

Alla professioner är viktiga för en utvecklad vardagsrehabilitering

I många länder blir befolkningen allt äldre, och under de kommande decennierna kommer samhällets välfärdssystem att ställas inför nya utmaningar. Hur kan samhället möta den ökade efterfrågan på vård och omsorgsinsatser som en åldrande befolkning sannolikt för med sig? Kan en lösning vara den utveckling av vardagsrehabilitering som idag sker på många platser i landet?

AVMAGNUS ZINGMARK

Grundidén ligger givetvis i de fördelar som finns med att erbjuda insatser som leder till att individen klarar sig själv i så stor utsträckning som möjligt snarare än att bli beroende av andra personers hjälp för sin dagliga livsföring. Denna utveckling är i sig mycket positiv, men för med sig en rad utmaningar. I denna artikel tar jag upp faktorer som har betydelse för en väl fungerande vardagsrehabilitering och argumenterar för att all personal som arbetar med den äldre, äger rehabiliteringsfrågan – inte enbart ergo- och fysioterapeuter.

I självständighetens gränsländ

I en situation där individen drabbas av en sjukdom eller skada som begränsar möjligheten att utföra vardagsaktiviteter självständigt, blir behovet av hjälp från en annan person



*Magnus Zingmark har arbetat med vardagsrehabilitering inom Östersunds kommun i ti år. Han har genomfört flera FoU studier med fokus på veiledning av pleiepersonal och effekter av ergoterapeutiska insatser. Sedan 2005 driver han Rehabguiden M Zingmark AB, ett utbildningsföretag med fokus på vardagsrehabilitering. Sedan 2010 är Magnus även doktorand vid Umeå Universitet där han studerar effekter av ergoterapeutiska interventioner för äldre personer.
E-post: rehabguiden@gmail.com*

Det er ingen uenigheter om rettighetene til manuskriptet.

påtagligt. I första hand kanske en närstående tar på sig uppgiften att hjälpa, och om inte någon sådan finns, eller när hjälpbehovet blir tillräckligt stort, finns hjälpen att söka från kommunens hemtjänst. Men när är egentligen den bästa lösningen att en annan person utför de aktiviteter individen upplever svårigheter att klara av på egen hand?

Den förändring det innebär för den enskilde individen att inte längre klara av vardagliga aktiviteter, har beskrivits som en process där äldre personer upplever osäkerhet inför vad det normala åldrandet innebär, och en tro att negativa förändringar när det gäller förmågan att utföra vardagsaktiviteter är sådant som följer med stigande ålder (Brouwer et al., 2005). Tidigare forskning har visserligen belyst sambandet mellan stigande ålder och nedsatt aktivitetsförmåga (Gill et al., 2001), men sett till den enskilde individen riskerar dock ett generaliserande av denna kunskap att leda till två negativa konsekvenser. Det ena är att den äldre tror att nedsatt aktivitetsförmåga är en del av åldrandet som inte kan påverkas, och därför inte söker rehabiliteringsinsatser. Individen kan uppleva nedsatt förmåga men dessutom en nedsatt tilltro till sin förmåga och en rädsla att utföra aktiviteter i sin vardag. Detta har framhållits som en faktor som ytterligare påverkar individens förmåga i negativ riktning. Den andra negativa konsekvensen är att samhällets syn på den äldre kan utgå från en bristande tilltro till den förbättringspotential som finns hos den enskilda individen. Detta kan t.ex. visa sig på en vårdplanering inför utskrivning från sjukhus, då fokus ligger mer på vad personen behöver hjälp med att utföra snarare än att lägga tyngdpunkten på vilka behov av fortsatt rehabilitering som finns och hur personal kan stödja individen att vara aktiv så långt det är möjligt. Det kan också visa sig genom mötet med hemtjänstpersonalen som snarare väljer en hjälpande, än en stödjande, hand, eftersom «Anna» är så gammal, eller för att det går snabbast så.

Detta är en viktig utgångspunkt för den fortsatta diskussionen kring hur insatser kan utformas för att verkligen

möta den enskildes behov av insatser som stärker individens förmåga att utföra aktiviteter och vara delaktig i sin tillvaro, istället för att utföra aktiviteter åt henne eller honom.

