



SVEDALA KOMMUN

Delrapport

Projekt Hemrehabilitering  
i  
Svedala kommun 2007-2009

– Projekt Lönnen

Karin Valastig, leg arbetsterapeut  
Anki Mohlin, leg sjukgymnast  
Kyoko Wada, leg sjukgymnast

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING .....	2
BAKGRUND.....	2
SYFTE.....	3
PROJEKTMÅL.....	3
METOD.....	3
Urval.....	3
Rehabilitering.....	4
Instrument och datainsamling.....	5
RESULTAT.....	6
2008.....	6
Antal patienter och diagnoser.....	6
Status.....	6
Hemtjänstimmar.....	6
2009.....	6
Antal patienter och diagnoser.....	6
Status.....	7
Hemtjänstimmar.....	7
DISKUSSION .....	13
Arbetsätt .....	13
Resultat .....	13

## SAMMANFATTNING

Svedala Kommun kunde starta hemrehabilitering som ett projekt efter att sökt och fått stimulansmedel från Socialstyrelsen 2007. Projektet startade 080401 och pågår tom 100630. Nya tjänster av rehabpersonal tillsattes: 1,5 tjänst sjukgymnast och 0,5 tjänst arbetsterapeut.

Svedala Kommun ville erbjuda en ökad möjlighet till självständighet och trygghet för vårdtagaren /patienten. Urvalsgruppen var personer som bor i ordinärt boende, skrivna i Svedala Kommun med nya eller förändrade bostadsbeslut enligt SOL.

Med fler tillsatta tjänster av arbetsterapeut och sjukgymnast blev det möjligt att genomföra hemrehabilitering. Resultatet visar på markant ökade funktions- och aktivitetsstatus, trygghet för vårdtagaren/patienten och ett klart minskat användande av kommunala insatser.

## BAKGRUND

Socialstyrelsen (2003) har belyst den problematik som finns inom svensk äldreomsorg, kring att äldres rehabiliteringsbehov inte tillgodoses. Äldre som inte får rehabiliteringsinsatser i den utsträckning de har behov av, riskerar att förlora förmågan att klara av vardagliga aktiviteter och därmed bli beroende av hjälp från hemtjänst.

Antal äldre i samhället kommer att öka framöver. Eftersom sjukdomsriskerna ökar med åldern kommer antal sjuka personer också att öka.

Svedala kommun sökte stimulansmedel från Socialstyrelsen för år 2007 och 2008. Kommunen beviljades 1280000 kronor och målet var att initiera hemrehab. Detta skulle ske genom förstärkning av rehabpersonal med 0,5 arbetsterapeut och 1,5 sjukgymnast. Projektet startade 2008-04-01 och förlängdes ett och halvt år, t.o.m. 2010-06-30.

I Svedala kommuns Vård och omsorgsplan 2008-2011 är ett övergripande mål att vård och omsorg ska "främja den enskildes möjligheter att bo kvar i ordinärt boende med bibehållen livskvalitet".

Idag minskar sjukhusets vårdtid. Detta leder till att kommunen kallas till samordnad vårdplanering innan vårdtagaren är i sitt habituell tillstånd. Biståndsbedömning vid hemgång från sjukhusvård eller korttidsvård sker när vårdtagaren ej är i sitt habituell tillstånd. Den tidiga bedömningen medför sannolikt att en del personer beviljas mer hemtjänststimmar än det behövs. Med rehabilitering i hemmet och fortsatta bedömningar, är chanserna stora att hemtjänstinsatser kan minskas eller avvecklas helt.

En studie visar enligt en FoU rapport av leg. arbetsterapeut Magnus Zingmark att en stor andel av brukare som söker hjälp för att tvätta sig, klarar sig utan hemtjänst efter arbetsterapeutiska insatser. Biståndshandläggarens underlag till bistånd sker ofta genom intervju, medan en bedömning i den faktiska aktiviteten och/eller träning kan ge ett helt annat underlag.

En projektgrupp tillsattes hösten 2007 med Eva Sohlberg, enhetschef, som projektledare. Projektgruppen bestod av enhetschef på korttidsboende, enhetschef för biståndshandläggare, enhetschef för hemtjänsten, sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, biståndshandläggare samt två undersköterskor från hemtjänsten.

Vår intension att starta projektet försenades kraftigt på grund av svårigheter med tjänstetillsättning av rehabpersonal och projektledare. Projektledaren slutade mitt i projektets gång (våren 2008) vilket gjorde att vi fick en ny projektledare, Anita Persson, som skulle sättas in i arbetet.

Svedala inspirerades av Ystad kommuns hemrehab som har varit här och berättat om sin organisation. Där arbetar all rehabpersonal med hemrehab och hemtjänstpersonalen har fått ett rehabiliterande synsätt. Biståndsbeslut ges på 14 dagar för att sedan följas upp. Deras resultat visar att träning ger vårdtagaren ökad självständighet och behovet av hemtjänst minskar betydligt.

Projektgruppen har även inspirerats från Maritha Månssons bok: Hemrehabilitering: vad, hur och för vem?

Verksamheten för rehabpersonalen före 2008 såg ut enligt följande: 2,5 % sjukgymnast och 4,62 % arbetsterapeut. Arbetssättet var så att allas tjänsters ansvar fanns både på särskilt/ordinärt boende. Behövde någon patient intensiv rehabilitering beviljades oftast korttidsplats. Rehabilitering kunde erbjudas av arbetsterapeut/sjukgymnast någon enstaka gång per vecka. Rehabpersonalen åkte till de vårdplaneringar på sjukhuset, som berörde deras distrikt, men hade inte möjlighet att delta i alla.

## SYFTE

Syftet med intensifierad rehabilitering i hemmet är att erbjuda en ökad möjlighet till självständighet och trygghet för vårdtagaren/patienten.

