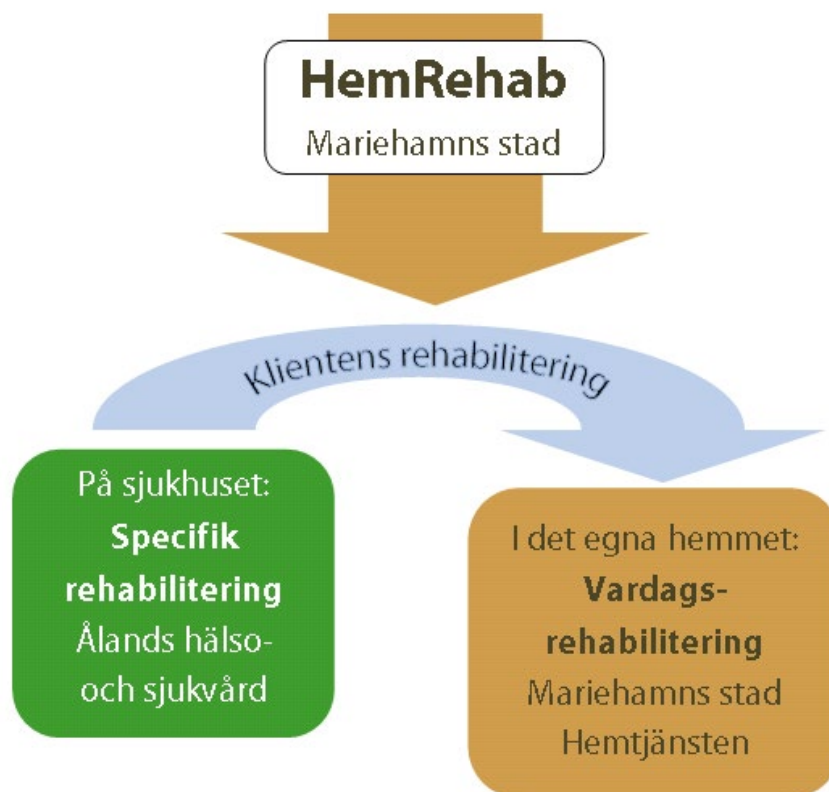




# Rehabilitering i hemmiljö i Mariehamn

ÄLDREOMSORGENS SLUTRAPPORT MARS 2013

Ett tvåårigt projekt i samarbete med Ålands hälso- och sjukvård samt yrkeshögskolan Arcada



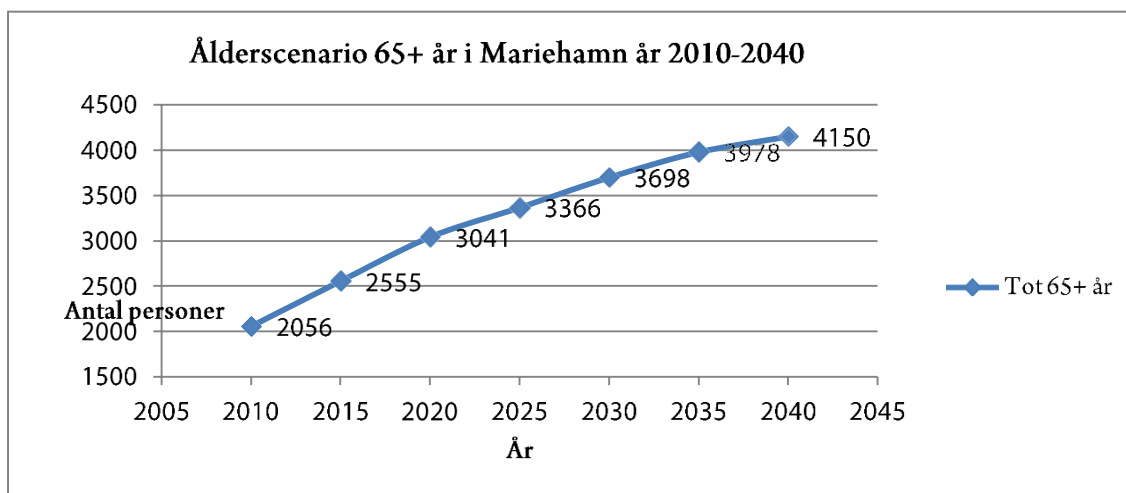
# Innehåll

<b>Inledning</b> .....	<b>3</b>
Om rehabilitering.....	4
<b>Syfte</b> .....	<b>4</b>
Mål för klienten/patienten.....	5
Mål för personalen.....	6
Mål för organisationen .....	6
Exempel.....	6
<b>Arbetsätt</b> .....	<b>7</b>
Praktiska problem .....	7
Målgrupp .....	8
Testbatteriet .....	8
<b>Deltagarstatistik och testresultat</b> .....	<b>9</b>
Statistik på varifrån klienterna har initierats.....	10
Statistik på kortare klientärenden som inte har skrivits in i projektet.....	10
Diskussion .....	10
Erfarenheter från projekttiden .....	11
<b>Utvärdering i samarbete med yrkeshögskolan Arcada</b> .....	<b>11</b>
<b>Hemrehabiliteringsprogram</b> .....	<b>12</b>
Vårdplanering.....	12
Teamarbete .....	12
Prioriteringsordning .....	13
Träningsperiod .....	13
Min plan.....	13
Avgifter.....	14
Referensgrupp .....	14
<b>Utvecklingsområden</b> .....	<b>14</b>
Personalresurser .....	14
Samarbete .....	14
Förebyggande arbete.....	14
<b>Tack till</b> .....	<b>15</b>
Arbetsgruppen under planeringsskedet.....	15
Övriga inkallade under arbetets gång.....	15
Projektledningsgruppen under projekttiden .....	15
Sakkunniga som har konsulterats .....	15
Studiebesök.....	15
Bilaga I:ADL-trappan.....	17-19
Bilaga 2: GMF .....	20
Bilaga 3: EQ5D.....	21-22
Bilaga 4: Omsorgsplan .....	23
Bilaga 5: Teamträff.....	24
Bilaga 6: Min Plan.....	25

# Inledning

Målet enligt Plan för socialvården 2012-2016 är att minst 90 % av de personer som fyllt 75 år ska ha möjlighet att bo i eget hem. Projektet Rehabilitering i hemmiljö i Mariehamn har haft denna målsättning som grund. Ytterligare ett led i arbetet mot 90 %-målet är att all personal inom äldreomsorgen arbetar aktiverande och rehabiliterande. Projektet har visat att behov av hemrehabilitering finns, och kan på sikt leda till ökad livskvalitet för klienten samt besparing för kommunen genom förlängt hemmaboende.

Inom de närmsta decennierna kommer den äldre befolkningen att öka markant. Det leder till nya utmaningar för organiserandet av äldres vård och omsorg. Detta har medfört nytänkande inom äldreomsorgen, bland annat i form av hemrehabilitering. I modern äldreomsorg vill man satsa på patient/klientcentrerad vård. Det finns evidens om fördelar med rehabilitering i hemmiljö, framförallt för patientens motivation och livskvalitet men även socioekonomiskt. Därför är en satsning på multiprofessionell hemrehabilitering helt rätt i tiden.



Diagrammet visar åldersprognosen gällande antal personer 65+ år i Mariehamn inklusive flyttning (med ökad osäkerhet ju längre fram man kommer). Källa: Ålands statistik- och utredningsbyrå (ÅSUB).

