

RAPPORT 2013:4

# UTVÄRDERING AV ETT FÖRÄNDRAT ARBETSSÄTT PÅ SERVICEHUS

I FAS – Individuella, förebyggande aktiviteter i samverkan.

Författare: Elin Berglund, Karola Lindmark

Utvärdering av ett förändrat arbetssätt på servicehus  
I FAS Individuella, förebyggande aktiviteter i samverkan, 2013

Kommunförbundet; FoU Västernorrland  
Gånsviksvägen 4  
Box 3014  
871 03 Härnösand  
Tfn: 0611-55 78 50  
E-post: [info@kfvn.se](mailto:info@kfvn.se)

**Tryck:** Hemströms Tryckeri  
**ISSN:** 1653-2414  
**ISBN:** 978-91-85613-74-8

# Förord

FoU Västernorrlands uppgift är att på olika sätt stödja socialtjänstens personal i att arbeta evidensbaserat. I det ingår bl.a. att inspirera till att söka och ta del av befintlig forskning och kunskap. Men minst lika viktigt är att skapa möjligheter för personalen att själva bedriva olika FoU-arbeten och på så vis utveckla ett utforskande och utvärderande förhållningssätt. FoU-stipendium är en aktivitet där det primära syftet är att stimulera och uppmuntra yrkesverksamma till att fördjupa sina kunskaper. Elin Berglund och Karola Lindmark från Örnsköldsviks kommun är två av fem yrkesverksamma som under 2012 beviljades FoU-stipendium. Denna rapport beskriver ett utvecklingsarbete som de drivit inom ramen för sitt arbete som sjukgymnast respektive arbetsterapeut inom kommunens rehabteam. Som FoU-stipendiater har de fått handledning i hur de ska utvärdera arbetet men även hur arbetet ska dokumenteras så att utvecklingsprojektet blir tillgängligt även för andra. Det har varit ett givande arbete för alla inblandade och nu är Elins och Karolas förhoppning att flera via denna rapport ska få ta del av och använda deras erfarenheter och kunskaper, en förhoppning som jag är övertygad infrias.

Härnösand den 22 maj 2013

Eva Rönnbäck

FoU-chef vid kommunförbundet Västernorrland

# Sammanfattning

**Bakgrund** Arbetsterapeuterna och sjukgymnasterna inom Örnsköldsviks kommuns äldreomsorg arbetar enligt en konsultativ arbetsmodell. Modellen är problembaserad, ställer krav på beställarkompetensen och ofta kopplas arbetsterapeut/sjukgymnast in i ett sent skede. Arbetsterapeuterna och sjukgymnasterna i Örnsköldsviks kommun har länge sett ett behov av att öka det förebyggande arbetet samt stärka det rehabiliterande förhållningssättet hos vård- och omsorgspersonal.

**Metod** Vi har implementerat ett förändrat arbetssätt som vi kallar I FAS (Individuella, förebyggande insatser i samverkan) på servicehusen i Örnsköldsviks kommun. I FAS innebär att arbetsterapeut och sjukgymnast gör ett första besök hos den nyinflyttade, därefter samlas det multidisciplinära teamet tillsammans med den boende och ev. närstående i en rehabrond. För att utvärdera implementeringen har vi gjort en aktgranskning gällande hur långt efter inflyttning sjuksköterskan skriver första konsultationen till arbetsterapeut och/eller sjukgymnast samt vad konsultationen handlade om. Aktgranskningen gjordes före och under implementeringen. Vi gjorde även en enkätundersökning före och efter implementeringen av I FAS bland vårdpersonal (vårdare, undersköterskor och sjuksköterskor) på servicehusen i Örnsköldsviks kommun.

**Resultat** Aktgranskningen visar att sjukgymnast och arbetsterapeut kommer in i ett betydligt tidigare skede och att sjuksköterskorna inte skriver lika problembaserade konsultationer. Resultatet av enkätundersökningen visar ingen större skillnad mellan mätning ett och två när det gäller samverkan och att arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt.

**Konklusion** Att förändra och utvärdera ett arbetssätt tar tid. Det är viktigt att hela organisationen förstår innebörden av och att ledningen kan ange tonen för det förändrade arbetssättet. Att tillsätta en MAR skulle förtydliga kommunens ansvar för rehabilitering. Vi ser behov av en gemensam definition för rehabiliterande förhållningssätt som ska finnas med i Välfärdsförvaltningens värdegrund.

# Innehållsförteckning

<b>1. INLEDNING .....</b>	<b>6</b>
BAKGRUND.....	6
SYFTET MED PROJEKTET.....	6
<b>2. OMRÅDESÖVERSIKT .....</b>	<b>8</b>
SALUTOGENES.....	8
VAD INNEBÄR REHABILITERING INOM ÄLDREOMSORG? .....	8
REHABILITERANDE FÖRHÅLLNINGSSÄTT .....	9
SPECIFIK REHABILITERING .....	10
SAMVERKAN .....	11
FÖREBYGGANDE INSATSER .....	12
I FAS .....	12
<b>3. PROJEKTETS UPPLÄGG .....</b>	<b>14</b>
ARBETSSÄTT .....	14
GENOMFÖRANDE .....	14
<b>4. UTVÄRDERING .....</b>	<b>15</b>
SYFTE .....	15
METOD OCH GENOMFÖRANDE.....	15
URVAL OCH BORTFALL .....	15
INSAMLING AV DATA .....	16
<b>5. RESULTAT .....</b>	<b>17</b>
AKTGRANSKNINGEN .....	17
ENKÄTUNDERSÖKNINGEN .....	19
SAMMANFATTNING AV RESULTAT.....	25
<b>6. DISKUSSION OCH SLUTSATSER .....</b>	<b>26</b>
METODDISKUSSION.....	28
LÄRDOMAR INFÖR FORTSÄTTNING.....	28
<b>REFERENSER .....</b>	<b>30</b>
<b>BILAGOR.....</b>	<b>33</b>



# 1. Inledning

Vi arbetar som sjukgymnast respektive arbetsterapeut inom äldreomsorgen i Örnsköldsviks kommun. Vi har länge ansett att det finns ett behov av att stärka det rehabiliterande förhållningssättet hos vård- och omsorgspersonal inom kommunens särskilda boenden. Våren 2012 ansökte vi och beviljades ett FoU-stipendium av FoU Västernorrland som är kommunförbundets FoU-enhet. Örnsköldsviks kommun har också gått in med medel för att möjliggöra genomförandet av våra idéer kring att stärka det rehabiliterande förhållningssättet. Denna rapport beskriver det förändrade arbetssättet och den teoretiska grund det vilar på samt den utvärdering som vi genomförde.

## Bakgrund

I Örnsköldsviks kommuns äldreomsorg arbetar sjukgymnasterna och arbetsterapeuterna enligt ett konsultativt arbetssätt. Det innebär att sjukgymnasten och arbetsterapeuten hjälper den boende och personalen att utvecklas och att lösa ett problem utan att ta över problemet. Sjuksköterskan kontakter sjukgymnasten och arbetsterapeuten genom att skriva en konsultation i det gemensamma journalsystemet. Utifrån de ärenden som kommer till arbetsterapeut och sjukgymnast bokas besök in efter behov. Sjukgymnasten och arbetsterapeuten är rådgivare/stöttare och ger rehabiliteringsordinationer.

Enligt en enkätundersökning som är gjord bland sjukgymnasterna och arbetsterapeuterna i Örnsköldsviks kommun saknar man det förebyggande arbetet och möjligheten att utföra specifik rehabilitering. Enkätundersökningen visar även att arbetssättet ställer höga krav på beställarkompetensen och inbjuder till att fokusera mer på problemen än resurserna. Problemen hinner ofta pågå länge och växa sig större innan sjukgymnasten och/eller arbetsterapeuten blir inkopplade vilket leder till försenade och/eller uteblivna insatser. Därmed blir insatserna av en mer kompensatorisk karaktär och den specifika rehabiliteringen får stå tillbaka. Upplevelsen är att brister i det rehabiliterande förhållningssättet är orsak till detta. Det framkommer även att arbetsterapeuterna och sjukgymnasterna upplever att det finns brister gällande samverkan och att teamarbetet behöver utvecklas (Berglund 2010).

## Syftet med projektet

**Syftet** med det här projektet är att stärka det rehabiliterande förhållningssättet på servicehusen i Örnsköldsviks kommun.

Vi vill stärka det rehabiliterande förhållningssättet genom:

- tidiga insatser från sjukgymnast och arbetsterapeut
- strukturerade multiprofessionella ronder

Vår vision är att möjligheten till specifik rehabilitering ökar genom att stärka det rehabiliterande förhållningssättet hos omvårdnadspersonal.



## 2. Områdesöversikt

### Salutogenes

Aron Antonovsky myntade begreppet Salutogenes som byggde på att man betraktar vilka faktorer som vidmakthåller och skapar hälsa istället för vad som orsakar sjukdom. Antonovsky bygger sin teori på undersökningar av personer som genomgått svåra påfrestningar men trots detta lyckats utveckla och bevara en positiv grundhållning. Han fann tre gemensamma kännetecken för denna grupp: *begriplighet*, som innebär att man tycker sig förstå skeenden i sin omvärld och hur den egna situationen påverkas av dessa; *hanterbarhet*, med innebörden att man inom rimliga gränser kan påverka och styra sin situation och därmed vad som kommer att hända i livet samt *meningsfullhet*, som betyder att man kan sätta in sin egen situation i ett sammanhang, som i sin tur ger livets förändringar en riktning och skapar motivation för fortsatta ansträngningar. Dessa tre komponenter är centrala i begreppet känsla av sammanhang (KASAM) (Antonovsky 2005). I enlighet med detta perspektiv blir omvårdens och vårdens uppgift att bidra till en tillvaro för den äldre, där de egna och omgivningens resurser och faktorer som främjar hälsa står i centrum. KASAM-begreppet fångar på individnivå kvaliteter som det salutogena perspektivet tydliggör från ett verksamhetsperspektiv (Eriksson, Häger 2012).

