

Vardagsrehabilitering inom äldreomsorgen

Projektredovisning, resultatutvärdering och lärarhandledning

Emanuel Åhlfeldt

Medförfattare:

Tove Ahner

Cecilia Nygren

Agneta Törnquist

Vardagsrehabilitering inom äldreomsorgen

Projektredovisning, resultatutvärdering och lärarhandledning

Emanuel Åhlfeldt

Medförfattare:
Tove Ahner
Cecilia Nygren
Agneta Törnquist

Rapporten kan beställas från:

Nestor FoU-center, Marinens väg 30, 136 40 Handen

Tel: 08-790 97 04, Fax: 08-790 97 12

Via hemsida: www.nestor-foucenter.se

Vardagsrehabilitering inom äldreomsorgen – Projektredovisning, resultatutvärdering
och lärarhandledning

Nestor FoU-center 2007

Tryck: EO Grafiska AB, Skarpnäck 2007

ISSN 1652-4608

ISBN 978-91-85347-06-3

Nestor FoU-centers Skriftserie nr 02/07

© Nestor FoU-center

Citera oss gärna, men ange källan.

Förord

Projektet ”Rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt” har pågått under två år, från 2005 till 2007. Det var ett utbildningsprojekt för att ge nya kunskaper och ett nytt förhållningssätt i hemtjänstarbetet i Tyresö kommun. Arbetet omfattade hela processen från ax till limpa, det vill säga utbildningspaketet har utformats, testats, reviderats och åter implementerats inom projektet. Dessutom har resultaten av arbetet utvärderats.

Nestor FoU-center deltog genom Agneta Törnquist vars uppgift var att stödja projektledarna Tove Ahner och Cecilia Nygren, som var anställda för projektet i Tyresö, att ta fram utbildningens innehåll i form av en studiecirkel och en modell för situationsanpassad handledning i de äldres hem. Nestor FoU-center ansvarade även för utvärderingen och författandet av denna rapport. Det kan nämnas att författaren Emanuel Åhlfeldt inte varit involverad i själva projektarbetet, utan kommit in i slutfasen och analyserat utvärderingsmaterialet samt sammanställt och skrivit rapporten. Denna rapport kan med andra ord betraktas som skriven med ett utifrånperspektiv, dock med ständig tillgång till och kontakt med projektledarna och Agneta Törnquist. Fördelen med utifrånperspektivet är att rapporten kunnat distansera sig från arbetet, deltagarna och hemtjänsten som organisation. Det finns alltid en risk att man blir hemmablind om man så att säga skriver om sin egen bakgata; det finns en risk att man betraktar upplägg, händelser och arbetet med för välvilliga ögon. Gällande utvärderingen har även Kristina Burström, med dr och MPH (Centrum för folkhälsa, enheten för hälsoekonomi), varit en värdefull hjälp då hon lämnat synpunkter på en tidigare version av rapporten.

Det huvudsakliga syftet med projektet var inte att direkt införa ett nytt arbetssätt, utan att skapa ett nytt förhållningssätt som i förlängningen medför nya sätt att arbeta. Enkelt uttryckt handlar det om att skapa utrymme för de äldre att själva göra saker; hemtjänstpersonalen ska inte ta möjligheter till aktivitet ifrån de äldre genom att göra mer än nödvändigt. Om personalen tar ett steg tillbaka, kan den äldre på så sätt få möjlighet att ta två steg framåt.

I en rapport som denna är det viktigt hur man beskriver äldre, åldrandet och ålderdomen. Äldre är inte en homogen grupp och hemtjänsten och dess personal är inte heller enhetliga. Det är inte avsikten att reproducera hegemoniska föreställningar om äldre som verkar stereotypiserande eller passiviserande. Det är däremot avsikten att lyfta fram och synliggöra föreställningar och strukturer för att projektet ska kunna förstås utifrån den sociala verklighet vi lever och verkar i.

Haninge i maj 2007

Britt Almqvist
FoU-chef

Emanuel Åhlfeldt
Projektledare

Sökord: vardagsrehabilitering, studiecirkel, handledning, äldreomsorg

Innehåll

SAMMANFATTNING	6
RAPPORTENS DISPOSITION	7
PROJEKTREDOVISNING	9
INLEDNING	10
<i>Bakgrund</i>	10
<i>Syftet med projektet</i>	11
<i>Bakgrundsfakta om äldre</i>	12
<i>Teori kring rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt</i>	14
<i>Metod</i>	17
<i>Målgrupp och urval</i>	21
<i>Projektledningen</i>	21
REHABILITERANDE OCH AKTIVERANDE FÖRHÅLLNINGSSÄTT I TYRESÖ KOMMUN	22
<i>Studiecirkel</i>	23
<i>Checklista</i>	30
<i>Situationsanpassad praktisk handledning</i>	31
<i>Några praktiska detaljer i genomförandet av projektet</i>	35
<i>Projektledningens reflektioner</i>	37
DISKUSSION	42
<i>Framtiden</i>	46
RESULTATUTVÄRDERING	47
INLEDNING	48
<i>Syfte och frågeställningar</i>	48
<i>Metod</i>	48
RESULTAT	53
<i>Typ av hemtjänstinsatser</i>	53
<i>Sysslor de äldre inte klarar utöver hemtjänstinsatserna</i>	55
<i>Önskad hjälp för att klara sin situation bättre</i>	56
<i>ReAkt-mål</i>	57
<i>Hälsorelaterad livskvalitet mätt med EQ-5D</i>	58
<i>Sammanfattning av utvärderingsresultaten</i>	74
DISKUSSION	76
<i>Några reflektioner kring EQ-5D</i>	78
LÄRARHANDLEDNING	81
UTBILDNINGSPAKET I REHABILITERANDE OCH AKTIVERANDE FÖRHÅLLNINGSSÄTT	82
STUDIECIRKELN	82
DEN SITUATIONSANPASSADE HANDLEDNINGEN	87
CHECKLISTAN	90
REFERENSER	91
BILAGOR	95

Sammanfattning

Den ökande andelen äldre i samhället förändrar förutsättningarna för äldreomsorgen. Allt fler äldre personer bor kvar i det egna hemmet, vård- och omsorgsbehoven blir mer komplexa och kraven på äldreomsorgen ändras och ökar.

Mot denna bakgrund initierades det lokala utvecklingsprojektet ”Rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt” i Tyresö kommun. Arbetet inleddes i mars 2005 och avslutades två år senare i mars 2007. Det var ett samarbete mellan Tyresö kommun, Nestor FoU-center och Stockholms läns landsting. Projektet var främst en utbildningssatsning för personal inom hemtjänsten. Syftet var att stärka förutsättningarna för de äldre att bo kvar i det egna hemmet, att öka deras välbefinnande samt möjligheten att klara vardagliga aktiviteter. Utbildningen gick ut på att skapa ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt genom arbetsplatsanknutet lärande i form av en studiecirkel och situationsanpassad handledning i de äldres hem. Utöver utbildningen förtätades även mötena om de äldre och en checklista och en mall för genomförandeplaner togs fram inom projektet.

Två hemtjänstområden deltog i projektet: Trollbäcken och Krusboda. Studiecirkeln och den situationsanpassade handledningen genomfördes först i Trollbäcken, därefter utvärderades och korrigerades utbildningspaketet inför implementeringen i Krusboda. Sammantaget har 20 vårdbiträden och undersköterskor utbildats, 113 äldre ingår i de aktuella hemtjänstgrupperna.

Vid genomförandet i Krusboda gjordes en utvärdering av effekterna för de äldre. Metoden som användes var dels kvalitativa intervjuer och dels en enkät i form av mätinstrumentet EQ-5D, som mäter hälsorelaterad livskvalitet. Informanterna är 22 äldre personer med mer hemtjänstinsatser än bara matlåda, larm eller en serviceinsats. Resultaten visar att de äldres hälsorelaterade livskvalitet har förbättrats inom samtliga fem mätta hälsodimensioner, det vill säga *rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär* och *oro/nedstämdhet*. Ökningen har varit störst för kvinnorna så efter projektet ligger kvinnor och män i stort på samma nivå. Innan projektet var männens hälsa bättre, vilket går i linje med andra studier på området.

Det har även skett en ökning av de äldre personernas delaktighet i hemtjänstinsatserna. Efter projektet rapporterar informanterna fler sysslor och mer aktivitet i hemmet. De personer vars hälsorelaterade livskvalitet ökat mest uppger betydligt fler utförda sysslor efter projektiden än innan densamma.

Ett utbildningspaket

Denna rapport som du nu håller i din hand har flera syften. Den är för det första en slutrapportering av projektet ”Rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt” i Tyresö kommun, men den är också avsedd att fungera som inledning och uppstart för nya liknande projekt i andra kommuner och verksamheter.

Rapporten beskriver hur projektet såg ut, planerades och genomfördes och sätter detta i ett sammanhang utifrån statistik och litteratur om äldre, åldrande, hemtjänst, rehabiliterande förhållningssätt, praktisk kunskap och lärande samt organisation. I rapporten ingår även en utvärdering som visar projektresultaten utifrån omsorgstagarnas perspektiv.

Tänkta läsare är alla som är intresserade av rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt, arbetsplatsförlagt lärande, utbildning med studiecirkel eller situationsanpassad handledning. Rapporten kan även vara läsvärd för den som ska göra en resultatutvärdering avseende hälsorelaterad livskvalitet eller specifikt använda mätinstrumentet EQ-5D som utvärderingen bygger på. Rapporten visar hur en praktisk användning av instrumentet kan se ut.

Utöver dessa läsare riktar sig denna rapport specifikt mot projektledare och utbildningsansvariga som planerar ett projekt för ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt, inom framförallt hemtjänsten men även andra delar av äldreomsorgen. Den ger en bakgrund och en grund att bygga vidare på. Till rapporten finns dessutom studiehandledningen *Rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt* (Nestor FoU-center 2007) som är avsedd att användas vid genomförande av det utbildningspaket som utvecklats inom projektet. En rekommendation är då att projektledaren/utbildningsledaren läser föreliggande rapport, för att få en beskrivning av projektet, vägledning inför genomförandet samt en beskrivning av hur resultaten kan utvärderas och vilka effekter man kan förvänta sig. Deltagarna som ska gå utbildningen (och givetvis även projektledarna) läser studiehandledningen och använder denna i studiecirkel och situationsanpassad handledning.

Utbildningen i rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt är alltså ett paket där denna rapport ingår tillsammans med studiecirkeln, den situationsanpassade handledningen och checklistan, vilka finns för praktiskt genomförande i studiehandledningen.

Rapportens disposition

Rapporten är uppdelad i tre huvudsakliga delar, en projektredovisning, en resultatutvärdering samt en lärarhandledning.

Den *första delen* beskriver hur projektet och utbildningen planerades och genomfördes. Denna del inleds med bakgrund och syfte, bakgrundsfakta om äldre, ett teori- och ett metodkapitel. Bakgrundsfaktakapitlet handlar om äldre och åldrande, teorikapitlet om rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt och organisation. Metodkapitlet tar upp kunskapsbegreppet och diskuterar praktisk kunskap och hur lärandeformerna studiecirkel och situationsanpassad handledning i de äldres hem ska förstås i det aktuella projektet. I första delen redovisas även urval och vilka som varit involverade i projektet. Sist i denna del finns en diskussion där perspektivet lyfts för att se projektet på ett strukturellt, eller organisatoriskt, plan.

Andra delen utgörs av en utvärdering av projektet med avseende på omsorgstagarna. Metoderna EQ-5D, som är ett mätverktyg för hälsorelaterad livskvalitet, och kvalitativa intervjuer beskrivs och resultaten presenteras. Denna del avslutas med en sammanfattning av utvärderingen och en avslutande diskussion, där bland annat uppfyllandet av projektets syfte och mätverktyget EQ-5D diskuteras.

Den sista, *tredje delen* är en lärarhandledning vars syfte är att fungera som stöd för den som planerar att genomföra ett liknande projekt och utbildning i rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt.

Projektredovisning

Arbetet med utbildningen i rehabiliterande och aktiverande
förhållningssätt

Emanuel Åhlfeldt

Medförfattare:

Tove Ahner

Cecilia Nygren

Agneta Törnquist

Inledning

Bakgrund

Den demografiska åldersfördelningen, den ökande andelen äldre i samhället, ställer ändrade och större krav på äldreomsorgen. Allt fler äldre personer bor kvar i det egna hemmet, vilket leder till att vård- och omsorgsbehoven blir alltmer komplexa. År 2005 var ungefär 135 000 personer över 65 år i Sverige beviljade hemtjänst i ordinärt boende. Det innebär en ökning med elva procent sedan år 2001 (Socialstyrelsens statistikdatabas 2007). Mätt över en längre period har andelen äldre med hemtjänstinsatser dock minskat; det skedde en kraftig ökning från 1960-talet till slutet av 1970-talet, men sedan har kurvan gått stadigt nedåt för att åter vända upp kring år 2000 (Larsson 2006). Att andelen äldre med hemtjänstinsatser blivit mindre sedan början av 80-talet betyder inte att behoven av insatser minskat i motsvarande grad, tvärtom tyder analyser av behovsrelaterade faktorer på att reduktionen av samhälleliga insatser för äldre inte speglar motsvarande minskning av behoven (Larsson 2006; Larsson 2006b; Batljan 2007). För att situationen ska vara tillfredsställande är det hur som helst angeläget att erbjuda funktionsbevarande och aktiverande insatser i hemmet. De äldre behöver få rätt stöd av kompetent personal för att kunna förbli så självständiga som möjligt.

I en proposition från 2005 framhåller den dåvarande regeringen (Göran Persson) att den vill ”öka de äldres möjligheter att ha ett ändamålsenligt boende högt upp i åldrarna” bland annat genom att ”ta initiativ till åtgärder för personalens utveckling, kompetensförsörjning och en god arbetsmiljö inom äldreomsorgen” (Prop. 2005/06:115). Socialstyrelsen (Lilja 2001) beskriver likaså ett behov av kunskaper hos personal och närstående för att det ska vara möjligt att driva ett rehabiliterande arbete i de äldres hem. Viljan är att äldre personer ska ges möjlighet att bo kvar i det egna hemmet, vilket kräver resurser och insatser.

Innan projektet beskrivet i föreliggande rapport genomfördes har ett antal andra projekt utifrån ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt bedrivits i Sverige, bland annat i Östersund 1997, Uddevalla 1997, Vännäs 2001, Helsingborg 2001, Örebro 2002 och på Gotland 2005. Östersund har även satsat stort på rehabilitering för äldre från år 2000. Resultaten från dessa projekt tyder på att behovet av hemtjänst kan minska och att välbefinnande och självständighet bland de äldre kan öka om arbetet bedrivs utifrån ett rehabiliterande och aktiverande perspektiv. I Östersund medförde dessutom tillgången på handledande rehabiliteringspersonal att vårdpersonalens kompetens ökade samt att deras yrkesroller stärktes (Lindberg & Mårtensson 1997).

Med inspiration från de lokala utvecklingsprojekten i Östersund, Helsingborg och Uddevalla har Nestor FoU-center, Tyresö kommun samt Stockholms läns landsting samarbetat kring utvecklingen av ett projekt för ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt inom hemtjänsten. Våren 2005 fick Nestor FoU-center i uppdrag av Tyresö kommun och Stockholms läns landsting att tillsammans med två för projektet anställda projektledare, Tove Ahner och Cecilia Nygren, arbeta fram en modell för

rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt inom hemtjänsten. Nestors FoU-centers uppdrag har varit att ta fram ett utbildningsmaterial, ta fram en metod för att kartlägga de äldres behov av rehabilitering och aktivering samt att ta fram en metod för och genomföra en utvärdering av projektet utifrån de medverkande äldres perspektiv.

För ungefär tio år sedan gjordes en annan stor utbildningssatsning inom hemtjänsten i Tyresö kommun. Man ville öka personalens kunskaper om ADL (aktiviteter i dagliga livet) och det praktiska arbetet med de äldre. Majoriteten av de personer som deltog i utbildningen fanns år 2005 inte kvar i organisationen och därför saknades dessa kunskaper inom hemtjänstens personalgrupp. För att åtgärda bristen efterfrågades en intensifiering av personalens kompetensutveckling när det gäller arbetet med rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt. Genom en sådan satsning kan målsättningen – att främja de äldres hälsa och välbefinnande samt att öka deras möjligheter och förutsättningar att bo kvar i det egna hemmet – tillgodoses.

Tyresö kommun ligger sydost om Stockholm och har ungefär 41 000 invånare, av vilka drygt 5000 var 65 år eller äldre i utgången av år 2005 (SCB 2007a). När genomförandet av det aktuella projektet inleddes ansvarade Tyresö hemtjänst för cirka 350 omsorgstagare och hade omkring 150 anställda (110 heltidstjänster). Kommunen är uppdelad i åtta hemtjänstgrupper varav två, Trollbäcken och Krusboda, var involverade i projektet ”Rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt”. Arbetet och utbildningssatsningen riktades först mot Trollbäcken, varför det kan betraktas som ett pilotprojekt inför implementeringen i Krusboda.

Syftet med projektet

Förväntningarna på projektet var att det skulle medföra ett positivt förändringsarbete ur de äldres samt ur personalens perspektiv. Syftet med projektet var:

- att utveckla den äldres kapacitet att klara av dagliga aktiviteter
- att öka den enskildes välbefinnande
- att möjliggöra kvarboende i det egna hemmet.

Det tredelade syftet skulle uppnås genom en utbildningssatsning i rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt riktad mot vårdbiträden och undersköterskor inom hemtjänsten. Genom en studiecirkel, situationsanpassad praktisk handledning, ett verktyg för kartläggning av de äldres behov av vardagsrehabilitering och aktivering (checklista), samt upparbetande av nya genomförandeplaner verkade man för att nå målen i det tredelade syftet.

Syftet med projektet är formulerat så att det riktas mot omsorgstagarna. Det är däremot gentemot hemtjänstpersonalen som själva projektarbetet, insatsen, riktas eftersom det är personalgruppen som utbildas. Det finns med andra ord två målgrupper i projektet, omsorgstagare och hemtjänstpersonal, men eftersom de äldre är föremålet för hemtjänstens arbete och organisationens själva existensberättigande

så formulerades syftet i förhållande till dem. Resultatutvärderingen riktades endast till de äldre. Ett av målen med projektet var dock även att personalen skulle påverkas positivt, bland annat genom stärkta yrkesroller.

Bakgrundsfakta om äldre

Medellivslängden ökar i Sverige liksom i stora delar av övriga världen. Befolkningen blir allt äldre och andelen äldre ökar. De ekonomiska förutsättningarna gör dessutom att de äldre har råd att bo kvar i eget hem även när de blir ensamstående vilket gör att andelen ensamboende bland de äldre ökar i många västländer (The OECD Health Project 2005; Larsson 2006). Samhället ställs i och med detta inför ett mer komplext behov av äldreomsorg i allmänhet och hemtjänst i synnerhet.

En angelägen (och som det visat sig svårbesvarad fråga) är huruvida de extra åren som människor lever idag utgörs av tid med sjukdom och dålig hälsa, eller om antalet friska år har ökat. Anledningen till att denna fråga är svår att besvara är att det är problematiskt att fastställa vad hälsa är. Hur ska hälsa och livskvalitet definieras och hur ska det mätas? Man kan tänka sig att titta på självskattad hälsa men man kan också utgå från mer objektiva kroppsliga symptom. Innehållet i begreppen förändras dessutom över tid och är avhängiga sammanhang och kontext; fenomenen är sociala konstruktioner. (Det betyder inte att kroppen inte genomgår reella förändringar, utan att dessa förändringar inte är meningsbärande i sig, de tillskrivs betydelse och mening i ett socialt sammanhang).

De senaste åren har flera befolkningsstudier som omfattar de äldsta gjorts (se Freedman, Martin & Schoeni 2002; Robine & Michel 2004; Rosén & Haglund 2005; Parker, Ahacic & Thorslund 2005; Batljan 2007). Olika studier ger dock olika svar på frågan om hälsa i livets slut eftersom de utgår från olika definitioner och mäter på olika sätt. Mäter man långvariga sjukdomar bland de äldre kan man påvisa en ökning, exempelvis vad gäller diabetes, hjärtsjukdom och högt blodtryck. Däremot visar studier som mäter rörlighet eller förmåga att klara dagliga aktiviteter att de äldres kapacitet har förbättrats. Det tycks alltså vara så att de sista åren i livet är behäftade med mer sjukdom men med bättre rörelseförmåga. Dessutom tycks de äldres upplevelse av sin egen hälsa ha förbättrats och det finns inget absolut samband mellan långvarig sjukdom och de äldres upplevelse av hälsoproblem (Larsson 2006).

I dagens Sverige dör de flesta, 80 procent, efter en längre tids sjukdom (SOU 2001:6). Kvinnor har en längre period av sjukdom och funktionsnedsättning i livets slut än män. En norsk studie som Kristina Larsson (2006) refererar visar att kvinnor i genomsnitt har 3,2 år kvar att leva när de blir i behov av hjälp att klä sig eller förflytta sig i bostaden. Motsvarande siffra för män är 1,8 år. I Sverige ökade antalet hemtjänsttagare kraftigt mellan 1960 och slutet av 1970-talet, då nästan hälften av ålderspensionärerna fick hemtjänst någon del av året. Under 1980- och 1990-talen minskade sedan antalet äldre med hemtjänst trots att personer äldre än 80 år under denna tid ökade betydligt. Efter år 2000 har kurvan vänt uppåt igen, men är långt ifrån nivåerna för 30 år sedan (Larsson 2006). Det har alltså skett en neddragning av hemtjänst och annan kommunal äldreomsorg parallellt med att andelen och antalet

äldre har ökat. Äldreomsorgen är nu koncentrerad till dem med mer omfattande hjälpbehov och insatser som förr kunde motiveras med en social funktion har till stor del försvunnit. Det minskade utbudet motsvaras dock inte av ett minskat behov hos den äldre befolkningen. Närståendes hjälp till äldre motsvarar två till tre gånger den offentliga hjälpen. I takt med att andelen äldre med hemtjänst har minskat så har de närståendes insatser ökat (Thorslund & Larsson 2002; Larsson 2006; Larsson 2006b). En stor del av de informella insatserna riktade mot äldre sköts dessutom av andra äldre. I åldersgruppen 60-74 år hjälper man andra äldre i genomsnitt 18 timmar per månad med exempelvis promenader, ledsagning, hushållsarbete, inköp, trädgårdsarbete och snöskottning. Dessa insatser organiseras bland annat genom etablerade organisationer som pensionärsföreningar, Svenska kyrkan, frikyrkoförsamlingar och Röda korset (Jeppsson Grassman & Svedberg 1999; Larsson 2006). På nationell nivå finns inget samband mellan hälso- och sjukvårdskostnader och andelen äldre i befolkningen. Istället har resurserna i respektive land den avgörande betydelsen; resurstillgången avgör vilka behov som blir tillgodosedda, men också vad som definieras som behov. Hur behov definieras skiljer sig mellan olika kontexter, olika tider och sammanhang (Thorslund & Larsson 2002).

Behoven är dessutom föränderliga, inte bara till följd av definitioner och ekonomiska, ideologiska och kulturella faktorer, utan även till följd av konkreta materiella förändringar, som teknikutveckling. Ett behov av hjälp med matlagning kan exempelvis reduceras till följd av mikrovågsugnsens utbredda användning, vilket speglas i att hälften så många män behövde hjälp med matlagning 2002/03 jämfört med 1988/89 (Larsson 2006c).

Det är med andra ord till stor del personer utanför samhällets institutioner som bistår de äldre när deras förmåga sviktar. Barnen har stor betydelse. Det är ovanligt att äldre bor tillsammans med något av sina barn, men ofta bor de relativt nära minst ett av dem. Enligt Statistiska centralbyråns undersökningar av levnadsförhållanden (ULF) bor drygt hälften av personer över 65 år mindre än 10 km från något av sina barn och tre av fyra har barn inom 50 km. De flesta äldre har tät kontakt med sina barn – två av tre träffar dem varje vecka, en av tre har telefonkontakt varje vecka medan var tionde inte har någon kontakt med barnen under en vecka (Larsson 2006; SCB 2007b).

Vanligtvis avtar dock kontakten med familj och vänner successivt med ökande ålder eftersom jämnåriga dör. Hur detta ska värderas utifrån begreppet ensamhet är dock inte självklart. Ordet kan beteckna *en känsla av ensamhet* som kan uppkomma vid brist på mänskliga kontakter, men som inte är en nödvändig följd av detta. Känslan av ensamhet kan även finnas då en person har många kontakter. Ensamhet kan också beteckna avsaknaden av människor i närheten, att man är själv eller *fysiskt ensam*, vilket inte nödvändigtvis behöver vara negativt, utan kan upplevas som tillfredsställande för en individ och ångestfullt för en annan. Utöver dessa två betydelser används ordet ofta för att beteckna att man är *ensamstående*, man blir ensam när ens partner dör. I engelskan blir inte denna mångtydighet i begreppet så

tydlig som i svenskan. Där används olika ordstammar – loneliness, alone och single (Andersson 2002; Åhlfeldt 2005). Upplevelserna av ensamhet är relativt lika från ungdomar till yngre pensionärer. Känslor av ensamhet ökar dock bland de äldsta (Larsson 2006).

Teori kring rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt

Det har länge funnits och finns fortfarande föreställningar om äldre som mer eller mindre offer för åldrandet i sig. Inom delar av äldreforskningen diskuterar man att det till varje ålderskategori och livsfas finns en diskurs¹ som kan benämnas hegemonisk (dominerande) och som definierar och beskriver denna kategori. Den hegemoniska diskursen om ålderdomen beskriver livsfasen som präglad av psykologiska, sociala, ekonomiska och fysiologiska problem. De äldre föreställs vara isolerade, tillbakadragna, energi- och initiativlösa, beroende, svaga och sjuka (Hurd 1999; Hazan 1999; Åhlfeldt 2005). Enligt äldreforskaren Haim Hazan betraktas äldre som improduktiva och tillmäts låg status eftersom de inte anses bidra till samhället. De saknar social identitet och klara sociala roller, istället betraktas de som representanter för ett onormalt socialt tillstånd och åldrande ses som en sjukdom. Oavsett om äldre är sjuka i medicinsk mening eller inte så ses hög ålder som ett sjukdomstillstånd, och verkliga sjukdomar förstärker bara denna föreställning. I den västerländska kulturen har kroppen en viktig roll i presentationen av våra identiteter. Kroppen med dess materiella behov, fysiska funktioner och förändringar blir därför central i föreställningarna om äldre (Hazan 1999).

Enligt Lars Nyberg (2006), professor i sjukgymnastik, har den traditionella (hegemoniska) synen på åldrandet gjort gällande att den funktionella nedgången förklaras av åldrandet i sig, men att detta håller på att förändras så att man nu alltmer tillskriver aktivitet och livsstilsfaktorer ett viktigt förklaringsvärde. Det leder till ett större intresse att ägna sig åt intervention gällande äldre och även de allra äldsta. Nyberg beskriver en rad forskningsprojekt som visar att fysisk träning och aktivering ger effekt på äldre. Projektet ”Rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt” utgår från övertygelsen att det går att påverka livskvalitet och hälsa hos äldre personer, åldrandet är inte sådant att det obönhörligt medför vissa givna händelseförlopp och effekter, utan det finns möjligheter att påverka händelseutvecklingen och åldrandet.

Erving Goffman och den totala institutionen

Enligt Lisa Andersson (2006), som är sjukgymnast och arbetar med verksamhetsutveckling och personalutbildning inom äldreomsorgen, är ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt mer än gåsträning, hjälpmedel och ADL; det är mer än det sjukgymnaster och arbetsterapeuter ägnar sig åt. Det är ett förhållningssätt som bör genomsyra hela verksamheten. All personal, från politiker, chefer och biståndshandläggare till vårdpersonal, sjuksköterskor, undersköterskor och rehabpersonal ska känna till förhållningssättet och verka utifrån det. Ett

¹ En diskurs kan definieras som ett bestämt sätt att tala om och förstå världen, eller ett utsnitt av världen. Enligt diskursanalysen är språket nyckeln till verkligheten. Genom språket erhåller vi de kategorier och representationer som blir vår uppfattade verklighet (Jorgensen Winther & Phillips 2000).

rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt ”stärker omsorgstagaren, både när det gäller identitet, funktion, självständighet och hälsa” (Andersson 2006, s. 6).

Ett problem inom äldreomsorgen som Andersson (2006) lyfter fram är övervård. På grund av tidspress kan det ofta tyckas vara mer effektivt att personalen gör mer än nödvändigt eftersom det går fortare, men i ett längre perspektiv är denna övervård förödande eftersom konsekvenserna blir att den äldre fräntas funktioner och inte tillåts använda sin kropp. Det leder till muskelsvaghet och ledstelhet, den äldres integritet kränks och självkänslan undergrävs eftersom individens förmåga och duglighet ifrågasätts. Omsorgstagaren blir mer passiv och oföretagsam och börjar invänta instruktioner från dem som ska veta bättre. I förlängningen menar Andersson att detta skapar ökat vårdbehov och mer arbete och med andra ord större kostnader. Med ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt försöker man göra den aktiva insatsen så liten som förhållandena tillåter, det vill säga omsorgspersonalen uppmuntrar den äldre att göra det denne klarar själv och stödjer sedan vid övriga aktiviteter.

Inom äldreomsorgen finns strukturer som gör att det rehabiliterande och aktiverande arbetssättet motverkas och blir svårt att genomföra i praktiken. Andersson diskuterar detta utifrån Erving Goffmans teorier om totala institutioner. Goffmans bok *Asylums* om totala institutioner kom ut år 1961 och betraktas idag som en klassiker som haft stor betydelse. Andersson målar upp en bild av hur en organisation kan se ut i värsta fall, då den kan betraktas som en total institution, och jämför detta med de arbetsförhållanden som leder fram till det rehabiliterande och aktiverande förhållningssättet. Andersson använder sig av den så kallade Motlutsmodellen för att illustrera sitt resonemang. Längst ner finns den totala institutionen, en omänsklig miljö, och i andra änden på toppen av en uppförsbacke finns den mänskliga, hemliga miljön. Uppförsbacken, eller motlutet, visar att det krävs gemensamma krafter för att dra verksamheten mot toppen av backen medan det räcker med någon eller några faktorer (exempelvis när verksamheten är pressad) för att verksamheten ska kana nedåt mot den totala institutionen (Andersson 2006).

Det som enligt Goffman (2007) kännetecknar den totala institutionen är att den grundläggande sociala ordningen för det moderna samhället bryts upp, gränserna mellan där man sover, roar sig och arbetar försvinner. Individen hamnar istället under en och samma auktoritet och följer en övergripande rationell plan. Det viktigaste draget hos den totala institutionen är att behoven hos en stor grupp människor behandlas av byråkratisk organisation. Inom organisationen finns en skarp gräns mellan ”intagna” och personal, eftersom den ena gruppen är där för att administreras med byråkratiska medel (Goffman 2007). Personer som administreras av den totala institutionen blir institutionaliserade – effekterna blir fysiska och psykiska funktionsnedsättningar, depression, passivitet, utlevande beteende för att få uppmärksamhet, initiativlöshet, rutinberoende, revirtänkande, motstånd till förändring och identitetsförlust. Den totala institutionen får dessutom liknande effekter på personalen som avhumaniseras och arbetar mekaniskt utan reflektion eller empati. Personalen kännetecknas även av en stor ovilja till förändring, man

sluter sig inåt i gruppen och uttrycker förakt gentemot andra. Förmågan att lösa problem är nästintill obefintlig och den hierarkiska ordningen gör att man hela tiden hänvisar till någon annan högre upp i organisationen (Andersson 2006; Goffman 2007).

Den totala institutionen är en idealtyp, det vill säga det är en teoretisk konstruktion som verkliga institutioner, eller organisationer, svårigen eller omöjligt kan motsvara. Verkliga organisationer, som äldreboenden och hemtjänster, har mer eller mindre av de kännetecken som utmärker den totala institutionen. När Andersson diskuterar Goffmans totala institution är det värsta tänkbara fall, det är de verkligt dåliga exemplen längst ner vid uppförsbackens fot. Denna bild är dock användbar för att uppmärksamma tecken eller varningssignaler. Känner man igen mycket av den totala institutionen i en organisation kan man sluta sig till att det rehabiliterande och aktiverande förhållningssättet är avlägset. Det krävs då hårt arbete för strukturella förändringar.