Hemrehabilitering inkluderades i stadens Äldreomsorgsprogram 2008-2030, som godkändes av stadsfullmäktige 31.03.2009. Där nämns bland annat att det ofta brister i länken mellan specialistsjukvård och öppenvård, dvs. utslussning av s.k. medicinskt färdigbehandlade patienter som inte är klara för ett självständigt hemmaboende. Hemrehabilitering fungerar som en länk mellan den specifika rehabiliteringen på sjukhuset och vardagsrehabiliteringen i det egna hemmet.

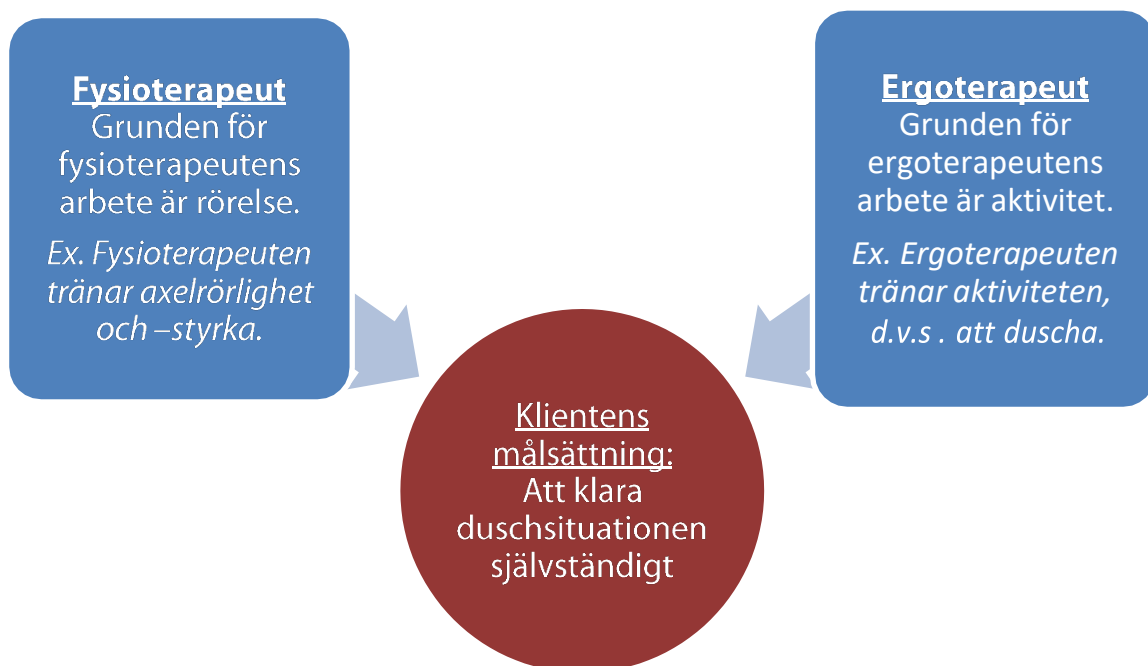
I mars 2011 inledde Mariehamns stads äldreomsorg det tvååriga projektet Rehabilitering i hemmiljö i Mariehamn i samarbete med Ålands hälso- och sjukvård (ÅHS) och yrkeshögskolan Arcada. Innan projektstarten utarbetades en projektplan med hjälp av en arbetsgrupp. Under projekttiden har en projektledningsgrupp fungerat som stöd- och referensgrupp för hemrehabiliteringsteamet.

## Om rehabilitering

Ordet rehabilitering kommer från "habile" som betyder skicklig, duglig, och från "re" som betyder åter. Rehabilitering betyder alltså att individen får tillbaka en funktion eller förmåga som har varit nedsatt. Rehabilitering utövas av all personal i olika grad i olika situationer. Rehabilitering utvecklar, återvinner, bibehåller och fördröjer försämring av klientens funktionsförmågor ända till livets slut (Hemrehabilitering: vad, hur och för vem? Maritha Månsson. Fortbildning AB/Tidningen Äldreomsorg s. 47).

*Specifik rehabilitering* kräver kunskap om människans normala funktioner och om den aktuella sjukdomen, skadan och den behandling och träning som utvecklar, återvinner och bibehåller funktionsförmågan. Denna form av rehabilitering utförs av ergo- och/eller fysioterapeut (Hemrehabilitering: vad, hur och för vem? Maritha Månsson. Fortbildning AB/Tidningen Äldreomsorg s. 50).

*Vardagsrehabilitering* är oberoende av sjukdom och kan utföras av all personal. Arbetet utgår från ett aktiverande och rehabiliterande arbetssätt. Planering och utförande sker så att brukaren ges möjlighet att bibehålla sin funktionsförmåga. För detta krävs ingen specifik kompetens (Hemrehabilitering: vad, hur och för vem? Maritha Månsson. Fortbildning AB/Tidningen Äldreomsorg s. 57).



## Syfte

Syftet med projektet "Rehabilitering i hemmiljö i Mariehamn" var att

1. Förlänga hemmaboende genom att förbättra rehabiliteringskedjan med optimal användning av resurserna.
2. Förkorta äldre personers inskrivning på institution eftersom långvarig institutionsvård påverkar funktionsförmågan negativt.

3. Starta ett multiprofessionellt hemrehabiliteringsteam vars uppgift är att stödja hemmaboende genom tidiga samordnade insatser och hemrehabilitering för äldre i Mariehamn.
4. Utvärdera och formulera projektet och modellen till ett hemrehabiliteringsprogram för Mariehamns stad, för att på ett bra sätt kunna implementeras i ordinarie verksamhet.

Det första syftet, att förlänga hemmaboende, är svårt att påvisa efter detta projekt eftersom man inte har någon kontrollgrupp att jämföra med. En del klienter blir kanske kvar på institution i väntan på annat boende. I och med bättre samarbete mellan hemrehabteamet, hemtjänsten och hemsjukvården är upplevelsen att klienterna har känt sig tryggare att i ett tidigare skede prova bo hemma. Tack vare detta undviks hospitalisering, och inskrivning på institution minimeras, vilket var det andra syftet med projektet. Det tredje syftet, att starta ett multiprofessionellt hemrehabiliteringsteam, var en förutsättning för att projektet skulle kunna genomföras. Därför uppfylldes detta syfte i ett tidigt skede genom anställandet av en ergoterapeut på deltid där Mariehamns stad och Ålands hälso- och sjukvård delade på kostnaderna. En fysioterapeuttjänst fanns sedan tidigare inom stadens äldreomsorg. I och med detta kunde ett första hemrehabteam bildas tillsammans med sjukskötare från hemsjukvården och närvårdare från hemtjänsten. Utvärderingen har skett i samarbete med studerande vid yrkeshögskolan Arcada i Helsingfors och är sammanfattat i denna slutrapport. Hemrehabiliteringsprogrammet och utvecklingsområden presenteras i slutet av rapporten, vilket tillsammans med utvärderingen var det fjärde och sista syftet.

## Mål för klienten/patienten

- Kortare vårdtider, tryggare och snabbare hemkomst, tidig kontakt med hemrehabteamet.
- Återfå/upprätthålla ADL och fysisk funktionsförmåga.
- Ökad delaktighet och självständighet i vardagen. Ökad livskvalitet.

Om vårdtiderna har förkortats kan inte utläsas av detta projekt. Däremot upplevde klienterna som deltog i studerandes studie att de hade fått bra förberedelse och information från hemrehabiliteringsteamet inför hemfärd. Några klienter tyckte inte alls om att vara på sjukhuset och ville snabbt hem, medan andra upplevde det otryggt på grund av rädsla att ramla igen (Upplevelsen av rehabilitering i hemmiljö hos äldre personer i Mariehamn. En kvalitativ intervjustudie. Elin Lindqvist 2012.5.1:21-22).