### Vad innebär rehabilitering inom äldreomsorg?

Socialstyrelsen beskriver rehabilitering så här: ”*Rehabilitering står för tidiga, samordnade och allsidiga insatser från olika kompetensområden och verksamheter. Insatserna kan vara av arbetslivsinriktad, medicinsk, pedagogisk, psykologisk, social och teknisk art och kombineras utifrån den enskildes behov, förutsättningar och intressen. Det är fråga om mål- inriktade insatser som förutsätter att den enskildes möjligheter till inflytande vid planering, genomförande och uppföljning beaktas och säkras. Insatserna fortsätter så länge individens behov kvarstår*” (Socialstyrelsen 2013).

Inom äldreomsorgen är det viktigt att den äldre som drabbats av sjukdom och/eller funktionsnedsättning får en bedömning av arbetsterapeut och/eller sjukgymnast för att kunna ges möjlighet att vara aktiv utifrån sina behov och önskemål samt använda sina resurser eller utveckla sina funktioner. Utöver dessa direkta insatser arbetar arbetsterapeut och sjukgymnast ofta indirekt genom vårdpersonalen (undersköterskor och vårdare). Detta innebär att arbetsterapeuter och sjukgymnaster handleder

vårdpersonalen till att utföra arbetet på ett sådant sätt att de inte tar över de förmågor som den äldre har, utan tar tillvara personens egna resurser och aktivt stödjer i vardagssituationer (Andersson 2006; Rydwick et al 2011). Denna typ av insatser benämns vanligen vardagsrehabilitering (Rydwick et al 2011) eller att arbeta enligt ett rehabiliterande förhållningssätt (Andersson 2006).

Rehabiliteringen för de äldsta åldersgrupperna har inte något självklart slut. Det handlar inte bara om att förbättra utan även om att bibehålla förmågor. Det handlar också om att använda vardagens alla situationer för att främja den äldres oberoende (Agahi, Lagergren, Thorslund, Wånnell 2005).

## Rehabiliterande förhållningssätt

Det finns en mängd olika begrepp som beskriver stödjande och uppehållande insatser som ges till den äldre men ingen konsensus om ett enhetligt begrepp. Exempel på detta är rehabiliterande förhållningssätt, vardagsrehabilitering, allmän rehabilitering och aktiverande eller funktionsbevarande arbetssätt (Rydwick et al 2011).

Lisa Andersson har valt att använda begreppet rehabiliterande förhållningssätt (Andersson 2006) och många av de kommuner i landet som satsar på att utveckla de stödjande och uppehållande insatserna inom äldreomsorgen har valt att använda hennes definition (Andersson 2009; Gunnarsson et al 2011; Pettersson, Ekström 2010; Björk, Lindh, Lindström 2007; Hänström Söderlund 2011; Johansson, Sundqvist 2009; Bäckelin 2008; Strid 2008). I enhet med det salutogena perspektivet beskriver Lisa Andersson att ett rehabiliterande förhållningssätt handlar om att skapa en miljö där den enskilde efter sina förutsättningar får fortsätta att leva sitt liv. Rehabiliterande förhållningssätt beskrivs varken som något speciell personal ägnar sig åt eller bara sker under kort tid (Andersson 2006). Även socialstyrelsen har anammat begreppet rehabiliterande förhållningssätt och beskriver det som att brukaren är i centrum, processen utgår från ett helhetsperspektiv samt att processen har fokus på det friska och konkreta problem samt är framtidsinriktad (Socialstyrelsen 2012).

Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund och Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter har valt att använda begreppet *hälsofrämjande arbetssätt* istället för rehabiliterande förhållningssätt. Detta för att undvika begreppsförvirring. När ordet rehabilitering nämns associerar många till specifik rehabilitering som är något annat än ett hälsofrämjande arbetssätt. Med hälsofrämjande arbetssätt menar man att vård- och omsorgsinsatser ska utföras så att den äldre ges möjlighet till eget inflytande att påverka och förbättra sin hälsa och livskvalitet. Arbetssättet utgår ifrån hur hälsan bevaras eller utvecklas oberoende av sjukdom, medicinsk be-

handling, ålder eller funktionsnedsättning för att stärka och bevara funktioner och aktiviteter hos varje individ. Det är ett ständigt pågående arbetssätt som berör samtliga yrkesgrupper som arbetar inom äldreomsorgen, vilka behöver ha goda kunskaper i arbetssättet (Rydwik et al 2011).

## Specifik rehabilitering

Arbetsterapeuter och sjukgymnaster har många gemensamma nämnare och utifrån kan det ibland vara svårt att se hur de båda professionerna skiljer sig från varandra och därmed kompletterar varandra. Båda delar till viss del en gemensam kunskapsbas inom det medicinska och beteendevetenskapliga området. Både arbetsterapeuter och sjukgymnaster är resursorienterade i sitt arbetssätt. Det betyder att diagnosen inte är utgångspunkten, utan ses mer som en bidragande faktor. En väsentlig skillnad är att arbetsterapeuter och sjukgymnaster arbetar utifrån olika aspekter av hälsa och kan därför hjälpa patienten nå olika mål. (Rydwik et al 2011).

Meningsfulla aktiviteter är ett centralt begrepp inom arbetsterapi (FSA 2005; World Federation of Occupational therapist 2004). Specifik rehabilitering innebär att ta tillvara intressen och levnadsvanor samt att den äldre får pröva och träna tidigare färdigheter som upplevs meningsfulla. Det kan t.ex. ske genom individuell träning av aktivitetsförmåga, förflyttningar och sittställningar, förändringar i den fysiska och sociala miljön samt förslag till anpassningar eller förändringar (Rydwik et al 2011).

Centralt begrepp inom sjukgymnastik är rörelse (World Confederation of Physical Therapist, Position Statement). Specifik rehabilitering inom sjukgymnastik handlar om att få tillbaka eller behålla optimal rörelseförmåga utifrån den äldres unika förutsättningar. Det kan t.ex. bestå av träning av muskelstyrka, balans, rörlighet, kondition, andning, förflyttningar samt smärtbehandling och ergonomi i sittande (Rydwik et al 2011).

Specifik rehabilitering bedöms, ordinerar och utförs av legitimerade arbetsterapeuter och legitimerade sjukgymnaster. Vissa arbetsuppgifter inom specifik rehabilitering kan överlåtas genom delegering till omvårdnadspersonal, om de har reell kompetens och utför arbetsuppgifterna efter muntlig och/eller skriftlig instruktion. I dagsläget arbetar arbetsterapeut och sjukgymnast till största del med att handleda och stötta omvårdnadspersonal i ett rehabiliterande förhållningssätt och den specifika rehabiliteringen som inte går att delegera blir åsidosatt vilket leder till kompensatoriska åtgärder (Rydwik et al 2011; Öman, Berg 2003).

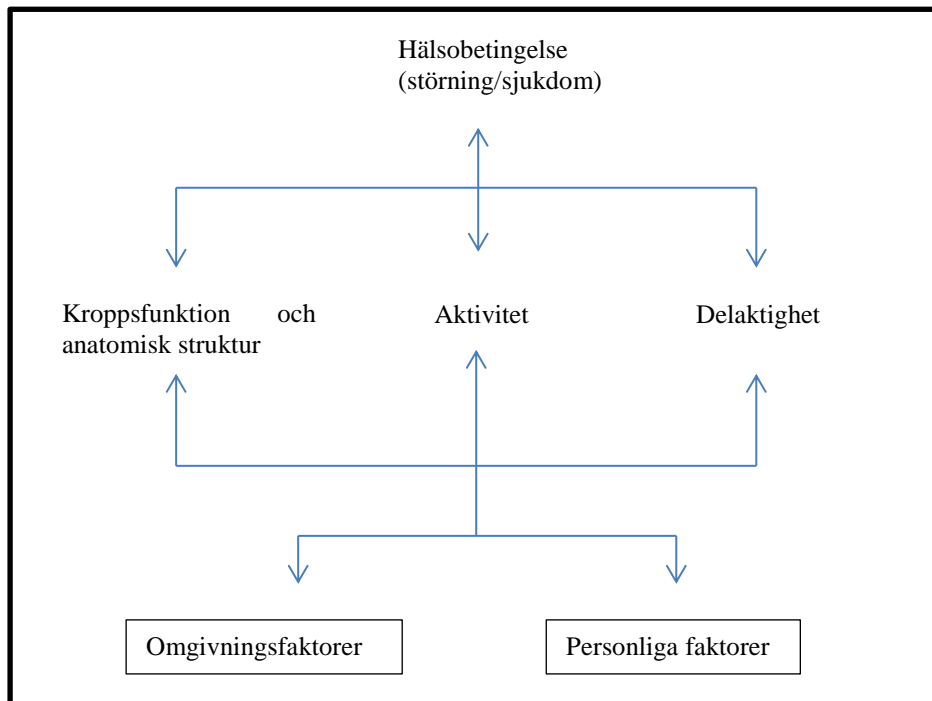
## Samverkan

De mest sjuka äldre har många olika behov för att uppnå hälsa vilket kräver samverkan och teamarbete. Ett team är när flera personer aktivt verkar tillsammans för ett gemensamt syfte och där olika kompetenser och roller kompletterar varandra (Agahi, Lagergren, Thorslund, Wånell 2005). Det är viktigt att tydliggöra att det inte bara är personal som ingår i teamet, självklart har den äldre och eventuella närstående en central roll (Andersson 2006, Rydwik et al 2011).