En hemtjänstorganisation är sannolikt i mindre grad en total institution än ett särskilt boende (och givetvis även militärförläggningar, fängelser etc.). Det finns dock drag av det Goffman beskriver och för att förstå vilken jordmån som ger upphov till ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt, kan föreställningen om den totala institutionen som sagt tjäna som motbild, som avskräckande exempel. En hemtjänstorganisation som fungerar tillfredsställande har *inte* en strikt hierarki där ansvaret alltid kan skickas vidare uppåt i organisationen; den har *inte* regler och rutiner som går emot de äldres intressen till förmån för organisationen; den drivs *inte* av personal som har negativ attityd till de äldre; den är *inte* heller syssloinriktad med personal som i första hand ser sin arbetsuppgift som att avklara en rad sysslor på en viss tid utan tanke på omsorgstagarna; den är *inte* kännetecknad av monoton eller vi och dom-tänkande; den betraktar *inte* de äldre som enbart en grupp och fokus ligger *inte* uteslutande på fysiska behov och rangordning. Kort sagt ska personalen *inte* vara institutionaliserad. Istället ska organisationen och dess personal vara mänsklig, kännande, ansvarsfull och införstådd i att organisationen är till för de äldre och inte det omvända.

I projektet har rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt inom hemtjänsten definierats som att:

/.../personalen ska ge vårdtagarna individuellt anpassat stöd, uppmuntran och stimulans i de vardagliga aktiviteterna. För vårdtagaren kan det medföra en ökad insikt om sina resurser. Vårdtagaren ska få utrymme att testa, omvärdera, utföra och uppleva aktiviteter i vardagen efter egna önskemål och förmågor tillsammans med vårdbiträdet i ett stödjande sammanhang. För vårdbiträdet innebär ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt bland annat en ökad medvetenhet om sin egen betydelse och delaktighet i vårdtagarens livssituation (Ahner & Nygren 2007, s. 8).

Metod

Den metod som utbildningen i rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt utgår från är studiecirkel samt praktisk situationsanpassad handledning i de äldres hem. Såväl studiecirkeln som handledningsmodellen är framtagna inom projektet. Även en checklista och en mall för genomförandeplaner² är framtagna för att fungera som del i utbildningen, men också som verktyg i den fortsatta verksamheten. I studiecirkeln används checklistan som övning i hur äldres aktivitetsnivå och förmågor kan värderas. I handledningen används checklistan i praktiken för att bedöma insatsbehov hos omsorgstagaren, vad den äldre klarar med och utan stöd samt vad han eller hon behöver hjälp med. Utifrån informationen i checklistan formuleras genomförandeplanen i den framtagna mallen.

I detta kapitel diskuteras begreppet praktisk kunskap för att projektet skall kunna sättas in i ett sammanhang och få en bakgrund. Först presenteras den kunskapssyn som härstammar från Aristoteles och som bland annat används av Ingela Josefson, ansvarig för uppbyggnaden av arbetslivsforskningen vid Södertörns högskola. Därefter beskrivs hur studiecirkeln och den praktiska handledningen ska förstås utifrån denna bakgrund.

Praktisk kunskap

När man ska genomföra en utbildning är det viktigt att fundera igenom vilken typ av kunskap man vill förmedla, vilka kunskaper som är relevanta och användbara för det aktuella syftet. Vill man ge teoretiska kunskaper, praktisk träning eller något annat? Vad som ska betraktas som kunskap är en länge diskuterad fråga. Det är en av de så kallade eviga frågorna som filosofer ägnats sig åt i tusentals böcker i tusentals år. I fallet med ”Rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt” var målet att förmedla, men också lyfta fram redan befintlig, praktisk erfarenhetsbaserad kunskap, det som ibland kallas *tyst kunskap*. Tyst kunskap är enligt Josefson (1998) något som inte kan fångas i ett precist regelspråk men däremot visas i praktisk handling. En yrkesutövare kan vara mycket skicklig i sitt arbete utifrån erfarenheter och rutin på ett sätt som inte låter sig formuleras i en mall som andra kan följa.

Den traditionella föreställningen av utbildning är att man först tillägnar sig teoretisk kunskap ur böcker. I det praktiska arbetet ska man därefter söka tillämpa de teoretiska kunskaperna. Praktiken ses därmed som tillämpad teori och i och med det som underordnad teorin (Josefson 1998). Utbildningen bör enligt Josefson bättre söka förena de båda kunskapsformerna.

Aristoteles (384-322 f Kr) var elev till Platon som i sin tur var lärjunge till Sokrates. Tillsammans är Platon och Aristoteles så viktiga för det västerländska tänkandet, och på flera sätt så väsensskilda, att det ibland har hävdats att alla antingen är platonister eller aristoleler (Kroksmark 2007). Platon är idealisten som menar att kunskap är medfödd och härstammar från idévärlden dit man bara når med det rena förnuftet.

² Se SOSFS 2006:5, *Dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS*

Aristoteles är realisten som menar att vi får kunskap om världen genom våra sinnen. Enligt Aristoteles finns tre former av kunskap: *episteme*, *techne* och *fronesis*. Episteme (att veta) är kunskapen om det varande, den forskande kunskapen. Techne (att veta hur) är den praktiska kunskapen som gör att man kan handla och utföra saker på rätt sätt. Fronesis (att vara klok) handlar om praktisk klokhet och att veta vad som är rätt och gott (Kroksmark 2007). Episteme kan sägas vara den teoretiska kunskapen medan techne och fronesis är den praktiska kunskapen uppdelad mellan den hantverksmässiga och den politiska/moraliska.

Inom äldreomsorg och äldre vård är samtliga tre typer av kunskap i högsta grad relevanta och nödvändiga. Vid omsorg, omvårdnad, rehabilitering och behandling finns en gedigen kunskapsgrund inom en rad vetenskapliga discipliner. Exempelvis gör den medicinska utvecklingen inom episteme det möjligt att förstå och bota allt fler sjukdomar. Det krävs också praktiskt kunnande och erfarenhetsbaserad kunskap i handling, techne, för att bedriva en god vård och omsorg. När det gäller fronesis handlar det om en etisk och moralisk övertygelse och grund, om värderingar och en förmåga att göra kloka val och överväganden.

Enligt Aristoteles sätt att definiera praktisk kunskap är en rad egenskaper grundläggande. För att utveckla sin praktiska visdom krävs mod, måttfullhet, rättvisa, mildhet och vänskaplighet. Det handlar inte om rätt och fel utan om det rimliga handlandet i ofta svåra situationer (Josefson 1998). Därför är det omöjligt att skriva en generell mall för agerande i olika situationer, det handlar om bedömning och att en klok människa vet med sig vad situationen kräver. Praktisk kunskap kan dock läras ut och grunden för detta läggs genom läsning och reflektion. Reflektionen skall dock inte söka tillämpa generella kategorier utan man ska söka kunskapen i den unika upplevelsen av varje situation (Josefson 1998).

De särskilda fallen och bristen på exakthet är, enligt Aristoteles, utmärkande för den praktiska kunskapen, som ägnar sig åt det unika och inte det generella. Regler, direktiv, lagar och särskild teknik lämpar sig för det generella men inte för det speciella, som istället kräver att den handlande i varje ögonblick kan avgöra vad situationen kräver – återigen, det krävs praktisk kunskap. Den viktigaste förutsättningen för den goda praktiska kunskapen är urskilningsförmågan, att snabbt urskilja det kännetecknande i varje unik situation. Enligt Aristoteles är reglerna viktiga som vägvisare för den oerfarne som inte hunnit skaffa sig praktisk kunskap. För denne person är det bättre att följa regler än att gå på sin outvecklade känsla (Josefson 1998). Den erfarne med rätt personliga förutsättningar skall dock inte följa regler utan agera utifrån känslan. Till skillnad från det ofta omfamnade idealet att känslor skall hållas utanför vetenskap och kunskap så tillräknar Aristoteles känslan stor betydelse. Utan känsla, utan engagerad lyhördhet, fattas någonting i urskilningsförmågan. Intellectuell förståelse räcker inte för att nå hela vägen fram till att verkligen veta vad man gör (Josefson 1998). I Josefsons forskning påvisas hur läkare anser att generella regler och erfarenhet, specifika råd i konkreta situationer, måste gå hand i hand. De två förhållningssätten till kunskap måste samverka.

Studiecirklar och praktisk situationsanpassad handledning som utbildningsform

Studiecirkeln som utbildningsform är i detta fall relevant eftersom det ger deltagarna möjlighet att utveckla den praktiska kunskapen som är av stor vikt för arbetet inom hemtjänsten. Praktisk kunskap kan tillägnas genom läsning och reflektion. Deltagarna i studiecirkeln läser anvisade texter och diskuterar och reflekterar kring dessa tillsammans. Diskussionen förankras i den praktiska verklighet som samtliga deltagare verkar i genom sitt arbete, den förankras i och utgår även från litteraturen och en rad diskussionsfrågor som är kopplade till varje studiecirkeltillfälle. Utöver detta innehåller studiecirkeln en rad praktiska övningar. I dessa övningar tillämpas och utvecklas praktiska kunskaper tillsammans med teoretiska kunskaper, erfarenheter och insikter från reflektion och diskussion.

Enligt Aristoteles utgår den praktiska kunskapen, som sagt, inte från det generella utan från det speciella. I studiecirkeln finns ett fingerat praktikfall beskrivet. Utifrån detta specifika fall kan deltagarna föra sina diskussioner och studiecirkeln får därmed en konkret förankring i något specifikt istället för att röra sig kring det generella.

Till skillnad från ”traditionell” undervisning, där en lärare förmedlar kunskap till elever, utformar gruppen i en studiecirkel innehållet tillsammans med studiecirkelledaren utifrån ett gemensamt intresse och kunskapsbehov. Det är ett aktivt sökande efter nya kunskaper och infallsvinklar samt en möjlighet för gruppens medlemmar till fördjupning av tidigare kunskaper. Deltagarna förväntas vara aktiva både i samtal och i uppgifter mellan cirkeltillfällena. Inför varje cirkelträff är det viktigt att *varje* deltagare förbereder sig genom att läsa de anvisade avsnitten i kurslitteraturen. I gruppen bör ett positivt och öppet klimat råda där alla ges möjlighet att framföra sina egna åsikter och erfarenheter.

Den första studiecirkeln bildades av Oscar Olsson i godtemplarlogen i Lund 1902. I *Studiecirkeln – idéer och metoder* citerar Christerson och Levihn (2005) Olsson när han beskriver studieformen:

Det nya och karakteristiska i den folkliga studiecirkeln är att de kunskaper som inhämtades verkligen angick en... att de kom till användning och omedelbar tillämpning i det dagliga livet och arbetet, det personliga och det sociala.

Lektioner och undervisning undanträngdes till ett blygsammare utrymme till förmån för de aktiva självbildningsmetoderna, bokläsningen och det naturliga samtalet eller diskussionen. Kunskapstillägnandet blev således i allra högsta grad personligt och aktivt sökande i stället för passivt anammande av andras färdiga uppfattningar om fakta och åsikter (Olsson i Christerson & Levihn 2005, s. 7).

I utbildningen ingår, utöver studiecirkeln, även en praktisk situationsanpassad handledning. Hemtjänstpersonalen får handledning av arbetsterapeut och sjukgymnast i den äldres hem. Utbildningen förankras därmed i den verklighet där kunskaperna skall tillämpas. Studiecirkeln syftar till teoretisk och praktisk kunskap främst genom reflektion och läsning. Handledningen ligger närmare praktiken och

utgår från verkliga, specifika situationer. Handledaren får därmed möjlighet att observera hur arbetsinsatserna genomförs och kan utgå från detta i utbildningen.

Såväl studiecirkeln som den praktiska handledningen kan motiveras utifrån den kunskapssyn Josefson beskriver utifrån Aristoteles filosofi. Aristoteles sätt att särskilja olika kunskapsformer åskådliggör vilken form av kunskap denna utbildning i första hand syftar till att förmedla. Det handlar om techne, om praktisk erfarenhetsbaserad kunskap som säger *hur* någonting skall göras. Aristoteles tredje kunskapsform, fronesis, som även den kan definieras som en praktisk kunskap är också viktig i utbildningen. Genom reflektion och diskussion får deltagarna vända och vrida på problem som i många fall bottnar i etiska överväganden.

Rehabilitering i hemmet

Detta projekt är inte ren rehabilitering som bedrivs av sjukgymnaster och arbetsterapeuter utan det handlar om ett förhållningssätt hos hemtjänstpersonal. Förhållningssättet ska förhoppningsvis verka rehabiliterande och aktiverande. Eftersom projektet är riktat mot hemtjänsten så vistas man i de äldres hem. Det finns skillnader i rehabiliterande insatser i sjukhusmiljö och när de sker i hemmiljö. Enligt Larsson-Lund och Tamm, som refereras i Äldrecentrum Västerbottens rapport om hemrehabilitering, arbetar sjukgymnaster och arbetsterapeuter på sjukhus ofta med ett program utan att vårdtagaren/den äldre är införstådd i målen med aktiviteterna (Lindqvist, Nyberg & Nylén 2003). Det är vanligt att de professionella sätter målen för verksamheten och därefter informerar vårdtagaren och dennes närstående. I hemmiljön kan en bättre förståelse för aktiviteternas syfte i vardagen uppnås och rehabpersonal och annan personal kan arbeta i dialog med den äldre. De kan använda sig av och utgå från de förutsättningar, problem, möjligheter och utmaningar som finns i hemmiljön (Lindqvist, Nyberg & Nylén 2003). Den äldre kan lättare göras mer delaktig i planeringen och målformuleringen och man kan uppmärksamma vilka svårigheter som finns för den äldre eftersom man befinner sig i den miljö där denne ska fungera och leva.

Utöver dessa fördelar kan hemmiljön vara gynnsam för den äldres motivation och ansvarstagande. I det egna hemmet upplevs behov, svårigheter och utmaningar som konkreta och aktiviteternas betydelse och vikt kan motiveras då de får en självklar koppling till praktisk användning och nytta. När deltagande i sådana aktiviteter upplevs vara fruktbart kan färdigheter utvecklas som ger en ökad känsla av att ha kontroll och att vara kompetent. Förhoppningsvis leder detta även till ökat välbefinnande för den äldre (Lindqvist, Nyberg & Nylén 2003; Karlsson 2006).

I en rapport från FoU i Väst skriver Christina Karlsson (2006) angående rehabilitering i hemmet. En del av hennes slutsats är att man ska "arbeta med att förbättra kontinuiteten med personal i träningen och att handleda omvårdnadspersonalen i ett rehabiliterande arbetssätt" (Karlsson 2006, s. 24). Projektet som beskrivs i föreliggande rapport är ett försök att göra just detta: skapa kontinuitet i vardagsrehabiliteringen, lägga en grund för ett förhållningssätt hos hemtjänstpersonalen som i den äldres hem fortlöpande verkar rehabiliterande.

Målgrupp och urval

Projektet har två målgrupper, en direkt och en indirekt. Utbildningen riktas mot vårdbiträden/undersköterskor vilka alltså är den direkta målgruppen, men det yttersta syftet är att skapa bättre levnadsvillkor för de äldre inom hemtjänsten. De äldre är den indirekta, eller annorlunda uttryckt den finala målgruppen. Urvalet av äldre är personer över 65 år, som bor i Tyresös hemtjänstdistrikt Trollbäcken eller Krusboda och får insatser från hemtjänsten enligt gällande biståndsbeslut.

I Trollbäcken fanns 61 omsorgstagare över 65 år inom hemtjänsten vid projektets start år 2005. Motsvarande siffra i Krusboda var 52 omsorgstagare. Vid intervjuer och utvärderingar riktade till de äldre har ett urvalskriterium varit att personen i fråga inte har kognitiv svikt eller enbart har insatser i form av matlåda, larm eller endast en serviceinsats.

De personer som ingår i utvärderingen presenteras närmare i rapportens andra del. Dessa är dock hämtade från ovanstående grupp i Krusboda.

Personalgruppen som utbildats i Trollbäckens hemtjänstgrupp bestod av 15 vårdbiträden och undersköterskor som delades in i två grupper. Krusbodagruppen bestod ursprungligen av sex deltagare varav fyra genomförde hela utbildningen. Dessutom tillkom ett vårdbiträde i Krusboda som gick in i utbildningen efter halva tiden. Anledningen till detta är att personalsammansättningen förändrades under projektiden. Ytterligare fem vårdbiträden anställdes i Krusboda under projektet och dessa fick kortare genomgångar av rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt, men deltog inte i utbildningen.

Projektledningen

Projektet "Rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt" har drivits av Nestor FoU-center tillsammans med Tyresö kommun. Projektledarna Cecilia Nygren och Tove Ahner anställdes av Tyresö kommun för projektet och arbetade tillsammans med Agneta Törnquist, Nestor FoU-center, som fungerade som handledare för projektledarna samt bidrog med pedagogisk kompetens. Emanuel Åhlfeldt, Nestor FoU-center, har analyserat och sammanställt utvärderingen samt skrivit denna rapport.

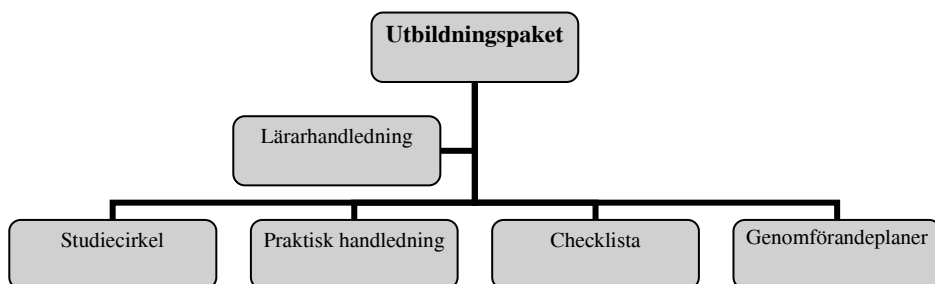
Styrgruppen i projektet bestod av Auli Metsänsalo, avdelningschef för hemtjänsten i Tyresö kommun, Pia Härklin, verksamhetschef för Bollmora vårdcentral, Lena Johnsson, representant för Beställarkontor Vård vid Stockholms läns landsting (numera Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning), samt Britt Almberg, FoU-chef vid Nestor FoU-center och redan nämnda Agneta Törnquist.

Arbetsgruppen bestod av avdelningschefen för Tyresö hemtjänst, biståndshandläggare och enhetschef för berörda hemtjänstgrupper samt av Ahner, Nygren och Törnquist.

Rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt i Tyresö kommun

Arbetsättet i projektet består av fyra delar – en studiecirkel, en praktisk situationsanpassad handledning, en checklista som fungerar som ett verktyg för kartläggning av de äldres behov av vardagsrehabilitering och aktivering, samt en mall för skrivande av genomförandeplaner. Projektet har vidare varit uppdelat i fyra faser plus en resultatutvärdering, som beskrivs närmare i rapportens andra del. Den *första fasen* var en utformningsfas där checklistan, mallen för genomförandeplaner, studiecirkeln och handledningsmodellen konstruerades utifrån hemtjänstpersonalens önskemål och behov samt projektets syfte; *andra fasen* var en pilot i Trollbäckens hemtjänstdistrikt; *tredje fasen* utgjordes av utvärdering och därefter utveckling och omarbetning av studiecirkeln och handledningsmodellen; den *fjärde fasen* var genomförandet av den omarbetade utbildningen i Krusboda hemtjänstdistrikt.

Målet med projektarbetet för ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt är att uppnå förändring som gynnar de äldres aktivitetsnivå och välbefinnande. Förändringarna genomförs på två plan, dels genom utbildning och dels i organisationen. Utbildning ger kunskaper och skapar utrymme som förändrar personalens arbetssätt, bemötande och tankesätt. Organisationsförändringarna gäller införande av så kallade *ReAkt-mål*, en checklista, ny mall för genomförandeplaner och förtätade möten om de äldre³, förändringar som är tänkta att underlätta och öka kvaliteten på arbetet inom hemtjänsten.



Figur 1. Schema över utbildningspaketet i rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt.

Studiehandledningen *Rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt* (Nestor FoU-center 2007) finns publicerad tillsammans med föreliggande rapport och innehåller material till studiecirkeln, den arbetsplatsförlagda handledningen samt checklistan. I detta kapitel redogörs härnäst för hur studiecirkeln, checklistan och handledningsmodellen ser ut och har fungerat i det genomförda projektet i Tyresö.

3 De möten om de äldre som äsyftas benämndes "vårdtagarmöten" i Tyresö kommun. Olika kommuner använder olika begrepp och därför kallas detta i denna rapport enbart "möten om den äldre". De syftar dock till att diskutera omsorgstagarna och insatser kring dem.

Studiecirkel

Studiecirkeln är tänkt att vara en utbildning med syftet att utveckla och förbättra yrkeskompetensen för vårdbiträden och undersköterskor. Den ska ligga till grund för utvecklandet av gemensamma målsättningar och förhållningssätt i arbetet med rehabilitering och aktivering i de äldres vardag. Intentionen med studiecirkeln är att den ska utgå från vardagsrehabilitering och ge verktyg och kunskaper för ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt i arbetet.

Studiecirkeln togs fram med utgångspunkt i kvalitativa intervjuer med personal i Trollbäckens hemtjänstgrupp. Varje intervju tog ungefär en timme och följde ett frågeschema som tog upp tidigare utbildning, önskemål om utbildning, förväntningar på projektet, samt yrkesrollen som vårdbiträde/undersköterska inom hemtjänsten. Syftet med intervjuerna var att erhålla kunskaper om personalens bakgrund, erfarenhet och utbildning samt önskemål om kompetensutveckling och fördjupning. Dessutom syftade intervjuerna till att åskådliggöra värdet av de praktiska erfarenhetsbaserade kunskaper som personalen redan har och mer eller mindre medvetet använder i sitt arbete. Det senare gjordes genom diskussioner kring yrkeskunskaper och yrkesrollen som vårdbiträde/undersköterska inom hemtjänsten. Hemtjänstpersonalen ombads även definiera rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt, och följande två svar får ses som typiska:

Att jag i mitt arbete så mycket som möjligt ska kunna se vårdtagaren och hans/hennes möjligheter att klara av olika delar i vardagen på egen hand. Och sedan också att kunna låta personen i fråga få tid till att utföra detta. (Vårdbiträde, Trollbäcken).

Att man är aktiv på rätt sätt. Att inte ta ifrån vårdtagarna vad de kan själva. (Vårdbiträde, Trollbäcken)

Rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt utgår med andra ord från att hemtjänstpersonalen bemöter de äldre på ett sätt som uppmuntrar dem till aktivitet. När intervjuerna hade sammanställts framgick att några ämnesområden dominerade när det gällde behov och önskemål från personalen. Dessa var arbetsteknik, rehabilitering, bemötande, läkemedelskunskap och kunskap om olika sjukdomar, tillstånd och skador. Informanterna efterfrågade fördjupade kunskaper om stroke, KOL (kroniskt obstruktiv lungsjukdom) och demens. Utifrån denna kunskapsinventering utformades ett studiecirkelmateriel bestående av åtta sammankomster med olika inriktning och fokus som ansågs vara relevanta och viktiga för hemtjänstpersonalen att utveckla sin kompetens och yrkeskunskap inom. Ett ytterligare urvalskriterium var givetvis att ämnet skulle ha koppling till rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt. De åtta studiecirkelsträffarna planerades till omkring tre timmar och kom att handla om följande:

1. Vardagsrehabilitering för äldre
2. Att klara aktiviteterna i vardagen
3. Förhållningssätt vid stroke och Parkinsons sjukdom

4. Förhållningssätt vid ledsjukdomar och frakturer
5. Arbetsteknik och ergonomi
6. Strategier för att lättare klara av vardagssysslor
7. Bemötande – ett givande och tagande
8. Samarbete – med den äldre i centrum

I studiecirkeln ingår två böcker: *Rehabilitering* (Holm & Jansson 2003) och *Geriatrisk* (Jansson & Almqvist 2002). Till varje sammankomst finns läshänvisningar om 10 till 20 sidor som berör ämnet för dagen. Deltagarna förväntas komma förberedda genom att ha läst anvisade textavsnitt.

Studiehandledningen är utformad som ett häfte, med inledning, syfte, mål, upplägg och cirkelledarens uppgift, och därefter åtta kapitel om de olika sammankomsterna. Dessa åtta avsnitt strukturerades på sinsemellan lika sätt och följer ett givet mönster: Inledningsvis finns läshänvisningar i kurslitteraturen. Därefter finns en beskrivning av målsättningarna med det aktuella studiecirkeltillfället som sammanfattar vilka kunskaper sammankomsten förväntas ge. Sedan följer en kort faktatext gällande det aktuella ämnesområdet. Efter denna finns ett beskrivande praktikfall om en fingerad kvinna kallad Tora. Tora fungerar som underlag för diskussionen och är ett praktikfall som kan diskuteras utan nödvändig hänsyn till omsorgstagares anonymitet och integritet. Berättelsen om Tora följer studiecirkeln ämnesområden och hon råkar ut för diverse händelser som anknyter till dessa. Till varje av de åtta kapitlen finns även ett antal diskussionsfrågor, dels med direkt hänvisning till berättelsen om Tora och dels mer allmänna med koppling till kurslitteraturen och hemtjänstpersonalens egna erfarenheter.

I studiehandledningshäftet finns även ett antal praktiska övningar kallade ”Dagens övning”. I intervjuerna inför utformningen av studiecirkeln framkom nämligen att en majoritet av informanterna önskade färdighetsträning och mer kunskaper i förflyttningsteknik. Till varje cirkeltillfälle finns därför förslag på basala övningar i kroppskännedom och förflyttningsteknik.

Vi kan här vända åter till Aristoteles och hans syn på kunskap och reflektion. Han menar att praktisk kunskap kan läras ut, bland annat genom att läsa och reflektera. Det är dock viktigt att reflektionen inte försöker tillämpa alltför generella kategorier (Josefson 1998). I detta sammanhang kan studiecirkeln i allmänhet och praktikfallet Tora i synnerhet betraktas som försök att lyssna till Aristoteles och hålla reflektionen till något specifikt. Man utgår från ett fall, en unik situation.

Cirkeltillfälle 1: Vardagsrehabilitering för äldre

Det första studiecirkeltillfället har karaktären av en inledning eller uppstart. Det handlar om rehabilitering och aktivering generellt och varför det är viktigt att röra på sig och använda kroppen. Målet är att deltagarna ska få kunskaper om varför vardagsrehabilitering är viktigt för den äldre, vad ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt innebär samt vad man bör tänka på vid målformulering för äldres vardagsrehabilitering.

Ur studiehandledningen:

Alla har ett behov av att röra på oss, få utföra och uppleva saker. Det kan vara allt från att träna hårt, arbeta i trädgården till att gå på konsert eller sitta i soffan och läsa. För att må bra har människan behov av att vara aktiv på olika plan. Att få fortsätta vara aktiv och göra det man kan och önskar, trots hög ålder och funktionsnedsättningar, bidrar till en bättre hälsa. Det psykiska välbefinnandet ökar och kroppen stärks i sina funktioner vid ökad självständighet, vilket medför att förmågan till att påverka och vara delaktig i sin egen situation stärks. Med ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt i vardagen hjälper du den äldre att behålla och stärka sina funktioner och förmågor. Det ska ske genom vardagliga aktiviteter och utföras av all personal hos alla äldre (Nestor FoU-center 2007, s. 7).

Cirkeltillfälle 2: Att klara aktiviteterna i vardagen

Detta studiecirkeltillfälle fokuserar på den äldres förmåga att klara aktiviteter i vardagen. Det handlar om aktiviteter i dagliga livet (ADL) och målet är att deltagarna efter träffen skall känna till detta begrepp, vad det står för samt vilka aktiviteter som avses. De ska få kunskaper om ADL-bedömning och hur informationen från en sådan kan användas och vara till gagn för personalen och den äldre. Studiecirkeltillfället tar även upp hur en bra måltidsmiljö för den äldre skapas.

Ur studiehandledningen:

Olika faktorer påverkar den äldres krafter och därför är det viktigt att få utföra det som känns betydelsefullt för välbefinnandet. Det kan ibland räcka med att få ta ett eget beslut om vad man vill använda sina krafter till. Genom att stödja den äldre i de dagliga aktiviteterna arbetar du med ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt vilket bör innebära:

- Att locka fram den äldres inneboende kraft och ge stöd till att finna vardagsglädje.
- Att få den äldre att bli medveten om och utnyttja sina resurser.
- Att stödja den äldre att hantera vardagen utifrån sina unika förutsättningar.

I det rehabiliterande och aktiverande arbetet ska du alltså på olika sätt underlätta för den äldre att klara det dagliga livets aktiviteter (Nestor FoU-center 2007, s. 10).

Cirkeltillfälle 3: Förhållningssätt vid stroke och Parkinsons sjukdom

I intervjuerna inför planeringen av studiecirkeln framkom att det fanns önskemål om kunskaper om specifika sjukdomar som stroke och Parkinsons sjukdom. Det tredje studiecirkeltillfället syftar till att ge kännedom om de vanligaste symtomen vid dessa två sjukdomar. Det handlar bland annat om varför det är viktigt att en Parkinsonsjuk äter kolhydratrik kost samt är fysiskt aktiv. Man går även igenom att det finns samhälleligt stöd i form av föreningar, tjänster och rehabilitering för drabbade.

Ur studiehandledningen:

Stroke är ett samlingsbegrepp för hjärnblödning eller propp i hjärnan vilket kan medföra stora förändringar för den äldre. Parkinsons sjukdom är en kronisk,

progredierande sjukdom som påverkar rörelseförmågan. Dessa två neurologiska tillstånd kan ge funktionsnedsättningar som helt eller delvis kan bli bestående.

Många gånger kan insatser i form av hemtjänst, hjälpmedel och bostadsanpassning behövas för att den äldre ska kunna bo kvar hemma. Genom att få kunskaper om sjukdomarna och dess konsekvenser kan du stimulera äldre personer att använda sina funktioner och förmågor och ge dem struktur i vardagen. På så sätt bidrar du till den enskildes livskvalitet (Nestor FoU-center 2007, s. 12).

Cirkeltillfälle 4: Förhållningssätt vid ledsjukdomar och frakturer

Denna sammankomst fokuserar på ledsjukdomar och frakturer. Efter cirkeltillfället ska deltagarna ha fått kunskaper om vad som sker med smärtröskeln hos äldre och vad det kan innebära. Studier visar att äldre har mindre känslighet för stark smärta, exempelvis nålstick, men ökad känslighet när det gäller muskeltryckssmärta (Bertilson 2001). Deltagarna ska även lära sig vilka som är de vanligaste frakturerna hos äldre samt få kunskaper om osteoporos (benskörhet), artros (reumatisk ledsjukdom) och reumatoid artrit (kronisk inflammation i kroppens leder).

Ur studiehandledningen:

Det biologiska åldrandet kan medföra en ökad risk för frakturer och en del sjukdomar som påverkar skelett, leder och muskler (rörelseapparaten). Faktorer som bidrar till ökad risk att drabbas av frakturer är falltendens, nedsatt rörlighet, nedsatt balans eller att ha skört skelett (osteoporos). När den äldre har en sjukdom eller skada som påverkar rörelseförmågan är ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt av stor betydelse.

En god kontakt med vårdcentralen är viktig så att den äldre och du kan få svar på frågor om till exempel restriktioner efter frakturer och vid ledsjukdomar och för att kunna rapportera om eventuella försämringar. Åtgärder som exempelvis träningsprogram, hjälpmedel och bostadsanpassning kan då sättas in (Nestor FoU-center 2007, s. 14).

Cirkeltillfälle 5: Arbetsteknik och ergonomi

Det femte studiecirkeltillfället skiljer sig något från de övriga genom att vara mer inriktat mot praktiska övningar. Det handlar om arbetsteknik och ergonomi. Till detta tillfälle finns inte praktikfallet Tora med. Syftet med sammankomsten är bland annat att deltagarna ska få kunskaper om vilka vinster den äldre och personalen kan få vid medverkan vid förflyttningar och vilka konsekvenser motsatsen kan medföra. Man diskuterar när förflyttningar ska göras manuellt respektive med hjälpmedel samt vilka konsekvenserna kan bli, ur ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt, när den äldre förflyttas med personlyft. Deltagarna ska även erhålla kunskap om vem på arbetsplatsen man vänder sig till vid problem samt var man hittar information om Arbetsmiljölagen och Arbetsmiljöförordningen.