Alla personal är rehabpersonal!

Vem äger rehabiliteringsfrågan? Om vi begränsar oss till att betrakta enbart ergoterapeuter och fysioterapeuter som «rehabpersonal» riskerar vi att rehabilitering inte blir något som genomsyrar verksamheten. Det blir helt avhängigt av de resurser som finns för ergoterapeut och fysioterapeut och dessa professioners förmåga att driva rehabiliteringsarbetet. Om vi däremot lyckas bygga upp en verksamhet där alla ser sin roll i rehabiliteringsarbetet, kan vi nå den fulla styrkan i ett rehabiliterande arbetssätt. Det gäller på en vårdavdelning likväl som i kommunens hemtjänst. Det gäller hela vägen från sjukhussäng till köksbänk.

När Mia 84 väntar i sjukhussängen på sin vårdplanering efter höftfrakturen som hon ådrog sig för en vecka sedan så kan framtiden te sig allt annat än ljus. Sett ur hennes perspektiv är det lätt att föreställa sig tankar om hopplöshet – «vad duger jag till efter det här?», rädsla för nya fall, «måste jag flytta nu?»...

I det tidiga skedet på sjukhusavdelningen är det sannolikt av stor vikt vilket stöd Mia får. Det handlar om de förväntningar som avdelningspersonal och läkare tillsammans med kommunens biståndshandläggare och övrig personal lyckas förmedla till Mia. Om hon möts med utgångspunkten att hemgång är möjlig genom fortsatta rehabiliteringsinsatser och ett tryggt mottagande av hemtjänst (när behovet finns), kan vi bidra till att skapa en förväntan på att det är möjligt att träna upp sina förmågor. Behovet av hemtjänst kanske endast är övergående med rätt insatser. Detta förutsätter dock en tidigt påbörjad rehabilitering där ergoterapeut och fysioterapeut initierar sina insatser, men också involverar pleiepersonal i ett rehabiliterande arbetssätt.

De vardagliga aktiviteterna är viktiga. I mötet kring dessa aktiviteter finns risken att ta initiativet från individen genom en alltför hjälpande inriktning. Om en sådan inriktning får prägla den dagliga omsorgen nog länge, är det uppenbart att såväl den faktiska förmågan liksom tilltron till den egna förmågan ger vika för ett beroende av andra personers hjälp. Om utgångspunkten istället bygger på ett rehabiliterande förhållningssätt, finns det i de vardagliga situationerna en potential att ge individen möjligheten att engagera sig i och utföra aktiviteter. Kommuner som utvecklat ett rehabiliterande arbetssätt, vittnar om att det ofta sker en markant förbättring under den första tiden, och att det därför är viktigt att beviljade insatser följs upp efter en relativt kort tid på 2 - 4 veckor efter det att individen kommit hem.

Målgrupp för vardagsrehabilitering

Vardagsrehabilitering kan mycket väl rikta sig till personer i alla åldrar men i huvudsak är det äldre som utgör målgruppen. Bland dessa äldre finns dels de som klarar sin vardag relativt bra på egen hand med eller utan hjälp av närstående, dels individer som på något sätt behöver hjälp från hemtjänsten.

För de i den första gruppen handlar det om direkta insatser från ergoterapeut och fysioterapeut som riktar sig till individen eller dess närstående. Dessa insatser kan ofta vara relativt kortvariga såsom t.ex. när en enkel hjälpmedelsutprovning av en duschpall räcker för att individen ska klara sig på fortsatt egen hand. Dessa insatser kan för den enskilde ergoterapeuten och fysioterapeuten betraktas som «små», men värdet ska inte underskattas då de har stor betydelse för den upplevda tryggheten och att individen ska kunna fortsätta att leva oberoende an annans hjälp Månsson (2007). Gitlin et al. visade i en randomiserad studie där äldre i ordinärt boende fick insatser av ergoterapeut och fysioterapeut, på goda effekter avseende aktivitetsförmåga och hälsorelaterad livskvalité (Gitlin et al., 2006). Interna, ej publicerade uppföljningar från flera kommuner visar även att denna grupp utgör upp mot hälften av alla individer som ergoterapeuter och fysioterapeuter möter i sitt arbete.