I en enkätundersökning som är gjord bland Sveriges sjukgymnaster och arbetsterapeuter som arbetar inom äldreomsorgen beskrivs upplevelsen av ett utanförskap hos rehabpersonalen gentemot övrig vårdpersonal på vård- och omsorgsboenden (Öman, Bergh 2003). Dessa tendenser samt att man upplevde samarbetsproblem med vårdpersonalen framkom även i den tidigare nämnda enkätundersökningen bland sjukgymnaster och arbetsterapeuter inom äldreomsorgen i Örnsköldsviks kommun (Berglund 2010).

Om rehabiliteringen ska bli en integrerad del i vården och omsorgen av äldre måste den vara en angelägenhet för alla – politiker, chefer, sjuksköterskor och biståndshandläggare likväl som omvårdnadspersonal och rehabpersonal. Att alla vet vad rehabilitering är, ser sin roll i och tar sitt ansvar för. Rehabiliteringen måste tillåtas genomsyra verksamheten och inte betraktas som en speciell sorts insats (Öman, Bergh 2003; Andersson 2006). Enligt enkätundersökningen som gjordes bland landets sjukgymnaster och arbetsterapeuter tror författarna att samarbetsproblemen i hög grad kan handla om vilket synsätt – omsorg, rehabilitering, omvårdnad, medicin – som företräds och prioriteras av de olika personalkategorierna (Öman, Bergh 2003). Ett rehabiliterande förhållningssätt uppnås endast om man arbetar efter tydliga gemensamma mål. Dessa mål sätts upp i enighet och samförstånd med den boende och ev. närstående (Andersson 2006).

När man tillsammans ska formulera mål och planera åtgärder räcker det inte att endast ha tillgång till individers medicinska diagnos. Olika yrkesgrupper samlar information genom att med yrkesspecifika metoder kartlägga kroppsliga funktioner, färdigheter och miljöfaktorer. Genom att använda WHO:s International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) blir bilden av individers hälsotillstånd allsidig och att både individer och yrkespersoner kan se sammanhang mellan olika faktorer. ICF är ett språk och en struktur för en gemensam beskrivning av individers funktionstillstånd. ICF är ett verktyg för att visa hur individers hälsotillstånd påverkar deras fungerande i vardagliga situationer och deras delaktighet inom viktiga livsområden (Pless, Adolfsson 2008; Socialstyrelsen 2003).



Figur 1: Interaktioner mellan komponenterna i ICF

## Förebyggande insatser

När det gäller förebyggande insatser för de äldre syftar de till att förlänga livet, minska risken för insjuknande i en eller flera specifika sjukdomar, förbättra den upplevda hälsan generellt eller under en viss tidsperiod, förbättra funktionsförmåga eller motverka försämring samt att öka möjligheterna till oberoende och ett självständigt liv. I preventiv medicin brukar man tala om primär, sekundär och tertiär prevention. Primär prevention syftar till att förhindra uppkomsten av sjukdomar, ofta genom att påverka riskfaktorer ex. fysisk och kulturell aktivering, kostrådgivning eller bostadsanpassning i syfte att reducera olycksrisker. Sekundär prevention innebär tidig upptäckt och behandling av sjukdomstillstånd, ex om cancerscreening och bromsmediciner för demenssjukdomar. Tertiär prevention går ut på att rehabilitera och förhindra ytterligare sjukdomsutveckling och se till att sjukdomarna inte blir kroniska och kan exemplifieras med gångträning efter höftledsfraktur och utprovning av olika hjälpmedel för att underlätta livet med funktionshinder (Agahi N, Lagergren M, Thorslund M, Wånell S E 2005).

## I FAS

Utifrån den teoretiska grund vi har presenterat har vi skapat en arbetsmodell som vi kallar I FAS. I FAS står för Individuella, förebyggande aktiviteter i samverkan. Till grund ligger Socialstyrelsens beskrivning av

rehabilitering där vikten av tidiga, samordnade och målinriktade insatser tydliggörs, det salutogena förhållningssättet där fokus ligger på individens resurser, Lisa Andersons definition av rehabiliterande förhållningssätt samt WHO:s ICF som beskriver sammanhanget mellan olika faktorer för att uppnå hälsa. I FAS innebär att sjukgymnast och arbetsterapeut träffar individen i ett tidigt skede efter inflyttningen. Därefter hålls en rehabrond tillsammans med den nyinflyttade ev. närstående, kontaktpersonen, omvårdnadsansvarig sjuksköterska samt arbetsterapeut och sjukgymnast där man tillsammans formulerar mål efter individens behov och önskningar.

## 3. Projektets upplägg

### Arbetsätt

Vi har valt att implementera I FAS på samtliga servicehus i Örnsköldsviks kommun eftersom det är den boendeform där de nyinflyttade ska ha minst behov av hemtjänstinsatser och vi tror att det är där det förebyggande arbetet har störst effekt. I Örnsköldsviks kommun finns det sex servicehus som är geografiskt spridda i kommunen. Enligt statistiken är det ca fem individer per månad som flyttar in på servicehusen i Örnsköldsviks Kommun. Modellen har provats under fem månader på samtliga servicehus och det är den sjukgymnast respektive arbetsterapeut som arbetar på boendet som har jobbat med att implementera den nya modellen, totalt sex sjukgymnaster och sex arbetsterapeuter. Totalt arbetar 181 vårdpersonal (vårdare och sjuksköterskor) på servicehusen.

Vi har tillsammans med vår närmsta chef förankrat I FAS modellen hos vår avdelningschef, enhetscheferna på servicehusen samt sjukgymnasterna och arbetsterapeuterna inom äldreomsorgen i Örnsköldsviks kommun. Informationen till personalen på servicehusen gällande projektet och den nya modellen gavs av oss (sjukgymnast och arbetsterapeut) muntligt i samband med arbetsplatsträffar på servicehusen. Skriftlig information om den nya modellen har skickats via mail till berörda sjuksköterskor.

### Genomförande

När en individ flyttar in på servicehus i Örnsköldsviks kommun ansvarar den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan för att en konsultation skrivs till sjukgymnast och arbetsterapeut samma dag som individen flyttar in på boendet. Sjukgymnast och arbetsterapeut har sedan tre veckor på sig att göra ett första besök hos den nyinflyttade. Vid ett första besök tas aktivitetsanamnes, förflyttningsbedömning i lägenheten och fysisk miljöbedömning görs samt en översyn av befintliga hjälpmedel. När det första besöket är gjort återkopplar sjukgymnast och arbetsterapeut till omvårdnadsansvarig sjuksköterska som ansvarar för att boka tid med den boende, ev. anhörig och den boendes kontaktperson för en rehabrond. Sjukgymnasten respektive arbetsterapeuten leder rehabronden där vi går igenom hur en dag ser ut för den boende och bedömningen vid det första besöket. Utifrån det skapar teamet (den boende, ev. närstående, kontaktpersonen, omvårdnadsansvarig sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut) eventuella mål. Tid för eventuella åtgärder och uppföljning bokas in med aktuella aktörer.

## 4. Utvärdering

Vi vill göra en utvärdering för att se om IFAS är en bra arbetsmodell för att möjliggöra tidiga insatser från arbetsterapeut och sjukgymnast, tydliggöra det multiprofessionella teamet och stärka det rehabiliterande förhållningssättet.

### Syfte

Syftet med utvärderingen är att undersöka om den nya modellen innebär att teamet arbetar på ett annat sätt.

Frågeställningar:

- Blir arbetsterapeut och sjukgymnast inkopplade i ett tidigare skede?
- Har samarbetet förbättrats?
- Har personalen fått en annan attityd gällande rehabiliterande förhållningssätt?

### Metod och Genomförande

Vi använde oss av två metoder för att få svar på våra frågor.

För att se om vi blir inkopplade tidigare gjorde vi en *aktgranskning* i det gemensamma journalsystemet innan och under implementeringen av I FAS. I granskningen tittade vi på rehab-konsultationer som sjuksköterskor skrivit och vi fokuserade på hur lång tid efter inflyttning första rehab-konsultationen var skriven samt orsaken till konsultationen.

För att undersöka vårdpersonalens upplevelse av det den nya arbetsmodellen gjorde vi en *enkät* (bilaga 1). Vårdpersonalen fick svara på enkäten innan och efter implementeringen av I FAS. Enkäten reviderades efter första insamlingen (bilaga 2). Fråga 5 ändrades till en öppen fråga för att vi upplevde att frågan var ledande. Fråga 7 förtydligades och vi la till frågan: Har du deltagit vid rehab-rond?

### Urval och bortfall

Totalt fanns den 181 personal anställda vid servicehusen. Vi valde att tillfråga de som deltog vid ett APT-möte. Samtliga av dessa svarade



också på enkäten. Vid första enkäten var det 100 personal närvarande som också svarade på enkäten och vid det andra enkättillfället var det endast 59 personal närvarande.

*Tabell 1: Urval och bortfall*

	Totalt	Urval	Medverkande	Bortfall
Enkät 1	181	100	100	0
Enkät 2	181	59	59	0

## Insamling av data

Den första aktgranskningen behandlar perioden januari t.o.m. augusti 2010. Vi gjorde en andra aktgranskning under implementeringen av I FAS, oktober 2012 t.o.m. februari 2013.