Ur studiehandledningen:

Arbets teknik är en metod för att på bästa sätt kunna utföra sitt arbete utan risk för att skada sig själv eller andra, både på lång och kort sikt. Som vårdbiträde inom öppen hemtjänst arbetar du i miljöer som du kanske inte kan påverka. Du arbetar också med äldre som inte alltid kan styra över sina rörelser och sina kroppar. Arbetet underlättas med kunskap i förflyttningsteknik och egen kroppskänedom.

När du har grundkunskaper i ergonomi och är säker på din arbets teknik kan du lättare motivera den äldre att använda sina egna funktioner. Efter sjukdom och skada är det viktigt att den äldre stimuleras och ges möjlighet att återta sina förmågor i så hög grad som möjligt. När all personal arbetar på samma vis skapar det trygghet för den äldre och det blir då lättare att uppmuntra till aktivitet i vardagen (Nestor FoU-center 2007, s. 19).

Cirkeltillfälle 6: Strategier för att lättare klara av vardagssysslor

Vid den sjätte sammankomsten tas strategier i vardagen upp. Det handlar om hur man kan arbeta med vardagsrehabilitering utifrån olika strategier. Deltagarna lär sig olika sätt att anpassa aktiviteter till den äldres förmåga, vilka vinster som kan skapas för den äldre om man inför rutiner i ADL-utförandet och även vart man kan vända sig för tips om nya strategier.

Ur studiehandledningen:

När vi utför våra vardagssysslor använder vi oss ofta av olika strategier. Det är olika tillvägagångssätt som grundas på bland annat vanor och igenkännande. När den äldre får försämrade funktioner beroende på skada, sjukdom eller helt enkelt ålder, kan det bli svårare att leva som tidigare. Även faktorer som mat, sömn, medicin och tiden på dygnet kan påverka den äldres förmåga.

Genom att välja passande strategier skapar du förutsättningar för den äldre att återta eller upprätthålla de dagliga aktiviteterna. Det är viktigt att vara medveten om att behov och resurser kan förändras över både kort och lång tid. För att kunna arbeta framgångsrikt med ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt är det av stor vikt att du diskuterar och är lyhörd inför den äldres behov och önskemål (Nestor FoU-center 2007, s. 22).

Cirkeltillfälle 7: Bemötande – ett givande och tagande

Detta studiecirkeltillfälle handlar om bemötande och efter att ha läst litteraturen och diskuterat kring detta ska deltagarna erhållit kunskaper i hur man genom olika strategier kan skapa ett positivt möte i arbetet med den äldre. Sammankomsten tar upp hur man förhåller sig professionell i sitt arbete inom hemtjänsten. Den handlar även om kroppsspråkets betydelse och om så kallad emotionell intelligens (EQ).

Ur studiehandledningen:

Det goda mötet utmärks av en ömsesidig respekt människor emellan. Denna respekt ska du ha med dig i ditt arbete. Ett bra och givande möte bör grunda sig på:

- Att den äldre och du är överens om det som ska göras.
- Att den äldre och du har ett gemensamt mål
- Att du är klar över ditt rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt i mötet med den äldre.

Inlevelseförmåga, självkänedom och empati i mötet med den äldre är en god grund att kunna bygga upp ett ömsesidigt förtroende på. När den äldre känner sig trygg och respekterad kan det underlätta för dig i ditt rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt (Nestor FoU-center 2007, s. 25).

Cirkeltillfälle 8: Samarbete – med den äldre i centrum

Till den avslutande sammankomsten bjöds biståndshandläggare, sjukgymnaster och arbetsterapeuter från kommunen in. Sammankomsten handlar om hur olika instanser samarbetar kring den äldre personen när det gäller rehabilitering och aktivering. Man går igenom Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen i stora drag och man tittar på hur kommun och landsting samarbetar och hur rutiner vid överrapportering ser ut. Under denna cirkelträff ska deltagarna få kunskaper om vad det finns för aktivitetsnätverk för äldre i den aktuella kommunen samt vilken roll och ansvar hemtjänstpersonalen har avseende det rehabiliterande och aktiverande förhållningssättet. De ska också känna till när andra yrkeskategorier bör kontaktas.

Ur studiehandledningen:

När en äldre person blir ålderssvag eller sjuk kan antalet kontakter med olika yrkesgrupper och instanser öka dramatiskt. Biståndshandläggaren bedömer behovet av hemtjänst. I hemmet kan den äldre få besök av hemtjänstpersonal, distriktssköterska och undersköterska. Arbetsterapeut och sjukgymnast kan vara inkopplade gällande behandling, träning, bostadsanpassning och hjälpmedelsbedömning.

Andra aktörer som den äldre kan träffa är kurator, logoped och läkare. Det kan bli många ansikten och kontakter att hålla reda på. De äldre som är anslutna till växelvård kommer i kontakt med ytterligare personer. Det är därför viktigt att alla samarbetar så att det blir smidigt vid kontakter, beslut och informationsöverföring (Nestor FoU-center 2007, s. 29).

Utvärdering av studiecirkeln

Studiecirkeln har utvärderats vid fyra tillfällen – först i Trollbäcken och sedan i Krusboda. Vid båda tillfällena gjordes utvärderingarna efter halva studiecirkeltiden samt efter avslutningen. Utvärderingarna har gjorts genom skriftliga enkäter som fyllts i av cirkeldeltagarna och utformats och sammanställts av Agneta Törnquist, Nestor FoU-center. Resultaten från Trollbäckens utvärdering har föranlett vissa förändringar i upplägget inför genomförandet i Krusboda. Det handlar om mindre ändringar i diskussionsfrågorna och i läshänvisningarna.

Enkäterna visar att hemtjänstpersonalen värderar studiecirkel som lärandeform mycket högt. Båda hemtjänstgrupperna uppskattar utbildningskonceptet i lika hög

grad. Samtliga påpekar vikten av att man haft möjlighet att diskutera med varandra och på så sätt reflektera kring det dagliga arbetet. Deltagarna rapporterar att de har varit aktiva under studiecirkelträffarna; främst har man varit aktiv i diskussionerna genom att ställa och svara på frågor. Deltagarna uppger också att de har tagit med sig frågor från det dagliga arbetet in till gruppen och på så sätt problematiserat arbetet. Fördelar med studiecirkeln är att teori, erfarenheter och praktik varvas, samt att man får tillfälle att reflektera över sitt arbete med varandra och tillsammans med kunniga studiecirkelledare.

Studiecirkeln har varit schemalagd varannan vecka vilket en majoritet av deltagarna upplevt som ett optimalt tidsintervall. Hälften av deltagarna var med vid samtliga tillfällen och den andra hälften var frånvarande vid ett eller några tillfällen. Frånvaron berodde på semester eller sjukdom. Studiecirkelns träffar tog två timmar och en tredjedel i anspråk och var förlagd mellan klockan 14.00 och 16.45. Hälften av deltagarna uppger att den tiden är lagom, den andra hälften anser att det krävs mer tid. Några av deltagarna menar att studiecirkeln borde ha börjat tidigare på dagen. Som det nu var hade deltagarna först lunch och arbetade därefter i en dryg timme för att sedan komma in till studiecirkeln klockan två. Deltagarna upplevde därför svårigheter att ställa om mentalt, varför den första kvarten av cirkeln disponerats till att "samla ihop sig".

Studiecirkeln lästes i mindre grupper om fem till åtta personer. Samtliga deltagare anser att det var en bra gruppstorlek. Flera av deltagarna rapporterar att studiecirkeln gav dem möjlighet till diskussion och reflektion i lugn och ro vilket tyder på att gruppstorleken var välavvägd och erbjöd denna möjlighet. Några av deltagarna påpekade dock att de inte kunde delta fullt ut i diskussionen i större grupp än två till tre personer. Studiecirkelledarna upplever att grupperna fungerat optimalt när det var fem deltagare.

När det gäller studiecirkeln innehåll och struktur uppger samtliga deltagare att detta varit bra. Den stora majoriteten av deltagarna är helt nöjda med kurslitteraturen *Geriatrisk* och *Rehabilitering*. Ungefär hälften av kursdeltagarna anser att de kunnat läsa mer till varje tillfälle medan den andra hälften tycker att det varit för mycket att läsa. Några av de senare uppger att de inte hann läsa litteraturen som "läxa", de hade istället föredragit att tid avsatts för gemensam läsning under studiecirkelsammankomsten. Tiden var dock knapp som det var och inom de uppsatta tidsramarna har denna möjlighet inte kunnat ges. Svårigheten med studiecirkeln har varit att hinna med diskussionsfrågorna, ibland för att man fastnat i en fråga, men även för att de är många till antalet. Syftet med frågorna är dock inte att samtliga nödvändigtvis ska diskuteras, utan att de frågor som den aktuella gruppen ser som mest relevanta ska prioriteras.

Praktikfallet (berättelsen om Tora) som följer med genom de olika cirkelträffarna har varit speciellt uppskattat av flera deltagare. Ett vårdbiträde menar att "man känner med henne". Fördelen med ett neutralt praktikfall är, enligt deltagarna, att de kunnat föra över sina erfarenheter på Tora för att på så sätt enkelt undvika att direkt

diskutera de egna omsorgstagarna. I studiecirkelträffarna ingår praktisk träning för deltagarna (Dagens övning) gällande användning av hjälpmedel, förflyttningar, trappgång etc. Denna lärandeform var, enligt samtliga deltagare, bra och något som många gärna sett mer av. Den femte sammankomsten, om arbetsteknik och ergonomi, var uppskattad och en majoritet av deltagarna efterfrågade mer av detta praktiska lärande. Här åskådliggjordes bland annat ryggraden med hjälp av ett skelett vilket deltagarna fann pedagogiskt riktigt då de direkt kunde förstå konsekvensen av att lyfta fel. Enligt studiecirkelledarna finns dock ett problem med de praktiska övningarna i att de är tidsödande, alla deltagarna hinner inte öva och en stor del av tiden går åt till att vara åskådare.

I en av enkätfrågorna fick deltagarna betygsätta varje studiecirkeltillfälle enligt betygsskalan ett till fem, där ett var mycket dåligt och fem mycket bra. Resultatet visar att samtliga sammankomster fick höga betyg. I princip har hälften av deltagarna delat ut betyget fyra och hälften har givit betyget fem.

Samtliga studiecirkeldeltagare uppger att de fått nya kunskaper om rehabilitering och aktivering genom att delta i studiecirkeln, de flesta har fått mycket bättre kunskaper inom området medan en del påpekar vikten av att få bekräftat att man faktiskt gör och tänker riktigt. Det som främst har förändrats hos deltagarna är att de har fått ett nytt tankesätt, det kan handla om att fundera innan man utför ett arbete, att förstå konsekvenserna, att se alternativa lösningar i arbetet med den äldre, att ta sig tid att planera vad som ska göras utifrån omsorgstagarens förutsättningar istället för att arbeta "utav bara farten" då insatserna lätt kan hamna på fel nivå. Deltagarna uppger också att de har fått ett annat sätt att tänka om den äldres förmåga att själv utföra en lång rad aktiviteter i vardagen. En del av deltagarna tar även upp att de försöker få omsorgstagarna att testa olika sätt att lösa problem. Flera av deltagarna finner att de arbetar mer aktivt med aktivering. En del har beskrivit att de genom studiecirkeln har fått en metod för att arbeta rehabiliterande och aktiverande. Några beskriver att de har fått en bättre förflyttningsteknik. Deltagarna poängterar ofta den tänkande (reflekterande) aspekten av studiecirkeln före den utförande (praktiska) delen. De poängterar ett flertal gånger i enkäten att de värdesätter att sitta tillsammans och prata med varandra. Det tycks alltså vara som Aristoteles filosofi gör gällande, det vill säga reflektionen är viktig för tillägnandet av praktisk kunskap.

I princip är samtliga deltagare nöjda med studiecirkeln som den är och tycker inte att det krävs förändringar. Någon av deltagarna efterlyser dock tydligare riktlinjer (vad som ska göras och hur det ska göras) och struktur vid cirkelträffarna. Någon anser som tidigare nämnts att det skulle avsättas tid för inläsning under studiecirkeln. Slutsatsen av utvärderingen är att studiecirkeln fungerat bra, men att placeringen på dagen bör ses över och justeras.

Checklista

Checklistan är ett verktyg och hjälpmedel för hemtjänstpersonalen att kartlägga och dokumentera de äldres förmågor och behov av vardagsrehabilitering. Den är ett redskap för att identifiera hur hemtjänstinsatserna ska utformas rehabiliterande och

aktiverande utifrån omsorgstagarens förmågor och önskemål. I studiecirkeln ingår den som övning, i handledningen ingår den som praktiskt hjälpmedel och den är avsedd att finnas kvar och användas i verksamheten även efter projektet. I checklistan finns elva aktiviteter som värderas utifrån tre kapacitetsnivåer: *klarar av*, *klarar av med stöd* och *klarar inte av alls*. De elva aktiviteterna är:

- förflyttningar inomhus
- förflyttningar utomhus
- daglig hygien
- dusch
- av/påklädning
- äta och dricka
- tillagning av mat
- inköp
- städning
- tvätt och klädvård
- övriga aktiviteter.

Checklistan fylls i av hemtjänstpersonalen tillsammans med den äldre. Vid varje aktivitet kryssas ett av de tre svarsalternativen för, men utöver det finns även plats för ytterligare kommentarer och noteringar.

Checklistans funktion är att underlätta värderingen av var omsorgstagaren befinner sig i aktivitetsnivå samt att fungera som stöd vid målformulering. Utöver de bedömda aktiviteterna innehåller checklistan en punkt där personalen och handledaren tillsammans med den äldre kan notera ett *ReAkt-mål*, som är ett mål i vardagen som utgår från hemtjänsttagarens önskemål, behov och förutsättningar och är knutet till någon eller några av dennes aktiviteter. För att underlätta användningen av checklistan, exempelvis när genomförandeplaner skrivs, används samma vokabulär som i biståndsbesluten.

Situationsanpassad praktisk handledning

Utbildningen i rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt består, som nämnts, av flera olika delar som kompletterar varandra. Studiecirkeln ger teoretiska och praktiska kunskaper genom läsning, en del praktiska övningar och möjlighet till diskussion och reflektion. Parallellt med studiecirkeln, med start efter tredje träffen, får hemtjänstpersonalen konkret och praktisk handledning i de äldres hem. Utbildningen är då förlagd till den miljö där kunskaperna och färdigheterna ska användas.

Varje vårdbiträde/undersköterska i Tyresö hemtjänst är kontaktperson åt en eller flera omsorgstagare och handledningen genomfördes hemma hos dessa (oftast två till tre äldre). Syftet med den arbetsplatsförlagda handledningen är alltså att det rehabiliterande och aktiverande förhållningssättet ska sättas in i sitt sammanhang i det praktiska arbetet; erfarenheter och kunskaper ska integreras i det praktiska

arbetssättet. Kontaktpersonen ska tillsammans med handledaren finna nya arbetssätt och metoder för att förbättra den äldres vardag. *Vad* som görs i specifika situationer samt *hur* och *varför* det genomförs tydliggörs genom handledningen.

Handledningsmodellen arbetades fram av projektledarna och Agneta Törnquist från Nestor FoU-center. Arbetet var därmed en syntes av projektledarnas yrkeserfarenheter, som arbetsterapeut och sjukgymnast och tidigare erfarenheter av utbildning av hemtjänstpersonal, och Törnquists kunskaper och erfarenheter som lärare och fil dr i pedagogik.

Handledningen följer en modell där handledaren, som är arbetsterapeut eller sjukgymnast, och vårdbiträdet/undersköterskan (kontaktpersonen) först går igenom den aktuella omsorgstagarens situation och dennes befintliga genomförandeplan och biståndsbeslut i personallokalen. Här tar man upp vilka insatser som utförs samt hur och varför insatserna görs. Därefter fortsätter handledningen i den äldres hem där handledaren gör en situationsanpassad observation och noterar de insatser som utförs samt vilka aktiviteter den äldre skulle kunna utföra med stöd från personal. Nästa steg i handledningen är att vårdbiträdet/undersköterskan, handledaren och omsorgstagaren tillsammans fyller i checklistan (se ovan) och noterar vilka aktiviteter den äldre bemästrar samt om och hur hjälpmedel används. I handledningsmodellen ingår även att tillsammans med den äldre sätta upp rehabiliterande och aktiverande mål, ett ReAkt-mål. Detta ska förhoppningsvis leda till ett förändrat arbetssätt. En tidsplan sätts upp för uppföljning av effekterna. Efter hembesöket fortsätter handledningen åter i personallokalen där resultaten dokumenteras i genomförandeplanen. Kontaktpersonens uppgift är sedan att informera övrig personal om det nya arbetssättet och uppsatta mål. Om ett nytt arbetssätt ska få avsedd effekt är det viktigt att samtlig berörd personal tar del av den dokumentation och information som kontaktpersonen har kring den äldre.

Det nya arbetssättet testas slutligen. När testperioden, i enlighet med tidsplanen, är över gör den äldre och kontaktpersonen gemensamt en utvärdering. Resultatet av utvärderingen dokumenteras i genomförandeplanen och kontaktpersonen och handledaren diskuterar utfallet av det förändrade arbetssättet och huruvida detta ska förnyas eller förstärkas. Vid behov följer handledaren med hem till den äldre för observation och handledning vid ytterligare ett eller flera tillfällen. Nedan beskrivs handledningsmodellen i punktversion.

- Genomgång av befintlig genomförandeplan
 - Kontaktpersonen berättar om den äldre, vilka insatser som görs samt varför och hur de görs
- Situationsanpassad observation
 - Vad som görs
 - Varför insatsen görs
 - Vad den äldre kan göra själv med lämpligt stöd
 - Förändringsmöjligheter – vad vill den äldre förändra?
- Genomgång av checklistan

- Fastställan av ReAkt-mål/delmål
- Tidsplan sätts upp
- Dokumentation i genomförandeplanen
- Information till arbetslaget
- Förändrat arbetssätt testas – eventuell ny handledning hos den äldre
- Utvärdering

För att bibehålla en så naturlig situation som möjligt och för att inte störa den relation som byggs upp mellan omsorgstagare och kontaktperson, var observationen under hembesöket i möjligaste mån passiv. En helt passiv observation är i detta fall inte möjlig; det är ett ideal som det inte finns möjligheter att leva upp till, men det tjänade som riktlinje. Det var fråga om öppna observationer med målsättningen att handledaren höll sig i bakgrunden. Syftet var dels att se hur kontaktpersonen förhåller sig gentemot den äldre i arbetssituationen och dels att notera om den äldre kan ges större utrymme att utföra aktiviteter på egen hand eller bli mer självständig. Vid uppkomna svåra situationer gick handledaren in mer aktivt och gav stöd och handledning.

I samband med handledningen resonerade handledaren, kontaktpersonen och omsorgstagaren om det tidigare nämnda ReAkt-målet. Detta är ett nytt begrepp som införts för att stärka den enskildes aktivitetsnivå och förmågor. Till hjälp i målformuleringen används informationen i den ifyllda checklistan. Om målet medförde förändringar i biståndsbeslutet kopplades även biståndshandläggaren in. ReAkt-målen kan vara såväl stora som små. Enligt hemtjänstpersonalen och projektledarna kan ett litet mål göra stor skillnad för den äldre; något som vid första anblicken kan betraktas som obetydligt kan stärka den äldre och fungera rehabiliterande och aktiverande. Exempel på mål kan vara att den äldre ska borsta tänderna själv, att denne ska hämta in posten tillsammans med personal, eller att omsorgstagaren ska följa med vid matinköp, plocka in varor i skåpen eller genomföra regelbundna promenader.

Vid hembesöken kunde brister uppmärksammas gällande exempelvis hjälpmedel, bostadsanpassning eller svåra arbetssituationer för hemtjänstpersonalen. Detta kunde då resultera i att kontaktpersonen eller projektledarna tog kontakt med kommunens bostadsanpassningsansvarige, distriktsarbetsterapeut vid vårdcentralen eller annan kompetens för att problemet skulle kunna åtgärdas.

Utvärdering av handledningsmodellen

Handledningen och handledningsmodellen utvärderades efter genomförandet i Krusboda och gjordes med metoden fokusgruppintervju med de fem vårdbiträden och undersköterskor som där deltog i utbildningen. Intervjun tog en och en halv timme och genomfördes av Agneta Törnquist, Nestor FoU-center.

Handledning i den äldres hem är, enligt deltagarna, en förutsättning för lärande. Utan denna handledning blir utbildningen i rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt bara ord på diskussionsnivå; kunskaper kräver praktisk förankring

enligt hemtjänstpersonalen. Ett vårdbiträde sade: ”Det är inte förrän man är ensam med Tove och Cecilia [projektledare och tillika handledare] som man tvingas att omsätta studiecirkeln i praktik.” Deltagarna är överens om att handledning hos den äldre kan starta tidigare än vad som nu var fallet. Istället för att vänta till efter tredje studiecirkeltillfället kan handledningen inledas redan efter första träffen. (Enligt projektledarnas uppfattning är detta dock inte en bra idé. Det krävs att ett förtroende mellan handledare och personal skapas samt att personalen fått grundkunskaper genom studiecirkeln innan handledningen inleds. Därför är det, enligt projektledarna, lämpligast att vänta med handledningen till efter tredje studiecirkelträffen.)

Deltagarna anser att det var bra att de fick presentera den äldre i personallokalen och att de där fick gå igenom de dokument som finns om den äldre (bl.a. genomförandeplan och beställning). De upplevde inte att det var svårt att berätta om sitt arbete och varför de agerar på ett visst sätt hos den äldre. Det var tvärtom roligt enligt deltagarna. Att bli observerad i sitt arbete hos den äldre upplevde deltagarna som naturligt. De fann inte att det störde dem i arbetet utan ansåg det givande att få prata med någon om arbetet. Inte heller de äldre blev, enligt hemtjänstpersonalen, negativt berörda av handledningen och den då genomförda observationen. De äldre tycktes uppskatta besöken av handledarna. Deltagarna uppger att handledarna kom med praktiska förslag och hade stora kunskaper om bland annat hjälpmedel vilket både personal och de äldre uppskattade. Gruppens diskussion under intervjun kretsade mycket kring hjälpmedel och det tycktes vara den viktigaste behållningen av hembesöket.

Under själva handledningstillfället diskuterades om den äldre ville bli mer aktiv och man satte gemensamt upp ReAkt-mål. Några av deltagarna hade dock väntat med att sätta upp ReAkt-mål (eller detaljer i detta) tills de åter var i personallokalen, vilket antyder att de inte uppfyllt målet att göra den äldre delaktig i målformuleringen. Hemtjänstpersonalen hade ibland svårt att komma ihåg ReAkt-målen i arbetssituationen, men de menar att de hjälpte varandra för att minnas. Några av målen var svåra att genomföra beroende på att personalen inte upplevde sig ha tid, alternativt att den äldre inte kunde nå sitt eller sina uppsatta mål. Deltagarna verkade inledningsvis ta ganska lättvindigt på ReAkt-målen och ambitionsnivån kunde karaktäriseras som låg – endast en i personalen tycktes i detta skede ha förutsatt sig att nå upp till ReAkt-målet. Efter hand ändrades inställningen till ReAkt-målen och en insikt och förståelse för hur de verkade väcktes hos deltagarna. I den tidiga diskussionen om mål kom deltagarna fram till att de äldre som vill bli mer aktiva sätter upp egna mål. Därför var det i första hand de som har ”givit upp” som behövde mål. Därmed blev också sociala mål mycket viktiga. I samband med formuleringen av ReAkt-målet skulle, enligt handledningsmodellen, en tidsplan upprättas för att man ska kunna bedöma om målet uppnåtts. Under intervjun framkom att deltagarna under första delen av projektet inte hade satt upp någon sådan. De följde alltså inte handledningsmodellen i detta avseende. Vid projektavslutningen framkom sedan en annan bild av hur ReAkt-målen fungerat – där diskuterades målen som något som fungerat mycket bra för alla hemtjänsttagare. Genom att formulera mål och låta de äldre göra så stor del som möjligt av

aktiviteterna, blev det tydligt att de äldre kunde mer än personalen till en början trots. Till viss del hade de äldres förmågor stärkts, men det handlade även om att personalen insåg att de jobbat rutinartat och således övervårdat omsorgstagarna. Det rutinartade arbetet påverkade såväl personalen som de äldre: personalen arbetade utan att reflektera ordentligt och de äldre blev passiva och inväntade att få hjälp istället för att själva agera efter förmåga. ReAkt-målen tydliggjorde detta missförhållande och fungerade som startskott för ett bättre och mer rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt. Hemtjänstpersonalen uttryckte en glädje över den förbättring de kunnat se.

Enligt hemtjänstpersonalen var den använda checklistan bra. Denna skulle enligt flera av dem kunna ersätta genomförandeplanerna som ansågs vara för omfattande och krävande att upprätta. Genomförandeplanen ansågs vara enkel att fylla i och väl utformad, men däremot finns en allmän känsla bland hemtjänstpersonalen av att dokumentation överlag är besvärligt och ansträngande. De fann att checklistan var användbar som underlag för genomförandeplanskrivandet, men när det gällde att också se checklistan som ett redskap för hur man som kontaktperson kan arbeta rehabiliterande och aktiverande med mål, tidsplan och utvärdering, fanns brister. Handledningen har inte fullt ut lyckats uppnå detta vilket var ett av dess syften. En förklaring är möjligen att handledningen vid utvärderingen hade pågått för kort tid. Därmed skulle det vara för tidigt att avläsa/utvärdera effekterna av densamma.

Efter handledningen hade deltagarna som uppgift att informera övrig personal om resultatet av handledningen och det eventuellt förändrade arbetssättet. Att diskutera och förmedla information om den äldre under ordnade former på möten om de äldre uppskattades av deltagarna. De uppskattade att själva få informera sina kollegor om arbetet och det förändrade arbetssätt som de utvecklat i samband med handledningen. De ansåg dock att det var för många olika typer av möten och att det sammantaget blev för stort antal möten.

Deltagarna rapporterar att det finns ett behov av rehabpersonal i det dagliga arbetet inom hemtjänsten. När en person med stort hjälpbehov får hemtjänst via en vårdplanering ska det vara rutin att kommunens rehabpersonal följer med och bistår vårdbiträdet/undersköterskan vid första tillfället hos den äldre (alternativt något av de första tillfällena). Även Agneta Törnquist bedömer att detta är en stor hjälp för att hålla ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt vid liv.

Några praktiska detaljer i genomförandet av projektet

Studiecirkelträffarna hölls varannan onsdag i ett grupprum i hemtjänstens egna lokaler. Storleken på grupperna ansågs vara bäst med max åtta personer. Därför delades Trollbäckens hemtjänstgrupp i två delar eftersom den bestod av 15 personer. Delningen av gruppen gjordes av avdelningschefen utifrån dennes kännedom om sina medarbetare och hur de fungerar i gruppsammanhang. I Trollbäckan var det följaktligen en sammankomst varje onsdag varför det även gick att byta tid mellan grupperna om det fanns anledning till detta.

I Krusboda förändrades personalstyrkan under projektets gång och därför fullföljde bara fyra av sex deltagare hela studiecirkeln. Ett vårdbiträde hoppade in i utbildningen efter halva tiden. Ytterligare fem nyanställda hemtjänstpersonal fick en kortare genomgång av det rehabiliterande och aktiverande förhållningssättet men utan att delta i studiecirkeln och handledningen. Det var nödvändigt att informera de nyanställda och få dem införstådda i förhållningssättet för att hemtjänstgruppen skulle få möjlighet att utveckla arbetssättet utifrån en gemensam grund.

Sammankomsterna i studiecirkeln inleddes med en genomgång av den för dagen anvisade litteraturen. Detta förfarande infördes eftersom det visade sig att samtliga inte alltid hunnit läsa in sig på allt. Denna genomgång fungerade även som en bra möjlighet för deltagarna att ställa frågor på sådant de uppfattat som oklart eller svårt. Därefter lästes faktatexten i studiehandledningen högt och man resonerade kort kring innehållet och vad det stod för. Sedan gick man över till diskussionsfrågorna och valde ut dem som ansågs vara mest angelägna och intressanta. Vid några tillfällen fanns tid att diskutera samtliga frågor, vid andra tillfällen var tiden mer knapp. Frågorna är dock att betrakta som förslag och därför kan varje grupp rikta in sig mot det som för dem anses vara mest relevant. Under diskussionerna kunde även sidospår med andra företeelser att resonera kring dyka upp. Dessa samtalsämnen skrevs upp för att de inte skulle glömmas och togs upp senare under träffen eller vid en senare sammankomst.

Under punkten Dagens övning uppkom ofta frågor och funderingar kring förflyttning och specifika problem. De diskussioner som då uppkom tog tid i anspråk och därför kunde det hända att någon övning inte hanns med. Projektledarnas (studiecirkelledarnas) bedömning var dock att dessa diskussioner var viktiga, fördjupade förståelsen och resulterade i grundliga genomgångar. Exempelvis lades mycket tid på att gå igenom hur man genomför en förflyttning på ett skonsamt sätt för såväl den äldre som personalen.

När det gäller de handledande hembesöken genomfördes dessa hos omsorgstagare med biståndsbeslut omfattande mer än enbart serviceinsatser. Hemtjänstpersonalen fick handledning hemma hos de äldre de var kontaktperson åt. Inför hembesöket gick handledaren och vårdbiträdet/undersköterskan tillsammans igenom uppgifter om den äldre i fråga. Vårdbiträdet/undersköterskan presenterade denna utifrån personlig kännedom, gällande biståndsbeslut och befintlig dokumentation. En anledning till att den praktiska handledningen gjordes med kontaktpersonen var att denne har huvudansvar för dokumentationen och sannolikt även känner personen bäst.

Vid planeringen av handledningsbesöken insåg man att det uppkom vissa problem med inbokningen av dessa. Orsaker kunde vara sådant som sjukdom hos personal eller omsorgstagare eller andra oförutsedda händelser. Det som visade sig fungera var att boka in handledningen en vecka i förväg med ett vårdbiträde eller en undersköterska åt gången. I Krusboda underlättades planeringen av att man installerat ett datorbaserat planeringssystem (TES). En skriftlig begäran om utökad

tid vid hembesöket lämnades till planeringsansvarige varpå tiden blev schemalagd i systemet. Det innebär att bokningen blev smidig samt att vårdbiträdet/undersköterskan fick möjlighet att enkelt begära tid för skrivarbete i direkt anslutning till det handledande hembesöket.

Genomförandeplaner

För att underlätta implementeringen av det rehabiliterande och aktiverande förhållningssättet i det praktiska arbetet infördes en ny mall för skrivande av genomförandeplaner. Tidigare saknades utrymme för ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt. Genomförandeplanerna gav svar på frågan *vad* som gjordes hos de äldre men inte *hur* denna hjälp utfördes. Det saknades även utrymme för att beskriva på vilket sätt omsorgstagarna skulle kunna bli mer delaktiga och utföra aktiviteter så långt som möjligt efter egna förmågor och önskemål. Den nya genomförandeplanen konstruerades så att dessa delar kom med och den är utformad så att biståndsbeslut och färdigheter kan dokumenteras konkret och enkelt. Syftet är att genomförandeplanen ska vara ett arbetsverktyg för hemtjänstpersonalen för att kunna arbeta efter det förhållningssätt som utbildningen i projektet söker förmedla.

Förtätade möten om de äldre

Innan projektet startade hade man möten om de äldre en gång per månad i alla hemtjänstgrupper. Under projekttiden förtätades dessa möten som en del i projektet. Mötena om de äldre ledes av vårdbiträdena och undersköterskorna själva och syftet är att diskutera aktuella händelser som rör de äldre och arbetet runt dem. Det ökade antalet möten gjorde att det skapades mer tid och möjligheter att diskutera de äldre gällande omvårdnad, uppföljning, genomförandeplaner och ReAkt-mål.

Projektledningens reflektioner

I detta avsnitt går vi in på hur projektledarna, Tove Ahner och Cecilia Nygren, och deras handledare, Agneta Törnquist, uppfattade projektet inifrån. Projektledningens reflektioner som presenteras här är hämtade från den interna slutrapporten *Rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt i Tyresö kommun* (Ahner & Nygren 2007). Törnquists reflektioner bygger på informella samtal.