Enligt samma studie gjorde rehabiliteringen i hemmet att klienterna kom igång i vardagen och kunde börja göra en del ADL-sysslor igen. De upplevde även att de skulle vilja göra mer, och att de blivit sämre efter avslutad träningsperiod. Den främsta önskan var att bli självständig i all ADL och på så vis bli oberoende av hemtjänst. (Upplevelsen av rehabilitering i hemmiljö hos äldre personer i Mariehamn. En kvalitativ intervjustudie. Elin Lindqvist 2012.5.1:23).

Statistiken från projekttiden visar att klienternas ADL och fysiska funktionsförmåga har förbättrats under träningsperioden, som inleds med bedömning ett, och avslutas med bedömning två. Bedömning tre, tre-månaders-uppföljningen, visar en på en liten tillbakagång, men fortfarande över resultatet från första bedömningen. Statistiken visar även att klienterna själva upplever en förbättring gällande förmågan att klara av sina huvudsakliga aktiviteter. Självskattningen av sitt nuvarande hälsotillstånd visar också på en positiv trend från första till tredje bedömningen.

## Mål för personalen

- Ökad motivation genom målfokuserat arbete.
- Kompetenshöjande genom teamarbete med olika yrkeskategorier.

Det är oklart om målfokuserat arbete i detta skede har lett till ökad motivation för personalen. Att jobba målfokuserat är ett utvecklingsområde som kräver ständigt arbete. Enligt studerandes studie har det i projektledningsgruppen uttryckts att det är kan vara svårt att tillsammans med klienten sätta upp rimliga mål och att helt följa planen. Man behöver ännu öka förståelsen för aktiverande och rehabiliterande arbetssätt, så att det framkommer att det är allas uppgift att rehabilitera. (Rehabilitering i hemmiljö i Mariehamn. Hemrehabilitering sett ur de involverade yrkesgruppernas perspektiv. Elisabeth Eklöf 2012.6.1:27-28). I samma studie upplever personalen samarbetet som positivt vilket leder till trygghet i arbetet. Man upplever också att genom att arbeta för samma mål får personalen hjälp, råd och stöd av varandra och man tänker på ett mer rehabiliterande sätt (Rehabilitering i hemmiljö i Mariehamn. Hemrehabilitering sett ur de involverade yrkesgruppernas perspektiv. Elisabeth Eklöf 2012.6.1:30-31).

## Mål för organisationen

- Förbättra samverkan organisationerna emellan.
- Förbättrad ekonomi.

De kontinuerliga teamträffarna fungerar som ett samarbetsforum för personalen från både Ålands hälso- och sjukvård och Mariehamns stad. Både arbetsgruppen inför projektet och projektledningsgruppen under projektet har sammanfört organisationerna för att diskutera och hitta kreativa lösningar inom projektet. Det leder också till en större förståelse för varandras verksamhetsområden.

Att visa på förbättrad ekonomi är svårt i detta skede, men det sker hela tiden genom kortare vårdtider, tryggare hemgång med mindre risk för återfall, förlängt hemmaboende, förbättrad funktionsförmåga hos klienter för att minska behov av hemtjänst, senarelagt behov av serviceboende eller institution, minskade straffavgifter för kommunen och så vidare. På sikt kan ett rehabteam även arbeta mera förebyggande, till exempel fallförebyggande med balansskola och fallriskbedömningar. Att samarbete gynnar båda organisationer är tydligt.

## Exempel

En 88-årig man som bor i egnahemshus har haft en mindre stroke. Han hade sedan tidigare kraftigt nedsatt syn och hörsel. Vid hemgång fanns osäkerhet och otrygghet hos både klienten och anhöriga. Utan insatser i hemmet hade klienten väntat in plats på effektiverat serviceboende eller institution.

- Kostnad med insatser i hemmet: hemtjänst 4 besök per dag, hemsjukvård delar mediciner, hemrehab tränar säkra förflyttningar i hemmet (i/ur säng, till/från fåtölj, WC, duschsituation) + återuppta motionscykling (tot. ca 2 veckor). Klarar då att fortsätta bo hemma 1,5 år, kostnad: 48 946,50 €
- Kostnad för 1,5 år på effektiverat serviceboende: 63 510 €
- Kostnad för 1,5 år på institution: 100 193 €

Besparing hemmaboende jämfört med effektiverat serviceboende: 14 564 €/1,5 år

Besparing hemmaboende jämfört med institution: 51 246 €/1,5 år

*Uträkning med hjälp av siffror från bokslut 2011:*

*Hemtjänst: kostnad 1 372 099 € / antal besök 61 380 = 22,35 €/besök*

*Effektiverat serviceboende (Odalgården): 116 € per dygn*

*Institution (Trobergshemmet): 183 € per dygn*

*Kostnad exemplet:*

*Med hemtjänst: (4 besök x 547,5 dagar) x 22,35 €/besök = 48 946,50 € för 1,5 år*

*Med effektiverat serviceboende: 116 €/dygn x 547,5 = 63 510 € för 1,5 år*

*Med institution: 183 €/dygn x 547,5 = 100 192,50 € för 1,5 år*

## Arbetsätt under projektiden

Sedan projektstarten i mars 2011 har arbetsättet vuxit fram och rutiner skapats. I början av projektiden gick mycket tid åt att sammanställa informationsmaterial och blanketter både till avdelningspersonal och till klienter. Berörd personal både inom Mariehamns stad och Ålands hälso- och sjukvård fick en hemrehabmapp innehållande projektplan, personalinfo, patientinfo, lista på projektledningsgruppen, blanketter, checklista på hemrehabprocessen, testbatteriets blanketter samt lästips och artiklar. Vidare bokades infotillfällen in då HemRehabs fysio- och ergoterapeut informerade om projektet och arbetsättet. Följande avdelningar besöktes: Medicinska avdelningen, Kirurgiska avdelningen, Rehabpolikliniken, Akuten, Mellangårds, Västergårds, Rehabiliteringsavdelningen, Norr/Östergårds, Överskötarkansliet, Socialkuratorer, Hälsocentralen och Hemsjukvården inom ÅHS samt Hemtjänsten, Socialförvaltningen (socialdirektör, äldreomsorgschef, socialarbetare, handikappservicen, hemtjänstledare), Odalgården, Mariegård och Trobergshemmet inom Mariehamns stad, samt Villa Gustava.

Fysio- och ergoterapeuten har under projektiden gjort hembesöken tillsammans, enligt modell från Östhammars kommun. Ett hembesök tar i regel ca en timme inklusive restid. Tiden för projektet var ca sex timmar per dag. Varje besök statistikfördes och daganteckningar gjordes efter varje besök i hemtjänstens journalsystem. De klienter som inte hade hemtjänst skrevs in i en egen journal. Fysio- och ergoterapeuten hade telefontid mellan 8-9 varje morgon, och var då tillgängliga för både klienter och kollegor. Under telefontiden skedde planering, ombokningar, initiering av nya klienter samt administrativt arbete. Onsdag varannan vecka hölls teamträff då klienternas hemrehabplaner diskuterades tillsammans med personal från hemtjänst och hemsjukvård. Ca en gång/månad till en gång varannan månad hölls möte med projektledningsgruppen, då aktuella ärenden och förändringar diskuterades och protokollfördes.