Innan den nya modellen implementerades fick vård- och omsorgspersonalen fylla i en enkät gällande rehabiliterande förhållningssätt. Efter fem månader var vi åter ut på arbetsplatsträffar där de svarade på enkäten igen.

Vi har frågat arbetsterapeuterna och sjukgymnasterna som arbetat med implementeringen om hur många rehabronder de har genomfört på resp. servicehus under de fem månader implementeringen har pågått.

## 5. Resultat

### Aktgranskningen

#### Mätning 1

Vid första mätningen granskades 41 akter. Medelvärdet från inflyttning till det att sjuksköterskan skrev första konsultationen var 127,5 dag. En konsultation var skriven samma dag som den boende flyttade in, sex konsultationer var skrivna inom en vecka, åtta inom en månad, 13 stycken mellan en och 12 månader. Sex konsultationer mellan ett och två år och sju akter saknade konsultation.

Orsak till konsultation vid första mätningen handlade 10 av konsultationerna om att de önskade ett specifikt hjälpmedel.

*”Gammal dam som ramlat mycket. Behöver en transportabel hygienstol utskriven då hon nu nästan inte alls kan gå och stå längre”*

*”Nedsatt balans och senaste tiden även ökade problem med claudicatio. Har en uterollator sen tidigare men har nu behov av en innerrollator då hon har en bit att gå till/från matsalen”*

Fem av konsultationerna handlade om specifik sjukgymnastik.

*”Förkyld och mer rosslig. PEP-flaska i förebyggande syfte. Tacksam för uppföljning”*

*”Efterfrågar gymnastikprogram, ev. förhöjning till skon”*

Fyra av konsultationerna handlade om att personalen vill att sjukgymnast och/eller arbetsterapeut ska se över befintliga hjälpmedel.

*”Enligt vårdare är både inomhusrollator och utomhusrollator i dåligt skick, kan ni titta på det?”*

Fyra av konsultationerna skickades för information utan önskan om åtgärd.

*”För info. Nyinflyttad. Inga HSL-insatser utan sköter sin medicinering inkl insulin själv. Går med rollator. Stabil man.”*

När det gäller förflyttningsbedömningar skrevs tre konsultationer.

*”Svårt med förflyttningar pga värk. I behov av transportrullstol?”*

Tre konsultationer angående sittställningsbedömningar.

*”Problem med huden i stjärten. Sitter ofta och relativt länge. Behov av bättre dyna?”*

*"...blivit sämre i sitt allmäntillstånd och orkar bara sitta uppe korta stunder. Hon sitter ej bra i den rullstol hon har, så det vore bra om Ni kan titta på hennes sittställning"*

Två av konsultationerna handlade om specifik arbetsterapi.

*"Har svårt att nå till tvättstället när hon sitter i rullstolen, kliver själv upp och åker in till badrummet för att tvätta sig på morgonen (vill inte vara till besvär)Vad kan göras?"*

I två av konsultationerna efterfrågade man en generell bedömning.

*"Har med sig en uterollator och transportrullstol. Behövs andra hjälpmedel? Har smärta i höger ljumske/höft efter fallet. Fallriskbedömning och eventuellt träningsprogram önskvärt"*

*"Har haft olika typer av träning, bl. a balansträning. Säger nu att det har runnit ut i sanden. Önskar att ni kollar upp vad han bör träna utifrån sina behov och önskemål"*

En av konsultationerna handlade om fallprevention.

*"Är nyinflyttad. Ramlade ofta när hon bodde själv i sin lägenhet. Uppegående med rollator... Har funderingar om hon behöver ha höftbyxa? Annan förebyggande åtgärd?"*

## Mätning 2

Vid andra mätningen granskades 41 akter. Medelvärdet för antal dagar från inflyttning till skickad konsultation var 5,4. Åtta konsultationer var skrivna samma dag som den boende flyttade in, 23 inom en vecka, sju inom en månad och en inom två månader. Två akter saknade konsultation.

17 konsultationer var meddelande om inflyttning.

*"Nyinflyttad. Tacksam för bedömning enligt IFAS"*

I 14 av konsultationerna efterfrågade man IFAS-bedömning samt gav en kortfattad beskrivning av situationen.

*"Nyinflyttad dam. Uppegående med rollator, annars inga hjälpmedel. Klarar det mesta själv med lite hjälp från personalen"*

I sju av konsultationerna efterfrågade man IFAS-bedömning samt gav exempel på lämplig åtgärd.

*"Nyinflyttad. Tacksam för bedömning enligt IFAS. Är i behov av en rullstol, då han är svag på benen och inte orkar gå till matsalen"*

En konsultation handlade om behov av förflyttningsbedömning.

*"Hamnar långt ned i sängen och har inte orken att komma tillbaka till huvudändan"*

Under implementeringen av IFAS kortades tiden från inflyttning till första rehabkonsultation med 122,1 dag. Fler konsultationer under implementeringen var en allmän förfrågan än innan implementeringen. Färre beställde ett specifikt hjälpmedel.

## Enkätundersökningen

Under september 2012 fyllde 100 personer i enkät ett och under mars 2013 fyllde 59 personer i enkät två. Vi har valt att presentera svaren i procent.

### Fråga 1: Känner du till att arbetsterapeut och sjukgymnast finns att tillgå på servicehuset?

96 % svarade ja i första enkäten och 100 % svarade ja i andra enkäten.

### Fråga 2: Hur tycker du att kontakten med arbetsterapeut/sjukgymnast fungerar?

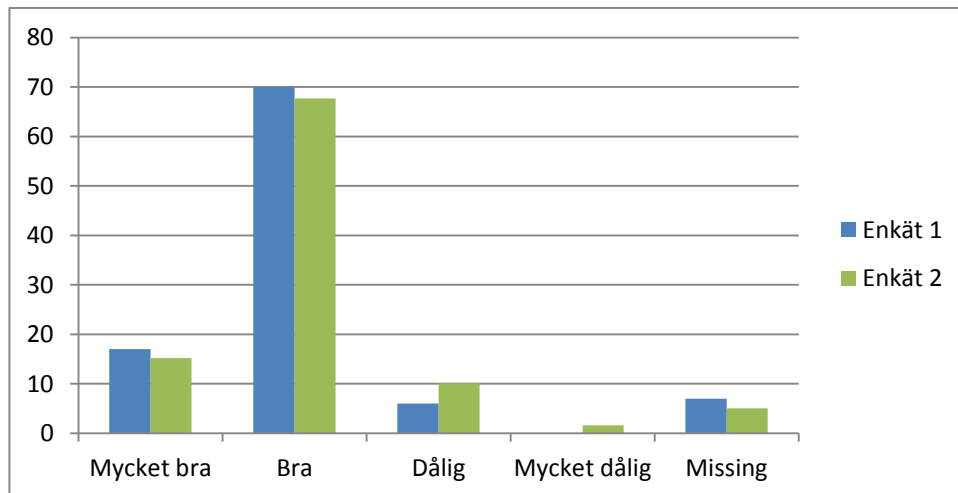


Diagram 1. Enkät svar fråga 2 redovisade i procent.

Kontakten med arbetsterapeut och/eller sjukgymnast upplevs av de flesta som bra men sämre efter implementeringen. Vårdpersonalen ombads även att motivera sitt svar. Flera hade synpunkter kring tid.

*”dåligt med tid när ni är här, svårt att få ihop med våran verksamhet”*

*”inte bra att de kommer kring lunch kl 13.00 vore bäst”*

*”stress förstör ibland. Tyvärr tidsbrist ifrån båda sidor?!”*

*”det kan bli långa väntetider innan besök görs”*

Några svar handlade om samarbetet.

*”har alltid haft ett bra samarbete. Lyhörd och duktig personal som ser till den boendes bästa”*

*”får hjälp och råd angående hjälpmedel”*

Andra svar handlade om kommunikation.

*”tycker att vi får dålig info om förändring”*

*”... Ibland dålig info när de kommer/har kommit”*

*”ibland är man inte här när de kommer så att man inte får svar på sina funderingar”*

*”lite dålig eftersom man inte jobbar med varandra så ofta, svårt när inte alla kan närvara då sjukgymnast kommer hit”*

*”jobbar på natten har ingen egentlig kontakt – måste skicka problemet vidare”*

*”känns ibland som att man inte pratar samma språk. Att sjukgymnasten ser till det friska och att vi vårdpersonal försöker få till ett smidigare arbetssätt”*

### Fråga 3: I vilka situationer ser du behov av arbetsterapeut och/eller sjukgymnast?

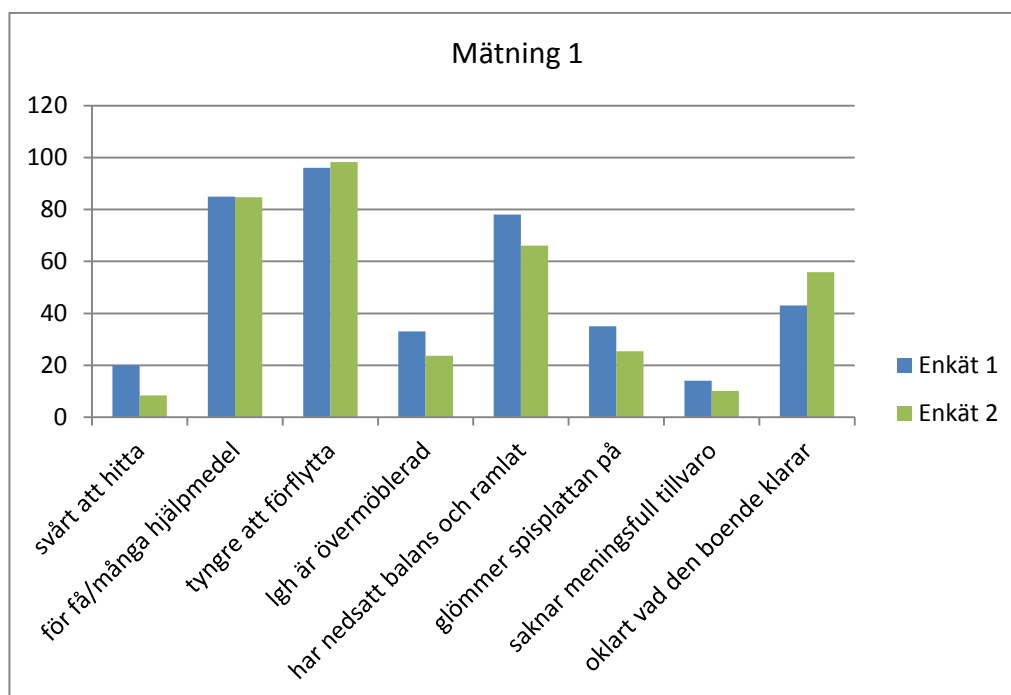


Diagram 2. Enkät svar fråga tre redovisade i procent.