För de personer som är beroende av professionell hjälp i sina vardagsaktiviteter, kommer rehabiliteringsinsatser många gånger att ske i samverkan med hemtjänstpersonal. Vardagsrehabilitering blir då aktuellt dels genom specifika träningsinsatser, men även genom ett rehabiliterande förhållningssätt i den dagliga omsorgen. I det sammanhanget blir det tydligt att all personal behöver vara rehabiliteringspersonal. Det kräver dock stöd från såväl chefer, legitimerad personal och kollegor för att rehabiliteringsinsatserna ska få en självklar plats och utföras som det är tänkt. Ett annat viktigt område för att stärka vårdpersonalen i deras uppdrag är en väl fungerande handledning.

Effektiv handledning av vårdpersonal

Hur den specifika rehabiliteringskompetensen är organiserad kan variera. Ergoterapeut och fysioterapeut, tillsammans med andra professioner, kan utgå från kommunen, primärvården eller genom ett vardagsrehabiliteringsteam med koppling till sjukhus. Oavsett organisatorisk tillhörighet så är ofta en viktig uppgift för ergoterapeut och fysioterapeut att handleda vårdpersonal. Dessa yrkesgrupper har den specifika kompetensen och kan fungera som en viktig länk mellan den rehabilitering som har skett på sjukhus och den rehabilitering som behöver ta vid när personen kommer hem. Logiken i detta är enkel, men några faktorer bör lyftas fram eftersom den goda handledningen påverkas av flera omständigheter (Zingmark, 2006). Handledaren, hur denne bör vara och vad hon/han ska göra finns väl beskrivet i handledningslitteraturen. En första reflektion gäller handledarrollen i jämförelse med rollen som terapeut. I den senare har vi direkt fokus på individen, vilket vi i och för sig har i den första rollen, men då indirekt i samarbete med annan personal. Sett till den definition som Petersson och Vahlne ger, vidgas uppdraget för handledarrollen, och vi inser att vi behöver lyfta vad handledarrollen egentligen innebär.

«Det övergripande syftet med handledning är att de handledda ska nå en yrkesmässig växt och identitet för att i sin tur säkra vårdkvaliteten för patienten. Ett givet syfte är också att stärka samarbetet i personalgruppen (vid grupphandledning).

Kompetenskänsla är en byggsten när det gäller yrkesidentitet. Medvetenhet är en annan, att i handledning bli medveten om vad som gör att man handlar på ett visst sätt ligger till grund för det. En ökad medvetenhet väcker lust att reflektera vidare, och genom reflektionen sker den yrkesmässiga växten» (Petersson och Vahlne, 1997).

Förutom fokus på individens behov av rehabiliteringsinsatser kommer handledning även att handla om hur personalen kan stödjas i att stärka sin roll som «vardagsrehabiliterare». Proctor (2001) beskriver tre funktioner i handledning; Att stödja den handledde, att bidra till dennes kompetensutveckling och att säkerställa kvalitén på de insatser som ges. Med andra ord ska handledaren finna en balans mellan dessa tre funktioner. Kopplat till ett enskilt ärende kan det handla om att ge personalen tydliga riktlinjer för vilka insatser som ska utföras, samtidigt som handledaren ska ge stöd till den personal som är osäker kring hur de ska göra eller upplever att den aktuella insatsen är alltför tung, som t.ex. vid en manuell förflyttning som sker i tränings syfte. Det är en utmaning som kräver en nära samverkan med personalens chefer för att skapa väl fungerande former för hur insatser kan initieras, genomföras, dokumenteras och följas upp.

Samverkan i bedömning av behov.