Tove Ahner och Cecilia Nygren

Genom utvärderingen av **studiecirkeln** framkom att deltagarna i stort var positiva till dess innehåll och upplägg. Det märktes i båda grupperna att det var en bra form för sammankomsterna och rätt nivå på innehållet. Det som ändrades mellan Trollbäcken och Krusboda var en uppstramning av diskussionsfrågorna och tydligare poängtering av vikten att hålla tidsschemat för varje tillfälle. Ibland kunde det vara svårt för deltagarna att komma i tid vilket påverkade gruppen och sammankomsten negativt. Det innebär också att diskussioner och genomgångar kom av sig och koncentration samt, framförallt, tid tappades. Vad som också påverkade var variationen i hur förberedda deltagarna var. De befann sig på olika nivå då de läst olika mycket i kurslitteraturen. Den negativa tidspress som en del vårdbiträden och undersköterskor gav uttryck för i utvärderingarna, skulle kunna undvikas om till

exempel varje sammankomst förlängdes med 30 minuter. Ett annat alternativ är att stryka Dagens övning vid samtliga tillfällen för att på så sätt frigöra tid för diskussioner (trots att övningarna var mycket uppskattade och fungerade bra). Ett tredje alternativ är att utöka de två sammankomsterna om sjukdomslära till tre gånger, eftersom det fanns ett stort intresse för detta ämne, hur man ska förhålla sig till hemtjänsttagare vid olika sjukdomstillstånd samt lösningar på sjukdomsrelaterade problem. Vid studiecirkeltillfällena om detta uppkom extra mycket frågor och diskussioner.

Vid utformningen av studiecirkeln var det en stor fördel att ha arbetat inom både geriatrik och äldreomsorg samt med handledning av vårdpersonal. Under studiecirkeltillfällena uppkom många frågor som inte direkt hade med sammankomstens inriktning att göra, men som ändå var relevanta att diskutera. Diskussionsförslagen som gavs i studiecirkeln blev många gånger en katalysator till diskussioner om hemtjänstpersonalens yrkesroll och arbetet i stort. Frågor med stor bredd ställdes om allt ifrån handfasta råd och tips till etik- och moralfrågor. Hemtjänstpersonalen går hem till personer med olika funktionshinder och med olika bakgrund. I hemmet är vårdbiträdena/undersköterskorna ofta ensamma och om de dessutom har liten erfarenhet av yrket kan de i vissa situationer känna sig utlämnade. Därför uttryckte många deltagare att de upplevde diskussionerna som givande och önskade att mer utrymme för diskussion fanns i arbetet. Ett sätt att möta dessa önskemål och behov är att införa ett diskussionsforum. Det kan förslagsvis vara i form av strukturerade möten med olika teman där enhetscheferna är ansvariga (Ahner & Nygren 2007).

När hembesöken i den **situationsanpassade handledningen** påbörjades kände flertalet i personalen en viss osäkerhet inför hur detta moment skulle genomföras. Framförallt kunde en oro märkas i Krusbodagruppen där personalen uppfattade att handledarna (projektledarna) skulle bedöma och värdera utförda insatser. Orsaken kan delvis vara att Krusbodagruppen inte fick tillräckligt tydlig genomgång av handledningsmodellen och måldiskussionen. Något annat som bidrog till skillnaden mellan grupperna var att hemtjänstpersonalen i Trollbäcken hade en längre inskolningsperiod med handledningsmodellen och checklistan. De var delaktiga i utvecklandet av dessa, vilket resulterade i att de vågade vara mer öppna, ifrågasättande och reflekterande i ett tidigare skede. Deltagarna i Krusbodagruppen hade till en början inte tagit till sig studiecirkelinnehållet på sådant sätt att det kunde relateras till det praktiska arbetet. Istället uppfattade de, som sagt, hembesöken mer som en bedömningssituation av utfört arbete. När hembesöken väl började genomföras utvecklade de sig dock till bra möten, precis som det varit i Trollbäcken. Hembesöken resulterade ofta i givande diskussioner där både omsorgstagare, vårdbiträde/undersköterska och handledare hade utrymme att göra sig hörda. Vid flera tillfällen under studiecirkeln uppgav deltagarna att de ofta känner sig stressade och har ont om tid, men under hembesöken agerade så gott som samtliga lugnt och avstressat. Vad det beror på är svårt att avgöra. Är det enbart för att tiden för hembesöket var väl tilltagen när projektledarna var med? Gjorde syftet med hembesöken att fokus skärptes? I studiecirkeln diskuterades hur ökad fokusering

resulterar i ett bättre möte mellan hemtjänstpersonal och omsorgstagare och även har en avstressande effekt (Ahner & Nygren 2007).

Genomgången innan handledningen, av vad, varför och framför allt hur insatser görs hemma hos omsorgstagaren, satte ofta igång tankar och funderingar hos kontaktpersonen vilka kunde vara bra att ta med sig till diskussionen om **ReAkt-mål** längre fram. För en del vårdbiträden och undersköterskor kunde det medföra att de reflekterade över sin arbetssituation i stort. Ibland uppstod svårigheter och frågetecken kring målformuleringen eftersom det är lätt att tro att det måste vara stora och omvälvande mål. Det gör att man lätt förbiser små, men bra mål. Att formulera större konkreta mål, som att komma ut i trädgården, gå promenader eller handla tillsammans med hemtjänstpersonal, är lättare och dessa mål kan också vara bra rehabiliterande och aktiverande mål, men det är viktigt att även finna små mål, i hela eller i delar av aktiviteter, där den äldre får vara aktiv regelbundet. Ett ReAkt-mål ska vara regelbundet och utgå från hemtjänsttagarens vardag.

Efterhand utökade en del kontaktpersoner ReAkt-målet till att omfatta fler aktiviteter eller så utvecklades och fördjupades det inom målets ram. För att kunna och våga ge den äldre detta utrymme, att vara mer delaktig både fysiskt och psykiskt, menar Ahner och Nygren (2007) att kunskaperna om ReAkt-mål och arbetsförfarande måste vara förankrade i hela personalgruppen – inte bara hos kontaktpersonen. Det finns och ska alltid finnas utrymme för diskussion och hjälp inom den egna hemtjänstgruppen och även möjlighet att lyfta frågor vidare till enhetscheferna. Detta visar vikten av regelbundna möten om de äldre samt av uppdaterade genomförandeplaner.

Ska **mötena om de äldre** bli meningsfulla och effektiva behövs en tydlig struktur och klara riktlinjer. Mötena bör utgå från ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt samt ha en struktur där varje kontaktperson är förberedd för diskussion kring de för mötet aktuella omsorgstagarna. Det kan exempelvis gälla uppföljning av ReAkt-mål, om något behöver ändras hemma hos en omsorgstagare eller att ge tips till kollegor om hur de kan göra i specifika situationer. På mötet ska man alltid gå igenom vilka äldre som är aktuella för hemgång från exempelvis sjukhus, eller om nya omsorgstagare tillkommit. Allt som tas upp ska dokumenteras av kontaktpersonen, eller annan personal om kontaktpersonen inte närvarar på mötet. Det är viktigt att poängtera det gemensamma ansvaret. Optimalt vore att hemtjänstpersonalen för varje ny hemtjänsttagare, eller om en aktuell hemtjänsttagare får ändrat biståndsbeslut, får extra tid avsatt hemma hos honom eller henne. Då hinner de gå igenom de nya insatserna, eventuella förändringar och vad dessa innebär för omsorgstagaren samt fylla i checklistan eller genomförandeplanen (Ahner & Nygren 2007).

Samarbetet med arbetsterapeuter, sjukgymnaster, biståndshandläggare och handläggarna på bostadsanpassningen har medfört att relevanta och snabba beslut som gagnat de äldre kunnat fattas. Vid överrapportering från sjukhus och korttidsboende var det lätt att ge relevant information till berörd personal gällande

omsorgstagarens status och vad som var viktigt att tänka på. Innan projektet startade fick hemtjänstpersonalen endast denna information via biståndsbeslutet som kortfattat beskriver personens bakgrund och vilken hjälp som är beviljad. Vad som saknades var *hur* hjälpen skulle ges och där såg projektledarna en viktig funktion att fylla. Det är svårt att arbeta rehabiliterande och aktiverande om man som vårdpersonal inte vet vad omsorgstagaren klarar, skulle klara med rätt stöd eller inte klarar alls i en aktivitet.

En vinst för omsorgstagare och personal är, enligt Ahner och Nygren (2007), om det finns kompetens inom rehabilitering att tillgå på ett enkelt sätt. I en nära arbetsrelation med arbetsterapeut eller sjukgymnast går det sannolikt snabbare och enklare från tanke och diskussion till att testa och därefter utvärdera. Utifrån det skulle det sedan gå snabbare att nå resultat och förankra nya arbetssätt hos kollegorna i arbetsgruppen. För att vårdpersonalen ska behålla och utveckla förvärvad teoretisk och praktisk kunskap från projektet kan stöd från legitimerad rehabpersonal behövas. Eftersom alla hemtjänstagare och vårdbiträden/undersköterskor är olika uppkommer ständigt nya frågor och problemområden. Då är det viktigt att det finns personer som kan ta diskussionen och backa upp och stötta personalen. Att kunna diskutera hjälpmedel och bostadsanpassningar är också viktigt, menar Ahner och Nygren.

Agneta Törnquist

Uppgifterna i detta avsnitt kommer från informella samtal med Agneta Törnquist. Hennes roll i projektet har varit att fungera som handledare åt projektledarna samt att ta fram modellerna för studiecirkel och handledning. Hon har varit ett bollplank och ett stöd för projektledarna och bidragit med sin pedagogiska kompetens. Det har varit nyttigt för projektledarna att ha tillgång till någon med utifrånperspektiv på studiecirkeln och handledningen, eftersom projektledarna blivit djupt involverade och hamnat nära verksamheten. Törnquist har kunnat lyfta projektet till ett högre plan och förmått projektledarna att ta ett steg tillbaka och delvis distansera sig från sina roller som sjukgymnast och arbetsterapeut samt arbetet i studiecirkelarna.

I formandet av modellerna för studiecirkeln och den situationsanpassade handledningen har Törnquist varit en pedagogisk resurs och skapat struktur och logisk uppställning. Denna roll är avslutad i och med att utbildningsmaterialet nu är konstruerat. Däremot anser Törnquist att rollen som handledare åt projektledarna är nödvändig även vid en implementering av projektet i andra verksamheter. Utbildningspaketet ska användas för att föra in det rehabiliterande och aktiverande förhållningssättet i andra kommuner, och då kommer projektledarna, Ahner och Nygren, att överta Törnquists roll. De kommer med andra ord fungera som handledare och utbilda sjukgymnaster och arbetsterapeuter så att de kan driva studiecirkeln och genomföra handledningen.

En viktig poäng med den handledande roll Törnquist fyllde var att hålla projektet på rätt nivå, det vill säga hålla fokus på ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt. Det finns en tradition av handledarskap inom paramedicinska

yrkesgrupper. Detta handlar då ofta om konkret, handfast handledning i rörelse- och förflyttningsteknik, hjälpmedel etc. I ett projekt för rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt är det dock inte detta som ska stå i centrum, det är *inte* fråga om att utbilda hemtjänstpersonal till att bli rehabpersonal. Istället handlar det om förhållningssätt, tankesätt och organisatoriska förändringar.

Det är viktigt att det finns en person i bakgrunden som kan stå för detta och se till att projektet håller kursen och inte blir alltför inriktat mot handfast träning och övning. Törnquists bedömning är att hemtjänstpersonalen lätt tar till sig och uppskattar de konkreta övningarna, och detta visade sig även i utvärderingarna, men det får inte göra att man stannar där. Någon med utifrånperspektiv och gärna med annan kompetens än just sjukgymnast och arbetsterapeut kan behövas för detta. De handfasta råden och övningarna är lätta att ta på och hemtjänstpersonalen känner tydligt att de lär sig något. Den mer abstrakta vinsten i ett nytt förhållningssätt är inte lika lätt observerbar och kan därför nedvärderas eller missas. Detta är dock vad projektet i första hand handlar om och det är på detta plan utbildningen vill åstadkomma förändring. Under projektet noterade Törnquist att hemtjänstpersonalen uppskattade den mer abstrakta delen av utbildningen mer allteftersom tiden gick. Mitt i projektet fanns ett större missnöje, exempelvis gällande ReAkt-målen, men detta vändes mot slutet till sin motsats. Vid slutkonferensen gav flera i hemtjänstpersonalen uttryck för stor glädje i att se hur de äldres kapacitet att klara vardagliga aktiviteter stärkts, vilket till viss del ansågs bero på ökad fysisk förmåga men också på att det tidigare funnits ett mått av övervård. Personalen arbetade på rutin och missbedömde eller underskattade ofta de äldres förmågor. Dessa vinster är precis vad projektet syftar till att uppnå; det är på denna nivå projektet är tänkt att ligga.

Studiecirkelledare/handledare kan alltså tvingas kämpa mot ett visst tryck från hemtjänstpersonalen att ägna mer tid åt övningar och hjälpmedel, men det finns vinster i att stå emot detta tryck vilket är nödvändigt för att utbildningens syfte ska uppnås.

Diskussion

I många människors föreställningar om vad hemtjänsten, ett äldreboende eller överhuvudtaget en äldre person är, finns inslag av ensamhet, isolering, passivitet, beroende etc. Denna bild skapas genom att föreställningar från två olika håll samverkar: dels handlar det om vad Goffman (2007) kallar totala institutioner och dels handlar det om vad man kan benämna som den hegemoniska äldrediskursen (se Hazan 1999; Åhlfeldt 2005). En total institution passiviserar människor; den administrerar dem i en organisation som betraktar dem som en homogen grupp. Den hegemoniska äldrediskursen formar samhällets syn på äldre och åldrande – äldre föreställs vara svaga, sjuka, ensamma och utan egentligt engagemang eller aktivitet. Detta är föreställningar som reproduceras genom exempelvis media och människors sätt att prata och förhålla sig. Det är inte en objektiv verklighet som beskrivs, det är en bland många alternativa verkligheter och det är kunskap, eller brist på detsamma, som skapar denna upplevda verklighet. Utifrån kunskaper och verklighetsuppfattning formas förhållningssätt och handlingar.

För att åstadkomma förändring är det följaktligen viktigt att fokusera kunskap om äldre och åldrande samt hur en organisation fungerar. Detta hänger även samman. Inom en organisation, en hemtjänst, som ligger nära den beskrivning Goffman ger av den totala institutionen, reproduceras en viss bild av äldre. Denna organisation kommer inte att vara en bra grogrund för ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt, eftersom detta kommer motverkas både genom strukturer i organisationen och genom andra mer diskursiva strukturer, det vill säga genom hur äldre definieras, bemöts och föreställs vara.

Utbildningen i det aktuella projektet har fokuserat praktisk kunskap i den bemärkelse Aristoteles lägger i begreppet. Genom läsning, reflektion och diskussion har utbildningen sökt förändra förhållningssätt hos deltagarna. Ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt förutsätter en välfungerande organisation och personal som vet och förstår hur arbetet ska göras. Den nya kunskapen kan förhoppningsvis leda till ett förändrat arbetssätt och bemötande, men också till en medvetenhet om hur organisationen ser ut och fungerar, vad som motverkar respektive gynnar ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt. Rutiner, prioriteringar och vilken roll och funktion man som hemtjänstpersonal tillskriver sig själv kan förändras.

Ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt är mer än det sjukgymnaster och arbetsterapeuter arbetar med. Detta förhållningssätt når man inte genom endast instruktioner i förflyttningsteknik till personalen, eller utprovning av hjälpmedel och gåträning till omsorgstagarna. Istället krävs ett helhetsgrepp på verksamheten och att all personal på alla nivåer drar åt samma håll och är införstådda i vad ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt vill säga. Svårigheten eller utmaningen är att en organisation som administrerar en grupp människor med behov av hjälp och stöd lätt kan utvecklas till det Goffman kallar total institution. Den totala institutionen påverkar såväl personal som "intagna" genom att institutionalisera dem. Tecken på detta är bland annat passivitet, utlevande beteende,

initiativlöshet, revirtänkande, förändringsovilja och avhumanisering. De äldre, i det här fallet, kan få försämrad fysisk och psykisk hälsa, depression och identitetsförluster. Personalen arbetar då mekaniskt utan reflektion eller empati. Enligt Anderson (2006) krävs hårt arbete för att dra verksamheten bort från detta, men för att glida ner i denna destruktiva organisationsform kan det räcka med att släppa taget.

Ett projekt för ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt bör alltså söka utveckla positiva samt nedmontera negativa strukturer i verksamheten. För att mer direkta eller handfasta insatser som gåtränning och hjälpmedel ska fungera krävs en grund i en miljö som kännetecknas av mänsklighet, ansvar, empati och fokusering på brukarna framför organisationen. Hur gör man då detta? Jo, strukturer bör angripas på *två nivåer*, dels regler, rutiner och invanda arbetssätt och dels föreställningar och kunskap hos personalen. På *den första nivån* ska skrivna eller oskrivna regler inte ges företräde framför omsorgstagarens behov, initiativtagande ska inte kvävas genom fokusering på organisatoriska hierarkier som gör att någon annan hela tiden tillskrivs ansvaret. På *den andra nivån* ska de äldre inte betraktas som en homogen grupp, de ska inte ses utifrån den hegemoniska äldrediskursen som definierar dem som passiva, odugliga, beroende och hjälplösa, personalen ska ha praktisk kunskap och därmed veta hur specifika situationer ska hanteras, de ska arbeta utifrån en reflekterad etisk grund. Utbildningssatsningen inom projektet handlar om att förstå äldre och åldrande och vad ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt innebär. Till stor del arbetar man med reflektion och praktisk kunskap. Med en personalgrupp som är införstådd i detta kan förändring åstadkommas såväl i det egna handlandet som i vaksamhet för hur organisationen fungerar med avseende på regler, rutiner, hierarkier etc.

En befogad fråga är om det överhuvudtaget är relevant att diskutera Goffmans teorier om totala institutioner i samband med hemtjänsten. De flesta som arbetar inom hemtjänsten upplever säkerligen jämförelsen som missvisande (om inte rent kränkande). Man är professionell, utför storartade arbetsinsatser, gör sitt bästa och hjälper äldre människor som inte längre klarar av alla aspekter av sin vardag. Beskrivningen av den totala institutionen kan säkerligen kännas främmande och kanske tillhörande en sedan länge svunnen tid. Det är odiskutabelt att det inom hemtjänsten görs väldigt många goda insatser av professionell, inکännande, empatisk personal. Ändå kan jämförelsen motiveras och vara både befogad och fruktbar. För det första ska man komma ihåg att den totala institutionen är en teoretisk konstruktion som beskriver något som *endast i olika grad finns i verkliga organisationer*. Hemtjänsten är inte en total institution, men jämförelser och en analys utifrån Goffmans teorier kan rikta ljus mot problemområden och aspekter med förbättringsmöjligheter.

Nedan följer några exempel på hur det kan fungera inom organisationer som arbetar med äldre. De beskriva aspekterna av institutionaliserade verksamheter kan mer eller mindre stämma in på hemtjänsten. Någon känner igen mycket, andra mindre eller

ingenting. Vet man om att detta är varningssignaler blir det dock sannolikt lättare att förändra förhållningssätt eller motverka negativa förändringar om de skulle dyka upp. Med ökad medvetenhet och stärkta kunskaper kan verksamheten dras mot ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt. Andersson (2006) beskriver exemplen nedan i publikationen *Att leva tills jag dör*.

- Strikta regler passiviserar personalen. Får man upprepade gånger höra att än det ena, än det andra vore bra för omsorgstagarna, *men* tyvärr är emot reglerna, förmedlas budskapet att organisationen är viktigare än omsorgstagarna. Verksamheten blir då inte till för de äldre utan tvärtom förmedlas föreställningen att de äldre är där för att legitimera organisationen.
- Rutiner kan styra omsorgstagare och personal. När arbetet följer vissa givna rutiner försvinner möjligheten att anpassa insatserna efter omsorgstagarens egna önskemål. Personalen får då svårt att fokusera individen, och den äldres vilja och preferenser kan nötas bort med följderna att han eller hon i värsta fall genomgår en total anpassning. Om arbetet struktureras efter fastslagna klockslag (som hur lång tid en viss insats får ta), försvinner flexibiliteten och möjligheten att anpassa verksamheten efter oförutsedda händelser som alltid uppkommer i arbetet med människor. Verksamheten blir dessutom syssloinriktad när rutiner och klockan styr. Arbetspasset reduceras till en rad sysslor som ska klaras av så fort som möjligt. Sysslan blir på så sätt viktigare än omsorgstagaren vilket leder till objektivisering av den äldre. Omsorgstagaren blir någon som ska tvättas, matas, läggas etc. Både personal och omsorgstagare dehumaniseras i den institutionella miljön – den äldre blir enbart fysiska behov som ska tillgodoses, den sociala aspekten utelämnas och personalen avtrubbas känslomässigt och intellektuellt. Detta är hårddraget, men emellanåt uppkommer skräckexempel som tyder på denna institutionaliseringsprocess. Det märks inte minst i medierna där enskilda händelser trummas ut med jämna mellanrum.
- Ett tecken på institutionalisering av personalen som man kan vara uppmärksam på är en utbredd negativ, nästintill fientlig attityd till omsorgstagarna. Dessa kan betraktas som en enhetlig grupp, beskrivas som egoistiska och krävande, som lata eller ointresserade av att göra någonting, betraktas som otacksamma etc. Personalen kan sluta tänka och istället göra arbetet mekaniskt utan att reflektera. Det kan skapas ett vi och dom-tänkande, inte bara gentemot omsorgstagare, utan även i förhållande till närstående, andra arbetsgrupper, andra yrkesgrupper (som paramedicinare), chefer och ledning. En effekt av detta är att omsorgspersonal skjuter ansvaret ifrån sig och utgår från att exempelvis arbetsterapeuten och sjukgymnasten kan allting. Omsorgspersonalen kan falla in i att ständigt vänta på instruktioner från andra eller strunta i råd och instruktioner. Andersson (2006) exemplifierar med när en sjukgymnast ska följa upp hur det gått med gåträningen för en äldre. Den tillfrågade i personalen kan inte ge besked utan svara med en axelryckning: ”Jag har varit ledig.”

- Det är mycket vanligt att personal inom hemtjänsten (och annan äldreomsorg) inte upplever sig ha tid med någonting utöver det nödvändigaste. Detta är givetvis ett reellt problem, det är ont om tid för arbetsuppgifter som sätter en så kallad guldkant på tillvaron. Samtidigt kan det vara ett symptom på institutionaliseringsprocessen, det vill säga arbetsmiljön kan skapa en känsla av apati som liknar den vid depression och man orkar inte göra något extra. Arbetet i en verksamhet som ligger nära den totala institutionen är monotont, förutsägbart, saknar utrymme för spontanitet och kreativitet, vilket naturligt nog leder till leda och tristess.

Något som är värt att poängtera efter dessa punkter är att enskilda medarbetare inom hemtjänsten inte bär skulden för eventuellt rådande missförhållanden. Alla har givetvis ett visst ansvar för sina egna handlingar och beslut, men orsakerna och därmed skulden till missförhållanden är till stor del organisatoriska och diskursiva. En miljö, en organisation med dess strukturer, ideologier och diskursiva föreställningar, formar människor och får dem på så sätt att agera på vissa sätt. Det är detta Goffman beskriver. Man måste angripa problemet vid dess orsak, det vill säga jobba med organisationen och den grogrund där verksamheten ska växa, vilket projektet för ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt har sökt göra. Det finns alltid möjligheter till förbättringar av det som redan fungerar och det finns hopp, motiv och förutsättningar för en verksamhet som fungerar sämre att utveckla bra jordmån för ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt.

Punkterna ovan kan betraktas som ett försvar av individen även då missförhållanden råder, eftersom organisationen ger förutsättningar och sätter upp gränser för vad som kan göras. Det betyder dock inte att de enskilda i personalen ska slappna av och luta sig tillbaka, utan istället att de bör vara vaksamma på sitt och andras agerande och verksamheten i stort för att uppmärksamma och lokalisera eventuella problem. Utbildningen i rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt har gett några verktyg och insikter som underlättat detta. De äldres välbefinnande ökade, de deltog i mer aktiviteter i hemmet och personalen beskrev efter projektet att deras sätt att bemöta, bedöma och förhålla sig till de äldre förändrats. Deltagarna noterade att de tidigare i vissa fall underskattat de äldres förmågor och därför gjort för mycket. Problemen kan vara svåra att se när man befinner sig mitt i dem, men synas desto bättre när man får ta ett steg tillbaka och reflekterar och diskuterar kring arbetet. De kan även synas tydligare och vara lättare att förhålla sig till när man bearbetat och lämnat dem bakom sig.

Genom reflektion, diskussion, medvetandegörande, praktisk kunskap och hjälpmedel för ett bra arbetssätt (som checklista, genomförandeplaner och täta möten om de äldre) kan en verksamhet fungera mycket tillfredsställande. Den totala institutionen kan hållas avlägsen och organisationen kan istället stärka medarbetarna, stimulera till goda insatser och ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt för de äldre.

Framtiden

Utbildningspaketet för ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt ska implementeras i fler kommuner. Utbildningen kommer upparbetas och även omarbets så att den också kan användas i särskilt boende. Målet är då att kunna reproducera resultaten från genomförandet i Tyresö (vilka beskrivs i nästa del i rapporten). Rent praktiskt kommer implementeringen gå till så att arbetsterapeuter och sjukgymnaster i berörda kommuner kommer utbildas och handledas för att kunna hålla i studiecirkeln och den situationsanpassade handleningen samt använda checklistan.

Det är även Nestor FoU-centers förhoppning att utbildningen för ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt ska kunna drivas inom verksamheter i hela landet. Denna rapport är tänkt att vara en hjälp och en inspiration för detta.

Resultatutvärdering

En utvärdering med EQ-5D och kvalitativa intervjuer, utifrån ett omsorgstagarperspektiv

Emanuel Åhlfeldt

Inledning

Denna andra del i rapporten beskriver utvärderingen av projektsresultaten. Utvärderingen riktar sig mot omsorgstagarna och bygger på enkäter och intervjuer som de äldre deltagit i såväl innan som efter utbildningen av personalen (första mätningen i mars/april 2006 och andra mätningen i november 2006). Detta för att möjliggöra en jämförande analys som kan komma åt de förändringar som är målsättningen med projektet.

Syfte och frågeställningar

I rapportens föregående del beskrevs projektet, vad det gått ut på och hur det genomförts. Där framgick att *syftet med projektet "Rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt"* var:

- att utveckla den äldres kapacitet att klara av dagliga aktiviteter
- att öka den enskildes välbefinnande
- att möjliggöra kvarboende i det egna hemmet.

Syftet med utvärderingsstudien var dels att ta fram en metod för att bedöma resultatet utifrån de äldres perspektiv och dels att undersöka huruvida projektets tredelade syfte uppnåts. Följande frågeställningar besvaras:

- Hur har de äldres kapacitet att klara av de dagliga aktiviteterna förändrats?
- Vilken hälsorelaterad livskvalitet har de äldre, före respektive efter projektiden?
- Vilka har låg respektive hög livskvalitet, samt för vilka har förändringen varit störst?
- Vilka dimensioner i den hälsorelaterade livskvaliteten har förändrats?
- Vilken typ av hemtjänstinsatser har de äldre?
- Hur har möjligheten för kvarboende i hemmet förändrats?
- Hur fungerar mätinstrumentet EQ-5D för att mäta hälsorelaterad livskvalitet i denna typ av utvärdering?

Metod

Utvärderingen av projektet bygger på data av två slag, dels från kvalitativa intervjuer och dels från mätinstrumentet EQ-5D. I båda fallen är informanterna äldre personer inom hemtjänsten i Tyresö kommun. De äldre har själva svarat på frågorna och fyllt i EQ-5D-enkäten (i vissa fall har en närstående varit närvarande). I detta metodkapitel presenteras först mätinstrumentet EQ-5D, därefter intervjuerna och slutligen urvalet av informanter.

Mätinstrumentet EQ-5D

I Stockholms läns landsting har Enheten för kvalitetsutveckling uppdraget att stödja kvalitetsarbetet för en god och säker hälso- och sjukvård, vilket omfattar att bevaka omvärlden, stödja utformning av kvalitetskrav i uppdragsbeskrivningar och avtal, ta fram och införa metoder och modeller för uppföljning och för kvalitetsutveckling, följa upp kvaliteten i hälso- och sjukvården samt att utveckla och följa upp

kvalitetsmått (SLL 2007). Uppdraget innebär att det är nödvändigt med metoder och instrument för att mäta och beskriva resultatet av hälso- och sjukvårdens arbete.

Stockholms läns landsting har beslutat att satsa på mätning av självskattad hälsorelaterad livskvalitet och för detta ändamål har man valt instrumentet EQ-5D, som är ett generellt, icke sjukdomsspecifikt mätinstrument. På Stockholms läns landstings hemsida står: ”Ett antal beslut är fattade som gör att EQ-5D nu används mer och mer i landstinget. Bland annat finns instrumentet med i Folkhälsoenkäterna 1998 och 2002 samt som rekommenderat kvalitetsmått i Regionala Vårdprogram” (SLL 2007; se även Henriksson & Burström 2006). För inmatning och sammanställning av material insamlat med EQ-5D har en webbapplikation utvecklats.

En tvärvetenskaplig grupp europeiska forskare inom bland annat medicin, psykologi och ekonomi har tagit fram EQ-5D. Instrumentet ger ett indexvärde på hälsorelaterad livskvalitet. Poängen med instrumentet är bland annat att det är icke sjukdomsspecifikt samt att det bygger på informantens egen uppfattning och bedömning av den egna hälsan. Mätinstrumentet är kvantitativt och består av två delar, den ena är ett frågeformulär där individen värderar sin hälsa inom fem hälsodimensioner, utifrån tre allvarlighetsgrader, och den andra är en termometerliknande skala (visuell analog skala, VAS) från 0, sämsta tänkbara hälsotillstånd, till 100, bästa tänkbara hälsotillstånd (Rabin 2001; Burström & Rehnberg 2006; EuroQol 2007).

De fem dimensionerna som mäts är rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär och oro/nedstämdhet. I det beskrivande frågeformuläret (se Bilaga 2) finns tre påståenden under varje dimension, det första att individen inte har problem, det andra att denne har måttliga problem och det tredje att problemen är svåra. Svaren bildar en hälsoprofil som kan räknas om till ett indexvärde. En person med full hälsa har profilen 11111, vilket innebär att samtliga dimensioner besvarats med det första påståendet, att personen inte har några problem. En person med måttliga besvär med rörligheten (första dimensionen) och svåra smärtor/besvär (fjärde dimensionen) får enligt samma logik hälsoprofilen 21131 (Dolan 1997; Burström & Rehnberg 2006; Henriksson & Burström 2006). Fem dimensioner med tre svarsalternativ innebär att det totalt finns 243 olika hälsoprofiler ($3^5 = 243$).

När man räknar fram indexvärdet utgår man från ett viktberäkningssystem där olika avvikelser från full hälsa subtraheras från utgångsvärdet 1,0. Exempelvis innebär måttliga problem med rörligheten ett avdrag av storleksordningen 0,069 och svåra problem med smärtor/besvär ger ett avdrag på 0,386. Dessutom finns konstanten 0,081, som alltid dras bort om individen inte har full hälsa och konstanten 0,269, som dras av om någon dimension är på nivå 3, det vill säga svåra problem (Rabin 2001; Burström & Rehnberg 2006). Hälsoprofilen 21131 ovan har alltså indexvärdet 0,195. Uträkningen ser i detalj ut som följer: $1,0 - (0,069 + 0,386 + 0,081 + 0,269) = 0,195$. (För koefficienter för beräkning av EQ-5D index se Bilaga 1.)

Det viktberäkningssystem som används för uträkningen av EQ-5D index är framtaget genom att man låtit ett urval av befolkningen värdera hypotetiska hälsotillstånd genom metoden "time trade-off" (TTO). Personen får ta ställning till en valsituation där hon eller han antingen får leva tio år utan full hälsa eller ett mindre antal år med full hälsa. Det antal år personen är villig att byta bort (därav namnet time trade-off) visar hur allvariga olika hälsotillstånd anses vara. Det antal år i full hälsa, som personen anser motsvara tio år i det sämre hälsotillståndet divideras med 10 och man får då ett tal mellan 0 och 1,0 (Dolan 1997; Burström 2002; Henriksson & Burström 2006). (En person kan exempelvis värdera att svår smärta är ett så allvarligt hälsotillstånd att det är värt att byta bort sex av livets antagna tio återstående år mot att få leva fyra år i full hälsa. Den siffra man får fram blir då $4/10 = 0,4$.) Genom att på detta sätt fråga befolkningen hur de värderar olika hälsotillstånd får man livskvalitetsvikter som kan användas för att beräkna EQ-5D index utifrån svaren i den enkät som informanterna fyller i.