Skillnaden mellan de två mätningarna är inte stor och de följer i stort sett samma mönster. Vårdpersonalen har i två av situationerna sett ett ökat behov och i sex av situationerna ett minskat behov av arbetsterapeut och/eller sjukgymnast efter implementeringen.

#### Fråga 4: Saknar du arbetsterapeut/sjukgymnast insatser i någon/några situationer?

15 % svarade ja i första enkäten och 13,5 % i andra enkäten. 80 % svarade nej i enkät ett och 84,7 % i enkät två. Även om skillnaden är liten så är det fler som inte saknar arbetsterapeut/sjukgymnast insatser efter implementeringen. Om vårdpersonalen svarade ja ombads de att beskriva i vilken/vilka situationer.

*"... kan ta för lång tid innan de kommer m. ev. hjälpmedel el. insatser till rehabilitering"*

*"när pat. kommer hem från sjukhuset m. frakturer tex. vid hemkomsten skulle jag gärna sett att teamet kunde vara snabbt på plats för hjälp m. mobilisering"*

*"ibland dyker det upp AKUTA situationer som man skulle vilja ha hjälp med omgående. Ibland önskar man att dom kunde hjälpa oss med tex sjukgymn. med den boende"*

*När vårdtagaren kommer hem ifrån sjukhus, och behöver hjälpmedel"*

*"vid ensamjobb med tunga brukare"*

#### Fråga 5: Vem/vilka anser du ansvarar för rehabiliteringen kring den boende?

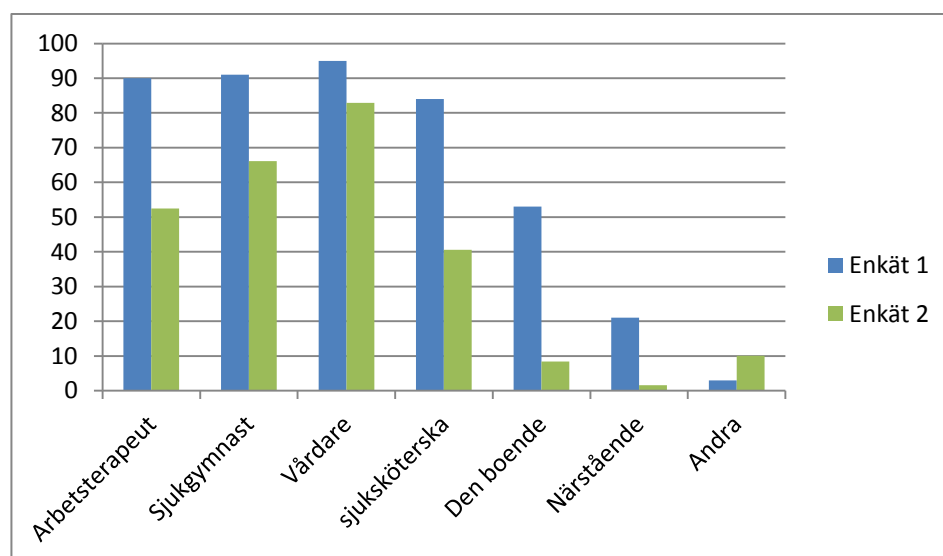


Diagram 3. Enkät svar fråga 5 presenterade i procent.

I enkät ett fick vårdpersonalen ovan nämnda alternativ presenterade och fyllde i de alternativ de tyckte stämde in när det gäller ansvar för rehabiliteringen kring den boende. I enkät två gjorde vi om frågan så att den blev öppen för att påverka svaren så lite som möjligt. Både i enkät ett och två har de flesta uppgett fler än ett alternativ. Exempel på andra var i den första enkäten läkare. I den andra enkäten svarade några "alla

berörda” eller ”de inblandade”. Dessa svar har sammanställts under alternativet andra eftersom vi inte vet vilka de syftar till.

**Fråga 6: Hur tycker du att samarbetet kring rehabilitering fungerar mellan olika yrkesgrupper?**

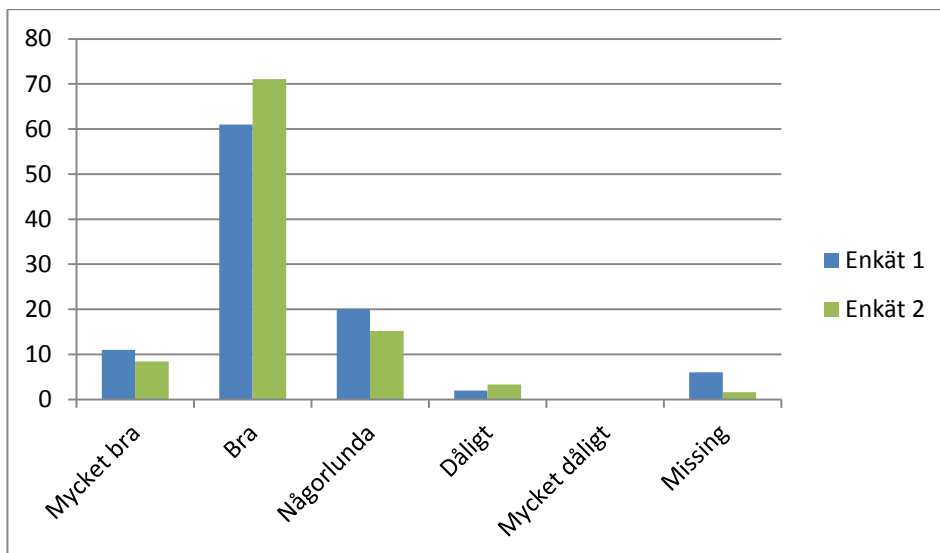


Diagram 4. Enkät svar fråga 6 presenterade i procent.

I enkät ett svarade några procent fler att samarbetet kring rehabilitering fungerar mycket bra mellan yrkesgrupper jämfört med i enkät två. Ca 70 % svarade bra i den andra enkäten, vilket är en ökning med ca 10 % från den första enkäten.

**Fråga 7: Hur arbetar du idag?**

Personalen fick ta ställning till ett antal påståenden där de skulle välja vad som bäst beskrev deras sätt att arbeta. Ju lägre värde som väljs desto mer rehabiliterande arbetssätt.

Individens självbestämmande                      Vårdlaget bestämmer

1                      2                      3                      4                      5

De övriga påståendena var:

Individens/närståendes delaktighet – Personalen tar över

Utifrån individens resurser – Utifrån personalens resurser

Insats efter individens behov – Insats efter personalens behov

Individuell planering/uppföljning – Avsaknad av planering/uppföljning

Individens mål styr processen – Vårdlagets mål styr processen

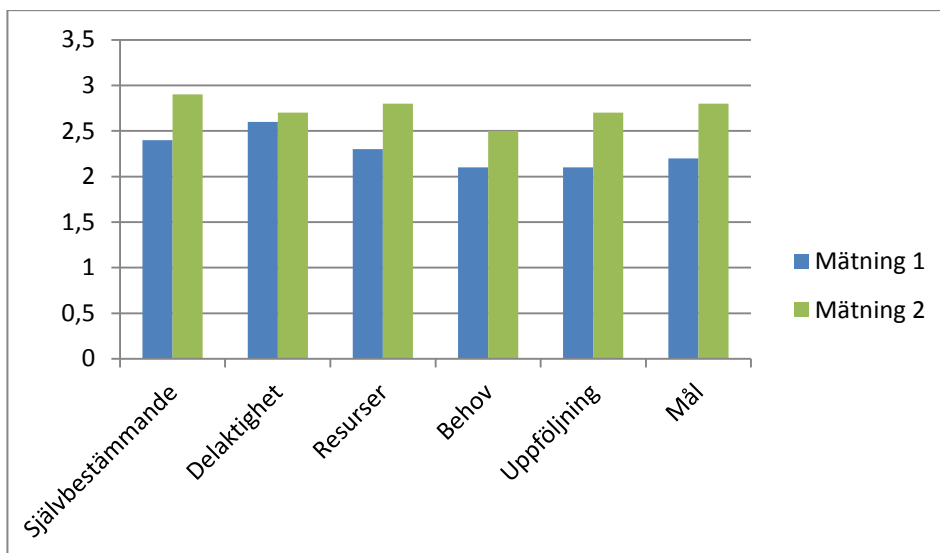


Diagram 5. Enkät svar från fråga 7 presenterade i medelvärde.