Ett annat område där det är angeläget att lyfta fram behovet av ett gemensamt rehabiliterande synsätt är i bedömningen av vilka behov individen har, när det är aktuellt att söka hjälp från hemtjänsten. I kontakt med socialtjänsten sker en utredning som bland annat handlar om att se om individens behov är tillgodosedda, och om så inte är fallet, att kommunens insatser ska säkerställa en skälig levnadsnivå. I vilken utsträckning biståndshandläggare samlar in underlag från andra professioner i utredningen av individens behov, varierar sannolikt mellan kommuner och enskilda handläggare. Det är dock rimligt att anta att varje profession kommer att se olika sidor av individen tack vare sitt unika fokus, och med hjälp av sina metoder för bedömning ge kompletterande underlag om vad individen kan och inte kan göra på egen hand. Att få en bredd i underlaget inför biståndsbeslut har goda chanser att påverka vilka beslut som fattas, men även vilken inriktning hemtjänstens insatser får. Detta har framhållits som ett viktigt utvecklingsområde av den svenska Socialstyrelsen (Socialstyrelsen, 2007). I en utvärdering av effekten av ergoterapeutiska insatser (Zingmark och Bernspång, 2011) framkommer att en majoritet av de äldre personer som sökte hjälp från hemtjänsten för att duscha, kunde klara sig oberoende av hjälp. Dessa insatser fokuserade på att stödja individen att utveckla, utforska och bli trygg i den egna förmågan. Vissa personer kunde återgå till att göra precis på det som de var vana när de fått chansen att träna under trygga omständigheter. De flesta kunde klara sig på egen hand genom att utföra aktiviteten på ett annat sätt än tidigare, ibland genom att förändra hemmiljön eller att använda sig av hjälpmedel.

I ett utvecklat samarbete kring hur individens behov ska utredas och bemötas ligger stora vinster för såväl individen, som ges förutsättningar till självständighet, som för

samhället, i form av minskat behov av hemtjänstinsatser. Det skapar även förutsättning för att rikta resurser till de individer som inte kan återfå eller bibehålla sina förmågor trots tidiga rehabiliteringsinsatser. Sett till framtidsscenarioet där kostnaderna för vården och omsorgen om de äldre förutspås öka med 270 % fram till 2040 (Nilsson et al., 2009) finns starka skäl att utveckla, utvärdera och lyfta fram effektiva arbetsmetoder.

Effekter av rehabiliteringsinsatser

Ett flertal studier framhåller positiva effekter av rehabilitering i hemmiljön såsom förbättrad ADL-förmåga, bättre upplevd hälsa, ökad tilltro till den egna förmågan och kortare vårdtid (Cunliffe et al., 2004, Mayo et al., 2000). Även den som drabbas av en höftfraktur eller en stroke har potential att åter träna upp sina förmågor för att kunna utföra de aktiviteter som denne vill och behöver klara av. Det finns dessutom belägg för att effekterna av rehabiliteringsinsatser blir extra goda när individen ges möjlighet att engagera sig i meningsfulla aktiviteter (Ma et al., 1999). Sett ur det perspektivet är det lätt att se nyttan i att utveckla vardagsrehabilitering där insatser får en direkt effekt på de aktiviteter som individen vill och behöver göra.

Även om vi kan finna stöd i tidigare forskning för effekterna av rehabiliteringsinsatser, behövs mer forskning och utveckling. Den vetenskapliga forskningen har en viktig roll i detta sammanhang ur flera synvinklar. Det gäller inte minst ur ett hälsoekonomiskt perspektiv med tanke på hur vi kan rusta olika verksamheter inom länssjukvård, primärvård och kommuner inför de framtida utmaningar som kommer. Det är även viktigt att lyfta fram den forskning och utveckling som kan ske genom kopplingen till lokala FoU-enheter. Forskningstraditionen inom kommunerna är inte så stark som den behöver bli. Vi behöver följa upp våra verksamheter för att utvärdera effekten av de insatser som utförs. Att fortlöpande dokumentera vad vi gör, hur mycket vi gör, och vilka effekter vi får i form av t.ex. ADL-förmåga, hälsorelaterad livskvalité och beviljad tid för hemtjänst, är ett sätt att successivt bygga upp en verksamhetsnära kunskapsbank som kan fylla flera syften. Dels ger det värdefull feedback till den personal som finns i verksamheten för att se resultatet av sitt arbete och vägledning till hur insatser kan vidareutvecklas, dels är det värdefull kunskap som kan lyftas i dialog med politiker och tjänstemän för att förbättra deras kunskaper och förståelse för rehabiliteringsområdet och dess förutsättningar.