## Praktiska problem

Under projektets gång har hemrehabteamet stött på en del praktiska problem. Till exempel har teamet använt privat bil i arbetet. Eftersom hjälpmedelstransporter ingår i arbetet i stor utsträckning, har detta orsakat slitage i den privata bilen. Hemrehabteamet fick tillåtelse att använda hemtjänstens bilar i mån av möjlighet, men detta var tidskrävande och innebar mer planering eftersom bilarna fanns på annat ställe än teamets utgångsdestination. Cykel kan

användas som transportmedel då vädret och sträckorna tillåter, men inte då hjälpmedel ska transporteras. Användning av cykel i arbetet är också mer tidskrävande, och skulle i praktiken innebära färre hembesök per dag.

Angående hjälpmedel finns behov av någon slags hantverkare eller vaktmästare som teamet kan ta hjälp av när hjälpmedel skall monteras, t.ex. då ett handtag ska skruvas upp. Flera av klienterna har inte anhöriga som kan utföra detta och då blir hjälpmedlen liggande trots att det finns ett stort behov av dem.

## Målgrupp

Projektets målgrupp har varit personer 65+ år bosatta i Mariehamn som har drabbats av något utav följande:

- Frakturer
- Stroke
- Sköra äldre (fall eller fallrisk)

Målgrupperna och åldersgränserna har justerats under projektets gång för att hålla ett bra klientflöde. Målgrupperna "stroke" och "sköra äldre" har fungerat oförändrade, medan "frakturer" senare även inkluderade planerade ortopediska patienter, så som höft- och knäplastik, eftersom efterförloppet är liknande. Åldergränsen på +65 år ströks helt gällande målgruppen "stroke" och fungerade mera som en riktlinje även gällande "sköra" och "ortopediska" klienter. Åldergränsen fungerade som prioriteringsordning när klientflödet blev för högt.

## Testbatteriet

Från och med projektstarten användes följande tester:

- ADL- trappan (bilaga 1)
- GMF (Generell Motorisk Funktionsbedömning) (bilaga 2)
- EQ-5D (Hälsorelaterad livskvalitet som bedöms av klienten själv) (bilaga 3)

ADL- trappan ger en uppfattning om klientens förmåga att självständigt klara de dagliga aktiviteterna. Detta bedömningsinstrument består av sex personliga och fyra instrumentella aktiviteter ordnade i trappstegsmodell, där det nedersta trappsteget är födointag och det översta är städning. Gränsvärdena är noll och tio. Hamnar klienter på trappsteg noll är denna helt självständigt i sina dagliga aktiviteter medan en tia visar att klienten är i behov av hjälp i alla dagliga aktiviteter. Med andra ord är noll bästa värdet och tio sämsta värdet.

GMF (Generell motorisk funktionsbedömning) är ett verktyg som är särskilt anpassat för den äldre målgruppen och är känsligt för små förändringar i funktionsförmågan. GMF innefattar tre olika funktionsrelaterade aspektskalor: Hjälpberoende, Smärta samt Otrygghet. GMF omfattar 21 motoriska funktioner, benämnda A-U. Gränsvärdena är noll och 34 för hjälpberoende, noll och 21 för smärta samt noll och 21 för otrygghet. I GMF:en är alltid noll det bästa värdet i alla tre aspektskalor.



EQ-5D är ett frågeformulär där klienten själv ska uppskatta och bedöma sin funktion. Dessutom finns en självskattningsskala med en gradering från noll till 100 på vilken klienten ska bedöma sitt nuvarande hälsotillstånd och mående, noll indikerar ett mycket dåligt hälsotillstånd medan 100 är det bästa möjliga hälsotillståndet. Det är den sist nämnda bedömningen vi tagit med i statistiken.

## Deltagarstatistik och testresultat

Ortopediska klienter				
Antal klienter	Totalt 8	varav	4 kvinnor	4 män
Ålder	75 – 97 år	Medeltal 84,3 år		
Hembesök	Totalt 109 besök		Medeltal 1,0 h/besök	
Testresultat	Gränsvärden	Bedömning 1	Bedömning 2	Bedömning 3
ADL-trappan	0-10	4,1	3	3,4
GMF hjälpberoende	0-34	1,8	0,7	0,9
GMF smärta	0-21	4,9	3,7	1,9
GMF otrygghet	0-11	2	0,7	0,7
EQ-5D	0-100	64,4	66,7	70,7

Stroke				
Antal klienter	Totalt 8	varav	1 kvinna	7 män
Ålder	31 – 93 år	Medeltal 75,9 år		
Hembesök	Totalt 276 besök		Medeltal 1,0 h/besök	
Testresultat	Gränsvärden	Bedömning 1	Bedömning 2	Bedömning 3
ADL-trappan	0-10	6,1	5,4	5
GMF hjälpberoende	0-34	6,3	4,4	2,5
GMF smärta	0-21	2,6	3,8	4,3
GMF otrygghet	0-11	3,9	2,3	1,8
EQ-5D	0-100	52,1	58,8	56,3

Sköra klienter				
Antal klienter	Totalt 12	varav	8 kvinnor	4 män
Ålder	64-88 år	Medeltal 78,5 år		
Hembesök	Totalt 259 besök		Medeltal 1,0 h/besök	
Testresultat	Gränsvärden	Bedömning 1	Bedömning 2	Bedömning 3
ADL-trappan	0-10	4	2,2	2,4
GMF hjälpberoende	0-34	2,6	1	0,6
GMF smärta	0-21	5,7	4	5,5
GMF otrygghet	0-11	2,4	1,5	1,2
EQ-5D	0-100	55,4	66,8	63,7

## Statistik på varifrån klienterna har initierats

Organisation/ Avdelning	Antal klienter
Geriatriska kliniken	10
Rehabavdelningen	5
Kirurgiska avdelningen	4
Medicinska avdelningen	4
Hälsocentralen	2
Mariehamns stad, Ledskär (korttid)	1
Mariehamns stad, handikappservicen	1
Mariehamns stad, Odalgården	1
Mariehamns stad, Socialarbetare	1
Villa Gustava	1

## Statistik på kortare klientärenden som inte har skrivits in i projektet

Antal klienter totalt	Antal hembesök (medeltal)
52	Ca 3 besök per klient

## Diskussion

I samtliga diagnosgrupper kan man se en tydlig positiv trend gällande testresultaten. I de flesta fall har hjälpbehovet minskat och självskattade hälsotillståndet förbättrats från bedömning ett till bedömning två och ytterligare till bedömning tre. Statistiken blir dock aningen missvisande eftersom bedömning två och tre har gjorts på betydligt färre klienter än bedömning ett. Bortfallet beror på att fyra klienter har avlidit under projektets gång. Två innan bedömning två och två innan bedömning tre. Ytterligare en klient har uteblivit innan bedömning tre på grund av försvårad demenssjukdom. En klient blev inskriven på nytt innan tredje bedömningen skedde, och en hann inte med tredje bedömningen inom projektets tidsram. Trots ovanstående faktorer ger statistiken en fingervisning om de positiva efterföljder hemrehabilitering har.

Den första diagnosgruppen, ortopediska klienter, har den högsta medelåldern. Där visar statistiken positiva resultat gällande minskad smärta, ökad trygghet och högre självskattat hälsotillstånd. Gällande ADL och hjälpberoende ser man en liten nedgång mellan andra och tredje bedömningen, men ändå bättre än utgångsläget.

I den andra diagnosgruppen, stroke, är rehabiliteringen ofta långvarig. I denna grupp kan man se förbättrade testresultat vid ADL-trappan samt GMF observerat hjälpberoende och otrygghet. Smärtan har dock ökat. EQ-SD visar på förbättring från bedömning ett till två, men sedan en liten försämring till bedömning tre.