Diagram 5 visar medelvärdet för personalens svar, ett lågt medelvärde innebär att man arbetar utifrån ett rehabiliterande förhållningssätt. Det man kan se är att medelvärdet var något högre vid andra mätningen.

### Fråga 8: Finns det hinder för att arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt?

45 % svarade ja i den första enkäten jämfört med 45,8 % i den andra enkäten. I enkät ett svarade 53 % nej medan 54,2 % svarade nej i enkät två. Svaren är mycket lika i de båda enkäterna.

*"Om vi vårdpersonal inte uppmuntrar den boende de den kan så är det ett STORT hinder"*

*"Motivation hos den som ska rehabiliteras"*

*"Om man är ensam ex på natten, vi får hitta på lösningar som är bra för en själv + brukaren"*

*"Ibland kan tidsbrist göra att man tar över en del av vad brukaren själv skulle kunna klara (med stöd)"*

*"Personalbrist, okunskap kring rehabilitering, engagemangbrist"*

**Fråga 9: Att arbeta efter ett rehabiliterande förhållningssätt innebär att stödja den boende i det han/hon inte klarar själv, uppmuntra den boende till att göra det han/hon klarar själv samt motivera den boende till att göra egna val för att behålla sina intressen, vanor och ansvar för sin vardag. Ge minst två exempel på hur du arbetar med**



detta.

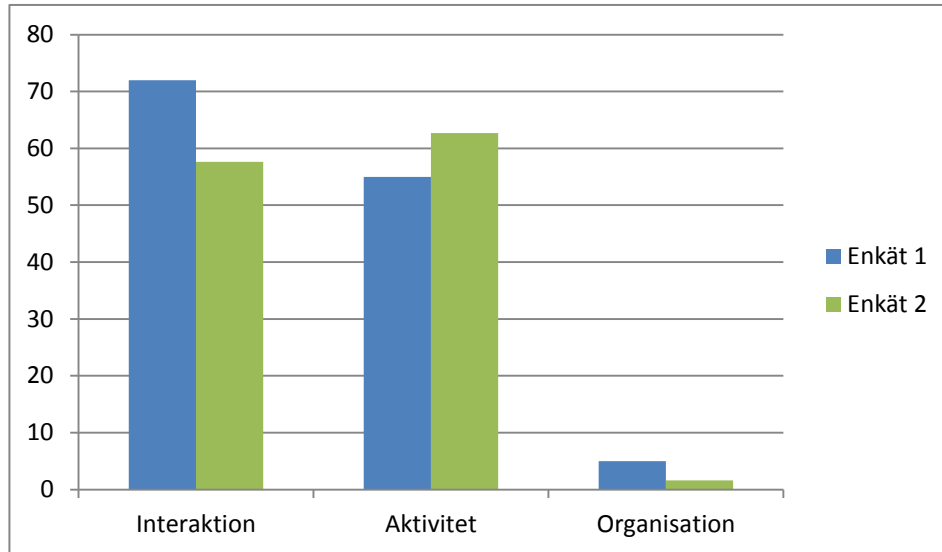


Diagram 6. Enkät svar fråga 9 presenterade i procent.

Vi har valt att gruppera enkät svaren i följande områden: interaktion, aktivitet och organisation.

Exempel på kommentarer gällande interaktion:

*"arbetar med händerna på ryggen"*

*"...man uppmuntrar dem helt enkelt, personalen får inte ge upp så lätt"*

*"att uppmuntra... allt de orkar göra själv är rehabilitering för dem"*

*"på morgonrutiner kan man ibland när tid finns låta pensionären göra mera än vanligt"*

Exempel på kommentarer gällande aktiviteter som man upplever hör samman med ett rehabiliterande förhållningssätt:

*"starta upp ex tappa upp vatten i kastrullen för att få dem att fortsätta laga sin frukost"*

*"vid dusch brukar jag försöka få vårdtagaren att hjälpa till med t.ex hårtvätt eller tvätta sig lite med svamp eller tvättilapp"*

*"försöka gå en sträcka innan de får åka rullstol"*

*"Är du snäll och hjälper till med att dra lakanen?"*

*"noggrann anamnes/status vid inflyttning. Resurser! Regelbundna individuella vårdplaner för att se om något förändras. Regelbunden kontakt med rehabteamet"*

Få såg organisationens betydelse för att jobba enligt ett rehabiliterande förhållningssätt.

*”Att vi samarbetar i arbetslaget...”*

### **Fråga 10: Har du deltagit i rehabrond?**

50.8 %, d.v.s. 30 personer, svarade ja.

Det har varit totalt 24 rehab-ronder, enligt sjukgymnast och arbetsterapeut, under de månader som implementeringen har pågått.

## **Sammanfattning av resultat**

### **Blir arbetsterapeut och sjukgymnast inkopplade i ett tidigare skede?**

Enligt aktgranskningen blir arbetsterapeut och sjukgymnast inkopplade tidigare. Före implementeringen var medelvärdet 127,5 dagar innan sjuksköterskan skrev den första konsultationen, under implementeringen 5,4 dagar.

### **Har samarbetet förbättrats?**

Samarbetet mellan arbetsterapeut/sjukgymnast och vårdpersonal upplevs generellt bra men ingen tydlig förbättring märks efter implementeringen.

Det är färre som saknar arbetsterapeut och/eller sjukgymnast efter implementeringen. De som svarat att de saknar arbetsterapeut och/eller sjukgymnast har beskrivit att det är framför allt i akuta situationer.

Enligt aktgranskningen har sättet som sjuksköterskorna skriver konsultationer på ändrats. Innan implementeringen var de problembaserade och gav förslag på lösningar. Under implementeringen gällde de flesta konsultationer en allmän förfrågan och ibland en kortfattad beskrivning av situationen.

### **Har personalen fått en annan attityd gällande rehabiliterande förhållningssätt?**

Resultatet av enkätundersökningen visar ingen större skillnad mellan mätning ett och två när det gäller samverkan och hur man arbetar med ett rehabiliterande förhållningssätt.

När det gäller vem som ansvarar för rehabiliteringen är det svårt att jämföra svaren eftersom frågeställningen förändrades mellan enkät ett och två. De flesta anser i båda enkäterna att vårdaren har ett ansvar. I enkät två svarade betydligt färre att den boende har ett ansvar.

## 6. Diskussion och slutsatser

Vi vill sammanfatta och ge en förtydligad bild av vårt projekt genom en fallbeskrivning av I FAS med exempel på hur vi arbetar förebyggande och i team.

Agda, 87 år, är en multisjuk kvinna som har flyttat in på ett servicehus. Sjukgymnasten och arbetsterapeuten besökte Agda samma vecka hon flyttade in. Hon var då trött och ville mestadels ligga i sin säng. Rehabiliteringen ägde rum cirka två månader efter inflyttning. Agda hade då blivit piggare och fick beskriva hur ett dygn ser ut. Det framkom flera funderingar och önskemål från Agda, bl. a att hon inte kan ändra läge i sängen nattetid, att hon behöver gå på toaletten varje natt och då får vänta länge på hjälp, att hon pga. synnedsättning inte kan läsa dagstidningen samt att hon är rädd för att falla pga. nedsatt balans i stående. Vid rehabiliteringen diskuterades hennes funderingar och det resulterade i att sjukgymnast och arbetsterapeut ser över förflyttningar i säng, sjuksköterskan skulle ordinera toapassning nattetid, kontaktpersonen tar kontakt med närstående för att låta Agda prova taltidning och sjukgymnast gör balansstatus inför insättande av träningsprogram. Agda var även positiv till att arbetsterapeut tar kontakt med syninstruktör för hembesök gällande översyn av miljön utifrån hennes synnedsättning.

Vi tycker att det här är en arbetsmodell som sätter individen i centrum, tydliggör det salutogena förhållningssättet, rollerna i teamet och förbättrar samverkan. Vi ser vinster både för individen och även för teamet att komma in tidigt efter inflyttning.

Tyvärr speglar inte enkätsvaren vår upplevelse. När det gäller samverkan och att stärka det rehabiliterande förhållningssättet är det ingen större skillnad mellan svaren i enkät ett och två. Kan det vara så att implementeringen har pågått under för kort tid för att kunna göra en bra utvärdering? Att implementeringen har pågått under en kort tid innebär att det är få av vårdpersonalen som har deltagit vid rehab-rond vilket kan vara en orsak till att all vårdpersonal inte har haft kunskap om vad en rehab-rond innebär.

Något som är positivt är att aktgranskningen visar att det ändrade arbetssättet har genererat i att arbetsterapeut och sjukgymnast kommer in i ett tidigare skede. Det skapar möjlighet att arbeta förebyggande vilket var en del i syftet med projektet.

I den konsultativa modellen är sjuksköterskans roll att bedöma när arbetsterapeut och/eller sjukgymnast ska kopplas in. Det ställer krav på beställarkompetensen och vi har sett att innan implementeringen var många rehab-konsultationer från sjuksköterskan problembaserade och handlade om behov av ett specifikt hjälpmedel och/eller lösning på ett

problem som ofta har pågått länge. Vi tror att sjuksköterskan kan känna sig tvingad att komma med en lösning istället för att beskriva problemet samt att förväntningarna på oss är att ordna med det hjälpmedlet som de har "beställt". Under implementeringen handlade de flesta rehab-konsultationer om att informera om att en individ har flyttat in på servicehuset och önskemål om I FAS-bedömning. I FAS innebär att arbeta utifrån individens resurser och ställer inga krav på beställaren. Här tillåts vi att göra våra yrkesspecifika bedömningar utan speciella förväntningar från vårdpersonal. Vi ser det positivt med "öppna" konsultationer samtidigt som sjuksköterskan gärna får beskriva om något problem föreligger.