Vi kommer aldrig att finna en studie som ger alla svar, istället krävs många olika uppföljningar som likt ett pussel kan ge en helhetsbild av verksamheten. Förutom att ta reda på effekten av våra insatser behöver vi dessutom öka kunskapen om individen som av olika anledningar börjar närma sig gränslandet mellan självständighet och beroende. Med den förståelsen kan vi utforma insatser som leder till att individen så långt det är möjligt bibehåller eller åter kan träna upp sina förmågor.

Avslutningsvis är en etisk reflektion på sin plats. Med kunskap om de positiva effekter olika rehabiliteringsinsatser kan ha på individens aktivitetsförmåga kan vi se att det finns stor potential att bromsa en ökad efterfrågan på



Ett flertal studier framhåller positiva effekter av rehabilitering i hemmiljön, såsom förbättrad ADL-förmåga, bättre upplevd hälsa, ökad tilltro till den egna förmågan och kortare vårdtid.

hemtjänstinsatser när individen kan stödjas att klara sig själv. Det finns dock en balansgång mellan att fokusera på ADL-aktiviteter där kommunen har stor nytta av att de äldre fortsatt kan vara oberoende av hjälp, och de aktiviteter som upplevs meningsfulla för individen. Det är inte säkert att dessa två intressen alltid är desamma. Ska vi arbeta klientcentrerat är denna reflektion viktig att återkomma till, och kan ligga till grund för hur vi utreder vad som är viktigt för individen och hur insatser kan utformas för att stödja individen att vara fortsatt engagerad i meningsfulla aktiviteter och sociala sammanhang. □

Referenser

Brouwer, W. B. F., Van Exel, N. J. A. & Stolk, E. A. 2005. Acceptability of less than perfect health states. *Social Science & Medicine*, 60, 237-246.

Cunliffe, A. L., Gladman, J. R. F., Husbands, S. L., Miller, P., Dewey, M. E. & Harwood, R. H. 2004. Sooner and healthier: a randomised controlled trial and interview study of an early discharge rehabilitation service for older people. *Age & Ageing*, 33, 246-252.

Gill, T. M., Desai, M. M., Gahbauer, E. A., Holford, T. R. & Williams, C. S. 2001. Restricted activity among community-living older persons: incidence, precipitants, and health care utilization. *Annals of Internal Medicine*, 135, 313.

Gitlin, L. N., Winter, L., Dennis, M. P., Corcoran, M., Schinfeld, S. & Hauck, W. W. 2006. A randomized trial of a multicomp-

onent home intervention to reduce functional difficulties in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54, 809-816.

Ma, H.-I., Trombly, C. A. & Robinson-Podolsky, C. 1999. The effect of context on skill acquisition and transfer. *American Journal of Occupational Therapy*, 53, 138-144.

Mayo, N. E., Wood-Dauphinee, S., Coté, R., Gayton, D., Carlton, J., Buttery, J. & Tamblyn, R. 2000. There's no place like home: an evaluation of early supported discharge for stroke. *Stroke; A Journal Of Cerebral Circulation*, 31, 1016-1023.

Månsson, M. 2007. *Hemrehabilitering, vad, hur och för vem?* Fortbildning AB, Solna.

Nilsson, E., Nilsson, S., Räftegård, T. & Färgren Åkeson, N. 2009. Det är aldrig för sent! Förbättra äldres hälsa med möten, mat och aktivitet.

Petersson, B-O., Vahlne, L. 1997. *Handledning - ett vårdpedagogiskt verktyg*. Studentlitteratur, Lund

Proctor B. 2001. Training for the supervision alliance attitude, skills and intention. I Cutcliffe J R, Butterworth T, Proctor B (eds.). *Fundamental themes in clinical supervision*. London: Routledge.

Socialstyrelsen. 2007. *Vård och omsorg om äldre*.

Lägesrapport 2006. Socialstyrelsen.

Zingmark, M. 2006. *Utvärdering av handledning inom hemrehabilitering*. FoU-Jämt 2006:2, Regionförbundet Jämtland.

Zingmark, M. & Bernspång, B. 2011. Meeting the needs of elderly with bathing disability. *Aust Occup Ther J*, 58, 164-71.