I dagsläget finns inga livskvalitetsvikter baserad på den svenska befolkningen för att beräkna EQ-5D index. Därför används ett viktberäkningssystem utifrån resultaten i en brittisk studie. Dessa livskvalitetsvikter är de mest etablerade och används inte bara i Sverige utan även i övriga länder som saknar nationella studier för ändamålet (Burström 2002; Henriksson & Burström 2006).

Den andra delen i mätinstrumentet EQ-5D, den termometerliknande skalan som nämnts ovan, är en visuell analog skala. Informanten markerar på en vertikal skala mellan 0 och 100 hur det egna upplevda hälsotillståndet anses vara. Både EQ-5D index och EQ VAS bygger på personens egen upplevelse, men VAS-värdet är en direkt värdering av den egna upplevda hälsan medan index är ett värde som visar den egna upplevda hälsan värderad mot viktberäkningssystemet.

Intervjuer

Mätinstrumentet EQ-5D är kvantitativt och de resultat som kan tas fram med denna metod är i huvudsak indexvärden och siffror på hur fördelningen mellan de olika svarsalternativen ser ut. För att komma bakom siffrorna och förstå mer av vad de berättar om de äldres situation på ett djupare plan, har kvalitativa intervjuer genomförts för att komplettera EQ-5D. Intervjuerna fångar bland annat vilket hjälpbehov den äldre har, vilken hjälp som ges samt hur den äldre skulle vilja att hjälpen såg ut. Eftersom ett mål med projektet "Rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt" var att den äldre skulle aktiveras så fanns även frågan på vilket sätt den äldre själv deltar i hemtjänstens arbete. Intervjuerna syftade inte till att skapa någon grundläggande förståelse för de äldres livsvillkor utan till att ge en kontext där EQ-5D-resultaten kan placeras in.

Utvärderingen bygger på 22 informanter, sammantaget 44 intervjuer. I början av projektet intervjuades de 22 äldre personerna och samma individer intervjuades igen i slutet av projektet. De intervjuade har vid samma tillfälle även besvarat EQ-5D-enkäten. Överenskommelser och tidsbokningar med informanterna har en samordnare i hemtjänsten i Tyresö kommun ansvarat för. Nestor FoU-center har

bestämt urvalskriterierna och utifrån dessa har samordnaren gjort urvalet. I samband med bokningen har den äldre även informerats om utvärderingen och dess syfte. Den första intervjuomgången ägde rum i slutet av mars och början av april 2006, den andra var i november 2006. Varje intervju har tagit omkring en timme och har genomförts i de äldres hem. Vid ungefär hälften av tillfällena har någon närstående till informanten varit närvarande. I denna rapport är samtliga informanter anonymiserade, inga namn nämns.

Intervjuerna är löst standardiserade; samma frågor har ställts till samtliga informanter, men inte nödvändigtvis i samma ordning. Intervjuerna har varit samtal som kretsat kring en rad frågor (de har inte följt ett givet strikt frågeformulär) och intervjuaren har ibland styrt samtalet fram och tillbaka för att komma åt svaren. Graden av strukturering är även den förhållandevis låg. Frågorna är öppna och saknar givna svarsalternativ, men de är dock av sådan karaktär att de inte öppnar för vidlyftiga eller resonerande svar utan i praktiken är svarsalternativen relativt givna. Intervjuguiden innehåller fem frågor plus en extra fråga i den andra intervjuomgången efter projektets genomförande. De fem första frågorna var:

- Vad får du hjälp med från hemtjänsten?
- Vad får du hjälp med från närstående?
- Vad ytterligare klarar du inte av i din dagliga livsföring?
- Hur skulle hjälpen se ut för att du skulle klara din situation bättre?
- På vilket sätt deltar du i det arbete som hemtjänsten utför?

Den sjätte frågan var en ja/nej fråga med två uppföljande frågor vid jakande svar.

- Har du och kontaktmannen satt upp gemensamma mål? Vilka mål har ni satt upp?
Hur tycker du att det har fungerat att nå upp till detta/dessa mål?

Den första intervjuomgången gjordes av två intervjuare, varav den ena gjorde fem intervjuer och den andra sjutton. Vid andra intervjuomgången gjorde en tredje person samtliga 22 intervjuer, vilket innebär att varje informant har intervjuats av två personer. Under intervjuerna antecknades svaren direkt i intervjumallen. De är alltså inte inspelade och heller inte antecknade på ett sätt som möjliggör citeringar. Sammanställningen och analysen av EQ-5D-enkäter och intervjuer samt författandet av denna rapport ansvarade en fjärde person för. För analysen innebär det att en del i processen saknas. En tolkningsprocess sätts igång redan under intervjuerna och bearbetningen av dem, men detta har inte tagits tillvara i denna studie eftersom materialet lämnats över till en person som inte varit involverad i intervjuprocessen. Nackdelen är att en del information och förståelse går förlorad. Det kan dock även finnas en fördel i detta, analysen kan inte bli färgad av känslor som skapas under en intervju utan måste utgå endast från insamlad data.

Urval för utvärderingen

Samma grupp äldre personer har deltagit i både de kvalitativa intervjuerna och EQ-5D-enkäten. Intervjun och ifyllandet av enkäten gjordes vid samma tillfälle.

Underlaget för urvalet är äldre inom Krusboda hemtjänstgrupp i Tyresö kommun (51 personer). Urvalskriterier är att personen ifråga inte har kognitiv svikt eller enbart har hemtjänstinsatser i form av larm, matlåda eller bara en serviceinsats (10 personer).

I första intervjuomgången gjordes 29 intervjuer. I andra omgången gjordes 22 intervjuer. Orsaken till att sju personer har fallit bort under perioden är att de inte längre tillhör urvalet, eller i ett fall på grund av sjukdom. Eftersom ett syfte med utvärderingen var att jämföra första och andra mätningen avgränsades analysen till de 22 informanter som deltagit i båda mätningarna.

I utvärderingen ingår alltså 22 informanter, varav fjorton kvinnor och åtta män. Medelåldern är 82,1 år. Kvinnorna är något äldre än männen och har en medelålder på 83,1 år. Männen har en medelålder på 80,4 år. Den yngsta informanten är 66 år och den äldsta är 97 år. Kvinnornas åldrar spänner mellan just 66 år och 97 år. Männen är mellan 70 år och 88 år. Om någon informant fyllt år under projektiden används åldern från första mätningen även i den andra.

Resultat

I detta kapitel presenteras utvärderingsresultaten. De fyra första avsnitten bygger på intervjuerna och tar upp vilka hemtjänstinsatser de äldre har, vad de inte klarar av i vardagen, vilken hjälp de önskar samt ReAkt-mål.

Därefter redovisas resultat från EQ-5D. Varje hälsodimension redovisas först för sig, därefter sammantaget i form av EQ-5D index och EQ VAS. Resultaten från EQ-5D sätts även i samband med intervjurest resultaten samt jämförs med data för 65- till 84-åringar i Tyresö kommun. Avslutningsvis i denna resultatpresentation finns en sammanfattning av de viktigaste resultaten.

Typ av hemtjänstinsatser

De äldre personerna i projektet har olika hjälpbehov och olika typer av insatser från hemtjänsten. De får även hjälp från närstående i olika omfattning, från ingenting till daglig hjälp. De uppgifter om hjälpsatser som denna studie bygger på kommer från intervjuerna och är alltså inte hämtade från hemtjänstens register. Det betyder att de inte nödvändigtvis är helt kompletta eftersom informanterna kan ha glömt eller av andra orsaker utelämnat någonting. Resultaten bygger på de äldres egen upplevelse av den hjälp de får.

De insatser de äldre nämner under intervjuerna är städning, inköp, klädtvätt, duschning, uppstigning, läggning, matlagning, matlåda, hjälp med bank- och postärenden och hjälp till tandläkare, läkare, apotek och frisör, tillsyn, på- och avklädning, toalettbesök, disk, medicin, bäddning, promenader, larm och hjälp med stödstrumpor, bensmörjning, vändning, ståstol, kateter och ögondroppar. Alla dessa olika insatser har i denna rapport delats in i sex kategorier: *service*, *omvårdnad*, *medicinska insatser*, *tillsyn*, *sociala insatser* och *larm*.

Service – städning, inköp, klädtvätt, matlagning, disk, bäddning.

Omvårdnad – duschning/tvättning, på- och avklädning, uppstigning, läggning, toalettbesök.

Medicinska insatser – hjälp med medicin, stödstrumpor, smörja ben/fötter, ståstol, vändning, kateter, ögondroppar.

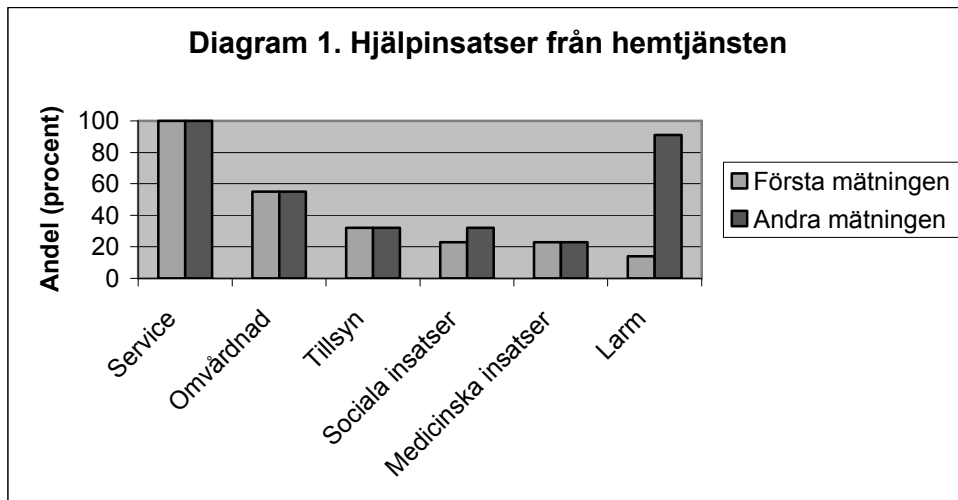
Tillsyn – tillsyn dag och natt, nattpatrull.

Sociala insatser – promenader, ledsagning till affärer, frisör, bank och post, ledsagning till sjukhus, vårdcentral, tandläkare, apotek och specialinrättningar.

Larm – larm (mobilt larm).

Samtliga informanter uppger att de får hjälp med service, 55 procent får omvårdnadsinsatser, 32 procent har tillsyn i någon form och 23 procent får medicinska insatser (se diagram 1). När det gäller larm och sociala insatser skiljer det sig åt mellan de två mätningarna – båda posterna har ökat. Inför projektet uppgav 23 procent att de hade sociala insatser och efter projektiden uppgav 32 procent att de hade detsamma. Uppgifterna om larm skiljde sig markant mellan första och andra mätningen; andelen som sade att de hade larm ökade från fjorton procent till 91

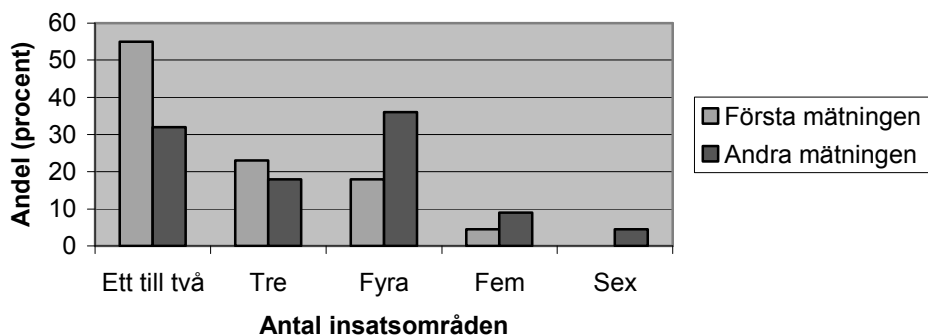
procent. Dessa skillnader kan spegla en ökning av insatser men sannolikt beror de på andra faktorer. När det gäller larm kan det exempelvis vara så att de äldre inte tänkte på detta som hjälp från hemtjänsten i första mätningen vilket de sedan, av någon anledning, gjorde i andra mätningen. Möjligen har de sociala insatserna ökat, men utifrån intervjumaterialet kan några sådana slutsatser inte dras med säkerhet.



Vanligast är att de äldre får hjälp inom ett eller två områden. Det handlar då om service och larm eller omvårdnad. De som har tre insatsområden har alltid service och det kombineras då i första hand med larm och omvårdnad men också med medicinska insatser eller tillsyn. Medicinska insatser, tillsyn och sociala insatser är dock den typ av hjälp som kommer in senast och dessa insatser har de äldre i regel inte om de inte också har flera andra hjälpbehov.

Tittar man på insatsområdena ser man att de kan kopplas till hälsodimensionerna i EQ-5D. Service och sociala insatser handlar till stor del om huvudsakliga aktiviteter, omvårdnadsinsatserna ligger inom dimensionen hygien, de medicinska insatserna kan röra smärta/besvär men också rörlighet eller hygien. Larm och tillsyn kan ge trygghet som i sin tur kan påverka känslan av oro. Insatsområdena går givetvis in i flera hälsodimensioner och kan inte uteslutande knytas till en dimension. Det finns dock tydliga kopplingar mellan insatser och mätta hälsodimensioner.

Diagram 2. Omsorgstagarnas antal insatsområden från hemtjänsten



Enligt diagrammet ovan har de äldre fått insatser från hemtjänsten inom ett ökat antal områden. Denna slutsats är dock osäker och kan inte dras utifrån intervjumaterialet eftersom det bygger på informanternas egna uppräknings av den hjälp de får. Den slutsats som kan dras är att informanterna upplever och kommer ihåg ett större antal insatser vid den andra mätningen. Förklaringar till detta kan vara att hemtjänstens insatser blivit medvetandegjorda och mer aktualiserade för de äldre eftersom de deltagit i ett projekt om just hemtjänst, att intervjuarna förhållit sig olika till informanterna vid de två intervjutillfällena samt att det till följd av projektet har skapats en positivare inställning till hemtjänsten. Genom "Rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt" kan de äldres attityder ha förändrats så att de upplever sig få mer hjälp och stöd. Det kan givetvis också vara så att informanterna faktiskt har fler hjälpinsatser efter projektiden än innan densamma.

Sysslor de äldre inte klarar utöver hemtjänstinsatserna

I intervjuerna ställdes en fråga om vad de äldre inte klarar av i sin vardag utöver det hemtjänsten bistår med. Framförallt handlar svaren om *sociala aktiviteter* men även om *service* och *mindre vardagsärenden*. Många bland de äldre saknar att kunna komma ut, att kunna besöka post, bank, apotek, mataffär samt att kunna handla kläder. Detta är aktiviteter som har en social karaktär, de är vardagssysslor men när förmågan att utföra dem avtar blir det samtidigt tydligt att de bär på social mening. De äldre nämner även sociala aktiviteter av mer kulturellt slag, som teater- och biobesök och besök på museer, badhus och andra inrättningar och arrangemang. Flera äldre säger att de inte klarar av dessa sysslor och aktiviteter själva, de vill ha ledsagning för att kunna ta sig dit och ibland även hjälp för att klara av omständigheterna kring besöket.

Annat som de äldre uppger att de inte klarar av i sin dagliga livsföring är exempelvis gräsklippning, snöskottning, fönsterputsning, storstädning, att hänga gardiner samt

andra typer av serviceinsatser som hemtjänsten inte utför. Detta är relativt tunga och fysiskt ansträngande aktiviteter. En annan kategori aktiviteter är de små sysslorna, det flera äldre kallar ”småärenden” eller ”detaljer i vardagen”. Vad exakt denna kategori rymmer är något oklart och kan säkerligen skilja mellan olika personer, kärnan i kategorin är dock att det är aktiviteter som tidigare i livet var löpande sysslor som relativt ofreflekterat hörde det vardagliga livet till. Det kan exempelvis handla om att flytta på saker, ta fram eller ställa undan dem, byta glödlampor, gå ut med sopor eller att läsa tidningen. Flera informanter nämner även att de inte längre kan köra bil.

Önskad hjälp för att klara sin situation bättre

På frågan om hur hjälpen skulle se ut för att de äldre skulle klara vardagen bättre svarar sex personer innan projektet och nio personer efter projektiden att de har det bra, att de inte kan få det bättre eller att de är nöjda med hjälpen som den ser ut idag. Det motsvarar 27 procent och en ökning till 41 procent. Utifrån detta kan man inte dra några säkra slutsatser om att de äldre får en bättre hjälp, men åtminstone upplever de i större utsträckning att de får tillräcklig hjälp och att de känner sig nöjdare.

Svaren på denna fråga speglar svaren på föregående fråga (se ovan), det vill säga de äldre vill ha hjälp med de sysslor som de inte klarar av och som hemtjänstinsatserna inte täcker. Flera önskar ledsagning, eller rullstol eller anpassad bil för att komma ut på diverse ärenden och aktiviteter. De vill också ha mer insatser av det slag de redan har, exempelvis regelbundna och grundligare städning.

Utöver detta framkommer att några informanter anser att personalombytet inom hemtjänsten är ett problem. Det är många olika personal per omsorgstagare; en kvinna säger att hon på åtta dagar hade sju olika personer från hemtjänsten i sitt hem. Detta skapar oro enligt henne. En annan kvinna menar också att det är problem med hemtjänstpersonalen, inte bara för att de är många utan också vad gäller tjänsternas utförande – de unga är okunniga och de äldre är dominanta. Kvinnan säger även att ett krav på personalen bör vara att de pratar svenska, en åsikt som hon inte är ensam om. Krav på kunskaper i svenska är i sig rimliga, eftersom det är ett serviceyrke som riktar sig till personer som ofta bara behärskar svenska, men det bör ifrågasättas vad som ligger bakom kraven. Är de sakliga eller bygger de på vanföreställningar kring invandrare och ”de andra”? I det svenska samhället finns en rad diskurser och myter, knutna till såväl svenskhet som utländskhet, vilka bygger upp och reproducerar en ojämlik maktstruktur (Jonsson 2002; Integrationsverket 2006). För en person med liten eller ingen kontakt med ”det annorlunda” kan det ofta skapa rädsla och främlingsfientlighet.

En man tycker att äldre personer skulle få åka vanlig taxi till reducerat pris istället för färdtjänst. Han säger att han är trött på att vänta på färdtjänsten. En annan man saknar de frukost- och lunchträffar som tidigare anordnades i hemtjänstens lokaler. Omsorgstagarna fick hjälp att ta sig till och från dessa träffar, som mannen menar var en källa till gemenskap – det var en mötesplats. En kvinna säger att hon för att klara vardagen bättre vill veta att hon får den hjälp hon behöver, när hon behöver

den. Det handlar om trygghet och att kunna lita på att man är omhändertagen, någonting som hon alltså upplever att hon saknar.

ReAkt-mål

En del i projektets förändringsarbete gick ut på att omsorgstagaren tillsammans med sin kontaktman från hemtjänsten skulle sätta upp gemensamma ReAkt-mål. Det kunde vara rehabiliteringsmål, aktiveringsmål eller andra former av mål för att få vardagen att fungera bättre. Av de 22 intervjuade personerna i Krusboda rapporterar sex att de satt upp sådana gemensamma mål, vilket motsvarar 27 procent. Efter andra mätningen och projekttidens slut har dock denna siffra ökat. Allt fler arbetade med andra ord fram ReAkt-mål.⁴ De sex uppsatta målen som de äldre tagit upp i intervjuerna var följande:

1. Tillsammans beslutade man att omsorgstagaren ska damma medan personalen städar annat. Detta har fungerat bra enligt den äldre.
 2. Omsorgstagaren önskade tillgång till talböcker. Efter en tid avsåg hon sig dock detta eftersom hon inte ansåg att böckerna var intressanta. Enligt informanten fungerade målet bra, hon fick talböcker när det behövdes.
 3. Omsorgstagaren får vara med vid matlagningen och hjälpa till genom att exempelvis skära grönsaker. Enligt dottern som var närvarande vid intervjun har målsättningen runnit ut i sanden. Personalen verkar, enligt dottern, vara mycket stressad.
- 4-6: Tre omsorgstagare har som mål att komma ut på promenader, i ett fall är målet specificerat till en gång i veckan och för en kvinna gäller målet i mån av tid och om hon orkar. Enligt den sistnämnda fungerar promenaderna mycket bra. För den förstnämnda kan det hända att hon avstår från promenaden om det är ny personal som hon inte känner igen. Enligt den tredje personen fungerar målet inte särskilt bra eftersom hon inte alltid har ork till promenader.

Det kan tyckas vara lite att bara sex personer, en knapp tredjedel, rapporterar att de arbetat fram gemensamma mål. Det betyder dock inte att övriga informanter inte har varit föremål för projektets förändringsarbete. Personalen har deltagit i utbildningssatsningen och fått praktisk, konkret handledning i de äldres hem. Det rehabiliterande och aktiverande förhållningssättet har alltså nått samtliga äldre i utvärderingen. De gemensamma ReAkt-målen är ett ytterligare steg som några hunnit ta.

⁴ Här används det material som samlades in genom intervjuerna i mars/april respektive november 2006. Mål som formulerades efter detta samt mål som inte rapporterats i intervjuerna tas alltså inte hänsyn till i utvärderingen. Det kan dock nämnas att det i Krusboda även formulerades ReAkt-mål gällande tandborstning, potatisskalning, att breda mackor och bakning. Dessa mål har inte omnämnts i intervjuerna med de äldre, det är sannolikt så att de äldre inte själva uppfattat detta som mål. Under projektet i Trollbäcken sattes omkring 15 ReAkt-mål upp, bland annat gällande promenader, posthämtning och ledsagning till körverksamhet.

När ReAkt-målen formulerades gjordes det bland annat utifrån checklistan som fylldes i gemensamt under handledningen. De elva aktiviteterna i checklistan (se rapportens första del) kan kopplas till hälsodimensionerna i EQ-5D. Den hälsorelaterade livskvalitet man arbetar med utifrån checklistan och den situationsanpassade handledningen är alltså definierad på liknande sätt som i det standardiserade mätverktyget. Förflyttningar inomhus och utomhus handlar om dimensionen rörlighet. Daglig hygien, dusch, av- och påklädning samt äta och dricka ligger inom dimensionen hygien medan tillagning av mat, inköp, städning, tvätt och klädvård och övriga aktiviteter ligger inom huvudsakliga aktiviteter. Smärtor/besvär och oro/nedstämdhet är svårare att direkt koppla till aktiviteter i checklistan, men kan möjligen påverkas mer indirekt. Överhuvudtaget kan en aktivitet inte uteslutande knytas till en hälsodimension utan kan påverka flera dimensioner, det finns dock en samstämmighet mellan checklistan, som ligger till grund för ReAkt-målen, och EQ-5D.

Hälsorelaterad livskvalitet mätt med EQ-5D

Instrumentet EQ-5D mäter hälsorelaterad livskvalitet i fem dimensioner och tre allvarlighetsgrader. I detta kapitel redovisas inledningsvis varje dimension för sig. Därefter fokuseras EQ-5D index och EQ VAS, i de avsnitten beskrivs vilka personer som har de högsta respektive lägsta värdena i de båda mätningarna. Dessutom görs en närmare granskning av de personer som uppvisar störst förändringar gällande EQ-5D index. Sista avsnittet i detta kapitel placerar resultaten i en vidare kontext genom att göra jämförelser med data från Folkhälsoenkät 2002. Informanterna jämförs med genomsnittet för 65-84-åringar i Tyresö kommun.

Rörlighet

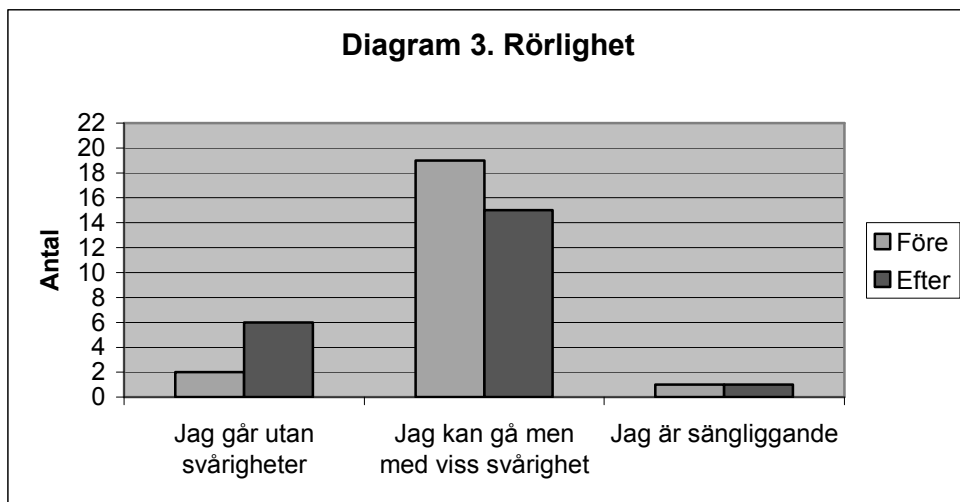
Varje dimension i EQ-5D-enkäten består av en rubrik (ex. rörlighet) och tre påståenden. Informanten kryssar för det alternativ som han eller hon anser stämmer bäst. Den första dimensionen är rörlighet och de tre svarsalternativen är:

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

Majoriteten av de äldre har svarat mellanalternativet, att de kan gå men med vissa svårigheter. I den första mätningen kryssade 19 av 22 för detta alternativ. I den andra mätningen hade detta sjunkit till 15 personer. Fyra fler uppgav att de kunde gå utan svårigheter. *Informantgruppen har alltså uppskattat sin rörlighet som bättre efter projektet än innan.*

I båda mätningarna har en person svarat att hon är sängliggande. Det är en 85-årig kvinna som sitter i rullstol. Hon har mycket stora hjälpbehov och kan inte förflytta sig alls utan rullstolen. Flera informanter har haft svårt att bedöma sin rörlighet utifrån de tre svarsalternativen. Speciellt gäller detta för rullstolsburna, som inte är sängliggande men inte heller rörliga om de inte använder rullstolen. Bortsett från den

85-åriga kvinnan har personer med rullstol svarat att de har måttliga problem med rörligheten. Hur informanterna svarar på denna (och även andra frågor) är beroende av definitioner och hur olika begrepp förstås. Exempelvis kan olika individer ha olika föreställningar om huruvida hjälpmedel (som en rullstol) ska vägas in när man diskuterar rörlighet och rörelsehinder. Tar personen i fråga hänsyn till det stöd hjälpmedlet ger kan rörligheten bedömas som måttligt begränsad medan den är mycket begränsad, motsvarande sängliggande, om hänsyn inte tas till detta. Poängen med EQ-5D är att det är individen själv som uppskattar sin hälsa och det är upplevelsen av densamma som är avgörande (EuroQol 2007).



Av männen svarade två av åtta personer i första mätningen och tre av åtta i andra mätningen det första alternativet, att de går utan svårigheter. Övriga män svarade att de kan gå med vissa svårigheter. Kvinnorna i första mätningen hade sämre rörlighet än männen – ingen kvinna gick utan svårigheter och en av fjorton svarade att de var sängliggande. Övriga kvinnor, det vill säga tretton personer, hade måttliga problem med rörligheten. Kvinnornas rörlighet i andra mätningen hade förbättrats så att tre av fjorton gick utan svårigheter. Den person som var sängliggande var det fortfarande.

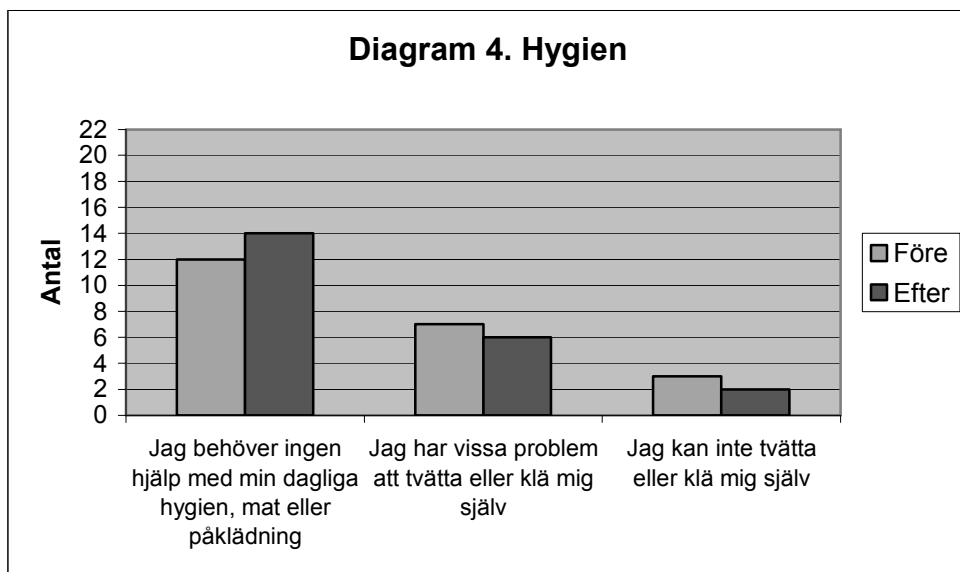
Livskvaliteten inom dimensionen rörlighet har alltså förbättrats för både män och kvinnor. Sammantaget förbättrades kvinnornas rörlighet mer än männens, men kvinnorna låg i andra mätningen fortfarande kvar på en sämre hälsonivå med avseende på rörlighet.

Hygien

Den andra dimensionen som mäts i enkäten gäller hygien samt mat och påklädning. De tre svarsalternativen är:

- 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

Det vanligast svaret är att de äldre inte har problem med sin dagliga hygien, mat eller påklädning. Det första svarsalternativet kryssades för av tolv personer i första mätningen och fjorton personer i andra mätningen. Mellanalternativet kryssades för av sju personer i första mätningen och sjönk med en person efter projektperioden. Tre personer uppgav i första mätningen att de inte kan tvätta eller klä sig själva, och vid andra mätningen hade detta sjunkit till två personer. Diagram 4 visar denna positiva utveckling som innebär att *fler klarar sin hygien och påklädning och att färre har svåra och medelsvåra problem*.



I första mätningen svarar fem av de åtta männen att de inte har behov av hjälp med avseende på hygien. Motsvarande andel för kvinnorna är sju av fjorton. Av männen har ingen svarat alternativ tre, att de inte kan tvätta eller klä sig själva, medan tre av de fjorton kvinnorna svarat detta. I andra mätningen har tillståndet försämrats för männen men förbättrats för kvinnorna. Andelen män utan problem sjönk till fyra av åtta och en man svarar nu att han inte kan tvätta eller klä sig själv. Antalet kvinnor utan problem ökade till tio personer och andelen med de största problemen minskade till en av fjorton.

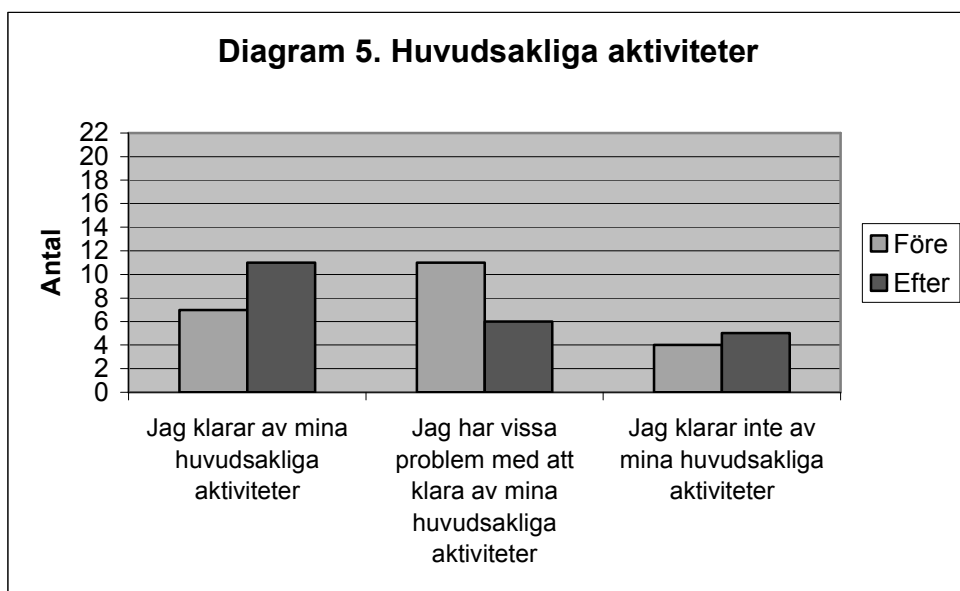
Inför projektet hade alltså männen bättre hälsa med avseende på hygien och påklädning, men efter projektet hade detta förändrats så att kvinnornas hälsa i denna dimension var bättre än männens.