## PROJEKTMÅL

- Att hjälpa människor att öka sina fysiska förmågor för att kunna fortsätta bo i ordinärt boende.
- Att när behov finns erbjuda intensifierad rehabilitering i hemmet då nya eller förändrade biståndsbeslut tas.
- Att på sikt minska behovet av kommunala insatser hos vårdtagaren/patienten.
- Att hemtjänstpersonalen praktiskt ska kunna omsätta sina kunskaper i vardagsrehabilitering.
- Att minska behovet av korttidsplats.
- Att vårdtagaren/patienten ökar sin funktionsförmåga och klarar sina vardagliga aktiviteter med ökad självständighet.
- Att erbjuda anhöriga stöd för att få en fungerande vardag för vårdtagaren/patienten.

## METOD

### Urval

Urvalsgruppen är personer skrivna i Svedala Kommun som bor i ordinärt boende, med nya eller förändrade biståndsbeslut enligt SOL. Avgränsningen mot regionen, att personer som själv eller med hjälp av assistans/ledsagare kan ta sig till regionens primärvård gäller som tidigare. Kommunen har ansvar för de personer som inte kan ta sig till regionens primärvård.

Personen måste vara motiverad att delta i den aktiva rehabiliteringen och orka med intensiv, daglig träning.

För att ingå i hemrehab 2008 skulle man ha behov av både sjukgymnast och arbetsterapeutinsats. Vi ändrade arbetssätt 2009 på så sätt, att för att ingå i hemrehab behöver man inte ha behov av både sjukgymnast och arbetsterapeutinsats. Oftast behövs insats från båda yrkesgrupperna, ibland behövs bara den ena yrkesgruppens insats. Urvalet har skett på vårdplaneringar på sjukhuset, teamträff och från korttidsavdelningen.

Vårdplanering både på sjukhuset, i hemmet eller jämförbart ska göras av biståndshandläggare, sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast. Innan hemrehab startade hade vi som arbetsterapeut och sjukgymnast inte möjlighet att delta i alla vårdplaneringar. För att likrikta vårdplaneringarna utarbetades en mall (bilaga 1). Efter vårdplaneringen får vårdtagaren en minnesanteckning vad man kommit överens om. Ärendena diskuteras på teamträffen\*. Biståndsbeslut ges som tidigare enligt SOL men på kort tid ca 14 dagar. Hemrehabinsatserna kostar inget för patienten.

\*Teamträff= möte en gång/vecka med biståndshandläggare, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, enhetsledare och gruppleadare för hemtjänst där aktuella vårdtagare diskuteras.

## Rehabilitering

Rehabiliteringsplaner görs upp efter vårdtagarens mål. Träningen läggs upp efter detta och består av ADL-träning (aktiviteter i det dagliga livet) på morgonen: förflyttning, på/avklädning, personlig hygien, träning att göra frukost mm. ADL-träning kan ske på dagen med t ex hushållsträning, träning att sköta tvättmaskinen mm. Senare på dagen kan träningen bestå av förflyttning-, gång-, balans-, trapp- och styrketräning.

Genom utökade resurser för arbetsterapeut och sjukgymnast ska Svedala kommun erbjuda en intensifierad träning och rehabilitering för vårdtagare i hemmet, i van miljö.

Hemrehabilitering startade kommunövergripande hos arbetsterapeuter och sjukgymnaster 080401. Resursförstärkning av 75 % sjukgymnast startade 080501 och 50% arbetsterapeut startade 080818. Ytterligare 75 % sjukgymnast var sedan tidigare anställd i kommunen. Arbets sättet implementerades i kommunen innan start. Från och med 090101 har arbetsterapeut tjänsten varit 75 % istället för 50 %.

Rehabiliteringen utfördes av alla arbetsterapeuter och sjukgymnaster i hela kommunen under 2008. Under 2009 ändrades arbets sättet på så sätt att hemrehabiliteringen utfördes av en arbetsterapeut och en sjukgymnast, som jobbar kommunövergripande. Detta för att öka antalet hemrehabpatienter, jämfört med 2008.

Tjänsterna har varit totalt ca 150 %. Den arbetsterapeut och sjukgymnast som jobbar med hemrehab, deltar även i alla vårdplaneringar på sjukhuset, utom på de patienter som ska vårdas palliativt.

En resursförstärkning av arbetsterapeut och sjukgymnast har skett under 2009 på korttidsavdelningen för att försöka minska vårdtiden. En omfördelning av tjänsterna har skett över resten av kommunen och detta har gett mer kvalitet för rehabiliteringen i Svedala kommun.

Distriktssköterskan ska även vara en resurs i rehabiliteringsteamet. Arbets sättet ska vara en kombination av rehabpersonalens egna insatser kombinerat med intensifierad handledning av omvårdnadspersonalen med speciellt fokus på vardagsrehabilitering\*. Först efter den inledande rehabiliteringsperioden görs en bedömning av fortsatta behov av hemtjänst och HSL-insatser.

Vårdtagaren erbjuds intensiv träning under ca 14 dagar efter det behov som rehabiliteringsbedömningen visar. Ny vårdplanering med nytt bedömningsunderlag av biståndet görs efter ca 14 dagar. Eventuellt förlängs rehabperioden ytterligare efter detta dock maximalt 1 månad.

En rehabplan upprättas tillsammans med vårdtagaren, som innehåller mål och delmål. En ADL-guide (bilaga 2) har gjorts till hemtjänstpersonalen, där det står vad patienten klarar och inte klarar samt mål och delmål.

Hemtjänstpersonalen kommer att få utökad handledning och daglig kontakt med arbetsterapeut och sjukgymnast, för att öka deras kompetens inom vardagsrehabilitering.

En rehabutbildning på 16 timmar har genomförts under hösten 2008, för 12 undersköterskor i hemtjänsten. Denna leddes av sjukgymnast, arbetsterapeut och sjuksköterska. En rehabutbildning planerades att genomföras även 2009, men det fanns inte möjlighet på grund av för många andra inplanerade utbildningar.

En föreläsning om hemrehabilitering har hållits av Magnus Zingmark, arbetsterapeut från Östersund för all vård och omsorgspersonal under våren 2008. I Östersund har man arbetat med hemrehabilitering sedan 1999.