Den tredje diagnosgruppen, sköra klienter, är den grupp med flest klienter. Här visar testresultaten en uteslutande positiv trend gällande minskat hjälpberoende och ökad trygghet. ADL, smärta och självskattat hälsotillstånd förbättras mellan första och andra bedömningen, men det sker sedan en liten nedgång fram till bedömning tre.

Gällande antal besök per klient ser man stora skillnader i behovet mellan de olika målgrupperna. De ortopediska klienterna hade i medeltal 13,6 besök/klient, de sköra hade 21,6 besök/klient och stroke hade 34,5 besök/klient.

## Erfarenheter från projektiden

Personalens upplevelse är att hemrehabilitering kan leda till ökad livskvalitet för klienten. Man har märkt att det är viktigt för klientens självkänsla att få komma hem, återfå förmågor, känna att man klarar av saker, att återfå kontrollen över sitt liv. Man upplever också en ökad trygghet för klienten i hemmet i och med insatserna från hela teamet. Ofta fungerar hemmaboendet bättre än väntat då man har provat några dagar, och osäkerheten har lagt sig. Även om hemmaboendet inte fungerar, har det visat sig vara viktigt för klienten att få prova. Dels för sjukdomsinsikten, men även för att få en möjlighet att ta farväl av sitt hem. Det kan i sin tur leda till att det är lättare att acceptera ett annat boende.

Hemrehabteamet har även fungerat som stöd till anhöriga, som är en mycket viktig del i rehabiliteringen. Teamarbetet leder till förbättrade rutiner för klienten genom hela vårdkedjan, samt förbättrad helhetssyn på klienten från olika yrkeskompetensers synvinkel. Teamarbetet upplevs också som kompetenshöjande för personalen, då man utvecklas och lär sig mycket av varandra.

## Utvärdering i samarbete med yrkeshögskolan Arcada

Två arbeten har skrivits av fysioterapistuderande vid yrkeshögskolan Arcada i Helsingfors. *Upplevelsen av rehabilitering i hemmiljö hos äldre personer i Mariehamn* är en kvalitativ intervjustudie av Elin Lindqvist där syftet var att utvärdera klienternas upplevelse av hemrehabiliteringen samt hur klienterna upplevde resultatet av rehabiliteringen. Av åtta informanter framkom att de upplevde rehabiliteringen i hemmiljö positivt med tanke på att de slapp åka någonstans för att få rehabilitering, samt att de kände sig trygga då de kom hem tack vare hemrehabiliteringsteamet. Det fanns dock oklarheter med tanke på hur man ska få rehabilitering igen om behov uppstår, och det framkom att fler rehabiliteringstillfällen önskas. Arbetet kan sökas på

<https://publications.theseus.fi/> eller läsas i helhet på följande adress:

[https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/53026/Lindqvist\\_Elin.pdf?sequence=1](https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/53026/Lindqvist_Elin.pdf?sequence=1).

*Rehabilitering i hemmiljö i Mariehamn*, hemrehabilitering sett ur de involverade yrkesgruppernas perspektiv, är den andra studien av Elisabeth Eklöf. Syftet med detta arbete var att ta reda på hur de olika yrkesgrupperna involverade i hemrehabiliteringsprojektet arbetar och hur projektet upplevs. Två fokusgruppsintervjuer utfördes, där den ena bestod av projektledningsgruppen, och den andra av personalen i hemrehabiliteringsteamet. Projektet upplevdes som positivt och samarbete och planering är en viktig grund för arbetet. Förbättringsförslag var en mer effektiv kommunikation mellan de olika länkarna i projektet, ökad förståelse för arbetssättet samt en utökning av projektet. Arbetet kan sökas på <https://publications.theseus.fi/> eller läsas i helhet på följande adress:

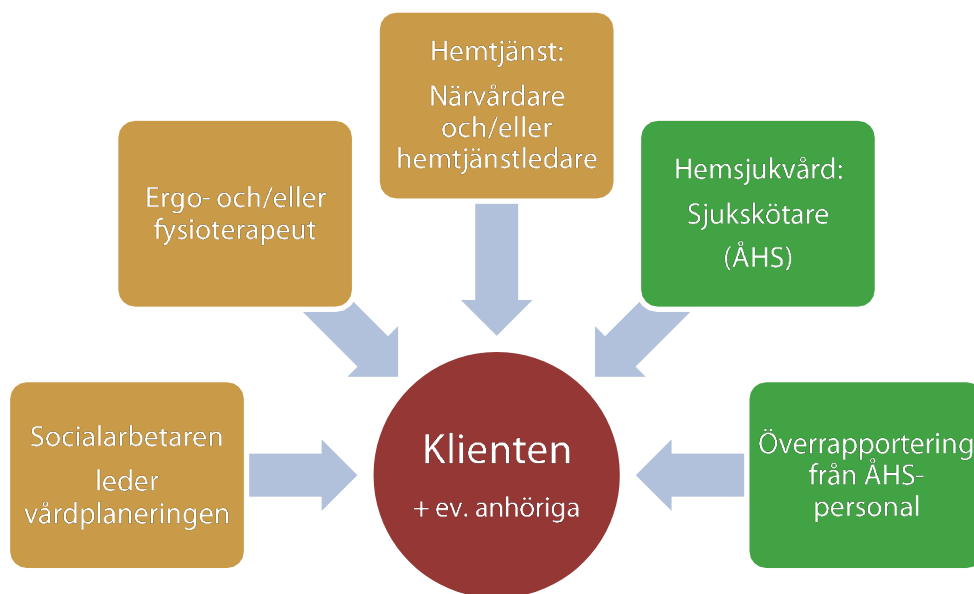
<https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/52853/PDF%20Examensarbete.pdf?sequence=1>.

# Hemrehabiliteringsprogram

Ett av syftena med projektet var att utforma ett hemrehabiliteringsprogram för fortsatt verksamhet inom kommunen, utgående ifrån de erfarenheter man har fått under projektiden.