Huvudsakliga aktiviteter

Fråga tre i enkäten gäller hur man klarar sina huvudsakliga aktiviteter, som exempelvis arbete, studier, hushållssysslor och familje- och fritidsaktiviteter. Svartalternativen är:

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

I mätningen innan projektet var det vanligast att de äldre hade vissa problem att klara sina huvudsakliga aktiviteter, elva personer rapporterade detta svarsalternativ. Sju personer hade inga problem. I mätningen efter genomförandet av projektet var det istället vanligast att informanterna klarade av sina huvudsakliga aktiviteter, elva äldre hade då inga problem och sex personer hade vissa problem. Det första svarsalternativet har alltså ökat med fyra personer under projektiden, samtidigt har det tredje också ökat med en person. *Sammantaget klarar informanterna sina huvudsakliga aktiviteter bättre efter projektet, men en person har fått det sämre.*



I första mätningen svarade två av åtta män och fem av fjorton kvinnor att de klarade av sina huvudsakliga aktiviteter. Till andra mätningen hade detta ökat till fem män och sex kvinnor. Samtidigt svarade tre av kvinnorna och en av männen alternativ tre i första mätningen. I andra mätningen var detta oförändrat för kvinnorna men ytterligare en man hade då stora problem med sina huvudsakliga aktiviteter.

Andelen utan problem har alltså ökat för både män och kvinnor, men ökningen är större för männen. Innan projektet hade kvinnorna något större andel utan problem i dimensionen huvudsakliga aktiviteter, efter projektet gällde detta istället för männen.

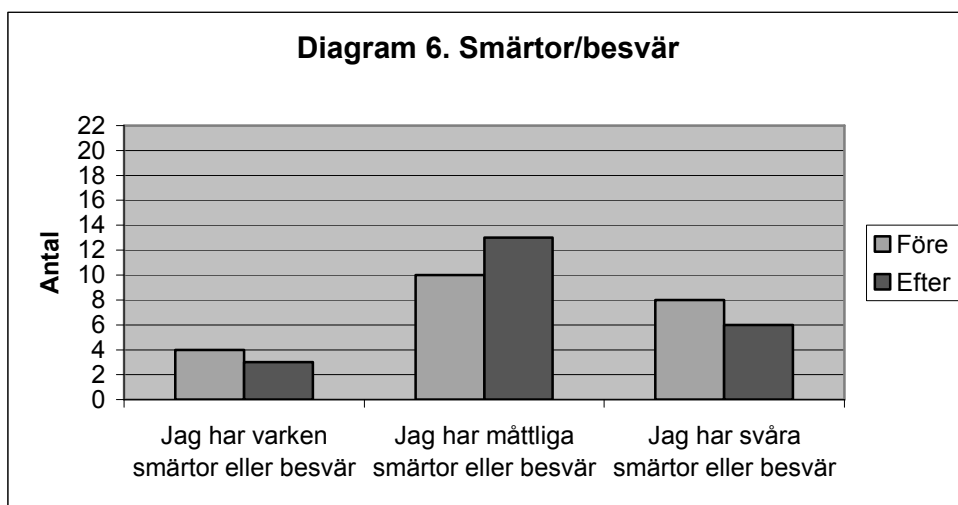
Smärtor/besvär

Den fjärde hälsodimensionen i EQ-5D-enkäten handlar om smärtor och besvär. Svarsalternativen är:

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

Svaren visar att det är många som har smärtor eller besvär; innan projektet var bara fyra utan smärtor och besvär. Efter projektperioden var motsvarande siffra tre, alltså en negativ förändring. Utvecklingen är dock mer positiv om man ser till helheten, eftersom två personer färre har *svåra* smärtor eller besvär. Med andra ord har två personer fått det bättre och en sämre. Det kan diskuteras hur rörelser mellan olika smärttillstånd ska vägas mot varandra. Vägs exempelvis en övergång från svarsalternativ ett till två upp av motsvarande övergång från tre till två? Frågan kan även formuleras: är det ett lika stort språng mellan svarsalternativ ett och två som mellan två och tre? Enligt det viktberäkningssystem som används för att beräkna EQ-5D index är steget till den allvarligaste nivån från mellannivån drygt dubbelt så stort som steget från den problemfria nivån till mellannivån (se Bilaga 1).

Smärta är den dimension i enkäten som visar den minst positiva förändringen. Utvecklingen får dock sägas vara positiv enligt resonemanget ovan. Övergången från svår smärta till måttlig smärta väger tyngre och är trots allt dubbelt så stor som övergången till måttlig smärta från ett smärtfritt tillstånd.



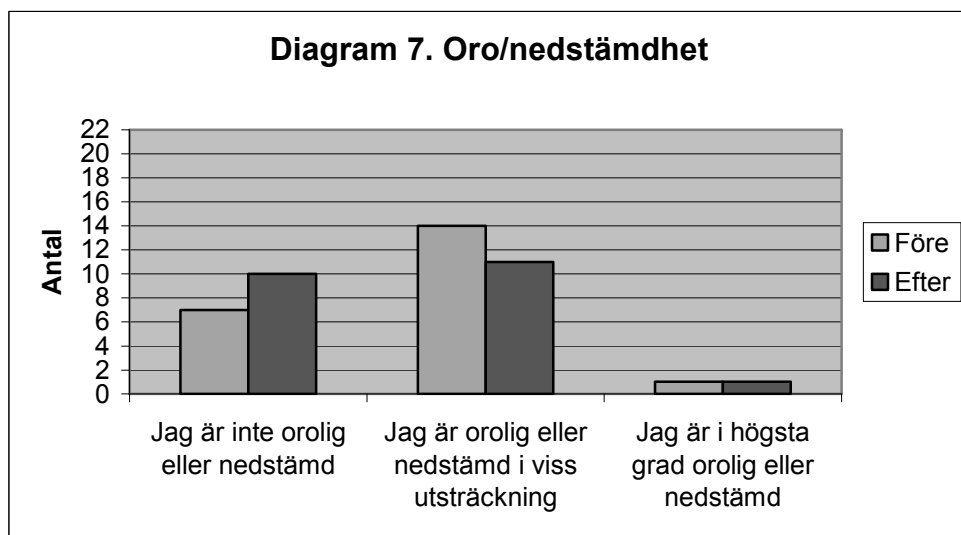
Innan projektet hade fem av de åtta männen svåra smärtor eller besvär, en man hade måttliga problem och två män var utan smärtor och besvär. Av kvinnorna hade tre av fjorton svåra smärtor, nio hade måttliga smärtor och två kvinnor var utan smärta och besvär. Större andel av kvinnorna hade alltså problem med smärta och besvär, men männen hade svårare problem. Efter projekttiden hade andelen män med svår smärta minskat till två personer och männen utan smärta var kvar på samma nivå. Kvinnornas problem med smärtor och besvär hade ökat – en kvinna var utan smärta, nio hade fortfarande måttliga problem och andelen med svåra smärtor hade ökat till fyra av fjorton. Under projekttiden förbättrades alltså männens hälsorelaterade livskvalitet med avseende på smärtor/besvär medan den försämrades för kvinnorna.

Oro/nedstämdhet

Den sista hälsodimensionen som mäts i EQ-5D är oro och nedstämdhet. De tre svarsalternativen är:

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

Diagram 7 visar att det skett en förflyttning från måttlig oro eller nedstämdhet till frihet från detsamma. Såväl i första som i andra mätningen var en av 22 personer i högsta grad nedstämd eller orolig, det är dock inte samma person utan en man har under projektperioden gått från svarsalternativ två till tre och en annan man har gått från tre till två. Under projekttiden har tre personer gått från måttlig oro/nedstämdhet till att vara helt utan problem; i andra mätningen är tio istället för sju utan problem med avseende på denna hälsodimension. *De äldre har med andra ord lägre grad av oro/nedstämdhet efter projekttiden än innan.*



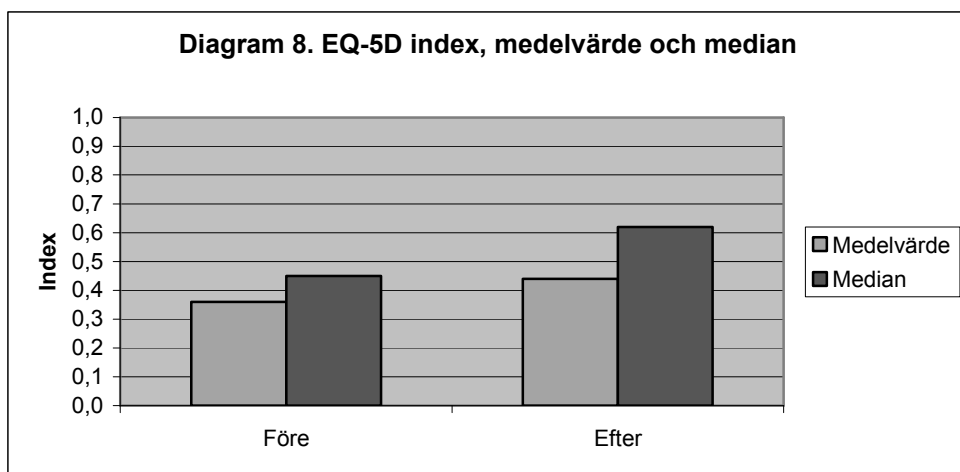
I första mätningen var fem av åtta män i viss utsträckning oroliga eller nedstämda, en man kände den allvarligaste graden av oro/nedstämdhet och två män var utan problem på detta område. Av kvinnorna var fem av fjorton utan oro/nedstämdhet, nio kvinnor var oroliga eller nedstämda i viss utsträckning och ingen svarade att de hade de allvarligaste problemen. Till andra mätningen hade andelen män utan oro eller nedstämdhet ökat från två till fyra personer och andelen kvinnor utan oro hade ökat från fem till sex personer. Förändringen är alltså procentuellt större för männen än för kvinnorna men det var en positiv förändring för båda könen.

EQ-5D index

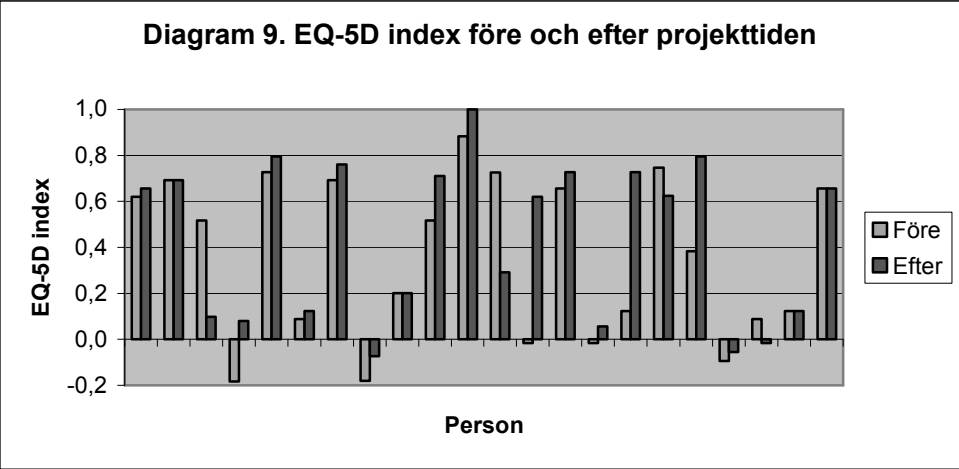
Den första mätningen, inför projektets start, visade att medelvärdet för informanternas EQ-5D index låg på 0,36. Det betyder att de ligger ungefär mitt i den näst lägsta fjärdedelen, eller mitt emellan 0,25 och 0,50. Spridningen är dock stor, från -0,18 till 0,88. Medianen är 0,45. Fem informanter har ett indexvärde som ligger under noll vilket betyder att deras livskvalitet skattas som sämre än död. Sådana värden kan anses problematiska eller olämpliga varför vi även kan titta på medelvärdet om man ändrar dessa värden till noll. Medelvärdet för EQ-5D index ökar då till 0,39.

Efter projektets genomförande mättes de äldres livskvalitet ännu en gång. Det visade sig då att indexvärdet hade stigit till 0,44 med en median på 0,62. Två personer som tidigare hamnade under noll hade fått positiva värden. Medelvärdet om man sätter de tre återstående negativa värdena till index noll blir dock fortfarande 0,44, eftersom de två informanterna enbart hade mycket svagt negativa värden. Spridningen i den andra mätningen ligger mellan -0,07 och 1,0.

Index har ökat med 0,08 från första till andra mätningen. Medelvärdet har ökat med 22 procent och medianen har ökat med 38 procent.



I diagram 8 ovan åskådliggörs förändringen i hälsorelaterad livskvalitet som mätts under projektperioden. I diagram 9 är index för varje individ redovisat för sig. De vänstra staplarna visar index i första mätningen och de högra visar andra mätningen. Index har ökat för fjorton personer, är oförändrat för fyra personer och har minskat för återstående fyra.



I diagram 10 nedan visas två kurvor som åskådliggör de olika informanternas EQ-5D index. Varje punkt på kurvan motsvarar en person, och personerna är ordnade efter ökande EQ-5D index. Den ena kurvan visar EQ-5D index för informanterna innan projektet startade och den andra visar detsamma efter projektet. De två kurvorna följer varandra relativt väl vilken betyder att spridningen mellan de olika informanternas hälsorelaterade livskvalitet ser likadan ut före och efter projektet. Det är samtidigt tydligt att ”efter”-kurvan ligger över ”före”-kurvan. De som ligger lägst såväl som de som ligger högst har således fått en bättre hälsorelaterad livskvalitet.

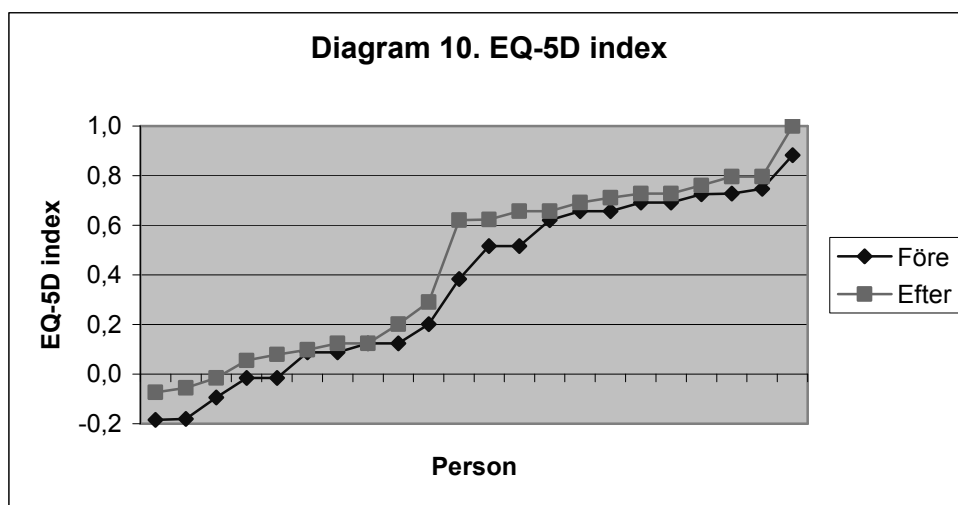


Diagram 10. EQ-5D index. De två kurvorna visar informanternas EQ-5D index, på x-axeln ordnade efter ökande index. Personerna behöver alltså inte vara ordnade likadant i "före"-kurvan som i "efter"-kurvan.

Tittar man på indexvärdena utifrån kön visar det sig att kvinnornas hälsa var sämre innan projektet startade, men att deras förändring är större så att män och kvinnor har ungefär samma hälsorelaterade livskvalitet i den andra mätningen. Innan projektet hade kvinnorna ett medelvärde för EQ-5D index på 0,33 och det höjdes under mätperioden till 0,43, alltså en ökning med 0,1 motsvarande drygt 30 procent. Männens indexvärde i första mätningen var 0,42 och ökade sedan 0,02, motsvarande ungefär fem procent, till 0,44.

Tidigare har vi sett att männens ökning i vissa enskilda hälsodimensioner varit större än kvinnornas (kvinnorna förbättrade rörlighet och hygien mer än männen medan männen förbättrade huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär och oro/nedstämdhet mer än kvinnorna). När förändringarna slås samman och värderas mot viktberäkningssystemet för indexvärden är dock ökningen störst för kvinnorna.

Högt respektive lågt EQ-5D index

De fem personerna med lägst EQ-5D index i *första mätningen* är två män och tre kvinnor med medelåldern 78 år (man 72, man 88, kvinna 85, kvinna 66, kvinna 79). Samtliga har negativa värden med ett medelvärde på -0,10.

I andra änden av skalan återfinns fyra män och en kvinna med medelåldern 85 år (kvinna 97, man 84, man 85, man 74, man 85). Den 97-åriga kvinnan är studiens äldsta person. Medelvärdet för dess fem personers EQ-5D index är 0,74. Högre ålder hänger alltså inte ihop med sämre hälsorelaterat livskvalitet i denna mätning. Däremot är kvinnor underrepresenterade bland dem med högst index. Eftersom männen i studien är färre än kvinnorna är skillnaden mellan könen bland dem som mår bäst större än siffrorna visar. Hälften av männen har de högsta indexvärdena i

studien. Männen har ytterpositionerna på skalan för indexvärden; 75 procent av dem tillhör antingen de fem med högst eller de fem med lägst värden.

I den *andra mätningen* är det i stort sett samma personer som har de fem lägsta indexvärdena (fyra av fem). Den 79-åriga kvinnans index har ökat avsevärt från -0,02 till 0,62 på grund av att hon klarar hygien, mat och påklädnad utan problem och att smärtan inte längre är svår. En 83-årig kvinna har sänkt sitt index (0,09 till -0,02) så att hon i andra mätningen tillhör de fem som mår sämst. Hon hade dock ett lågt värde redan i första mätningen och var då den person med sjätte lägst index. Förändringen är att hon inte längre klarar hygien, mat och påklädnad utan hjälp. Medelvärde för de fem med lägst index i andra mätningen är 0,0. Denna ökning är något vansklighet att värdera eftersom den går från ett negativt värde (-0,10) till noll – från ett tillstånd värre än död till död.

Av de fem personer med högst EQ-5D index i andra mätningen är två samma som i första mätningen (de två 85-åriga männen). Fem i topp består nu av tre kvinnor och två män med en medelålder på 84 år (kvinna 86, kvinna 69, man 85, kvinna 93, man 85). Deras medelvärde för index är 0,82, en ökning med 0,08 eller elva procent. De flesta av de med högt index i första mätningen har det även i andra och vice versa, men två av dessa personers index har förändrats kraftigt. Det gäller den 84-åriga mannen från första mätningen, som sjunkit från 0,73 till 0,29 och den 93-åriga kvinnan i andra mätningen, som höjt sitt index från 0,38 till 0,80 (se vidare i nästa kapitel). Mannen har börjat känna stark oro och nedstämdhet och kvinnan har blivit rörligare, klarar hygien och mat själv samt sköter sina dagliga aktiviteter bättre.

Hälsoprofiler med stora förändringar

Några personer uppvisar större förändringar än andra. Medelvärde för förändring av EQ-5D index per person är 0,17; medelvärde för positiv förändring är 0,075.⁵ I detta avsnitt tittar vi lite närmare på de sju personer med störst förändring. (Se diagram 9 ovan.) Fem av dessa har stora positiva förändringar och två har stora negativa förändringar. I EQ-5D indexvärden är dessa förändringar: 0,64; 0,61; 0,42; 0,26; 0,19 samt -0,42 och -0,44.

Person A (hälsoprofil: 22232/21222)⁶ är en 79-årig kvinna som har ökat sitt index med 0,64 enheter; hygiendimensionen har förbättrats från måttliga problem till inga problem och smärtdimensionen har förbättrats från svåra till måttliga problem. I första mätningen hade hon ett svagt negativt indexvärde på -0,02 och i andra mätningen index 0,62, vilket innebär att hennes hälsorelaterade livskvalitet har förbättrats avsevärt. Denna ökade hälsorelaterade livskvalitet speglas även i EQ VAS som höjts från 40 till 70. Kvinnan uppger att hon bara har hjälpinsatser inom serviceområdet, hon får hjälp med matinköp och städning. Innan projektet deltog

5 Med "förändring" avses de reella talens absolutvärden, medan medelvärdet av "positiv förändring" avser summan av positiv och negativ förändring dividerat med antalet informanter.

6 Varje siffra (1-3) representerar en dimension – rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär, oro/nedstämdhet. Profilen vänster om snedstrecket är från första mätningen och profilen höger om detsamma är från andra mätningen.

hon inte i hemtjänstens arbete men under projekttiden blev hon mer aktiv och började dammtorka, ställa in varor och skriva inköpslista.

Person B (hälsoprofil: 21132/21121) är en 81-årig kvinna som ökat sitt index med 0,61 enheter, från 0,12 till 0,73. Hon uppger att hennes smärtor/besvär har gått från att vara svåra till att vara måttliga samt att dimensionen oro/nedstämdhet har förbättrats från måttliga till inga problem. För hennes del speglas dock inte denna förbättring i EQ VAS, som oförändrat befinner sig på 40. Det betyder att hennes EQ-5D index i första mätningen låg betydligt under EQ VAS medan det i andra mätningen ligger betydligt över. Den hjälp denna kvinna får från hemtjänsten är av servicekaraktär; hon har insatserna inköp, städning och klädtvätt. Innan projektet säger hon att hon inte deltog i arbetet men under projektets gång började hon hjälpa till genom att plocka ihop smutstvätt och skriva inköpslista.

Person C (hälsoprofil: 22311/11121) är en kvinna på 93 år vars indexvärde ökat med 0,42 enheter. I hennes fall har fyra dimensioner förändrats mellan första och andra mätningen, tre positivt och en negativt. Hon uppger i andra mätningen att hon har måttliga smärtor vilket hon inte hade i första mätningen. Aktivitetsdimensionen har förbättrats drastiskt från svåra till inga problem och rörlighet och hygien har förbättrats från måttliga till inga problem. I andra mätningen har hon ett relativt högt index, 0,80, vilket endast dras ner av hennes måttliga smärtor och besvär. Innan projekttiden hade hon ett indexvärde på 0,38. Enligt hennes EQ VAS har hon dock hela tiden mått bättre än hennes EQ-5D index visar, det har ökat något från 90 till 91.

Denna kvinna har hjälpinsatser inom flera områden – omvårdnad, service, medicinska insatser och tillsyn – exempelvis genom hjälp med mat, bäddning, fotmassage, stödstrumpor, medicin, natttillsyn, duschning, städning och inköp. I första intervjun sade hon att hon inte deltog alls i hemtjänstens arbete. Efter projektet hjälps de åt med inköpslista och med att plocka in varor i skåpen. Hon klär även av sig själv innan duschningen och klär på sig efteråt.

Person D (hälsoprofil: 23332/23322) är en 72-årig man som ökat sitt EQ-5D index med 0,26 enheter vilket beror på att hans svåra smärtor har blivit måttliga under projekttiden. Mannens hälsorelaterade livskvalitet är dock mycket låg i båda mätningarna; index har ökat från -0,18 till 0,08. Detta låga värde speglas även i att han bara uppskattar sitt EQ VAS-värde till 5 i första mätningen. I andra mätningen säger han att han inte vill värdera sin hälsa på en skala. Hemtjänsten hjälper mannen inom områdena omvårdnad, service, sociala insatser och larm. Han får hjälp med att komma upp på morgonen och i säng på kvällen samt med på-/avklädning, tvättning, larm och ledsagning. Han deltar inte i hemtjänstens arbete mer än genom att tala om vad som ska göras. I första intervjun säger han att han gör det han kan men att han inte orkar. I andra intervjun framkommer ingen skillnad angående detta.

Person E (hälsoprofil: 22222/22211) är en 85-årig man vars EQ-5D index ökat med 0,19 enheter. Enligt mannen har den måttliga smärtan och den måttliga

oro/nedstämdhet han upplevde innan projekttiden försvunnit så att han inte längre har några problem inom dessa två dimensioner. Mannens index har ökat från 0,52 till 0,71. När det gäller EQ VAS uppvisar även det en hälsoförbättring, dock inte lika stor. Detta värde ligger dessutom lägre än index och har ökat från 30 till 39. Denne man får insatser inom service, medicin och omvårdnad genom duschning, påklädning, bäddning, mat, medicin, stödstrumpor, smörjning av benen, inköp och städning. Innan projektet uppgav han att han ibland hjälpte till genom att diska. I andra intervjun säger han att han deltar genom att tala om vad som behöver handlas och genom att hänga tvätt.

Person F (hälsoprofil: 22222/11332) är en 90-årig kvinna vars EQ-5D index har försämrats med 0,42 enheter, från 0,52 till 0,10. Dimensionerna rörlighet och hygien har förbättrats från måttliga till inga problem, men det vägs upp av att huvudsakliga aktiviteter samt smärtor/besvär har försämrats från måttliga till svåra besvär. Dessa förändringar ger sammantaget den stora försämringen av index. Det beror på att de två försämringarna väger avsevärt mycket tyngre än förbättringarna enligt de livskvalitetsvikter som används för att räkna fram index. Försämringen beror till stor del på att en konstant dras av när ett svar hamnar på den tredje nivån, svåra problem. Kvinnan hade inte fyllt i det tredje svarsalternativet på någon dimension i första mätningen. Tittar man på kvinnans EQ VAS ser man att den drastiska försämringen som index antyder inte återspeglas i detta värde – EQ VAS sjönk från 50 till 45.

Den hjälp kvinnan får är inom omvårdnad, service samt medicinska insatser. Hon får hjälp med duschning, bäddning, diskning, mat, ögondroppar, stödstrumpor, klädttvätt, inköp, städning och natttillsyn. I första intervjun säger hon att hon inte vill delta i hemtjänstens arbete. Det hon gjorde då var att hjälpa till i duschen samt värma sin matlåda i mikrovågsugnen. I andra intervjun såg det likadant ut, hon tvättade sig på morgonen och värmden sin mat.

Person G (hälsoprofil: 11122/11123) är en man på 84 år vars EQ-5D index sjunkit med 0,44 enheter, vilket beror på att dimensionen oro/nedstämdhet har försämrats från måttliga till svåra problem. Liksom för kvinnan ovan ger konstanten för svar på den allvarligaste nivån ett stort utslag på indexvärdet. Mannens index har sjunkit från 0,73 till 0,29. Hans EQ VAS är dock i stort sett oförändrat; det var 45 i första mätningen och 44 i andra mätningen. Mannens hjälpinsatser finns inom serviceområdet; han får matlåda varje dag samt hjälp med städningen. Hans problem är nedstämdheten vilket gör att han inte är motiverad för förändringar. Hemtjänsten kan, enligt mannen, inte göra mer för att han ska klara vardagen bättre. Han säger att han mår psykiskt dåligt och att de antidepressiva medel han får inte fungerar. I andra intervjun uppger han att han hjälper till i hemtjänstens arbete genom att värma sin matlåda, men utöver det deltar han inte i arbetet vare sig före eller efter projektet.

De tre omsorgstagare vars EQ-5D index har ökat mest har det gemensamt att deras delaktighet i hemtjänstens arbete har ökat under projekttiden. Hur de kausala sambanden ser ut gällande detta är dock svårt att säga – kanske är ökad aktivitet orsak och ökad hälsorelaterad livskvalitet verkan, kanske är det tvärtom. I övrigt

finns inga tydliga samband mellan stor förändring i index och andra faktorer. Möjligen kan man lägga märke till att fyra av de fem med stora positiva förändringar av index har förbättrat dimensionen smärtor/besvär. Samtidigt har en av dessa fem försämrats i denna dimension. I hälsoprofilen från första mätningen har samtliga fem personer det gemensamt att de har måttliga problem med rörligheten, men det är vanligt bland alla informanter. De har även relativt dålig hälsa med avseende på dimensionen smärtor/besvär, men också det är vanligt bland samtliga informanter i studien.

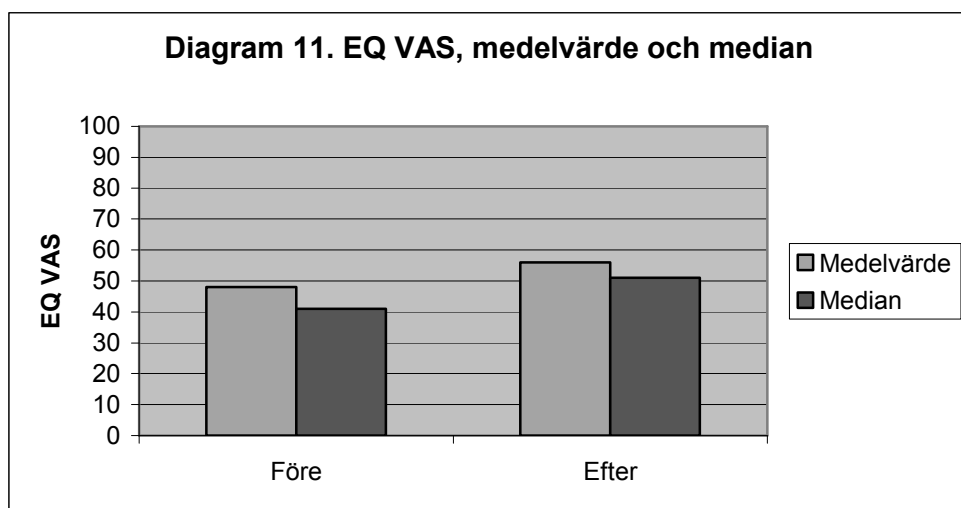
Hjälpinsatser och EQ-5D index

De personer som har lägst EQ-5D index har i större utsträckning hjälp av omvårdande karaktär, som exempelvis duschning och tvättning, toalettbesök, på- och avklädning, läggning och vändning. Av de fem äldre med störst hälsoproblem enligt EQ-5D index, har fyra innan projektet och fem efter projektet hjälp av detta slag. Bland de fem personer som har högst EQ-5D index är det istället en person såväl innan som efter projektet som får omvårdande insatser från hemtjänsten. De som har högst index får i första hand hjälp med service (matlagning/matlåda, städning, klädtvätt, inköp och att gå ut med soporna) samt med larm.

En fråga i intervjuerna handlade om på vilket sätt omsorgstagaren deltar i hemtjänstens arbete. Efter projektet har det blivit vanligt att de äldre hjälper till med att skriva inköpslistor samt att plocka in varor i skåpen. Innan projektet var det ingen som uppgav att de hjälpte till med denna typ av sysslor, men efter projekttiden sade sju äldre att de plockade in varor och tio att de skrev inköpslista när hemtjänstpersonalen skulle handla.

EQ VAS

Det självskattade värdet på hälsa, EQ VAS, är en termometerliknande skala mellan 0 och 100. Det lägsta värdet motsvarar "sämsta tänkbara tillstånd" och det högsta "bästa tänkbara tillstånd". Medelvärdet i första mätningen var 48 med en median på 41. Efter projektet hade VAS-värdet höjts till 56 med medianen 51. Medelvärdet har alltså höjts med 8 enheter, motsvarande 17 procent, och medianen har ökat med 10 enheter, alltså 24 procent.



I föregående kapitel finns diagram 10 som visar att den hälsorelaterade livskvaliteten har höjts över hela skalan under projektiden, från de personer med lägs till de med högst EQ-5D index. Diagram 12 visar att tendensen är minst lika tydlig när det gäller EQ VAS. Såväl index som EQ VAS bygger på att informanten själv uppskattar sitt hälsotillstånd, men det senare är mer direkt i bemärkelsen att det enbart bygger på att individen markerar en siffra på en skala mellan ett och hundra. Indexet beräknas utifrån de fem hälsodimensionerna som sedan kopplas till livskvalitetsvikter från en studie där friska personer värderar olika potentiella hälsotillstånd. I diagrammet nedan är det tydligt att hela spektret, från den som mår mycket dåligt till den som mår mycket bra, har fått en tillvaro med högre hälsorelaterad livskvalitet.