\*Med vardagsrehabilitering avses: stöd att träna upp sig genom att utföra vardagliga aktiviteter t ex gång och förflyttningar inomhus, på- och avklädning, dusch/personlig hygien, laga mat, ta mediciner mm. Denna insats kan utföras av all personal.

## Instrument och datainsamling

HSL personal gör bedömning av medicinska insatser och/eller rehabiliteringsbehov.

Aktivitetsbedömning och funktionsbedömning av arbetsterapeut och sjukgymnast erbjuds. Följande validerade instrument har använts i utvärderingen. Sjukgymnasten

använder TUG\*\* och FBG4\*\*\*. Arbetsterapeuten använder ADL-taxonomin\*\*\*\*, samt på vissa patienter under 2009 COPM\*\*\*\*\*. Bedömning har gjorts vid hemrehabperiodens start, efter 14 dagar samt efter 3 månader,

\*\*TUG är ett funktionstest (mäter balans, gång och funktionell rörelseförmåga) och mäts i antal sekunder det tar att utföra ett standardiserat moment.

\*\*\*FBG4 är ett instrument som mäter balans och ju högre värde desto bättre balans. FBG4 har ett maxvärde på 24 poäng.

\*\*\*\*ADL-taxonomin som mäter grad av beroende av stöd och hjälp för att klara av olika aktiviteter i dagligt liv (ADL) mäts i två dimensioner och har följande maxvärde: P-ADL max 31 poäng, I-ADL max 16 poäng. Högre ADL-poäng indikerar mer oberoende. P-ADL=personlig ADL dvs äta och dricka, förflyttning, toalettbesök, på- avklädning, personlig hygien, övrig kroppsvård och kommunikation. I-ADL= instrumentell ADL dvs resor, matlagning, inköp, städning och tvätt.

\*\*\*\*\*COPM (canadian occupational performance measure). Detta är ett mätinstrument där man konstaterar självupplevd förändring av aktivitetsutförande över tid.

En patient enkät med 3 frågor lämnas första veckan vårdtagaren ingår i hemrehab, efter 14 dagar samt efter 3 månader (bilaga 3). Enkätundersökning till hemtjänstpersonalen gjordes i maj 2008 och augusti 2009 för att undersöka bla hur deras kunskaper i vardagsrehabilitering är samt hur ofta de träffar sjukgymnast/arbetsterapeut (bilaga 4).

## RESULTAT

### 2008

#### Antal patienter och diagnoser

Antal hemrehabpatienter: 10 stycken varav 6 inkluderades från sjukhuset och 4 från korttidsplats. Medelåldern var 83,2 år. Den yngsta som deltog var 76 år och den äldsta 90 år. Diagnoser: 2 stroke, 2 höftfrakturer, 2 kotkompressioner och 4 hade blandade diagnoser med bl.a. hjärtproblem, bältros, bäckenfraktur, inflammation i bukspottskörteln. Fyra patienter föll bort i status och utvärdering vid 3-månadersuppföljning, eftersom en återvänt till sjukhus, en till korttidsplats, en hade flyttat till särskilt boende och en hade avlidit.

#### Status

Redan efter två veckor då interventionen avslutades kunde ses en 56 % förbättring av resultatet i instrumentet Time-Up-and-Go (TUG), från 45,5 till 19,75 sekunder, och en lika stor förbättring av balansen (mätt med FBG4) från 8,0 till 12,5 poäng. ADL-taxonomin visade på en markant förbättring av ADL-förmågan efter två veckor då genomsnittspoängen ökade från 21,5 till 26,5 för P-ADL(=20% ökning) och från 3,0 till 5,75 (=48% ökning) gällande I-ADL.

Tre månader efter interventionens start hade alla instruments poängvärde ytterligare förbättrats. Genomsnittspoängen på TUG var efter 3 månader 14,5 sekunder, på FBG4 17,0 poäng, P-ADL 29,5 samt I-ADL 9,5 poäng. Detta innebär bl.a. en genomsnittlig reducering på 68 % av TUG-poängen från första mätningen, och ungefär en fördubbling av genomsnittspoängen på FBG4 sedan första mätningen.

#### Hemtjänstimmar

Vid första mättillfället var medelvärdet av hemtjänstimmar gällande heminsatser (dvs personlig omvårdnad) 64,14 timmar/månad. Antal hemtjänstimmar har reducerats med ungefär två tredjedelar efter 2 veckor vad gäller heminsatserna. Efter 3 månader ses en ytterligare minskning. Total minskning är 76 % på heminsatserna. Serviceinsatserna (dvs städning, tvätt och inköp) har inte minskat lika mycket men man kan ändå se en minskning.

### 2009

#### Antal patienter och diagnoser

Antal hemrehabpatienter: 34 stycken varav 23 inkluderades från sjukhuset, 8 från korttidsplats och 3 initierades vid teamträff. 28 stycken fick bedömning och intensiv träning. På 6 personer gjordes endast bedömning av underlag till bistånd. Medelåldern var 79,7år. Den yngsta som deltog var 62 år och den äldsta 100 år.

Diagnoser: 5 stroke, 10 höftfrakturer, 6 andra frakturer, 2 hjärtopererade och 11 med blandade diagnoser tex lunginflammation, njursjuk, magoperation, oklar infektion mm.

24 vårdtagare hade insatser av båda yrkesgrupperna. 4 vårdtagare hade endast insats av sjukgymnast, 6 endast insats av arbetsterapeut. Resten dvs. 5 vårdtagare hade ingen insats av hemtjänst alls varken före eller efter hemrehabperioden.

I utvärderingen av interventionen framkom att den hade haft effekt på flertalet områden; såväl balans, funktionsförmåga, och förmåga att klara av olika aktiviteter i dagligt liv (ADL).

