



Samarbete mellan primärvårdsrehabilitering och hemtjänst för att förebygga fall hos hemmaboende äldre personer

– ett pilotprojekt för att utveckla och testa en arbetsmodell



FoU-rapport nr 34/2019

Lina Palmlöf

Charlotte Klinga

Åsa Hedberg Rundgren

FoU Nordost är en forsknings- och utvecklingsenhet för de nordostliga Stockholmskommunerna Danderyd, Lidingö, Norrtälje, Täby, Vallentuna, Vaxholm och Österåker. FoU Nordost ska genom praktiktäna forsknings- och utvecklingsinsatser utgöra en resurs för utveckling och utvärdering inom socialtjänst samt närliggande hälso- och sjukvård för äldre. Region Stockholm är medfinansier av den verksamhet som rör inriktningen mot äldre.

www.founordost.se

Samarbete mellan primärvårdsrehabilitering och hemtjänst för att förebygga fall hos hemmaboende äldre personer – ett pilotprojekt för att utveckla och testa en arbetsmodell

Studien genomfördes vid FoU Nordost under 2017–2018 med stöd från Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Region Stockholm, och slutfördes 2019 i samarbete med Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.

© FoU Nordost 2019

Omslagsfoto: Sara Söderström (skogsstig, höst)

FoU-rapport 34/2019

ISBN 978-91-983772-9-3

Innehållsförteckning

BAKGRUND	4
SYFTE	6
Frågeställningar.....	6
METOD	7
Uppstart av pilotstudien	7
Studiedeltagare	7
Intervention	8
Projektgrupp.....	9
Utvärdering	9
Etiska aspekter	10
Analys	10
RESULTAT	11
Sju övergripande kategorier	11
Arbetsmodellens innehåll och dess införande – begripligt och hanterbart	11
Ständig utveckling och anpassning av arbetsmodellen.....	12
Effektivare hemrehabilitering	13
Professionsstärkande för hemtjänst.....	14
Relationsstärkande för hemtjänst och de äldre	15
Ökad motivation och tryggare förutsättningar till träning	15
Positiv upplevelse av arbetsmodellen hos de äldre	16
Faktorer som underlättat genomförandet	16
Faktorer som försvårat genomförandet	17
KONKLUSION	18
SÅ HÄR GÅR VI VIDARE	19
REFERENSER	20

Bakgrund

I dagens läge är det framförallt de allra mest sköra äldre med stort vårdbehov som får plats på särskilda boenden. Det leder till att gruppen äldre personer som bor i eget boende med stöd av hemtjänst och vårdinsatser från primärvården ökar. Denna grupp är oerhört viktig att nå med ett förebyggande arbete då bevarande av deras fysiska funktion kan förskjuta behovet av mer omfattande insatser framåt i tiden.

Att förebygga fall kan göra en stor skillnad eftersom det första fallet har en avsevärd påverkan på den äldres funktionsnivå och framtida hjälpbehov. Om den äldre dessutom drabbas av en fraktur är det ännu svårare att återgå till den tidigare fysiska funktionsnivån. Utöver det mänskliga lidandet innebär också fallen en stor samhällskostnad. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap rapporterar att kostnaden för fallolyckor uppgår till mellan 12 och 22 miljarder per år beroende på om man räknar med endast direkta eller även inkluderar indirekta kostnader (1).

I Sverige år 2010 uppskattades 22,4 % av kvinnor och 6,9 % av män över 50 år vara drabbade av osteoporos (2), vilket är en sjukdom som utgör en ytterligare ökad risk för fraktur vid ett fall. Under sin livstid beräknas 50 % av kvinnor och 25 % av män få en osteoporosrelaterad fraktur (3). Osteoporos är en så kallad tyst sjukdom, vilket betyder att många inte vet om att de är drabbade. Varje år inträffar ca 70 000 osteoporosrelaterade frakturer i Sverige, och denna siffra kommer i och med den åldrande befolkningen att öka framöver (4). Det finns ett antal riskfaktorer för osteoporos, varav några är möjliga att förebygga, såsom fysisk inaktivitet, tobaksrökning, alkoholintag och inadekvat nutrition (5). När det gäller fysisk aktivitet rekommenderas framför allt muskelstärkande och skelettbelastande aktiviteter. För individer med manifest osteoporos rekommenderas utöver detta även balansträning för att minska risken för fall och därmed minska risken för frakturer (5). Balansträning minskar också risken för andra fallrelaterade besvär och förbättrar gånghastighet och funktion hos personer med osteoporos, på kort såväl som på lång sikt (6).