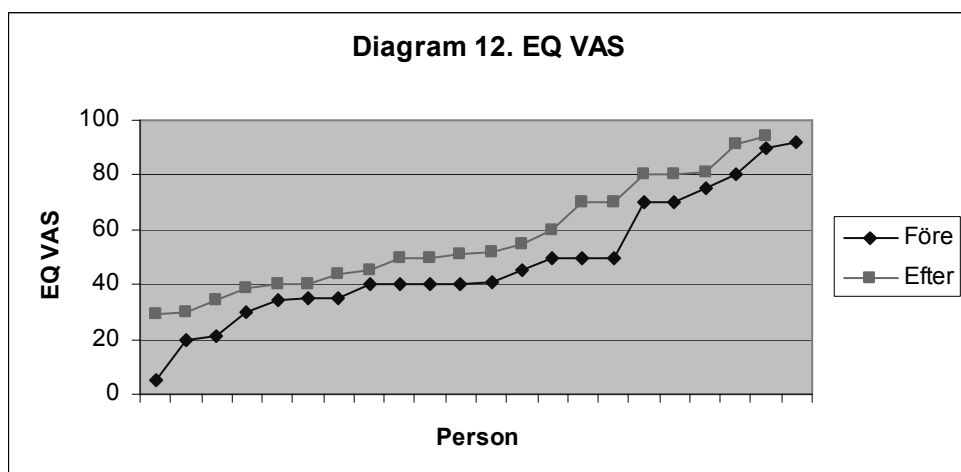


Diagram 12. EQ VAS. De två kurvorna visar informanternas EQ VAS, på x-axeln ordnade efter ökande värde. Personerna behöver alltså inte vara ordnade likadant i "före"-kurvan som i "efter"-kurvan.

Kvinnorna i studien har ett högre EQ VAS-värde än männen. Dessutom har kvinnornas värden ökat mer än männens. I den första mätningen var kvinnornas medelvärde för EQ VAS 49 och det ökade i andra mätningen till 60, vilket motsvarar 22 procents ökning. Männen hade ett medelvärde på 46 i första mätningen och 49 i andra mätningen, vilket är en ökning med sju procent.

Hälsorelaterad livskvalitet mätt med visuell analog skala ger i denna studie högre värden för kvinnor medan EQ-5D index ger högre värden för män. Ovan har vi sett att skillnaderna i index jämnades ut till andra mätningen, eftersom kvinnornas ökning var större än männens. Även mätt med EQ VAS är kvinnornas ökning kraftigare än männens, men då från ett högre utgångsläge vilket gör att skillnaden mellan könen ökar.

Högt respektive lågt EQ VAS

De fem individerna med lägst EQ VAS i *första mätningen* är tre män och två kvinnor med en medelålder på 79 år. Med tanke på att männen i studien är färre än kvinnorna är det en manlig överrepresentation. Medelvärdet för dessa fem personers EQ VAS är 22, deras medelvärde för EQ-5D index är 0,05. De fem informanter med högst EQ VAS i första mätningen är tre män och två kvinnor med medelåldern 87 år. Männen är alltså överrepresenterade även bland dem som mår bäst enligt detta självskattade värde. Medelvärdet för de fem informanterna med högst EQ VAS är 81, dessa personers EQ-5D index är 0,69.

I *andra mätningen* är de fem personerna med lägst EQ VAS också tre män och två kvinnor med en medelålder på 79 år. Två av dessa är dock inte desamma som i första mätningen. Medelvärdet för EQ VAS hos dem är 34 och medelvärdet för EQ-5D index är 0,30. De som mår sämst enligt det självskattade värdet hade med andra ord ett bättre tillstånd efter projektet än innan. Det är en höjning med tolv enheter, från 22 till 34, vilket motsvarar en ökning med 55 procent. De fem med högst EQ VAS i andra mätningen är fyra kvinnor och en man med medelåldern 87 år. Under projektiden har alltså andelen kvinnor bland dem som mår bäst ökat. Medelåldern har inte förändrats utan de som mår sämst är fortfarande yngre än de som mår bäst. Medelvärdet på EQ VAS för dessa fem personer är 85 och index är 0,55. Snittet för EQ VAS har alltså ökat med fyra enheter från 81 till 85, vilket motsvarar en femprocentig ökning.

Tyresös 65- till 84-åringar

I rapporten *Geografiska skillnader i hälsorelaterad livskvalitet i Stockholms län 2002* (Burström & Rehnberg 2006b) redovisas EQ-5D-resultat separat för varje kommun. Studien bygger på Folkhälsoenkät 2002 där EQ-5D är inkluderat. För personer mellan 65 och 84 år i Tyresö kommun är medelvärdet för EQ-5D index 0,78. Kvinnornas medelvärde är 0,70 och männens är 0,84. Det kan jämföras med de äldre i projektet "Rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt" som efter projektet hade ett genomsnittligt EQ-5D index på 0,44. Det fanns i stort sett ingen skillnad mellan män och kvinnor efter projektet, men innan var kvinnornas index

0,33 medan männens var 0,42. De personer som ingår i projektet har alltså en lägre hälsorelaterad livskvalitet än genomsnittet för 65- till 84-åringar i Tyresö. Vid denna jämförelse bör dock betänkas att informanterna i denna studie är äldre än 65 till 84 år – medelåldern är 82,1 år och hälften av informanterna är äldre än 84 år. Dessutom är personerna i projektet alla omsorgstagare inom hemtjänsten varför de sannolikt har sämre hälsa än genomsnittet i åldersgruppen 65-84 år. Jämförelsen visar dock att äldre inom hemtjänsten är en grupp som det finns goda skäl att satsa på, eftersom det blir tydligt att deras hälsorelaterade livskvalitet jämförelsevis är låg. Om man bortser från siffrornas storlek och istället fokuserar relationer, kan en jämförelse dessutom visa vilka hälsodimensioner som är extra problematiska för äldre inom Tyresö hemtjänst.

I Tyresö är genomsnittligt EQ VAS 74 för personer mellan 65 och 84 år, för kvinnor är värdet 71 och för män 75. För informanterna i denna studie var motsvarande siffra 56 efter projektet och 48 innan. Kvinnorna ökade sitt värde från 49 till 60 och männen ökade från 46 till 49. Skillnaden i EQ VAS-värden mellan den genomsnittliga äldre i Tyresö och de äldre i projektet är stor, dock inte lika markant som för EQ-5D index. I tabell 1 nedan visas procentsiffror för hur stor andel som rapporterar måttliga eller svåra problem i de olika hälsodimensionerna samt EQ-5D index och EQ VAS.

Tabell 1. 65-84-åringar i Tyresö och de äldre i projektet "Rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt". Procentuell andel som rapporterat måttliga eller svåra problem per EQ-5D dimension, livskvalitetsvikt EQ-5D index samt självskattad hälsa EQ VAS. Värden för Tyresö, 65-84 år, från *Geografiska skillnader i hälsorelaterad livskvalitet i Stockholms län 2002* (Burstrom & Rehnberg 2006b). Värden för projektet är från andra mätningen.

	Totalt	Män	Kvinnor
Rörlighet			
Tyresö, 65-84 år	25,0	18,3	34,7
Projektet	72,7	62,5	78,6
Hygien			
Tyresö, 65-84 år	5,8	1,4	12,2
Projektet	36,4	50,0	28,6
Huvudsakliga aktiviteter			
Tyresö, 65-84 år	15,0	11,3	20,4
Projektet	50,0	37,5	57,1
Smärtor/besvär			
Tyresö, 65-84 år	62,5	56,3	71,4
Projektet	86,4	75,0	92,9
Oro/nedstämdhet			
Tyresö, 65-84 år	34,2	25,4	46,9
Projektet	54,5	50,0	57,1
EQ-5D index			
Tyresö, 65-84 år	0,78	0,84	0,70
Projektet	0,44	0,44	0,43
EQ VAS			
Tyresö, 65-84 år	73,5	75,1	71,0
Projektet	56,4	49,1	60,1

Vid en jämförelse mellan den genomsnittlige äldre i Tyresö kommun (65-84 år) och de äldre omsorgstagarna inom hemtjänsten, som deltar i projektet "Rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt", visar det sig att projektdeltagarna mår sämre i samtliga dimensioner samt, som vi sett ovan, utifrån både EQ-5D index och EQ VAS. Tabell 1 redovisar siffror från projektets andra mätning som har högre värden än den första. Skillnaden var alltså ännu större innan projektet inleddes. Skillnaderna är framför allt stora när det gäller dimensionerna rörlighet, hygien och huvudsakliga aktiviteter. Gällande rörlighet och huvudsakliga aktiviteter rapporterar de äldre i projektet problem i ungefär tre gånger så stor utsträckning (2,9 respektive 3,3) som 65- till 84-åringar i Tyresö, och gällande hygien är problem drygt sex gånger så vanliga (6,3). I dimensionerna smärtor/besvär och oro/nedstämdhet är problem ungefär en och en halv gång så vanligt (1,4 respektive 1,6).

I de genomsnittliga värdena för Tyresö speglas skillnader mellan könen som går igen i övriga samhället. Kvinnorna har mer problem och sämre värden i samtliga hälsodimensioner samt i EQ VAS. I stort gäller detta även för de äldre inom projektet, det finns dock två undantag: männen klarar sin hygien sämre än kvinnorna och de uppger ett lägre EQ VAS. Männens hygien och förmåga att klä sig själva avviker mest vid en jämförelse med 65- till 84-åringarna i Tyresö, männen i studien har problem i långt större utsträckning än männen i jämförelsegruppen.

Sammanfattning av utvärderingsresultaten

Resultaten har visat att den hälsorelaterade livskvaliteten är högre efter projektet "Rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt" än innan detsamma. EQ-5D index har ökat med 0,08 (22 procent) från ett medelvärde på 0,36 till ett medelvärde på 0,44. EQ VAS har ökat med 8 enheter (17 procent), från ett medelvärde på 48 till 56. För båda dessa mått är ökningen ännu större för medianen. (Medianen är högre än medelvärdet för EQ-5D index och lägre för EQ VAS.) Förbättringarna i livskvalitet gäller över hela spektret av informanter, från dem med sämst hälsa till dem som mår bäst.

Mätningarna visar positiva förändringar när det gäller samtliga fem hälsodimensioner, vilket betyder att den genomsnittlige omsorgstagaren inom Tyresö hemtjänst har fått bättre rörlighet, klarar sin hygien och påklädning bättre, klarar sina huvudsakliga aktiviteter bättre, har mindre smärtor och besvär samt känner mindre oro och nedstämdhet. I tre dimensioner (rörlighet, hygien och oro/nedstämdhet) är förändringarna på gruppnivå entydigt positiva medan de i två dimensioner (huvudsakliga aktiviteter och smärtor/besvär) är sammantaget positiva men med negativa inslag.

Hälsodimensionen rörlighet har förbättrats mest under projekttiden, därefter följer huvudsakliga aktiviteter och oro/nedstämdhet, sedan följer hygien och minst positivt är resultatet gällande smärtor/besvär.

I de hälsoprofiler som informanterna rapporterat kan man se könsskillnader som huvudsakligen innebär att männens hälsorelaterade livskvalitet är bättre än

kvinnornas. Det går i linje med generella problem inom jämställdhetsområdet samt med data över genomsnittliga 65- till 84-åringar i Tyresö kommun. I dimensionen hygien samt för EQ VAS pekar resultaten dock i motsatt riktning; färre kvinnor har problem med hygien och påklädning och de värderar sin hälsa högre på den visuella analoga skalan. I övrigt – rörlighet, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär och oro/nedstämdhet – rapporterar männen färre problem. Männen har följaktligen högre EQ-5D index och kvinnorna har, som sagt, högre EQ VAS. Gällande båda mätsätten har dock kvinnornas ökning varit avsevärt mycket större. Kvinnornas index ökade med 0,1 (30 procent) medan männens ökade med 0,02 (fem procent); kvinnornas EQ VAS ökade med elva enheter (22 procent) medan männens ökade med tre enheter (sju procent).

I intervjuerna framgår att det är vanligast att omsorgstagarna får hemtjänstinsatser inom ett eller två områden. Samtliga har serviceinsatser och det kombineras ofta med larm eller omvårdnad. Medicinska insatser, tillsyn och sociala insatser är den typ av hjälp som kommer in senast och dessa insatser har de äldre i regel inte om de inte också har flera andra insatser. De flesta får dessutom någon form av hjälp från närstående, oftast make/maka eller barn. Det handlar om sådant som ledsagning till diverse platser och aktiviteter, ekonomi, småärenden samt sällskap genom besök eller telefonsamtal.

Intervjuerna visar även att de äldres deltagande i hemtjänstens arbete har ökat under projektet. Det är inga säkra eller överväldigande resultat som visar detta, men de äldre rapporterar en betydande ökning av aktiviteterna ”plocka in varor” och ”skriva inköpslista”. Sju personer uppgav efter projektet att de plockade in varor och tio skrev inköpslistor. Innan projektet uppgav ingen av de äldre att de hjälpte till genom dessa sysslor. De tre omsorgstagare med absolut störst förbättringar i hälsorelaterad livskvalitet rapporterade väsentligt flera aktiviteter efter projektet än innan; de tre kvinnorna deltog inte alls i hemtjänstens arbete vid tiden för första mätningen men vid andra mätningen nämner de dammtorkning, plocka in varor, skriva inköpslistor, plocka ihop smutsvätt samt av- och påklädning i samband med duschning.

Diskussion

I detta kapitel diskuteras utvärderingen av projektet ”Rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt”. Projektets syfte var att utveckla den äldres kapacitet att klara av dagliga aktiviteter, att öka den enskildes välbefinnande samt att möjliggöra kvarboende i det egna hemmet.

När det gäller att utveckla de äldres kapacitet att utföra dagliga aktiviteter kan man betrakta det på två olika sätt. Det kan gå ut på att ge den äldre utrymme, tilltro och möjlighet att göra aktiviteter i vardagen. Det vill säga: hemtjänstpersonalen ska inte övervårda till följd av tidsbrist eller ett rutinartat, oreflekterat handlande, de ska inte underskatta de äldres förmåga att själva klara sysslor. Det kan även gå ut på att höja de äldres faktiska, fysiska förmåga, vilket kan ske genom rätt stöd, men också genom aktivering som leder till bättre förmåga eftersom kroppen används och tränas. Utvärderingen visar att de äldre i större utsträckning deltar i de sysslor hemtjänsten utför. Den visar även att EQ-5D index ökat, att problem i hälsodimensionen huvudsakliga aktiviteter har minskat, samt att problem med rörligheten gjort detsamma. Detta visar att de äldres upplevelse är att deras hälsa förbättrats med avseende på förmågan att utföra dagliga aktiviteter. Huruvida denna upplevda förbättring beror på ökad fysisk hälsa eller ökat handlingsutrymme och tilltro genom ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt är svårt att avgöra. I bästa fall är det en kombination. Orsaken är egentligen av sekundär betydelse – det viktiga är att de äldre upplever en förbättring.

Detsamma kan sägas om välbefinnande. Välbefinnande är en känsla och som sådan ett subjektivt begrepp som inte kan värderas utifrån. EQ-5D mäter inte välbefinnande utan hälsorelaterad livskvalitet. Metoden bygger dock på självskattade värden som sammantaget fångar något man skulle kunna definiera som välbefinnande. Om man översätter begreppet välbefinnande till hälsorelaterad livskvalitet, så visar utvärderingen att det under projekttiden skett en klar ökning av välbefinnandet hos informanterna, eftersom samtliga fem hälsodimensioner liksom EQ VAS har förändrats i positiv riktning. Det är givetvis möjligt att invända att det inte kan sättas likhetstecken mellan välbefinnande och hälsorelaterad livskvalitet (i EQ-5D-metodens bemärkelse). Välbefinnande i sig är kanske omöjligt att mäta, men utvärderingen visar åtminstone tydligt att tendenserna är positiva. De fem hälsodimensionerna torde ingå i, och vara en förutsättning för, välbefinnande även om de inte är heltäckande. Därför kan vi konstatera att välbefinnandet ökat, om vi antar att det inte finns andra negativa effekter som uppkommit parallellt med de undersökta, eftersom de aspekter av välbefinnande som mätts alla har förbättrats. Den rimliga slutsatsen är med andra ord att de äldres välbefinnande har ökat under projekttiden.

Den tredje delen av syftet handlade om att möjliggöra kvarboende i det egna hemmet. För att kunna svara på om detta åstadkommits, måste vi utgå från några faktorer som påverkar denna möjlighet. Det är rimligt att anta att rörligheten, förmågan att sköta påklädning, hygien och dagliga aktiviteter samt smärta och

nedstämdhet påverkar möjligheten att bo kvar i ordinärt boende. Dessa faktorer påverkar direkt eller indirekt individens självständighet och förmåga att klara sig själv och gällande samtliga dessa faktorer har utvärderingen påvisat förbättringar. Om man kopplar dessa effekter till projektet "Rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt" kan man även dra slutsatsen att detta projekts effekt bland annat är ökade möjlighet till kvarboende i det egna hemmet.

Möjlighet till kvarboende i det egna hemmet är att vissa grundläggande behov, sysslor och aktiviteter är täckta, vilket kan se ut på två sätt: antingen klarar den äldre detta på egen hand, eller så hjälper någon annan till (i det här fallet hemtjänsten och även närstående). I projektet har hemtjänstpersonalen utbildats i ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt som syftar till att öka den äldres delaktighet och självständighet. Projektet har gjort hemtjänstpersonal uppmärksam på att de tidigare, till viss del, gjort för omfattande insatser. Enligt Lisa Andersson (2006) är övervård ett stort problem inom äldreomsorgen. Det kan i det korta perspektivet se ut som om det är tidseffektivt att inte låta den äldre själv delta i eller helt utföra alla de sysslor denne klarar av, eftersom det kan ta lång tid. I ett längre perspektiv leder denna övervård dock till ökat vårdbehov och således större resursanspråk. Individen fräntas funktioner och tillåts inte använda sin kropp och blir således passiviserad. Resultatet blir muskelsvaghet och ledstelhet, samt en kränkning av den äldres integritet och ett ifrågasättande av dennes förmåga och duglighet. En ökad medvetenhet och vaksamhet gällande övervård – ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt – bland personalen kan bidra till ökade möjligheter till kvarboende, eftersom det samlade vårdbehovet kan förväntas sjunka om de äldre inte passiviseras så att deras hälsa försämras i onödan. Resurserna kan användas till att på ett effektivare sätt möta de äldres behov av service, omvårdnad etc.

I utvärderingen framkommer att medelåldern är högre för de informanter med högt EQ-5D index än för dem med lågt index. Detta kan tyckas märkligt eftersom hälsan ofta försämras med stigande ålder. En generell, naturlig utveckling för äldre människor är att hälsan försämras med åren. Det är ingen nödvändig utveckling, men det finns ett statistiskt samband mellan ökad ålder och försämrade kroppsliga funktioner. Urvalet i denna studie är dock litet och gäller endast omsorgstagare inom hemtjänsten. För urvalsgruppen kan ålder vara en relativt ovidkommande faktor eftersom samtliga personer som utnyttjar hemtjänsten tillhör en hälsokategori som inte klarar sig själv men som heller inte har särskilt boende. De äldsta kan dessutom beskrivas som "överlevare" medan de yngsta med hemtjänst ofta är multisjuka. Att de äldsta har bättre hälsa än de yngre visar dessutom att en viss ålder i sig inte bör betraktas som en orsak eller som nödvändigt ledande till en viss hälsonivå.

Däremot försämras hälsan generellt sett för individen när han eller hon blir äldre. Eftersom det naturliga åldrandet gör att hälsan generellt sett försämras med åren, kan dock resultaten, den ökade hälsorelaterade livskvaliteten, som påvisats i projektet tolkas som än mer glädjande. Ett projekt gällande rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt inom hemtjänsten skulle kunna sägas vara lyckat om man kan påvisa

att de äldre har bibehållen hälsoliv. I detta fall har den hälsorelaterade livskvaliteten till och med förbättrats.

Efter projektperioden har könsfördelningen bland de personer med högst och lägst EQ-5D index blivit jämn från att ha varit mansdominerad. Medelvärde för EQ-5D index har jämnats ut så att kvinnorna kommit upp på samma hälsoliv som männen. Om vi antar att de uppmätta förändringarna i livskvalitet beror på projektet "Rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt" kan vi dra slutsatsen att denna utbildningssatsning framförallt gynnar kvinnor. Många gånger handlar de aktiverande insatserna om sysslor som traditionellt tillskrivs kvinnor, exempelvis matinköp, matlagning och städning. Det kan tänkas att det i det ordinarie boendet finns mer aktiviteter för kvinnor att, så att säga, ta tillbaka och ägna sig åt än vad det gör för män. Den generation av män som ingår i projektet har i lägre utsträckning än kvinnorna varit delaktiga i hemarbetet. Även männen påverkades dock positivt under projektiden, deras hälsorelaterade livskvalitet ökade. Kvinnornas ökning skedde med andra ord inte på mannens bekostnad, det vill säga personalens ökade fokus på rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt har inte gjort att de försakat eller glömt mannens behov eller inte hittat sätt att bemöta dem på ett rehabiliterande och aktiverande sätt.

Några reflektioner kring EQ-5D

Metoden EQ-5D har varit ett positivt lyft för projektet. Det har på ett påtagligt sätt varit möjligt att påvisa förändring som inneburit att de äldres hälsorelaterade livskvalitet förbättrats under projektiden. Det är ett icke sjukdomsspecifikt instrument vilket är lämpligt för informantgruppen, som inte förenas i att de har samma åkomma eller sjukdom. Det enda som förenar dem är att de har hemtjänst i Tyresö kommun samt är äldre.

Det finns dock några problem med mätinstrumentet EQ-5D som bör nämnas. Det första och kanske mest uppenbara är att det viktberäkningssystem som används inte är framtaget för att passa svenska förhållanden och alltså inte direkt anpassat för de informanter som ingår i denna studie. Livskvalitetsvikterna bygger på att ett genomsnitt av befolkningen i England har värderat hypotetiska hälsotillstånd. Det är inte självklart att människor i Sverige och England värderar olika hälsotillstånd på samma sätt. När det gäller de standardvärden som viktberäkningssystemet innehåller och som används för att räkna fram livskvalitetsindex kan man också fundera på vad som ligger bakom dessa siffror. De bygger på friska personers uppfattningar och föreställningar kring hälsotillstånd, som de många gånger inte har personlig erfarenhet av. Det är sannolikt att en person som befinner sig mitt i ett visst livsöde ser på detta med andra ögon och andra erfarenheter än någon som försöker föreställa sig detsamma utifrån. Människan har en förmåga att anpassa sig till nya villkor och bland annat därför kan en person ofta lära sig att acceptera, och till och med i hög grad uppskatta, ett liv som han eller hon tidigare värderade som meningslöst eller som ett stort lidande. Dessutom är hälsa, styrka, ungdom, aktivitet, rörlighet och så vidare starka ideal i det västerländska samhället (Hazan 1999; Hurd 1999; Åhlfeldt 2005). En effekt av det kan vara att alla avvikelser från full hälsa

behäftas med orimligt starkt negativa associationer. Ytterligare en aspekt i detta är att olika hälsotillstånd, inte bara själva hälsan, är ideologiskt laddade. Tabun, fördomar, okunskap och diverse föreställningar kan göra att vissa hälsotillstånd, vissa handikapp, sjukdomar eller skador anses vara mycket värre än andra som egentligen är jämförbara. Det vill säga, på ett någotsånär objektivt sätt kan två tillstånd upplevas likvärdiga med avseende på fysiskt och psykiskt lidande, men på grund av ideologiska föreställningar anser människor att det är värt att byta bort långt fler år av sitt liv för att slippa det ena tillståndet än det andra.

Burström, Johannesson och Diderichsen (2006) och Henriksson och Burström (2006) diskuterar frågan om vem som ska värdera hälsotillstånd för livskvalitetsvikt: allmänheten eller patienten/personen som är drabbad. Individen själv är mest lämpad att bedöma upplevelsen av sin egen hälsa, men hälsopolitik påverkar alla medborgare varför man också kan argumentera för att allmänheten, skattebetalarna, bör värdera de olika hälsoprofilerna.

När det gäller EQ-5D-enkätens utformning är svarsalternativen formulerade på ett sätt som till viss del är problematiskt. Om vi tar dimensionen rörlighet som exempel så är det tredje alternativet: ”jag är sängliggande”. På en tregradig skala för rörlighet kan det tänkas att en lång rad tillstånd borde tillhöra den allvarligaste kategorin utan att personen i fråga är sängliggande. I undersökningen har det visat sig att många som är rullstolsburna haft svårt att bedöma sin rörlighet utifrån alternativen som de nu är formulerade. De är inte sängliggande, de går inte heller med vissa svårigheter och de går inte utan svårigheter. När det gäller personer i rullstol skiljer det också huruvida de ser sig som rörliga *för att* de har rullstolen som ett hjälpmedel, eller om de ser sig som orörliga *men* med förmåga till rörelse tack vara rullstolen. Det är alltså olika om man värderar sitt tillstånd med eller utan hänsyn till sitt hjälpmedel (se EuroQol 2007).

Två olika mått på hälsorelaterad livskvalitet

Som vi har sett genom denna rapport innehåller instrumentet EQ-5D två olika mått på den hälsorelaterade livskvaliteten, EQ-5D index och EQ VAS. Det senare är ett mer direkt mått i bemärkelsen att informanten själv markerar sitt värde på en termometerliknande skala. Index är också självskattat men, som sagt, värderat mot viktberäkningssystemet där friska personer bedömt hypotetiska hälsotillstånd. Utvärderingen visar att det finns skillnader mellan de två måtten. Det ena kan exempelvis förändras kraftigt under undersökningsperioden medan det andra förblir oförändrat. I regel har personer med lågt EQ-5D index ett högre EQ VAS, och personer med högt EQ-5D index ett lägre EQ VAS. Starkats är denna tendens när det gäller de låga indexvärdena, och övergripande är medelvärdet för EQ VAS högre än medelvärdet för index. En person med negativt EQ-5D index kan ligga över 50 när han eller hon själv markerar på den visuella analoga skalan, och i andra mätningen finns en person som har ett index på 0,06 men ändå upplever sin självskattade hälsa som EQ VAS 80.

Möjligen kan de lägre värdena för EQ-5D index förklaras med att den typ av hälsoproblem de äldre rapporterar är sådana som ett genomsnitt av befolkningen anser vara mycket allvarliga. De kan vara ideologiskt laddade och kopplade till diverse föreställningar som gör att de får stora utslag i studien för viktberäkningssystemet men inte på VAS-skalan. De äldre själva upplever inte sina aktuella avsteg från full hälsa som lika problematiska som den övriga befolkningen. Urvalet i studien är dock så pass litet att det inte är möjligt att dra några slutsatser kring samband mellan EQ-5D index och EQ VAS. Däremot kan man fokusera på skillnaderna i graden av hälsorelaterad livskvalitet för de båda mätsätten före och efter projektiden, och för informantgruppen har då, som sagt, medelvärdet och medianen av båda värdena förbättrats märkbart.

Lärarhandledning

Stöd vid genomförande av utbildningspaket för rehabiliterande
och aktiverande förhållningssätt

Emanuel Åhlfeldt
Tove Ahner
Cecilia Nygren

Medförfattare
Agneta Törnquist

Utbildningspaket i rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt

Detta kapitel är avsett för den som planerar att genomföra en utbildning i rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt utifrån det upplägg som presenterats i denna rapport. För den vane studiecirkelledaren och handledaren kan somligt vara självklarheter, men för den som håller en utbildning för första gången kan detta vara bra att tänka på. Annat är mer specifikt för just denna utbildning och bör kunna underlätta arbetet för den oerfarne såväl som den erfarne.

Studiehandledningen *Rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt* (Nestor FoU-center 2007) innehåller underlag för utbildningen – studiecirkeln, den praktiska handledningen och checklistan.

Utbildningens grundtanke är att skapa förutsättningar för ett rehabiliterande och aktiverande *förhållningssätt*. Det handlar således inte om att driva en kurs i rehabilitering, förflyttningsteknik, hjälpmedel eller dylikt. Detta bör den utbildningsansvarige ha i åtanke: det är ett förhållningssätt som är målet, och detta bör i sin tur leda till förändringar i arbetssätt, rutiner och bemötande. Förflyttningsteknik, hjälpmedel etc. är viktigt, och ingår i viss mån i utbildningen, men utgör inte den primära inriktningen. Det kan vara bra att förbereda sig på att det från utbildningsdeltagarna kan uppkomma ett tryck eller önskemål att fokusera mer på praktiska övningar och annat som ger tydliga, konkreta resultat. Det är viktigt att hålla utbildningen på rätt nivå, trots påtryckningar, för att de vinster utbildningen eftersträvar ska kunna uppnås. Detta är vinster av mer abstrakt karaktär som inte märks lika snabbt eller tydligt som de praktiska övningarna. Däremot visar erfarenheten från tidigare genomförande av utbildningen att dessa vinster växer fram efterhand. Mot slutet av utbildningen uppger flera deltagare att diskussioner och reflektion utgjort den stora behållningen, eftersom det skapat just ett nytt förhållningssätt.

Målet eller syftet med utbildningen är att vårdbiträdet/undersköterskan ska få möjlighet att utveckla sin yrkeskompetens och få en fördjupad kunskap i vad ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt innebär. Syftet är också att skapa en gemensam målsättning och ett gemensamt förhållningssätt i arbetet med rehabilitering och aktivering i den äldre vardag. Var och en som deltar i arbetet med den äldre har ansvar, dels för utvecklandet av professionalismen och av förhållningssättet och dels för att kunna förmedla arbetssättet vidare till sina kollegor.

Härefter går de tre delarna i utbildningen igenom, först studiecirkeln, därefter handledningen och slutligen checklistan.

Studiecirkeln

Intentionen med studiecirkeln är att den ska utgå från vardagsrehabilitering och ge verktyg och kunskaper för ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt i

arbetet. Den består av åtta sammankomster om vardera tre timmar och leds av (förslagsvis) arbetsterapeut och sjukgymnast och ska utveckla och förbättra yrkeskompetensen inom vardagsrehabilitering för omsorgspersonal.

Att tänka på

- Undersök gärna innan starten vilken kompetens och utbildning deltagarna i gruppen har gällande utbildning, kurser, studiecirkelar och liknande. Det ger förutsättningar för att identifiera ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt utifrån varje grupps nivå. Fråga även hur de definierar vardagsrehabilitering.
- Diskussionsföreläsen i studiehandledningen är tänkta att vara ett stöd för att resonera kring teori och erfarenhet samt för att öka förståelsen av ett medvetet, reflekterat handlande och dess konsekvenser. Notera dock att det är förslag och att det är öppet för andra frågor om deltagarna har önskemål om det.
- Utforma studiecirkeln så att deltagarna känner igen sig i sin verksamhet. Det bör inte bli för teoretiskt utan vara förankrat med exempel från verkligheten. Lyft fram erfarenhetsbaserad, praktisk kunskap (så kallad tyst kunskap) för att utnyttja den i diskussionen.

Inför starten

- Det är viktigt att utbildningen är väl förankrad hos chefer och personalplanerare för den eller de grupper som är berörda. Det gäller både om studiecirkeln ska genomföras enskilt eller om den ska genomföras tillsammans med handledande hembesök. Förankringen hos cheferna bör omfatta följande:
 - Tidsschema för studiecirkeln (och eventuellt de handledande hembesöken).
 - Sammansättning av gruppen och antal personal som ska delta.
 - Beställning och inköp av studieböcker och studiehandledning. Diskutera med deltagarnas chef om böckerna är ett lån eller en gåva.
 - Lokal/lokaler där studiecirkeln ska hållas.
 - Regler för närvaro.
 - Behovet av vikarier och hur det ska lösas.
 - Utformningen av studieintyg för studiecirkeln (eventuellt tillsammans med de handledande hembesöken).
- Lämplig gruppstorlek är sex till åtta personer. De bör tillhöra en och samma personalgrupp, eftersom det rehabiliterande och aktiverande förhållningssättet förutsätter att alla som besöker den äldre jobbar för samma mål.
- Senast en vecka innan studiecirkeln startar bör ni träffa gruppen/grupperna som ska delta för att dela ut studiehandledning, böcker och tidschema för utbildningen.