### Status

Redan efter två veckor då interventionen avslutades kunde ses en 35 % förbättring av resultaten i instrumentet Time-Up-and-Go (TUG), från 45,1 till 29,4 sekunder, och en 35 % förbättring av balansen (mätt med FBG4) från i genomsnitt 8,9 till 12,0 poäng. ADL-taxonomin visade på en markant förbättring av ADL-förmågan då genomsnittspoängen ökade från 21,8 till 24,3 (11 % ökning) för P-ADL och från 2,5 till 3,6 gällande I-ADL (31 % ökning).

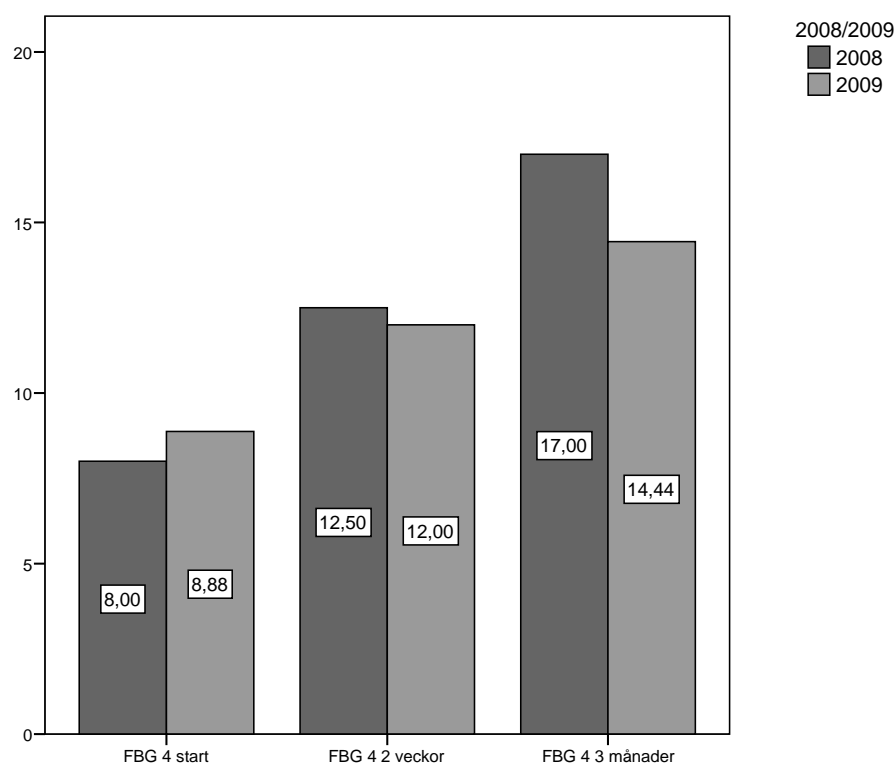
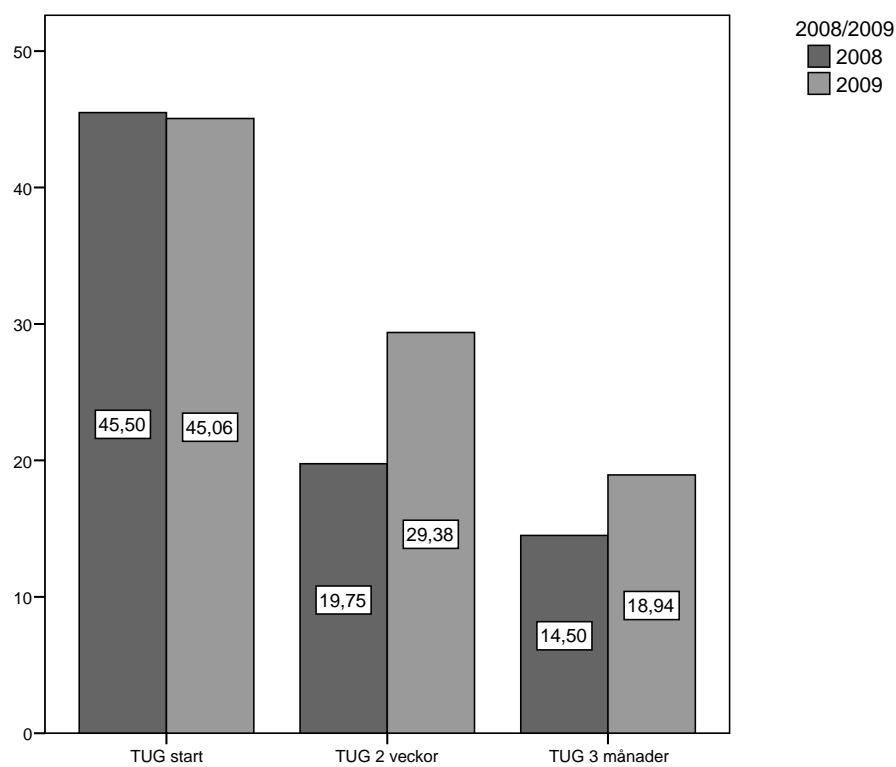
Tre månader efter interventionens start hade alla instruments poängvärde ytterligare förbättrats. Genomsnittspoängen på TUG var efter 3 månader 18,9 sekunder, på FBG4 14,4 poäng, P-ADL 26,2 samt I-ADL 5,1 poäng. Detta innebär bl.a. en genomsnittlig reducering på 58 % av TUG-poängen från första mätningen, och ungefär en 62 % ökning av genomsnittspoängen på FBG4 sedan första mätningen.

COPM har varit en grund för rehabplanen och har inte redovisats i resultatet.