För att träning ska vara fallförebyggande bör den innehålla styrketräning och balansträning. Det är viktigt att träningen systematiskt stegras eftersom den inte ger någon förbättrad funktion om den inte är tillräckligt utmanande (5). Ett träningskoncept som är utarbetat för att fungera funktionsbevarande, det vill säga förebygga och därmed minska risken för fall (7) samt motverka uppkomsten av osteoporos, är Otago (5). Otago har

ett standardiserat sätt att stegas och är utvärderat med gott resultat (8). Konceptet är utarbetat för att användas i hemmet och är baserat på funktionella övningar för ökad styrka och balans.

Enligt Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) är tillgången till fallförebyggande träning i Sverige låg (9). Uppdraget för rehabilitering av hemmaboende äldre ligger på primärvårdens fysioterapeuter. För de patienter som inte kan ta sig till mottagningen för att träna regelbundet erbjuds rehabilitering i hemmet. När rehabiliteringsperioden är avslutad får patienten sedan fortsättningsvis sköta sin träning på egen hand i hemmet.

Fysisk träning är en färskvara och kontinuitet behövs för att upprätthålla funktionsnivån. Det vore därför intressant att undersöka möjligheterna att hemtjänstpersonalen skulle stödja äldre personer som bor i ordinärt boende, och som har begränsade möjligheter att själva förflytta sig utanför hemmet, att upprätthålla den träning som förskrivits inom hemrehabiliteringen. Detta förutsätter ett kontinuerligt samarbete mellan fysioterapeuter och hemtjänstpersonal, vilket inte är generellt etablerat i Stockholmsregionen idag.

Syfte

Syftet med projektet var att utveckla och undersöka genomförbarheten av en arbetsmodell baserad på samarbete mellan primärvårdens hemrehabilitering och kommunens hemtjänst för att genom träning förebygga fall bland äldre personer med omsorgsbehov i ordinärt boende.

FRÅGESTÄLLNINGAR

- Hur uppfattar hemtjänstpersonalen den nya arbetsmodellen?
- Hur uppfattar hemrehabiliteringspersonalen den nya arbetsmodellen?
- Hur uppfattar de äldre träningsinsatsen och samarbetet mellan hemtjänst och hemrehabiliteringspersonal?

Metod

UPPSTART AV PILOTSTUDIEN

Möjligheten att bevilja hemtjänstens insats som egenvård är en förutsättning för att få arbetssättet att fungera enligt dagens befintliga strukturer inom vård och omsorg. Därav började FoU Nordost arbetet med att ta fram en grundstruktur till en arbetsmodell för samarbete mellan hemtjänst och hemrehabiliteringspersonal, där hemtjänstens arbetsinsats skulle kunna beviljas av biståndshandläggare som en egenvårdsinsats.

Modellen för samarbetet utgår från att fysioterapeuten identifierar den äldre personens behov av fallförebyggande hemträning och utifrån detta skriver ett egenvårdsintyg. Den äldre kontaktar sedan biståndshandläggare vid kommunens socialtjänst för att, med egenvårdsintyget som grund, ansöka om tid för hemtjänst som stödjande insats vid träningstillfällena.

Syftet med arbetsmodellen är att erbjuda äldre personer praktisk hjälp och trygga förutsättningar för att genomföra ett fallförebyggande hemträningsprogram förskrivet av fysioterapeut. Tryggheten skapas genom närvaro av personal från hemtjänsten under träningstillfällena. Fysioterapeuten som ordinerat träningen tar ansvar för behandlingen som är att definiera som egenvård. En förutsättning för att bedöma hemträningen som egenvård är att patienten har förmåga att själv ta ansvar för träningen när fysioterapeut inte närvarar. Hemtjänstens ansvar sträcker sig till att fungera som praktisk hjälp och tillsyn vid träning så att den äldre personen kan genomföra denna.