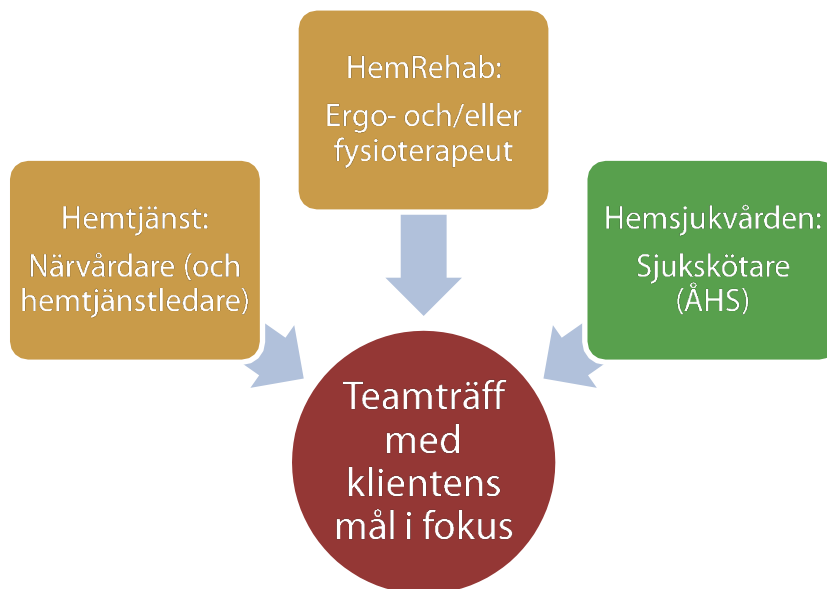
## Vårdplanering

Fokus på att det är kommunen som "tar hem klienten", det vill säga strukturerade och välplanerade vårdplaneringar som leds av kommunens socialarbetare. På vårdplaneringen deltar klienten tillsammans med anhöriga, representanter från sjukhuset samt socialarbetare, hemtjänst och HemRehab från kommunen. Under vårdplaneringen fylls en omsorgsplan i, som klienten får med sig hem (bilaga 4). Målet är att vårdplaneringen sker i tillräckligt god tid före utskrivning, för att hinna förbereda hemgången på ett bra sätt. I vissa fall finns behov av ett hembesök innan hemgång. Viktigt är att kommunen tillsammans med ÅHS hittar gemensamma tidpunkter under veckan som passar bra för vårdplaneringar. HemRehab fungerar sedan som en länk mellan den specifika rehabiliteringen vid ÅHS och vardagsrehabiliteringen inom kommunen. Den som sammankallar till vårdplaneringen kontakter även HemRehab.



## Teamarbete

Teamträff sker en gång i veckan per hemtjänstgrupp. Teamträffarna ska vara korta och effektiva, med tydlig fördelning av arbetsuppgifter. Alla är lika viktiga i teamet (närvårdare, sjukskötare (ÅHS hemsjukvård), ergo- och fysioterapeut). Förhoppningen är att hemsjukvården kan delta vid alla teamträffar. En ärendelista (bilaga 5) finns i hemtjänstens kansli och fylls i under veckan. Även avvikelser, såsom fallrapporter, tas upp under teamträffen.



## Prioriteringsordning

Initiering av klienter till HemRehab sker enligt en prioriteringsordning:

Prio 1: Utskrivning från sjukhus och korttidsvård

Prio 2: Snabb försämring i funktionsförmåga

Prio 3: Uppföljning av fallrapport

Målet är att HemRehab alltid kopplas in då det t.ex. finns oro, osäkerhet och frågetecken kring en klients hemgång.

## Träningsperiod

Riktlinjen är fyra veckors träning. Vid behov förlängs träningsperioden med ytterligare fyra veckor. Sedan kan hemtjänsten fortsätta med träningen med handledning av fysio- och ergoterapeut.

## Min plan

Tydlig målsättning och motivation är viktigt för att nå resultat med rehabiliteringen. Därför är klientens egna mål grunden för "Min plan" (bilaga 6) (hemrehabplanen). Den utformas tillsammans med klienten i samarbete med anhöriga och övrig personal. För att nå målen är det också viktigt att klienten känner eget ansvar för sin rehabilitering. Fysio- och ergoterapeuten utför tester och gör bedömningar utgående från klientens behov, och lägger upp träningen utgående från dessa.

## Avgifter

Från och med 1 mars 2013 kommer avgifter för HemRehab att införas. Kostnaden för klienten är 8,70 € per besök under träningsperioden. Vårdplaneringar och första hembesöket kostar inte. Avgifterna ses över en gång i året.

## Referensgrupp

Projektleddsgruppens arbete avslutas i och med att projekttiden går ut. Men behovet av ett diskussionsforum kvarstår, och kan förslagsvis fortsätta i form av en referensgrupp bestående av representanter för både ledning och personal från ÅHS och kommunen. Då kan det räcka med möten 1-2 gånger per år för att föra verksamheten framåt.

# Utvecklingsområden

## Personalresurser

Enligt Östersundsmodellen föreslås följande nyckeltal: 0,5 ergoterapeut och 0,5 fysioterapeut per 300 personer 65 år och äldre i kommunen (Hemrehabilitering: vad, hur och för vem? Maritha Månsson, 2009). I Kalmar har man valt att räkna per 350 personer 65 år och äldre. Detta skulle i Mariehamn innebära ca sex heltidstjänster, d.v.s. tre ergoterapeuter och tre fysioterapeuter, för att helt kunna tillgodose behovet av hemrehabilitering. Detta innebär att man i dagsläget, med en fysio- och en ergoterapeuttjänst inom stadens äldreomsorg, inte har fulla resurser. Därför är prioriteringsordningen en viktig grund för arbetet.

## Samarbete

HemRehab kräver kontinuerligt samarbete med Ålands hälso- och sjukvård, framförallt hemsjukvården, där gemensamma informations- och utbildningstillfällen är av stor vikt. För att 90 % - målet skall kunna nås krävs även samarbete med övriga avdelningar inom kommunen, t.ex. gällande tillgänglighet i staden.

## Förebyggande arbete

På sikt, om HemRehabs resurser utökas, kan även mera förebyggande arbete utföras. Till exempel för de som endast har duschhjälp i hemmet. Genom att träna duschsituationen kan man minska dessa enstaka besök. Fall förorsakar stort lidande för individen och att förebygga fall kan spara mycket pengar för samhället. Fallförebyggande arbete skulle kunna utvecklas bland annat genom att utföra fallriskbedömningar för hemmaboende äldre, samt då ett fall har skett ge åtgärdsförslag för att förebygga upprepning. Ett annat sätt är att erbjuda kurs/utbildning och träning för hemmaboende äldre i fallförebyggande och balans, t.ex. i samarbete med dagverksamheten Klippan, VIRTU (Må-bra TV), äldreomsorgens dietist och räddningsverket.

# Tack till

## Arbetsgruppen under planeringsskedet

Birgitta Hermans, klinikchef och överskötare primärvårdsenheten, Björn-Olof Ehrnström, överläkare, Annelie Karlsson, biträdande avdelningsskötare hemsjukvården i Mariehamn, Laila Aaltonen, avdelningsskötare hemsjukvården i Mariehamn, Christel Lindberg, överskötare medicinska enheten, rehabiliterings- och fysiatrienheten m.fl., Erica Gruner, ergoterapeut förebyggande hembesök till äldre, Maria Knip, hemtjänstledare gårdsgruppen i Mariehamn, Ulrika Linden, fysioterapeut Mariehamns stads äldreomsorg och sekreterare i arbetsgruppen samt Benita Muukkonen, Mariehamns stads äldreomsorgschef och ordförande i arbetsgruppen.

## Övriga inkallade under arbetets gång

Marina Härtull, avdelningsskötare ergo- och fysioterapin, Agneta Finckenberg-Eriksson, hemtjänstledare nordgruppen i Mariehamn, Tuulikki Ehres, hemtjänstledare sydgruppen i Mariehamn, Leea Söderström, överskötare långvårdsenheten, Åsa Olander, avdelningsskötare Mellangårds, Gunilla Jansson, vik. avdelningsskötare Norrgårds/Östergårds, Heidi Macharia, vik. avdelningsskötare Norr/Östergårds, Irmeli Eriksson, avdelningsskötare medicinska avdelningen, Solveig Carlsson, vik. vårdchef, Sirpa Mankinen, vik. överskötare akut- och kirurgiska enheten m.fl., Helena Häggblom-Jacobsson, avdelningsskötare kirurgiska avdelningen, Carita Friberg, vik. avdelningsskötare kirurgiska avdelningen, Sofia Dahlen, ledande socialkurator, och Marika Karlsson, avdelningsskötare akuten.