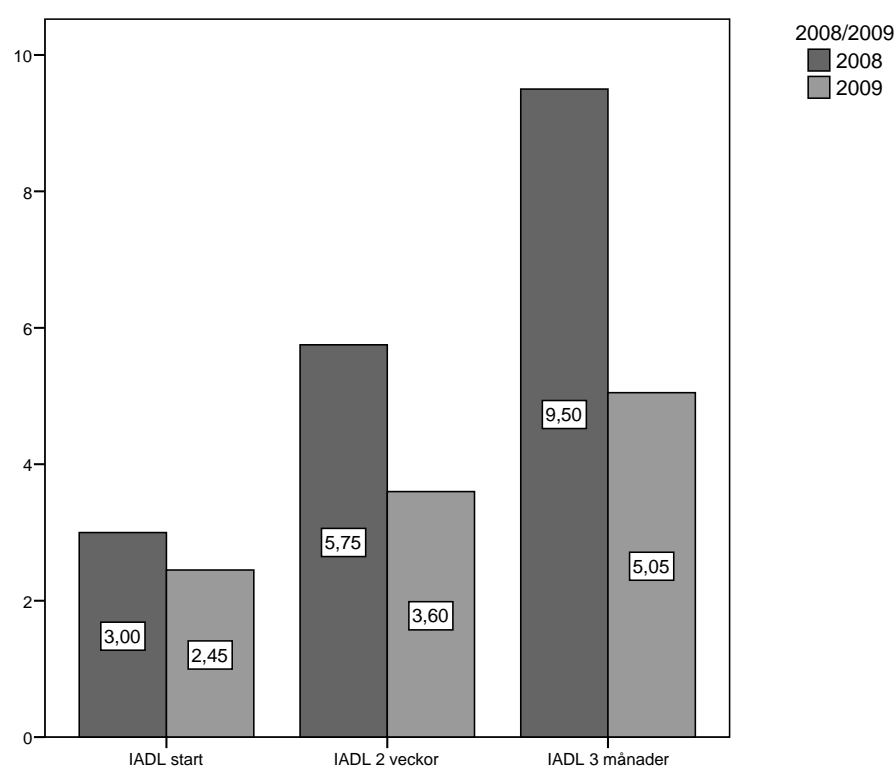
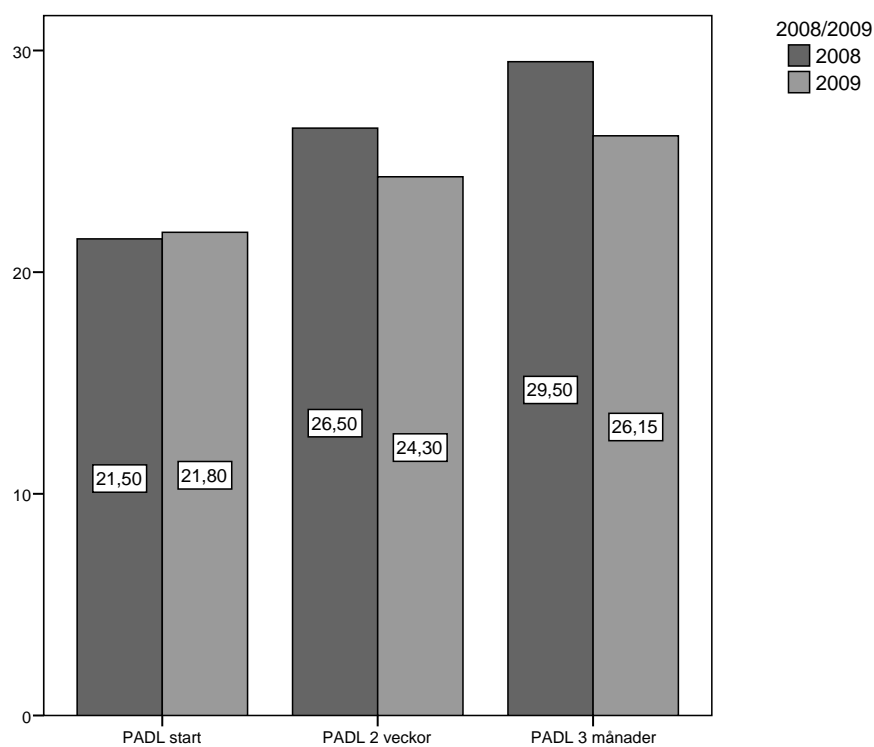
### Hemtjänsttimmar

Vid första mättillfället var medelvärdet av hemtjänsttimmar gällande heminsatser 31,1 timmar/månad. Efter 2v hade timmarna reducerats med 16 %. Antal hemtjänsttimmar per månad minskade från i snitt 31,1 timmar vid interventionens start till 19,1 timmar efter 3 månader, vilket är en genomsnittlig minskning med 38 %. Den genomsnittliga förändringen i serviceinsatser var obetydligt men var också på en så låg nivå som i snitt 1.6 timmar per månad vid interventionens start.