Praktiska tips

Lokal

Helst bör en särskild studielokal finnas, men om det inte finns att tillgå bör ett rum där ni kan sitta ostörda iordningsställas. Med ett separat studierum ökar chansen att få vara ostörda samtidigt som det höjer känslan av utbildningens vikt och dignitet.

Utrustning

Följande utrustning är lämplig vid studiecirkeln:

- whiteboard eller blädderblock
- skrivblock och pennor
- extra studiehäfte och studiebok till varje cirkeltillfälle om någon glömt sina exemplar
- eventuellt skelettdelar till studietillfälle tre, fyra och fem
- kopior av checklistan från och med cirkeltillfälle två (den finns längst bak i studiehandledningen)
- vatten, fika och eventuell frukt (tag reda på om någon är allergisk).

Första och sista studiecirkeltillfället

Studietillfällena två till sju är beräknade till tre timmar vardera. Vid tillfälle ett och åtta kan med fördel en halvdag avsättas då de är upptakts- och avslutningstillfällen. Välj gärna en annan studielokal än den där de övriga sex tillfällena ska hållas. Till studietillfälle åtta kan exempelvis biståndshandläggare, arbetsterapeut och sjukgymnast bjudas in för att presentera sitt arbete (cirka 15-20 minuter vardera). Det ger möjlighet att lära känna varandra och diskutera hur samarbetet kan utvecklas. Om gäster ska bjudas in så var ute i god tid med förfrågan. Inled eller avsluta gärna dessa halvdagar med gemensam lunch.

Fastslå möteskultur/regler

Börja första studiecirkeltillfället med att gå igenom studiehandledningens inledning noggrant då det där beskrivs vad en studiecirkel innebär. Vid första cirkeltillfället är det även bra att gå igenom och tillsammans sätta upp vilka regler som gäller. Det kan exempelvis vara:

- Vikten av att alla håller de uppsatta tiderna. Diskutera gärna utifrån begreppen din tid/min tid.
- Förtydliga hur viktigt det är att läsa sidhänvisningarna i böckerna och studiehäftet.
- Mobiltelefoner ska vara avstängda.

Dagordningen vid studiecirkeltillfällena

- *Tider och raster.* Gör klart om start och sluttid, fikarast och bensträckarpaus inför varje studietillfälle.
- *Genomgång av läshänvisningarna.* Gå igenom sidorna och fråga om något behöver förtydligas eller förklaras. Är allt klart gällande ordförståelse och fackuttryck? Använd cirka tio minuter till detta.
- *Tora.* Avsätt fem till tio minuter så att deltagarna kan läsa Tora-berättelsen tyst för sig själva.
- *Förslag på diskussionsfrågor.* Läs gärna frågorna högt och enas om vilka som är mest angelägna att diskutera samt om övriga frågeställningar finns. Tora-frågorna är ungefär likadana i varje sammankomst. De är till för att det rehabiliterande och aktiverande förhållningssättet ska kunna appliceras på Tora utifrån de situationer hon hamnar i.

- *Sidospår och frågor.* Ha som rutin att anteckna uppkomna sidospår, för att kunna ta upp dem senare eller vid nästa tillfälle. Fråga om någon tar på sig uppgiften att undersöka den aktuella frågan lite extra för att sedan redovisa. Försök engagera alla kring uppkomna frågor och arbeta för att tillsammans finna lösningar. Var lyhörd.
- *Dagens övning.* Berätta för deltagarna om eventuella förberedelser och utrustning samt hör efter om det finns önskemål gällande särskilda förflyttningar. Kontrollera i så fall om det går att lägga till fler alternativt byta ut någon övning.

Ett tips är att vid varje studiecirkeltillfälle be en cirkeldeltagare högläsa det inledande textstycket, som kommer direkt efter läshänvisningarna. Sedan kan gruppen diskutera utifrån texten.

Dagens övning

Sist i studietillfälle två till och med sju finns tips på några enkla övningar under rubriken Dagens övning. Det är förslag på övningar som till stor del är lätta att genomföra med minimal extra utrustning och utrymme.⁷ Gå igenom övningarna i förväg och förbered eventuell utrustning samt inhämta kunskap om snarlika övningar. Det är också bra att i förväg ta reda på om någon förflyttning eller något moment upplevs som problematiskt eller tungt hos någon äldre, eftersom det kan komma upp till diskussion. Dagens övning beräknas ta cirka 20 minuter och ersätter inte utbildning i förflyttningsteknik utan ska ses som repetition och möjlighet till fördjupning.

Utvärdering

För att kunna utvärdera och utveckla era egna insatser som studiecirkelledare kan ni göra egna, korta utvärderingar efter varje tillfälle. Frågor att utgå från kan exempelvis vara:

- Vad har varit bra?
- Vad har varit mindre bra?
- Vad behöver förbättras till nästa gång?

Efter studietillfälle fyra är det lämpligt att göra en halvtidsutvärdering av deltagarnas uppfattningar. Efter sista sammankomsten kan det även vara bra att utvärdera hela studiecirkeln. Utvärderingarna bör vara anonyma och skriftliga. Halvtidsutvärderingen kan innehålla frågor av slaget ovan, men slututvärderingen bör vara mer omfattande och ställa frågor om

- studiecirkelns upplägg gällande intervall, tid på dagen samt gruppstorleken
- kurslitteraturen och studiehäftet
- varje studietillfälle (låt exempelvis deltagarna betygsätta dem)
- de praktiska inslagen som exempelvis Dagens övning och genomgång av hjälpmedel och skelettdelar
- vad deltagarna lärt sig och vad de anser om studiecirkel som inlärningsform
- vad de lärt sig om ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt
- vad som behöver ändras och vad som inte behöver ändras.

⁷ Samtliga övningar är hämtade ur ELSA-kompendiet *Arbetsställningar och förflyttningsteknik i vården* (1987).

De åtta sammankomsterna

1. Vardagsrehabilitering för äldre

Presentera er kort för varandra och gå igenom praktiska detaljer samt inledningen i studiehandledningen. Detta första tillfälle (som med fördel är förlängt till en halvdag) kan ses som en introduktion till hela studiecirkeln. Lägg gärna mycket tid och tyngdpunkt på att diskutera vad ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt innebär för deltagarna utifrån deras arbete. Poängtera gärna att förhållningssättet innebär att finna balansen precis där den äldre befinner sig och behöver stöd. (Det handlar alltså inte enbart om att ”arbeta med händerna på ryggen”).

2. Att klara aktiviteter i vardagen

Här introduceras checklistan (kopiera upp denna till deltagarna) som deltagarna ska fylla i utifrån praktikfallet Tora. Låt gärna deltagarna först arbeta i små grupper om två och två för att sedan diskutera checklistan i hela gruppen. Om möjlighet finns kan det även vara bra att gå igenom en ADL-bedömning⁸ i syfte att få en förståelse för hur de ser ut samt vilken nytta deltagarna kan ha av informationen. Om det finns ett särskilt ADL-instrument som används på enheten/inom kommunen kan det med fördel användas vid genomgången.

3. Förhållningssätt vid stroke och Parkinsons sjukdom

Detta tillfälle handlar om sjukdomar och tillstånd som ofta engagerar personalen, då de flesta har träffat många äldre som har dessa. Eftersom det är många diskussionsfrågor, kan ni eventuellt välja att fokusera på den sjukdom som är mest aktuell bland berörda äldre. På grund av de många frågorna är det extra viktigt inleda med de frågor som deltagarna önskar diskutera. Det kan vara bra att ha bilder eller skelett för att åskådliggöra skörhet i strukturer, exempelvis då man drar i en förlamad arm.

4. Förhållningssätt vid ledsjukdomar och frakturer

Tyngdpunkten ligger på det förebyggande förhållningssättet i det dagliga arbetet. Diskutera även fallprevention. Om någon blankett används i samband med fall, så gå igenom hur den används. I studiehandledningen till detta cirkeltillfälle finns praktiska tips för deltagarna att lära sig och eventuellt förmedla till de äldre. Gå igenom dessa tips och prova dem gärna praktiskt – de kan kopplas ihop med Dagens övning. Visa om möjligt på skelettdelar.

5. Arbetsteknik och ergonomi

Detta cirkeltillfälle fokuserar på deltagarna och deras arbetsmiljö. Det kan vara bra att vara extra förberedd gällande Arbetsmiljölagen och Arbetsmiljöförordningen och eventuellt ta med skriftlig information. Om möjlighet finns kan ni även höra med deltagarnas chef om exempel på hur dessa lagar tillämpas i verksamheten. Under Dagens övning sker en genomgång av ryggraden och vad som händer vid olika vridmoment. Även hävstångsprincipen och diskklämningar kan gås igenom.

⁸ ADL-bedömning finns i kursboken *Rehabilitering* av Anita Holm & Marie Jansson (2003).

6. Strategier i vardagen

Fokus är på strategier för hur den äldre ska kunna vara mer delaktig och aktiv. Diskutera olika situationer, där deltagarna upplever problem, utifrån olika diagnoser och problematik. Blicka gärna tillbaka till de tidigare cirkeltillfällena (främst tre och fyra) och diskutera utifrån de situationerna. Till diskussionsfråga fyra finns en tankemodell som är tänkt att fungera som struktur. Utgå gärna från den i något konkret exempel som deltagarna har.

7. Bemötande – ett givande och tagande

Cirkeltillfället poängterar vikten av att personal och den äldre är överens om vilka insatser som är beviljade och hur de ska genomföras. Bemötandet är grunden i hela det rehabiliterande och aktiverande förhållningssättet och här kan ni eventuellt lyfta in diskussioner från tidigare cirkeltillfällen och diskutera bemötandets betydelse. Tora-fallet har två alternativa upplösningar och ett tips kan vara att dela deltagarna i två grupper och låta dem läsa varsin händelse. Därefter kan de återberätta för varandra och diskutera.

8. Samarbete – med den äldre i centrum

Inför cirkeltillfället bör ni undersöka hur samverkansrutinerna mellan kommun och landsting ser ut, samt vilka aktivitetsnätverk för äldre (inklusive frivilligorganisationer) som finns i kommunen. Till detta (gärna förlängda) tillfälle kan ni bjuda in externa föreläsare som biståndshandläggare, sjukgymnast och arbetsterapeut. Be dem redogöra cirka 15 minuter vardera om hur de arbetar och diskutera vilka vinster ett utökat samarbete kan ge. Diskutera och försök komma fram till konkreta lösningar för hur samarbetet kan se ut. Informera cheferna om resultatet så att det kan förankras. Återkoppla därefter till deltagarna.

Den situationsanpassade handledningen

Parallellt med studiecirkeln, med start efter andra eller tredje cirkeltillfället (beroende på hur många personer som ska handledas), får omsorgspersonalen praktisk, situationsanpassad handledning av arbetsterapeut/sjukgymnast. Utbildningen är då förlagd till den miljö där kunskaperna och färdigheterna ska användas. Syftet med handledningen är att det rehabiliterande och aktiverande förhållningssättet ska sättas in i sitt sammanhang i det praktiska arbetet. Handledningens fokus ska vara vilket utrymme den äldre har att, med rätt stöd av personalen, bli mer aktiv och delaktig. Personalen ska få information om att det *inte* är någon bedömning av hur kontaktpersonen utför själva arbetsmomentet utan syftet är att se hur samspelet mellan personalen och den äldre ser ut och fungerar. Vilket utrymme kan ges till den äldre? Vilket stöd behövs?

Att tänka på

- Handledningen genomförs i tre delar där inledningen och avslutningen sker i personalens lokaler. Det är viktigt att tänka på att handledningen i övrigt sker i den äldres bostad och att denne måste informeras om handledningen och vad den går ut på, samt lämna sitt samtycke.

- Poängtera tydligt för personalen att ett syfte med handledningen är att tillsammans med den äldre formulera ett rehabiliterande och aktiverande mål, här kallat ReAkt-mål. De ska vara införstådda i att målen ska ingå i arbetet, samt att det ska krävas någon form av insats från personalen för att målen ska uppnås. ReAkt-målen kan ha en stor spännvidd och bör kunna sättas upp för alla omsorgstagare. De kan vara allt från att själv mäta upp kaffepulvret till att gå ut på promenader. Målen måste vara realistiska.
- Om ett ReAkt-mål inte går att upprätta bör ändå ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt befastas i det dagliga arbetet hos den äldre.
- Be personalen fundera igenom om de vill ta upp något specifikt under eller inför hembesöket. Om det finns tillgång till både arbetsterapeut och sjukgymnast bör personalen även fundera igenom om det kan finnas behov av att båda deltar vid handledningen.
- Gå själv igenom dokumentation runt berörd omsorgstagare (biståndsbeslut, genomförandeplaner, social dokumentation etc.) inför handledningen.
- Meddela chefer/planerare om vilken personal du ska handleda. Se till att extra tid finns tilltagen för att undvika stress. Det bör finnas utrymme för oplanerade uppkomna situationer.

Inför starten

- Handledningsmodellen finns längst bak i studiehhandledningen.
- Personalen ska tillsammans med handledaren finna nya arbetssätt och metoder för att förbättra den äldres vardag. Om enheten arbetar utifrån kontaktmannaskap bör besöken göras med kontaktpersonen då denne ska ha bäst kännedom om den enskilde äldre.
- Precis som inför studiecirkeln är det viktigt att handledningen är väl förankrad hos chefer och personalplanerare för den eller de grupper som är berörda. Följande bör gås igenom med cheferna:
 - Handledningsmodellen i stora drag.
 - Tidsplaneringen, det vill säga hur lång tid handledningen sammantaget beräknas ta inklusive för- och efterarbete.
 - Vem som ska sköta kontakten med biståndshandläggaren, om det under handledningen framkommer behov hos den äldre som har med insatser eller tid att göra.
 - Vikariefrågan, då de handledande hembesöken tillsammans med för- och efterarbete kommer ta extra tid i anspråk.
 - Rutiner för möten kring omsorgstagarna. Tid och möjlighet för att diskutera måluppföljning samt omsorgstagarna utifrån ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt måste finnas.

Praktiska tips

Fastslå regler

Innan handledningen startar är det lämpligt att tillsammans i gruppen gå igenom och sätta upp vilka regler som gäller. Det kan exempelvis vara överenskommelser om att det är personalens ansvar att meddela vilka omsorgstagare de önskar göra

handledande hembesök hos, att de har dokumentationsansvar samt ansvar för att informera sina kollegor om eventuellt förändrat arbetssätt. Passa även på att informera om vad ett rehabiliterande och aktiverande mål innebär för den äldre samt att det kan ha en stor spännvidd.

Handledande hembesök startar i personallokalen

- Om möjlighet finns, boka gärna in flera hembesök i följd med varje kontaktperson. Boka även tid för eventuell uppdatering av genomförandeplanerna i nära anslutning till hembesöken.
- Personalen kan själv välja en till tre äldre, som de är kontaktperson åt, hos vilka handledningen ska ske. Den äldre ska (helst) ha mer än enbart serviceinsatser.
- Inför besöket gås biståndsbeslut och befintlig genomförandeplan för den äldre igenom med kontaktpersonen, detta för att stämma av teori och praktik. Ta fasta på hur insatserna utförs. (Finns det en tyst kunskap att lyfta fram och kan den förmedlas till övriga i gruppen?)

Genomförandet av handledningen hos den äldre

- Situationsanpassad handledning och observation genomförs under det att kontaktpersonen utför inplanerade insatser. Handledaren ska vara observerande och i görligaste mån förhålla sig passiv, men självfallet agera om situationen så kräver.
- Som avslutning på besöket går kontaktpersonen och den äldre tillsammans igenom checklistan och fyller i denna för att eventuellt ringa in ett ReAkt-mål. Uppmärksamhet fästs vid hur insatser görs samt om utrymme och önskemål finns för ökat deltagande för den äldre. Här kan handledaren vara mer aktiv med både frågor och delgivande av eventuella iakttagelser.
- Om förändringar i utförandet av insatsen ska göras, men inte har kunnat prövas vid detta tillfälle, kommer kontaktpersonen och den äldre överens om en ungefärlig tidsplan att prova och därefter utvärdera. Beroende på vilken förändring det rör sig om kan handledaren eventuellt närvara även då.

Åter i personallokalen

- Om de överenskomna förändringarna kräver mer tid ska ansvarig chef kontaktas. Detta för att en bedömning ska göras om tidsutrymmet finns i befintligt biståndsbeslut eller om biståndshandläggaren behöver göra en bedömning om mer tid.
- Kontaktpersonen gör en eventuell uppdatering av den äldres genomförandeplan.
- Om ett ReAkt-mål har bestämts informerar kontaktpersonen sina kollegor om eventuellt förändrat arbetssätt, hur genomförandet gått eller hur och i vilken form det ska genomföras.
- Om ett ReAkt-mål inte kunde formuleras bör kontaktpersonen förmedla information till kollegor om eventuellt förändrat arbetssätt utifrån ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt.
- Återkommande, regelbunden uppföljning på personalmöten med eventuell revidering av ReAkt-mål ska genomföras. Dessa uppföljningar ska dokumenteras av omsorgspersonalen.

Checklistan

Checklistan är ett verktyg och hjälpmedel för hemtjänstspersonalen att kartlägga och dokumentera de äldres förmågor och behov av vardagsrehabilitering. Den är ett redskap för att identifiera hur insatserna ska utformas rehabiliterande och aktiverande utifrån omsorgstagarens förmågor och önskemål. I checklistan finns elva aktiviteter som värderas utifrån tre kapacitetsnivåer: *klarar av*, *klarar av med stöd* och *klarar inte av alls*.

Att tänka på

- Checklistan kan användas i studiecirkeln som en övning inför den praktiska användningen i handledningen. Exempelvis kan man då utgå från praktikfallet Tora.
- Kontaktpersonen ska fylla i checklistan *tillsammans* med den äldre.
- Checklistan finns för kopiering i studiehandledningshäftet.
- Efter att projektet/utbildningen är avslutad är tanken att checklistan ska finnas kvar i verksamheten och användas i det löpande arbetet.

Praktiska tips

- Checklistan kan även fungera som ett stöd inför uppdatering eller nyskrivning av genomförandeplaner. Under punkten "Övriga aktiviteter" i checklistan kan till exempel fritidsintressen och sådant som inte omfattas av biståndsbeslutet tas upp.
- Checklistan är också ett instrument för kontaktpersonen och den äldre att underlätta och stödja inringandet av ett eventuellt ReAkt-mål.
- De tre bedömningsnivåerna som checklistan fylls i utifrån definieras som följer:
 - *Klarar* står för att den äldre klarar aktiviteten helt självständigt, utan vare sig personstöd eller förberedelser av annan person. Det är dock tillåtet att använda sig av hjälpmedel.
 - *Med stöd* står för att den äldre behöver ett direkt personstöd under utförandet av hela eller del av aktiviteten, eller att någon har förberett för att den äldre ska klara av aktiviteten vid ett senare tillfälle. Det kan vara till exempel att kläder läggs fram i speciell ordning eller att kaffebryggaren laddas med kaffepulver och/eller vatten.
 - *Inte alls* betyder att den äldre, oberoende av orsak, aldrig utför hela eller delar av aktiviteten. Det kan handla om oförmåga, ointresse eller att annan person utför aktiviteten åt den äldre.
- De tomma raderna i checklistan kan användas för att skriva upp vilka önskemål den äldre har, vad som framkommit under diskussionen, eventuellt planerad avstämningstid samt ReAkt-målsformulering.

Referenser

Ahner, Tove & Nygren, Cecilia (2007): *Rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt i Tyresö kommun*. Tyresö: Internrapport, Tyresö kommun

Anderson, Lars (red) (2002): *Socialgerontologi*. Lund: Studentlitteratur

Batljan, Ilija (2007): *Demographics and Future Needs for Public Long Term Care and Services among the Elderly in Sweden: The Need for Planning*. Stockholm: Institutionen för Socialt arbete, Stockholms universitet

Bertilson, Bo C (2001): *Innehållsrik smärtekongress med katastrofkänning* (Kongressrapport, Medicinskt forum, 2001. Nr 2-02)
www.medicinsktforum.com/article.asp?id=239 (2007-06-08)

Burström, Kristina (2002): *Hälsorelaterad livskvalitet mätt med EQ-5D – Beskrivning av instrumentet samt resultat från en befolkningsundersökning i Stockholms län*. Stockholm: Stockholms läns landsting

Burström, Kristina, Johannesson, Magnus & Diderichsen, Finn (2006): "A comparison of individual and social time trade-off values for health states in the general population" i *Health Policy* 2006; 76(3): 359-370

Burström, Kristina & Rehnberg, Clas (2006): *Hälsorelaterad livskvalitet i Stockholms län 2002 – Resultat per åldersgrupp och kön, utbildningsnivå, födelseland samt sysselsättningsgrupp – en befolkningsundersökning med EQ-5D*. Stockholm: Centrum för folkhälsa

Burström, Kristina & Rehnberg, Clas (2006b): *Geografiska skillnader i hälsorelaterad livskvalitet i Stockholms län 2002: Resultat per kommun och stadsdel, geografisk beredning samt beställaravdelning – en befolkningsundersökning med EQ-5D*. Stockholm: Stockholms läns landsting, Rapport 2006:2

Christerson, Rolf & Levihn, Ulf (2005): *Studiecirkeln – idéer och metoder*. Malmö: Gleerups Utbildning AB

Dolan, Paul (1997): "Modeling valuations for EuroQol health states" i *Medical Care* 1997; 35: 1095-1108

ELSA-kompndiet (1987): *Arbetsställningar och förflyttningsteknik i vården*. Stockholm: Rygghälsovårdsgruppen, Stockholms läns landsting

EuroQol (2007)
www.euroqol.org (2007-06-18)

Freedman, Martin & Schoeni (2002): "Recent trends in disability and functioning among older adults in the United States: a systematic review" i *Journal of the American Medical Association* 2002; 288(24): 3137-3146

Goffman, Erving (2007): *Totala institutioner – Fyra essäer om anstaltslivets sociala villkor*. Stockholm: Norstedts

Hazan, Haim (1999): *Old age – constructions and deconstructions*. New York: Cambridge University Press

Henriksson, Martin & Burström, Kristina (2006): "Kvalitetsjusterade levnadsår och EQ-5D – En introduktion" i *Läkartidningen* 2006; 103(21-22): 1734-1739

Holm, Anna & Jansson, Marie (2003): *Rehabilitering*. Stockholm: Liber

Hurd, Laura C. (1999): "We're Not Old!": Older Women's Negotiation of Aging and Oldness i *Journal of Aging Studies* 1999; vol. 13. Iss 4

Integrationsverket (2006): *Rapport Integration 2005*. Norrköping: Integrationsverket

Jansson, Wallis & Almberg, Britt (2002): *Geriatrisk*. Stockholm: Liber

Jeppsson Grassman, Eva & Svedberg, Lars (1999): "Medborgarskapets gestaltningar – Insatser i och utanför föreningslivet" i SOU 1999:84 *Civilsamhället*. Demokratiutredningens forskarvolym VIII. s. 121-180

Jonsson, Stefan (2002): *De andra – amerikanska kulturkrig och europeisk rasism*. Stockholm: Norstedt

Josefson, Ingela (1998): *Läkarens yrkeskunnande*. Lund: Studentlitteratur

Jørgensen Winther, Marianne & Phillips, Louise (2000): *Diskursanalys som teori och metod*. Lund: Studentlitteratur

Karlsson, Christina (2006): *Äldres upplevelser av rehabilitering i hemmet*. Göteborg: FoU i Väst

Krokmark, Tomas (red) (2003): *Den tidlösa pedagogiken*. Lund: Studentlitteratur

Larsson, Kristina (2006): "De äldres sociala situation" i Socialstyrelsen (2006): *Social rapport 2006*. Stockholm: Socialstyrelsen

Larsson, Kristina (2006b): "Care needs and home-help services for older people in Sweden: does improved functioning account for the reduction in public care?" i *Ageing & Society* 2006; 26(3): 413-429

Larsson, Kristina (2006c): "Hemtjänst och anhörigvård" i SCB (2006): *Äldres levnadsförhållanden – Arbete, ekonomi, hälsa och sociala nätverk 1980–2003*. Stockholm: Statistiska centralbyrån, Levnadsförhållanden Rapport 112

Lilja, Margareta (2001): *Äldres rehabiliteringsbehov i hemmiljö*. Stockholm: Socialstyrelsen

Lindberg, Tina & Mårtensson-Forslöf, Gunilla (1997): *Hemrehab Söder – Rapport från projektarbete 1997*. Östersund: Östersunds kommun, stencil

Lindqvist, Rafael, Nyberg, Lars & Nylén, Ulrica (2003): *Hemrehabilitering i samverkan i Vännäs kommun*. Äldrecentrum i västerbotten, Rapport 2003:2

Nestor FoU-center (2007): *Rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt*. Stockholm: Nestor FoU-center

Nyberg, Lars (2006): "Fysisk träning förbättrar balans och muskelstyrka hos äldre" i *Fysioterapi* nr 2/2006 s. 40-43

OECD Health Project (2005): *The Long-term Care for Older People*. Paris: OECD

Parker, Ahacic & Thorslund (2005): "Health changes among Swedish oldest old: Prevalence rates from 1992 and 2002 show increasing health problems" i *Journals of Gerontology: Biological and Medical Sciences* 2005; 60(10): 1351-1355

Rabin R, de Charro F (2001): "EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group" i *Annals of Medicine* 2001; 33: 337-343

Regeringens proposition 2005/06:115. *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre*

Robine & Michel (2004): "Looking forward to a general theory on population aging" i *Journals of Gerontology: Biological and Medical Sciences* 2004; 59(6): 590-597

Rosén & Haglund (2005): "From healthy survivors to sick survivors – implications for the twenty-first century" i *Scandinavian journal of Public Health* 2005; 33(2): 151-155

SCB (2007a) Statistiska centralbyrån: *Statistikdatabasen*
www.ssd.scb.se/databaser/makro/start.asp (2007-05-22)

SCB (2007b) Statistiska centralbyrån: *Undersökningar av levnadsförhållanden (ULF)*
www.scb.se/LE0101 (2007-05-22)

SLL (2007) Stockholms läns landsting: *Kvalitet och utveckling*
www.hsn.sll.se/kvalitetsutveckling (2007-03-05)

Socialstyrelsens statistikdatabaser (2007)
www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas (2007-04-18)

SOSFS 2006:5 *Dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS*. Socialstyrelsens författningssamling.

SOU 2001:6 *Döden angår oss alla – värdig vård vid livets slut*. Slutbetänkande från Kommittén om vård i livets slutskede.

Thorslund, Mats & Larsson, Kristina (2002): *Äldres behov – En kunskapsöversikt och diskussion om framtiden*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum

Åhlfeldt, Emanuel (2005): *Dagcentralen som plats, diskurs och identitet – Att vara äldre bland stereotyper*. Linköping: Tema Äldre och åldrande, Linköpings universitet, Arbetsrapport 2005:02

Bilagor

Bilaga 1

Koefficienter för beräkning av EQ-5D index

EQ-5D index beräknas med hjälp av konstanterna i detta viktberäkningssystem, som bygger på metoden "time trade-off" och är skapat utifrån studier gjorda i England. Talen i den högra kolumnen subtraheras från utgångsvärdet 1,0. Svar på nivå ett, inga problem, finns inte med i tabellen eftersom de inte ger några avdrag (Dolan 1997; Rabin 2001; Burström & Rehnberg 2006; Henriksson & Burström 2006; EuroQol 2007).

Tabell A. Koefficienter för beräkning av EQ-5D index	
EQ-5D dimension	Avdrag
Rörlighet	
Nivå 2	0,069
Nivå 3	0,314
Hygien	
Nivå 2	0,104
Nivå 3	0,214
Huvudsakliga aktiviteter	
Nivå 2	0,036
Nivå 3	0,094
Smärtor/besvär	
Nivå 2	0,123
Nivå 3	0,386
Oro/nedstämdhet	
Nivå 2	0,071
Nivå 3	0,236
Konstant (om individen inte har full hälsa)	0,081
N3-term (om minst en dimension är på nivå 3)	0,269

Bilaga 2

EQ-5D, frågeformulär

Får ej kopieras! Beställs av varje användare för att förändringar i den validerade versionen skall undvikas. Information om instrumentet och hur man beställer finns på hemsidan: www.euroqol.org.

Markera, genom att kryssa, i en rutan varje nedanstående grupp (se här [PDF](#)), vilket påståendet som bäst beskriver Ditt hälsotillstånd idag

Rörlighet

Jag går utan svargneler

☐

Jag kan gå men med viss svårighet

☐

Jag är sängliggande

☐

Hygien

Jag behöver ingen hjälp med min dagliga hygien (vaskar på tvättning)

☐

Jag har vissa problem att tvätta eller dugga själv

☐

Jag kan inte tvätta eller klä mig själv

☐

Huvudsakliga aktiviteter (t.ex. arbete, studier, hushållssysslor, försier och nöjesaktiviteter)

Jag klarar av mina huvudsakliga aktiviteter

☐

Jag har vissa problem med att klara av mine 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

☐

Den nedanstående

Jag är inte orolig eller nedstämt

☐

Jag är orolig eller nedstämt i viss utsträckning

☐

Jag är i högsta grad orolig eller nedstämt

☐

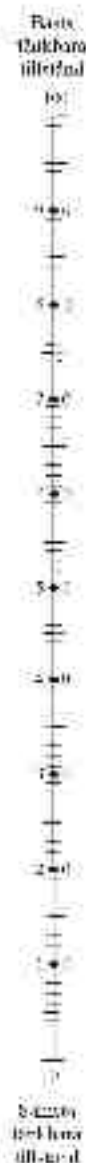
EQ-5D, VAS

Får ej kopieras!

1. Du hjälper oss att avgöra hur bra eller dåligt ett hälsotillstånd är, för en den imaginära Enkelt skalan (1) följer. På denna har Du hjälp till denna hälsotillstånd markerats med 100 och Ditt skatta mått har på nedskat med 2.

2. Vill du på denna skala markera hur bra eller dåligt Ditt hälsotillstånd är, som Du själv bedömer det. Det enda givet ut den en linje för redovisande rita på den punkt på skalan som motsvarar hur bra eller dåligt Ditt nuvarande hälsotillstånd är.

Ditt
nuvarande
hälsotillstånd



Projektet "Rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt" pågick under två år, från 2005 till 2007. Det var ett utbildningsprojekt för att ge nya kunskaper och ett nytt förhållningssätt i hemtjänstarbetet i Tyresö kommun. Arbetet omfattade hela processen från ax till limpa, det vill säga utbildningspaketet har utformats, testats, reviderats och åter implementerats inom projektet. Dessutom har resultaten av arbetet utvärderats.

Syftet var att stärka förutsättningarna för de äldre att bo kvar i det egna hemmet, att öka deras välbefinnande samt möjligheten att klara vardagliga aktiviteter. Utbildningen gick ut på att skapa ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt hos hemtjänstpersonalen genom arbetsplatsanknutet lärande i form av en studiecirkel och en situationsanpassad handledning i de äldres hem. Enkelt uttryckt handlade det om att skapa utrymme för de äldre att själva göra saker; personalen ska inte ta möjligheter till aktivitet ifrån de äldre genom att göra mer än nödvändigt. Personalen tar ett steg tillbaka och ger på så sätt den äldre möjlighet att ta två steg framåt.

Projektresultaten har utvärderats med intervjuer och instrumentet EQ-5D. Utvärderingen visar att de äldres hälsorelaterade livskvalitet har förbättrats inom hälsodimensionerna rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärta/besvär och oro/nedstämdhet. Det har även skett en ökning av de äldres delaktighet i hemtjänstinsatserna.

Nestor FoU-center är ett forsknings- och utvecklingscenter (FoU) som ägs av Haninge, Nynäshamn, Södertälje, Tyresö och Värmdö kommuner samt Stockholms läns landsting. FoU-centrets uppgift är att genom praktisk forskning och utveckling bidra till att höja kvaliteten inom äldreomsorg och äldreomsorg och därmed även livskvaliteten för äldre personer och deras närstående. FoU-centret ska ses som en öppen mötesplats där olika aktörer utbyter erfarenheter, lär av varandra och utvecklar processer som ytterligare bidrar till en evidensbaserad äldreomsorg och äldreomsorg.



En studiehandledning till utbildningspaketet som beskrivs i rapporten finns att beställa från Nestor FoU-center (www.nestor-foucenter.se).

NESTOR
Forskning och utveckling med äldre i fokus

Nestor FoU-center, Marinens väg 30, 136 40 Handen
Tel: 08-790 97 10, Fax: 08-790 97 12
Hemsida: www.nestor-foucenter.se