Vi tycker att det är positivt att de flesta anser att kontakten med arbetsterapeut och sjukgymnast samt samarbetet kring rehabilitering fungerar bra. Efter implementeringen upplevdes samarbetet något sämre. Kommentarererna kring detta handlade framför allt om brist på tid och brister i kommunikationen. Vi tror att vårdpersonalen har svarat på frågorna utifrån den konsultativa arbetsmodellen eftersom rehab-ronden är tidsbokad och uppföljningarna planeras i samråd mellan kontaktpersonen och arbetsterapeut och/eller sjukgymnast. I FAS har inneburit en ökad tidsåtgång för sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Kan det ha lett till att vi har haft mindre tid för övriga insatser mot boende på servicehus? Vår förhoppning är att det ska löna sig med I FAS och på sikt ge mer tid för alla insatser.

Många av kommentarererna kring den bristande kommunikationen handlar om att informationsöverföringen mellan vårdpersonal inte fungerar. Vi tycker att det är viktigt att servicehusen skapar bättre rutiner och forum för informationsöverföring och möjlighet till diskussion. Det framkom ingen tydlig kritik mot kommunikationen från arbetsterapeut och/eller sjukgymnast till vårdpersonal vilket är positivt. Vi ser det som en god grund för att optimera samarbetet och stärka teamkänslan.

Enligt enkätundersökningen har inte det rehabiliterande förhållningssättet stärkts efter implementeringen av I FAS. I Örnsköldsviks kommun finns inte begreppet rehabiliterande förhållningssätt definierat. Kan det även vara så att vi inom kommunen tolkar begreppet olika?

Arbetsterapeuter och sjukgymnaster har länge arbetat med att försöka införa detta förhållningssätt i sitt dagliga arbete. Det är inte bara upp till arbetsterapeut och sjukgymnast att arbeta med detta. Vi tycker att en av kommentarererna på ett bra sätt beskriver skillnaden i hur vi arbetar.

*"känns ibland som att man inte pratar samma språk. Att sjukgymnasterna ser till det friska och att vi vårdpersonal försöker få till ett smidigare arbetssätt"*

Vi uppfattar att personalen många gånger fokuserar mer på sin arbetsmiljö än individens resurser medan arbetsterapeut och sjukgymnast har ett rehabiliterande förhållningssätt.

Flera har svarat att bristande motivation hos den boende är ett hinder för att arbeta enligt ett rehabiliterande förhållningssätt. Gör man då som vårdpersonal rätt saker? Vi undrar i dessa fall om mål finns formulerade och om individens behov och önskan har fått styra målen? Om motivationen hos den boende ändras eller försvinner påtalar vårdpersonal behov av ny uppföljning då? Är det en orsak till att arbetsterapeut och sjukgymnast kopplas in i ett sent skede i den konsultativa arbetsmodellen?

Syftet med projektet var att stärka det rehabiliterande förhållningssättet. Enligt aktgranskningen har vi lyckats med att implementera I FAS. Vi kommer nu in i ett tidigare skede och har strukturerade multiprofessionella rehab-ronder. Enligt enkätsvaren är det ingen skillnad i hur man arbetar. Vår vision var att stärka det rehabiliterande förhållningssättet för att möjliggöra specifik rehabilitering. Vi undrar om arbetsterapeuter och sjukgymnaster överlag ägnar för mycket tid och resurser åt att stärka det rehabiliterande förhållningssättet. Skulle det vara bättre att arbeta direkt med specifik rehabilitering?

## Metoddiskussion

Vi har funderat på olika orsaker till resultatet. Vi valde att lämna ut enkäten till de som närvarade vid arbetsplatsträffen vilket innebär att inte alla har haft möjlighet att fylla i enkäten. En förklaring kan vara att det är olika personer som svarat på enkät ett och två. Skulle vi nått fler personer om vi valt att lämna ut enkäten till all personal på servicehusen eller skulle bara de som är intresserade då lämnat in? Personalen fick fylla i enkäten direkt på arbetsplatsträffen vilket kan ha påverkat tiden för reflektion kring frågorna. Kan det vara en orsak till att en del inte har fyllt i de öppna frågorna?

Det är svårt att hitta de frågor som lämpar sig för att utvärdera implementeringen. En del i formuleringen av frågor är vilka begrepp man ska använda sig av. Vad menas med ansvar och hur tolkas rehabiliterande förhållningssätt? En annan del är att välja öppna frågor kontra de med svarsalternativ. Hur mycket kan man styra svaren med slutna frågor? Det kan vara svårt att formulera sig i text och svara på öppna frågor, inte minst med tanke på tidspressen.

## Lärdomar inför fortsättning

Att förändra och utvärdera ett arbetssätt tar tid. Det krävs planering, tid för genomförandet och eftertanke. Det är viktigt att hela organisationen förstår innebörden av och att ledningen kan ange tonen för det förändrade arbetssättet.

Vi trodde att vi hade förankrat vårt projekt tillräckligt i organisationen. Vi förstår nu att utvärderingen hade fått ett annat resultat om vi först hade

förankrat definitionen av ett rehabiliterande förhållningssätt i organisationen och sedan utbildat politiker och all personal inklusive chefer i detta innan implementeringen. Vi har en ledning som har stöttat projektidén men de har inte angett tonen ute i verksamheten. Vi ser behovet av en medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) som kan kvalitetssäkra rehabiliteringen och driva frågor gällande rehabilitering i ledningsgrupp och nämnd.

Vi tycker att det är viktigt att Örnsköldsviks kommun har en gemensam definition som beskriver det rehabiliterande förhållningssättet inom Valfärdsförvaltningen. Vi vill att definitionen ska finnas med i Valfärdsförvaltningens värdegrund så att all personal har ett gemensamt synsätt.

Våra respektive fackförbund har valt att benämna vardagsrehabiliteringen som ett *Hälsofrämjande arbetssätt* och eftersom hälsa är ett centralt begrepp inom Örnsköldsviks kommun önskar vi att den här definitionen ska råda:

*Hälsofrämjande arbetssätt innebär att ta tillvara individens egna resurser och aktivt stödja den i vardagssituationer.*

## Referenser

Andersson L (2006) *Att få leva tills jag dör – om ett rehabiliterande synsätt*. Fortbildning i Stockholm AB.

Andersson V 2009. *VERA-projektet. Delrapport 1: Hemtjänsten*. Kommunrehab Borlänge kommun.

Antonovsky, A (2005). *Hälsans mysterium*. Natur och Kultur, Stockholm.

Agahi N, Lagergren M, Thorslund M, Wånell S E (2005). *Hälsoutveckling och hälsofrämjande insatser på äldre dar. En kunskapsmanställning*. Statens folkhälsoinstitut.

Berggrén C, Bergqvist Månsson S, Sandström Blyme K, Månsson R (2004). *Sjukgymnaster håller äldre friska och sparar pengar*. Federativ, Stockholm.

Berglund, E. (2010). *Enkätundersökning, Sjukgymnasternas och arbetsterapeuternas upplevelser av arbetsuppgifter inom äldreomsorgen i Örnsköldsviks kommun*. Örnsköldsviks kommun.

Björk M, Lindh A, Lindström G 2007. *Rehabiliterande förhållningssätt – att tillvarata det friska*. Malmö stad.

Bäckelin M 2008. *Ett rehabiliterande förhållningssätt i särskilt boende*. Vårgårda kommun.

Clark F, Azen SP, Zemke R et al (1997) *Occupational therapy for independent-living older adults – a randomized controlled trial*. Journal of American Medical Association 278: 1321-1326.

Eriksson BG, Häger B (2012). *Salutogen omsorg och vård i praktiken. Omsorg och vård för ett helt liv*. FoU-rapport 2012:2. Karlstad: Universitetstryckeriet.

Fisher AG, Atler K, Potts A (2007) *Effectiveness of occupational therapy with frail communityliving older adults*. Scandinavian Journal of Occupational Therapy 14: 240-249.

Forster A, Lambley R, Hardy J, Young J, Smith J, Green J, Burns E (2009). *Rehabilitation for older people in long-term care*. Cochrane Database Systematic Review, 21; (1):CD004294

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA) (2005). *Etisk kod för arbetsterapeuter*. Stockholm: Globalt företagstryck.

Gunnarsson E, Madsen G, Björk J-K, Olsson K, Einefors K, Selim K, Andersson M 2011. *Slutrapport – Hemrehabilitering i samverkan mellan kommunerna i västra länsdelen*. Socialförvaltningen Karlskoga kommun.

Håkansson E, Nilsson QS, Andersson Flock I (2012). *Rädsla för fall hos äldre – konsekvenser och arbetsterapeutiska åtgärder*. Institutionen för hälsovetenskap och medicin, Örebro Universitet.

Hänström Söderlund B 2011. *Projektslutrapport Samordnad rehabilitering*. Sundsvall kommun.

Johansson S, Sundqvist M 2009. *Slutrapport: Ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt gentemot brukaren i ordinärt boende och vård- och omsorgsboende*. Södertälje kommun.