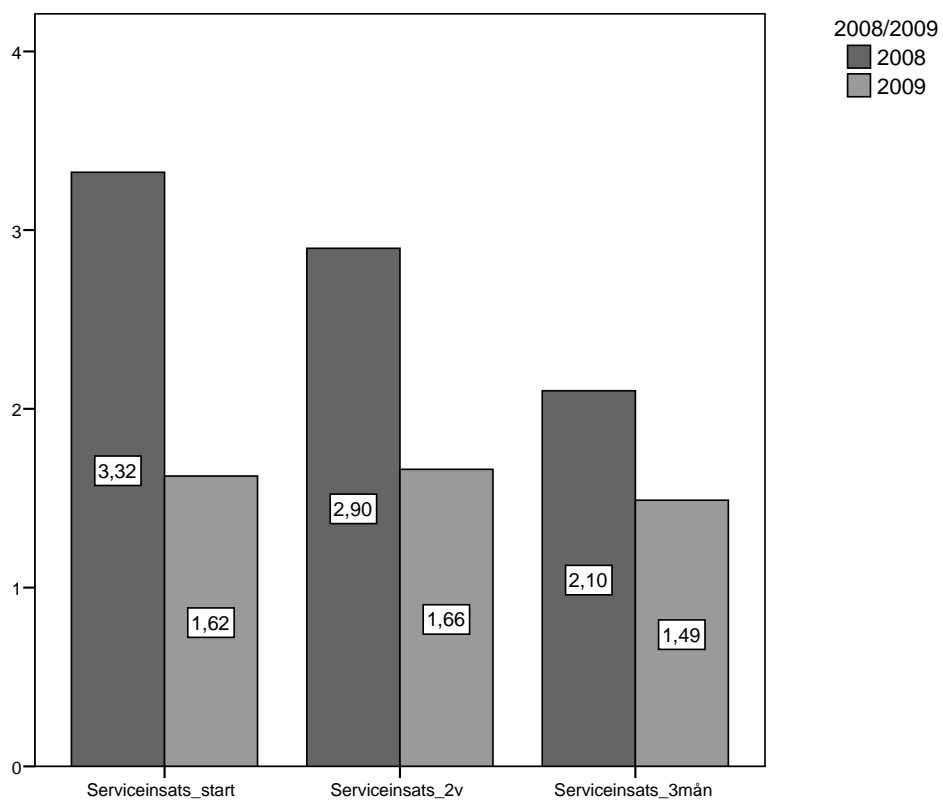
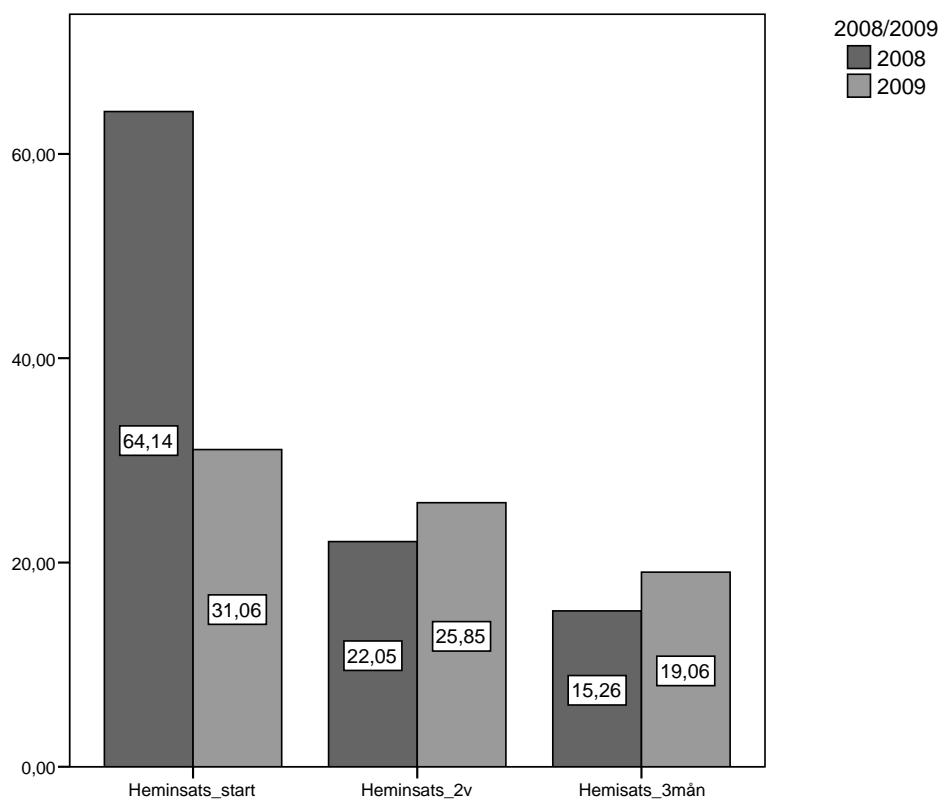
## TUG och FBG4 /månad



## ADL-taxonomi/månad



## Heminsatser timmar/månad/person



## Patientenkät 2008

	Baseline-mätning N=6	2 veckors uppföljning N=7	3 månaders uppföljning N=5
Hur upplever du att du klarar dina vardagliga aktiviteter? n= (%)			
- Utmärkt	1 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
- Mycket bra	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
- Bra	1 (16,7)	4 (57,1)	5 (100)
- Mindre bra	3 (50,0)	3 (42,9)	0 (0,0)
- Dåligt	1 (1,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
Hur känns det för dig att vara hemma just nu? n= (%)			
- Helt tryggt	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (20,0)
- Tryggt	2 (33,3)	5 (71,4)	3 (60,0)
- Varken tryggt eller otryggt	3 (50,0)	2 (28,6)	1 (20,0)
- Otryggt	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
- Mycket otryggt	1 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
Hur upplever du att dina förutsättningar är för att bo kvar hemma? n= (%)			
- Utmärkta	0 (0,0)	1 (14,3)	1 (20,0)
- Bra	3 (50,0)	5 (71,4)	4 (80,0)
- Varken bra eller dåliga	1 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
- Mindre bra	1 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
- Dåliga	1 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)

## Patientenkät 2009

	Baslinje- mätning (N=25)	2 veckors uppföljning (N=24)	3 månaders uppföljning (N=23)
Hur upplever du att du klarar dina vardagliga aktiviteter? n (%)			
- Utmärkt	1 (3.6)	0 (14.3)	2 (7.1)
- Mycket bra	1 (3.6)	4 (46.4)	2 (7.1)
- Bra	9 (32.1)	13 (21.4)	13 (46.4)
- Mindre bra	11 (39.3)	6 (3.6)	5 (17.9)
- Dåligt	3 (10.7)	1 (3.6)	1 (3.6)
Hur känns det för dig att vara hemma just nu? n (%)			
- Helt tryggt	4 (14.3)	4 (14.3)	7 (25.0)
- Tryggt	14 (50.0)	14 (50.0)	11 (39.3)
- Varken tryggt eller otryggt	5 (17.9)	4 (14.3)	4 (14.3)
- Otryggt	2 (7.1)	2 (7.1)	1 (3.6)
- Mycket otryggt	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Hur känns det för dig att vara hemma just nu? n (%)			
- Helt tryggt	4 (14.3)	4 (14.3)	7 (25.0)
- Tryggt	14 (50.0)	14 (50.0)	11 (39.3)
- Varken tryggt eller otryggt	5 (17.9)	4 (14.3)	4 (14.3)
- Otryggt	2 (7.1)	2 (7.1)	1 (3.6)
- Mycket otryggt	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Hur upplever du att dina förutsättningar är för att bo kvar hemma? n (%)			
- Utmärkt	3 (10.7)	7 (25.0)	6 (21.4)
- Bra	18 (64.3)	11 (39.3)	13 (46.4)
- Varken bra eller dåligt	1 (3.6)	4 (14.3)	1 (3.6)
- Mindre bra	2 (7.1)	2 (7.1)	3 (10.7)
- Dåliga	0 (0)	0 (0)	0 (0)