## Projektledningsgruppen under projekttiden

Birgitta Hermans, klinikchef och överskötare primärvårdsenheten, Maria Knip, hemtjänstledare gårdsgruppen i Mariehamn, Christel Lindberg, överskötare medicinska enheten, rehabiliterings- och fysiatrienheten m.fl., Annelie Karlsson, biträdande avdelningsskötare hemsjukvården i Mariehamn, Sofia Dahlen, ledande socialkurator, Agneta Jansson, ergoterapeut Mariehamns stads äldreomsorg, Ulrika Linden, fysioterapeut Mariehamns stads äldreomsorg, sekreterare i projektledningsgruppen, Victoria Åkerblom, fysioterapeut Mariehamns stads äldreomsorg, Bitti Vik, Mariehamns stads äldreomsorgschef, projektledare och ordförande i projektledningsgruppen

## Sakkunniga som har konsulterats

Greta Häggblom-Kronlöf, PhD ergoterapeut och forskare vid Sahlgrenska Akademin Göteborgs Universitet, Christine Tel1, fil Mag arbetsterapeut och rehabiliteringsutvecklare i Östhammars kommun, Annikki Arola, programledare vid utbildningsprogrammet för ergoterapi samt Ira Jeglinsky, programledare för utbildningsprogrammet för rehabilitering vid yrkeshögskolan Arcada i Helsingfors.

## Studiebesök

Östhammars kommun, 4 mars 2011: Christine Tel1, Rehabiliteringsutvecklare Östhammars kommun, Anna Petersson, leg. Sjukgymnast, Heli Mueller, leg. Arbetsterapeut. Från Åland deltog

Ulrika Linden och Agneta Jansson.

Västerviks kommun, 15 november 2012: Marie Schmid, verksamhetschef, Annette Engdahl, Enhetschef Rehab, Joakim Stenhalm-Ahlin, Enhetschef korttid, Karin Thellman, Enhetschef boende och hemtjänst, Christina Wiesel, sjukgymnast, Therese Nilsson, arbetsterapeut. Från Åland deltog Bitti Vik, Maria Knip, Annelie Karlsson, Agneta Jansson, Ulrika Linden.

Ett stort tack till alla ovan, samt all personal som har hjälpt till i utvecklingsarbetet!



# Bilaga 1

## ADL-trappan

Datum: \_\_\_\_\_ Namn: \_\_\_\_\_  
 Bedömd av: \_\_\_\_\_ Personr: \_\_\_\_\_  
 Steg: \_\_\_\_\_

<u>Oberoende</u>	<u>Delvis beroende</u>	<u>Beroende</u>	<u>Kommentar</u> T ex Tillsyn, påminnelse, aktiv hjälp
<b>Födointag</b> (få mat från tallrik eller dylikt in i munnen. Hygien och bordskick bedöms ej)			
<input type="checkbox"/> Får själv in maten i munnen och sväljer	<input type="checkbox"/> Får hjälp att skära kött, öppna förpackningar	<input type="checkbox"/> Får hjälp att få in maten i munnen, sondmatas eller har näringsdropp	
<b>Kontinens</b> (fysiologisk tömning av blåsa och tarm. Inkontinens = ofrivillig urin- eller facesavgång. Hygien, toalettbesök, förstoppning räknas ej).			
<input type="checkbox"/> Kontinent. Sköter själv ev. medicin, lavemang, colostomi, KAD i hemmet	<input type="checkbox"/> Hinner inte till toaletten. Inkontinent 1 gång under observationstiden	<input type="checkbox"/> Inkontinent ständigt. Får ständig tillsyn eller hjälp av annan. KAD som blåstrånas. Colostomi som sköts av annan	
<b>Förflyttning</b> (ta sig ur sängen till en stol eller mellan två stolar = överflyttning av kroppen)			
<input type="checkbox"/> Får ingen hjälp eller övervakning. Kan använda ett stöd, ex käpp, sängstolpe	<input type="checkbox"/> Får hjälp av annan person	<input type="checkbox"/> Sängbunden. Kan eller får ej lämna sängen eller behöver flyttas (2 personer)	
<b>Toalettbesök</b> (ta sig till toaletten, komma på/av toalettstolen, torka sig, tvätta sig, ordna kläderna)			
<input type="checkbox"/> Får ingen hjälp eller övervakning. Kan använda käpp, gästol, rullstol. Kan använda nattkärl och då tömma den själv	<input type="checkbox"/> Får hjälp att ta sig till toaletten eller med något av ovanstående	<input type="checkbox"/> Får hjälp eller övervakning: kan inte ta sig till toaletten. Använder bäcken, blöja eller toalettstol även dagtid	
<b>På- och avklädning</b> (ta sig till låda eller skåp, ta fram kläder, ta av och på kläderna)			
<input type="checkbox"/> Får ingen hjälp eller övervakning. Hämtar kläder, klär på och av sig, även korsett, ytterkläder, strumpor och skor	<input type="checkbox"/> Får hjälp att knyta skor	<input type="checkbox"/> Får hjälp att hämta kläder eller med på- och avklädning eller blir fullständigt påklädd	

Underlag för ADL-trappan har hämtats ur boken "ADL-trappan" av Kerstin Hulter-Åsberg, Studentlitteratur.

ADL-trappan

<u>Oberoende</u>	<u>Delvis oberoende</u>	<u>Beroende</u>	<u>Kommentar</u> T ex Tillsyn, påminnelse, aktiv hjälp
<b>Badning</b> (ta sig till tvättplats, tvätta hela kroppen i badkar, i dusch eller med tvättlapp vid handfat)			
<input type="checkbox"/> Får ingen hjälp eller övervakning. Tar sig till hand-fatet själv eller i /ur badkaret, ingen tillsyn i duschen	<input type="checkbox"/> Får tvätthjälp med ryggen	<input type="checkbox"/> Får hjälp att ta sig till tvättplats eller vatten framburet. Hjälp i och ur badkaret, tillsyn i dusch, hjälp med fötter eller underlivet	
<b>Matlagning</b> (tar sig till köket, tillreder middag, sköter spisen.)			
<input type="checkbox"/> Lagar mat enligt ovan vid behov	<input type="checkbox"/> Lagar inte middag eller värmer enbart färdiglagad mat	<input type="checkbox"/> Lagar inga mål	
<b>Transport</b> (tar sig till hållplats för allmänna kommunikationer, stiger på och färdas ex via buss, spårvagn eller lokaltåg.)			
<input type="checkbox"/> Använder allmänna kommunikationsmedel vid behov	<input type="checkbox"/> Måste ha ledsagare i någon del av aktiviteten	<input type="checkbox"/> Tar sig inte till hållplats eller måste ha ledsagare hela vägen	
<b>Matuppköp</b> (tar sig till affären, klarar trappor eller andra hinder, plockar varor, betalar, bär hem.)			
<input type="checkbox"/> Handlar mat enligt ovan vid behov	<input type="checkbox"/> Handlar mat tillsammans med ledsagare	<input type="checkbox"/> Handlar inte mat eller får hjälp med någon av ovanstående	
<b>Städning</b> (rengör bostaden, dammsuger, torkar golv. Noggrannheten i städningen bedöms ej)			
<input type="checkbox"/> Städar enligt ovan vid behov	<input type="checkbox"/> Får hjälp med att bära ut mattorna	<input type="checkbox"/> Städar inte alls eller får hjälp med något av ovanstående	

Underlag för ADL-trappan har hämtats ur boken "ADL-trappan" av Kerstin Hulter-Åsberg, Studentlitteratur.

