sjukgymnast

Ärende till vårdtagarträff

Vårdtagare:

Personnr:

Hemtjänstgrupp:

Kontaktperson:

Beskrivning av problem/vad är det som inte fungerar:

.....
.....
.....

Varför fungerar det inte?

.....
.....

Övrigt?

.....
.....

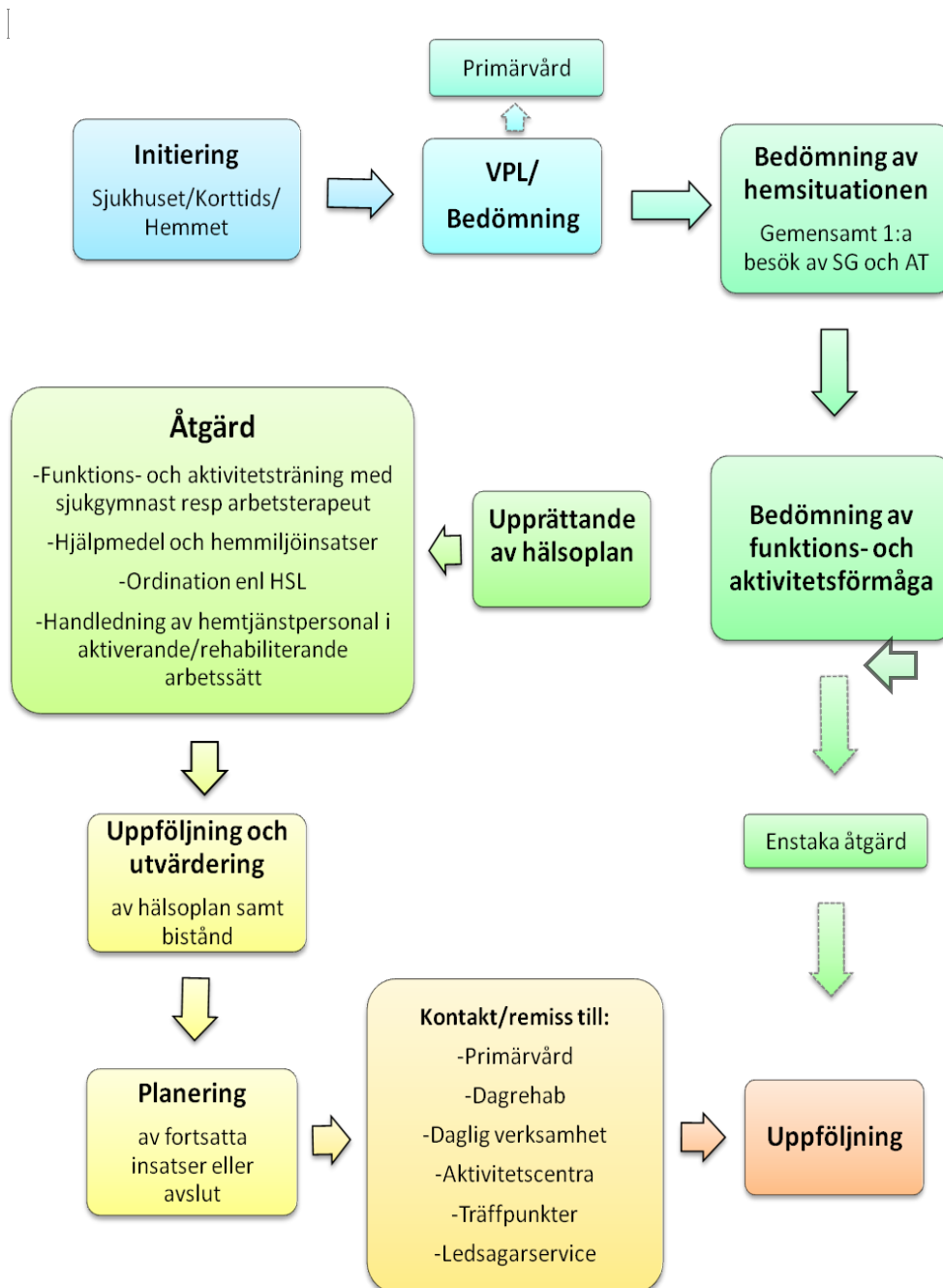
Datum

.....
.....

Uppgiftslämnare

.....

Bilaga 5



Trygg Hemma

- Hemrehabilitering med teambaserat

Syftet med Trygg hemma var att hitta ett teambaserat arbetssätt för hemrehabilitering för att minska behovet av hemtjänstinsatser och korttidsvård, öka förutsättningarna att bo kvar hemma samt senarelägga behov av särskilt boende. Team bestående av fysioterapeut, arbetsterapeut och biståndshandläggare arbetade tillsammans med hemsjukvårdens personal. Utifrån ett rehabiliterande förhållningssätt erbjöds tidiga rehabiliteringsinsatser i hemmet. Resultaten utvärderades genom kvantitativ och kvalitativ metod. Tidiga, intensiva rehabiliteringsinsatser ledde till att vårdtagare återfick funktions- och aktivitetsförmåga. Behovet av hemtjänst minskade. Ökad samverkan mellan yrkeskategorier underlättade planeringen vid hemgång från sjukhuset. Trygga patienter valde att gå hem istället för att ansöka om korttidsplats. Arbetssättet gav vinster för både vårdtagare och organisation.

Författare

Jessica Rosdahl, leg sjukgymnast, projektledare för Trygg Hemma.

Madeleine Blusi, leg. Sjuksköterska, fil. dr i omvårdnadsvetenskap, forskare och handledare vid FoU Västernorrland.

Sheila Zimic, fil dr i data- och systemvetenskap (informatik), forskare och metodutvecklare vid FoU Västernorrland.