## DISKUSSION

### Arbetsätt

I Svedala kommun har arbetsterapeuter och sjukgymnaster en tradition att jobba rehabiliteringsinriktat. Med hjälp av stimulanspengar som gav resursförstärkning av arbetsterapeut/sjukgymnast, kunde hemrehabprojektet genomföras. Rehabpersonalen kunde arbeta mer intensivt med de patienter som var i behov av rehabilitering och mäta resultat med validerade instrument.

Utan resursförstärkning av tjänsterna hade rehabpersonalen bara kunnat erbjuda rehabilitering någon gång per vecka, vilket är vad distriktets arbetsterapeut/sjukgymnast annars kan erbjuda. Med allt kortare vårdtider på sjukhuset, då man inte alltid har nått sitt habitualtillstånd vid utskrivning, krävs mer rehabpersonal i kommunerna. Med rehabilitering kan vårdtagaren träna upp sina förmågor och klara sig mer självständigt i sitt dagliga liv.

År 2008 hade vi 10 patienter i hemrehab. Detta var färre än förväntat. Under 2009 hade vi 34 patienter i hemrehab. Förklaringen till ökningen av antalet patienter berodde på att vi ändrade arbetsätt, så att en arbetsterapeut och en sjukgymnast jobbar med hemrehab och vårdplaneringar. Eftersom det är samma arbetsterapeut och sjukgymnast som deltar i vårdplaneringar på sjukhuset, görs likvärdiga bedömningar, vilket är en stor vinst. Mycket beror på patientens egna mål och vad denna orkar med att träna. I hemrehab görs rehabplaner tillsammans med patienten med mål och delmål. Detta gör patienten delaktig i sin rehabilitering och förtydligar patientens egen förmåga.

Att samma arbetsterapeut och sjukgymnast deltar i alla vårdplaneringar, ger patienten trygghet genom att vi möter upp och gör bedömning när han/hon kommer från sjukhuset. Kommunikationen och samarbetet med biståndshandläggare, sjuksköterska och sjukhus blir bättre, vilket ökar professionaliteten. Resurserna i hemrehab har gett möjlighet att arbeta på detta sätt. Utan resurserna hade detta inte kunnat genomföras. Ett utvecklingsförslag är att bilda ett vårdplaneringsteam, så att samma sjuksköterska och biståndshandläggare också ingår i teamet.

### Resultat

Resultatet visar tydligt att hemrehab verkligen har kunnat hjälpa människor att förbättra sina fysiska förmågor, samt deras förmåga att klara sina dagliga aktiviteter. Med våra mätinstrument kunde vi påvisa att balansen förbättrades redan efter två veckor. Förmågan att utföra de dagliga aktiviteterna ökade markant. Vid den sista uppföljningen efter tre månader hade alla instruments poängvärde ytterligare förbättrats. Detta visar att funktions- och aktivitetsförmågan även ökar på längre sikt. Detta gör att fler kan fortsätta att bo kvar i sitt ordinära boende, leva ett aktivt liv och känna sig trygga i sitt boende.

Detta stämmer helt överens med Svedala kommuns Vård och omsorgsplan 2008-2011 där ett övergripande mål är att vård och omsorg ska "främja den enskildes möjligheter att bo kvar i ordinärt boende med bibehållen livskvalitet". Ett annat övergripande mål är att vård och omsorg ska "främja att den enskilde kan leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag".

Resultaten visar att det nya arbetsättet i hemrehab med kortare biståndsbeslut, funktions- och aktivitetsbedömning/träning samt upprättande av rehabplaner leder till ett minskat behov av hemtjänstinsatser.

Det anmärkningsvärda är att beviljade hemtjänstinsatser har halverats från 2008 till 2009, trots att aktivitets- och funktionsstatusen är likvärdiga. Detta kan ha flera olika förklaringar.

När hemrehab erbjuds får vårdtagaren möjlighet att träna upp sin aktivitets- och funktionsförmåga och blir därför mindre beroende av hemtjänst. Det nya arbetssättet i hemrehab med uppföljning och ny vårdplanering i hemmet efter 14 dagar och 3 månader, gör att fler hemtjänstinsatser kan minskas fortare. Det hade varit intressant att se om hemtjänstinsatserna fortsätter att minska ytterligare, tex skulle en ny uppföljning kunna göras efter 6 månader.

Av de personer som ingick i hemrehab 2008 var 89 % ensamboende jämfört med 70 % 2009 . Forskning visar att ensamboende ofta beviljas mer hemtjänst än andra. Det låga antal patienter som deltog 2008 ger ett mindre tillförlitligt resultat både på status och hemtjänsttimmar.

Innan hemrehab fanns, beviljades ofta mer insatser än vad som verkligen behövdes, för att vårdtagaren skulle känna sig trygg vid utskrivning från sjukhuset. Det är svårt för patienten att veta vilka insatser man behöver från kommunen, när man vårdplanerar på sjukhuset. Det kan även vara svårt att ta bort hemtjänstinsatser i hemmet, som man redan har beviljats.

Hemrehabilitering ger patienterna trygghet. Enkäterna till patienterna visar att tryggheten upplevs stor, fastän man inte klarar sina dagliga aktiviteter så bra, när man precis kommit hem från sjukhuset. Tryggheten ökar ännu mer under hemrehabperioden. Detta stämmer helt överens med hemrehab:s syfte.