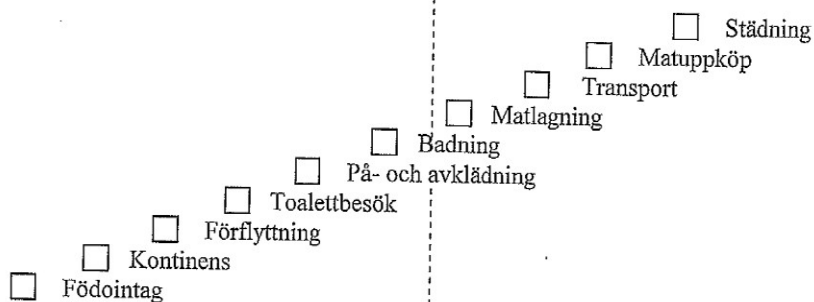


ADL-trappan

Kryssa i de aktiviteter där personen är beroende och beräkna ADL-nivån

P-aktiviteter = Personliga aktiviteter

I-aktiviteter = Instrumentella aktiviteter



ADL-nivå efter beräkning

Förs över till framsidan under rubriken Steg.

Manual

- Steg 0 = Oberoende vid alla tio aktiviteter
- Steg 1 = Beroende vid en av de 10 aktiviteterna
- Steg 2 = Beroende vid städning och en aktivitet till
- Steg 3 = Beroende vid städning, matuppköp och en aktivitet till
- Steg 4 = Beroende vid städning, matuppköp, transport och en aktivitet till
- Steg 5 = Beroende vid alla I-aktiviteter och vid en P-aktivitet
- Steg 6 = Beroende vid badning och en P-aktivitet till
- Steg 7 = Beroende vid badning, på- avklädning och en aktivitet till
- Steg 8 = Beroende vid badning, på- avklädning, toalettbesök och en aktivitet till
- Steg 9 = Beroende vid badning, på- avklädning, toalettbesök, förflyttning och en P-aktivitet till
- Steg 10 = Beroende vid samtliga tio aktiviteter
- Övriga = Beroende vid en eller flera aktiviteter, men ej klassificerbara enligt ovan

Bilaga 2

**GMF®**  
**Generell Motorisk Funktionsbedömning**  
 AG Åberg 2000

Bed.datum:  
 Sjg.  
 Restriktioner:

Persnr:  
 Namn:

Diagnos:

Funktion/förmåga (fkn)	Observerat hjälpberoende			Rapport smärta		Rapport tryggh		Kommentar
	Klarar ej/förhjälp-beroende av 2	Klarar ej/förhjälp-beroende av 1	Självständig	Smärta	Smärft	Otrygg	Trygg	
A Vända sig i liggande i säng								Va/Hö
B Sätta sig upp från liggande								Va/Hö
C Lägga sig ner från sittande								Va/Hö
D Förflyttning från säng till stol								Va/Hö
E Med valfri hand beröra vä stortå								Va/Hö
F Med valfri hand beröra hö stortå								Va/Hö
G Ställa sig upp från sittande								Med/utan stöd
H stå mer än 10 sek.								Med/utan stöd
I Förflyttning inomhus 10 m.								Hjälpmedel
J Förflyttning i trappa upp/ner 7 trappsteg								Gånghastighet Med/utan stöd
K Förflyttning utomhus 25 m.								Hjälpmedel
L Föra vä hand till munnen								
M Föra hö hand till munnen								
N Lägga vä hand på huvudet								
O Lägga hö hand på huvudet								
P Lägga vä hand på ryggen								
Q Lägga hö hand på ryggen								
R Hälsningsgrepp med vä hand								
S Hälsningsgrepp med hö hand								
T Pincettgrepp om papper med vä tumme/pekfinger								
U Pincettgrepp om papper med hö tumme/pekfinger								
Peängsamma:								

Anteckningar

---



---



---



---



---



---

## Bilaga 2

Markera, genom att kryssa i en ruta i varje nedanstående grupp (så här ) , vilket påstående som bäst beskriver Ditt hälsotillstånd i dag.

### Rörlighet

- Jag går utan svårigheter
- Jag kan gå men med viss svårighet
- Jag är sängliggande

### Hygien

- Jag behöver ingen hjälp med min dagliga hygien, mat eller påklädning
- Jag har vissa problem att tvätta eller klä mig själv
- Jag kan inte tvätta eller klä mig själv

### Huvudsakliga aktiviteter (t ex arbete, studier, hushållssysslor, familje- och fritidsaktiviteter)

- Jag klarar av mina huvudsakliga aktiviteter
- Jag har vissa problem med att klara av mina huvudsakliga aktiviteter
- Jag klarar inte av mina huvudsakliga aktiviteter

### Smärtor/besvär

- Jag har varken smärtor eller besvär
- Jag har måttliga smärtor eller besvär
- Jag har svåra smärtor eller besvär

### Oro/nedstämdhet

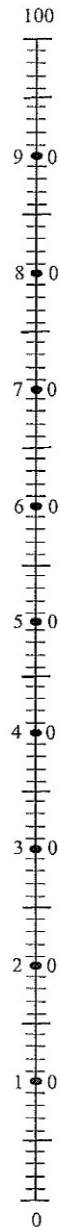
- Jag är inte orolig eller nedstämd
- Jag är orolig eller nedstämd i viss utsträckning
- Jag är i högsta grad orolig eller nedstämd

Till hjälp för att avgöra hur bra eller dåligt ett hälsotillstånd är, finns den termometer-liknande skalan till höger. På denna har Ditt bästa tänkbara hälsotillstånd markerats med 100 och Ditt sämsta tänkbara hälsotillstånd med 0.

Vi vill att Du på denna skala markerar hur bra eller dåligt Ditt hälsotillstånd är, som Du själv bedömer det. Gör detta genom att dra en linje från nedanstående ruta till den punkt på skalan som markerar hur bra eller dåligt Ditt nuvarande hälsotillstånd är.

**Ditt  
nuvarande  
hälsotillstånd**

Bästa  
tänkbara  
hälsotillstånd



Sämsta  
tänkbara  
hälsotillstånd

## Bilaga 4

Namn: \_\_\_\_\_ Personnummer: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

### Planerade insatser vid utskrivning från sjukhuset

<b>Socialarbetare (Mariehamns stad)</b>	
Namn: Anne Lindholm	Telefon: 531737

<b>Hemtjänst (Mariehamns stad)</b>	
Insatser i hemmet:	
Namn:	Telefon:

<b>Sjukskötare (hemsjukvården, ÅHS)</b>	
Insatser i hemmet:	
Namn:	Telefon:

<b>Fysio/ergoterapeut HemRehab (Mariehamns stad)</b>	
Insatser i hemmet:	
Namn: Ulrika Lindén, fysioterapeut Agneta Jansson, ergoterapeut Victoria Åkerblom, fysioterapeut	Telefon: 531769 531767 531765

# Bilaga 4

MARIEHAMNS  
STAD



Äldreomsorgen

Datum: \_\_\_\_\_

## Teamträff

Hemtjänstgrupp: \_\_\_\_\_

Ärenden:

Avvikelser/fallrapporter:

1. \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

Övriga frågor:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Åtgärder/vem gör vad:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



TEAMET:

Närvårdare



Sjukskötare  
HSV Tel. 538455



Dietist  
Tel. 734



Fysioterapeut  
Tel. 765, 769



Ergoterapeut  
Tel. 767



# MIN PLAN

Namn: \_\_\_\_\_ Datum start: \_\_\_\_\_

## MITT MÅL ÄR:

---

---

---

För att nå mitt mål behöver jag kunna:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

Jag tränar:	Själv/tillsammans med:	När:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Övriga anteckningar:

---

---

---

---