Littbrand H, Lundin-Olsson I, Gustavsson Y, Rosendahl E (2009) *The effect of a high-intensity functional exercise program on activities of daily living: a randomized controlled trial in residential care facilities*. Journal of American Geriatric Society, 57: 1741-9

Littbrand H, Stenvall M, Rosendahl E (2011). *Applicability and effects of physical exercise on physical and cognitive functions and activities of daily living among people with dementia: a systematic review*. American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, 90: 495-518.

Pettersson A, Ekström E 2010. *Rehabilitering på äldreboende. Rapport 2: Fördjupad kartläggning*. Lidköping kommun.

Pless M, Adolfsson M (2008) *Hälsoklassifikationen ICF – varför, när och hur?* Fysioterapi 1, 2008: 38-46

Rydwick E, Pettersson A, Malmqvist A, Lunqvist C, Larsson Å, Tell C (2011). *Ättestupa eller folkhälsomål – ett manifest för alla äldre medborgares rätt till specific rehabilitering*. FSA, Nacka.

Sahlén K G 2009. *An ounce of prevention is worth a pound of cure – Preventive home visits among seniors*. Umeå Universitet Department of Public Health and Clinical Medicine, Umeå Sweden.

Socialstyrelsen (2003). *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa* Vällingby: Elanders Gotab.

Strid B 2008. *Utveckling av rehabiliteringen. Redovisning av ett utvecklingsarbete I Östra Göinge kommun*. Östra Göinge kommun.

Öman M, Bergh A 2003. *Att arbeta med äldres rehabilitering. Arbetsterapeuters och sjukgymnaster om sitt arbete med äldre*. Socialstyrelsen.



## Referenser från internet/hemsidor

<http://intranet/Regler-och-styrning/Vardegrund-ochvisioner/Vardegrund-for-valfardsforvaltningen.html> Vårdförvaltningens värdegrund och Omsorgsnämndens styrkort 2011- avdelning särskilt boende och LSS boende. 2012-10-04

[www.wcpt.org](http://www.wcpt.org) World Confederation of physical therapist, *Position Statement* 2013-02-15

<http://www.wfot.org/information.asp> World Federation of Occupational Therapist (WFOT) (2004). *WFOT information. What is occupational therapy?* 2013-02-15

<http://app.socialstyrelsen.se/termbank/ViewTerm.aspx?termID=2431> 2013-02-15

# Bilagor

## Bilaga 1

### Enkät till servicehus september 2012

1. **Känner du till att arbetsterapeut och sjukgymnast finns att tillgå på servicehuset?**

a. Ja

b. Nej

2. **Hur tycker du att kontakten med arbetsterapeut/sjukgymnast fungerar?**

Ringa in det alternativ som passar bäst.

mycket bra      bra      dåligt      mycket dåligt

Kommentera gärna ditt svar

---

3. **I vilka situationer ser du behov av arbetsterapeut och/eller sjukgymnast?**

Kryssa i det/de alternativ som stämmer.

- den boende har svårt att hitta på servicehuset
- den boende har för få eller för många hjälpmedel
- den boende har blivit tyngre vid förflyttningar
- den boendes lägenhet är övermöblerad
- den boende har nedsatt balans och har ramlat
- den boende glömmer spisplattan på
- den boende verkar sakna en meningsfull tillvaro
- oklart kring vad den boende klarar själv

4. **Saknar du arbetsterapeut/sjukgymnast insatser i någon/några situationer?**

Kryssa det alternativ som stämmer.

ja

nej

Om du svarat ja, i vilka situationer? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. **Vem/vilka anser du ansvarar för rehabiliteringen kring den boende?**

Kryssa i det/de alternativ som stämmer.

arbetsterapeut

sjukgymnast

vårdare

sjuksköterska

den boende

närstående

andra, i så fall vem/vilka?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. **Hur tycker du att samarbetet kring rehabilitering fungerar mellan olika yrkesgrupper?**

Ringa in det alternativ som passar bäst.

Aldrig

Vid enstaka tillfällen

Ibland

Ofta

Alltid

## 7. Hur arbetar du idag?

Ringa in den siffra nedan som bäst beskriver hur du arbetar. Ringa endast in en siffra.

Individens självbestämmande stämmer	1 2 3 4 5	Vårdlaget be-
Individens/närståendes delaktighet	1 2 3 4 5	Personalens delaktighet
Utifrån individens resurser	1 2 3 4 5	Utifrån personalens resurser
Insats efter individens behov	1 2 3 4 5	Insats efter personalens behov
Individuell planering/uppföljning	1 2 3 4 5	Avsaknad av planering/uppföljning
Individens mål styr processen	1 2 3 4 5	Vårdlagets mål styr processen

## 8. Finns det hinder för att arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt?

Ringa in det alternativ som passar bäst.

a. Ja

b. Nej

Om du svarat ja, vilka hinder finns?

---

---

---

9. **Att arbeta efter ett rehabiliterande förhållningsätt innebär att stödja den boende i det han/hon inte klarar själv, uppmuntra den boende till att göra det han/hon klarar själv samt motivera den boende till att göra egna val för att behålla sina intressen, vanor och ansvar för sin vardag.**

Ge minst två exempel på hur du arbetar med detta!

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Bilaga 2

### Enkät till servicehus mars 2013

**1. Känner du till att arbetsterapeut och sjukgymnast finns att tillgå på servicehuset?**

- a. Ja
- b. Nej

**2. Hur tycker du att kontakten med arbetsterapeut/sjukgymnast fungerar?**

Ringa in det alternativ som passar bäst.

Mycket dålig      Dåligt      Bra      Mycket bra

Kommentera gärna ditt svar

---

**3. I vilka situationer ser du behov av arbetsterapeut och/eller sjukgymnast?**

Kryssa i det/de alternativ som stämmer.

- den boende har svårt att hitta på servicehuset
- den boende har för få eller för många hjälpmedel
- den boende har blivit tyngre vid förflyttningar
- den boendes lägenhet är övermöblerad
- den boende har nedsatt balans och har ramlat
- den boende glömmer spisplattan på
- den boende verkar sakna en meningsfull tillvaro
- oklart kring vad den boende klarar själv

**4. Saknar du arbetsterapeut/sjukgymnast insatser i någon/några situationer?**

Kryssa det alternativ som stämmer.

ja

nej

Om du svarat ja, i vilka situationer? \_\_\_\_\_

---

---

**5. Vem/vilka anser du ansvarar för rehabiliteringen kring den boende?**

---

---

---

**6. Hur tycker du att samarbetet kring rehabilitering fungerar mellan olika yrkesgrupper?**

Ringa in det alternativ som passar bäst.

Mycket dåligt   Dåligt   Någorlunda   Bra   Mycket bra

## 7. Hur arbetar du idag?

Ringa in den siffra nedan som bäst beskriver hur du arbetar. Ringa endast in en siffra.

Individens självbestämmande stämmer	1 2 3 4 5	Vårdlaget bestämmer
Individens/närståendes delaktighet över	1 2 3 4 5	Personalen tar över
Utifrån individens resurser	1 2 3 4 5	Utifrån personalens resurser
Insats efter individens behov	1 2 3 4 5	Insats efter personalens behov
Individuell planering/uppföljning	1 2 3 4 5	Avsaknad av planering/uppföljning
Individens mål styr processen	1 2 3 4 5	Vårdlagets mål styr processen

## 8. Finns det hinder för att arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt?

Ringa in det alternativ som passar bäst.

- a. Ja
- b. Nej

Om du svarat ja, vilka hinder finns?

---

---



**9. Att arbeta efter ett rehabiliterande förhållningsätt innebär att stödja den boende i det han/hon inte klarar själv, uppmuntra den boende till att göra det han/hon klarar själv samt motivera den boende till att göra egna val för att behålla sina intressen, vanor och ansvar för sin vardag.**

Ge minst två exempel på hur du arbetar med detta!

---

---

---

---

---

---

---

---

**10. Har du deltagit vid rehab-rond?**

a. Ja

b. Nej

## Utvärdering av ett förändrat arbetssätt på servicehus

I FAS Individuella, förebyggande aktiviteter i samverkan

Arbetsterapeuterna och sjukgymnasterna i Örnsköldsviks kommun har länge sett ett behov av att öka det förebyggande arbetet samt stärka det rehabiliterande förhållningssättet hos vård- och omsorgspersonal. Vi har implementerat ett förändrat arbetssätt som vi kallar IFAS (Individuella, förebyggande insatser i samverkan) på servicehusen i Örnsköldsviks kommun. För att utvärdera implementeringen har vi gjort en aktgranskning och en enkätundersökning före respektive efter implementeringen. Aktgranskningen visar att sjukgymnast och arbetsterapeut kommer in i ett betydligt tidigare skede och att sjuksköterskorna inte skriver lika problembaserade konsultationer. Resultatet av enkätundersökningen visar ingen större skillnad mellan mätning ett och två när det gäller samverkan och att arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt.

### Författarpresentationer:

Elin Berglund, leg sjukgymnast, arbetar inom Örnsköldsviks kommuns äldreomsorg sedan 2007

Karola Lindmark, leg arbetsterapeut, arbetar inom Örnsköldsviks kommuns äldreomsorg sedan 1995.

**FoU-Västernorrland** finansieras av kommunernas socialtjänster i Västernorrland med Kommunförbundet Västernorrland som huvudman. Enhetens uppdrag är att fånga upp idéer och stödja forsknings-, utvecklings och uppföljningsprocesser inom socialtjänsten samt att göra dessa tillgängliga för socialtjänstens personal. Mer information om FoU Västernorrland finns på [www.fouvasternorrland.se](http://www.fouvasternorrland.se)