Att all rehabpersonal skulle jobba närmre hemtjänsten med daglig handledning var något som var svårt att genomföra. Detta är något att jobba vidare med om hemrehab permanentas som arbetssätt. Det är viktigt att patienterna får bibehålla eller öka sina förmågor att klara sina dagliga aktiviteter. Maritha Månsson som är medicinskt ansvarig för rehabilitering i Östersund (MAR) poängterar i sin bok om hemrehabilitering, att hemrehabilitering innefattar *all* personal som arbetar inom vård och omsorg, inte bara rehabpersonalen. Det rehabiliterande arbetssättet måste genomsyra hela organisationen.

Rehabiliteringsutbildning behövs för att sprida det rehabiliterande arbetssättet. En ny rehabutbildning planeras att genomföras under 2010.

Kontinuitet krävs hos hemtjänsten för att man ska kunna följa ett rehabiliteringsförlopp. Kontinuiteten hos hemtjänsten är inte optimal i dagsläget. Utan kontinuitet kan det vara svårt för hemtjänsten att se när patienten har förbättrats, och en insats inte behövs längre. I ett rehabiliteringsförlopp är det viktigt att alla vet vilka mål patienten har och vilka mål man ska arbeta efter.

Rehabilitering är en i tid begränsad insats och insatserna kan kräva mycket tid i inledningsfasen, som sedan tas bort efter hand som patienten förbättras. Med nuvarande resurser i hemrehab kan vi erbjuda 14 dagars rehabilitering. Har patienten långsiktiga mål som kräver mer tid, har vi inte haft några möjligheter att tillgodose detta. En utveckling vidare av hemrehab kan vara, att en eller flera undersköterskor kan arbeta som rehabiliteringsombud. Många kommuner som arbetar med hemrehab har ett underskötersketeam med i sin organisation, för att få kontinuitet.

Med resursförstärkning av arbetsterapeut och sjukgymnast på korttidsavdelningen ville vi försöka minska vårdtiderna. Fler patienter har gått hem till eget boende från korttidsavdelningen 2009 än 2008. Ett nära samarbete med korttidens rehabpersonal och hemrehab har skett under hela 2009. Med hemrehab kan vi ta hem fler personer till eget boende, direkt från sjukhuset eller från korttidsavdelning, eftersom vi erbjuder mer rehabilitering än tidigare. De som kommer till korttidsavdelning är oftast så medicinskt dåliga att de inte kan komma hem. Med hemrehab har vi möjlighet att fortsätta rehabiliteringen efter korttidsvistelsen på ett helt annat sätt än tidigare.

Innan hemrehab fanns, kom patienter med stort rehabiliteringsbehov till korttidsplats, där de rehabiliterades en period innan hemgång kunde bli aktuell.

Rehabilitering är en HSL-insats och ingen SOL-insats. Hemrehab har varit kostnadsfritt under projektiden, men patienten har debiterats för beviljad hemtjänst. Vissa patienter har bara haft insats

från hemrehab utan beviljad hemtjänst. Kostnaden måste diskuteras vidare om hemrehab implementeras som arbetssätt i kommunen.

Det har varit mycket positivt och stimulerande att utveckla och arbeta med hemrehab i Svedala kommun! Vi har fått positiv feedback både från kolleger på sjukhusen och i kommunen om ett väl fungerande arbetssätt.

Svedala kommun

Förslag på mall till SVP

- 1: Biståndshandläggare inleder varför vi är här.
- 2: Info från ssk på avd om det medicinska.
- 3: Distriktssköterska från kommunen om medicinhantering, omläggning osv.
- 4: Info från AT/SG på avd om aktivitets och funktionsstatus.
- 5: AT från kommunen om aktivitetsträning, tekniska hjälpmedel, bostadsanpassning, mål och delmål.
- 6: SG från kommunen om funktionsträning, gånghjälpmedel, mål och delmål.
- 7: Biståndshandläggare om bistånd, larm, matdistribution osv
- 8: Sammanfattning, överlämning av infolapp vad som är bestämt.

## Bilaga 2

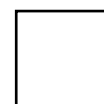
ADL-guide  
Namn:

Datum:

	Klarar	Hjälptbehov hjälpmedel	Mål	Uppföljning:
Ur säng			Delmål:  Mål:	Delmål:  Mål:
Förflyttning			Delmål:  Mål:	Delmål:  Mål:
Hygien			Delmål:  Mål:	Delmål:  Mål:
Dusch			Delmål:  Mål:	Delmål:  Mål:
Påklädning			Delmål:  Mål:	Delmål:  Mål:
Frukost			Delmål:  Mål:	Delmål:  Mål:
Toa-besök			Delmål:  Mål:	Delmål:  Mål:

	Klarar	Hjälpbbehov hjälpmedel	Mål	Uppföljning:
Måltider			Delmål  Mål:	Delmål:  Mål:
Avklädning			Delmål:  Mål:	Delmål:  Mål:
Lägga sig			Delmål:  Mål:	Delmål:  Mål:
Toa-besök natt			Delmål:  Mål:	Delmål:  Mål:
Medicinhantering			Delmål:  Mål:	Delmål:  Mål:
Annan aktivitet			Delmål:  Mål:	Delmål:  Mål:
Gå-träna			Delmål  Mål:	Delmål:  Mål:

## Bilaga 3



I Svedala har vi ett projekt om rehabilitering i hemmet och vi vill därför ställa några frågor till dig för att kunna utvärdera detta.

Var vänlig skicka svaret i bifogat kuvert! Tack för din medverkan!

1. Hur upplever du att du klarar dina vardagliga aktiviteter?

Utmärkt       Mycket bra       Bra       Mindre bra       Dåligt

2. Hur känns det för dig att vara hemma just nu?

Helt tryggt       tryggt       Varken tryggt eller otryggt       Otryggt       Mycket otryggt

3. Hur upplever du att dina förutsättningar är för att bo kvar hemma?

Utmärkt       bra       Varken bra eller dåliga       Mindre bra       Dåliga

Eventuella kommentarer:

---

---

---

---