Med anledning av att studien i ett första pilotutförande syftade till att undersöka genomförbarheten gällande samverkan mellan primärvårdsrehabilitering och hemtjänst i den föreslagna arbetsmodellen finansierades hemtjänstens stöd till egenvård genom projektmedel i detta projekt. Av samma anledning är fokus för utvärderingen genomförandet av, och samverkan kring, träningsinsatsen samt hemrehabiliteringspersonalens, hemtjänstpersonalens och de äldres perspektiv på arbetsmodellen.

STUDIEDELTAGARE

1. Två fysioterapeuter som arbetar med hemrehabilitering på Mörby akademiska vårdcentral deltog i pilotprojektet. Fysioterapeuternas uppdrag var att genomföra funktionsbedömning av de äldre, inkluderat testerna 5 times sit-to-stand och Fyra

test balansskala, samt att utforma individuellt anpassade träningsprogram enligt Otago-metoden. Vidare ingick i uppdraget att följa upp insatsen under träningsperioden, tillsammans med både patient och hemtjänstpersonal.

2. En hemtjänstgrupp inom Danderyds kommuns hemtjänst bestående av 20 personer inkluderades i pilotprojektet för att stödja de äldre när de genomförde sina hemträningsprogram.
3. Totalt 12 äldre personer tillfrågades om de ville delta i pilotprojektet varav fyra avböjde. De rekryterades genom gruppchefen för hemtjänstgruppen som informerade om pilotprojektet och tillfrågade personerna om de ville träffa en fysioterapeut för en initial bedömning av om de passade som studiedeltagare. Inklusionskriterierna var att ha uppnått en ålder av 75 år eller äldre, bedömts ha ökad risk för fall samt ha beviljad hemtjänstinsats sedan tidigare. Exklusionskriterierna var avsaknad av gångförmåga, fraktur på grund av fall under det senaste året och sjukdomar/tillstånd där fysisk träning är kontraindicerat.

Sex personer påbörjade träning, varav två avbröt efter en tids träning – en på grund av fraktur efter fall (ej relaterat till träning eller besök av hemtjänst eller fysioterapeut) och en på grund av att träningen var för ansträngande. Två personer fick fördröjd uppstart på grund av andra hälsoproblem, en av dessa hann inte påbörja träningen innan projektet avslutades och den andra fick remiss till fel rehabiliteringsklinik av läkaren och kunde därför inte delta i projektet. Totalt fyra personer genomgick alltså den fullständiga interventionen på 12 veckor i pilotprojektet.

Av de 20 personerna i hemtjänstgruppen som fått utbildningen genomförde sedan 12 stycken ett eller flera träningstillfällen tillsammans med de äldre personerna och dessa 12 fördelades sedan på tre fokusgrupper.

INTERVENTION

I pilotprojektet ingick tre interventioner:

1. I ett första skede utbildades fysioterapeuterna i träningskonceptet Otago. Detta skedde via extern endagskurs i Otago som gavs av ett privat företag.
2. Hemtjänstpersonalen utbildades i Otagos övningar och i hur de kan stödja personer under utförandet av övningarna. Utbildningen gavs av en fysioterapeut som ej var deltagare i pilotprojektet. Utbildningen var två timmar lång och innehöll även ett teoripass med information om fall och hur man kan förebygga dessa. Övningarna som ingår i Otago demonstrerades och hemtjänstpersonalen fick prova att utföra dessa i par där den ena agerade patient och den andra agerade stöd vid träningen. Vidare instruerades hemtjänstpersonalen om att det stöd de skulle erbjuda vid träningen var motivation/uppmuntran till att träna, praktisk hjälp med förberedelser (t.ex. plocka fram redskap såsom en stol) samt utgöra ett balansstöd för att förhindra fall. De instruerades om att avvakta

träningen och kontakta fysioterapeut om något var problematiskt eller kändes osäkert att utföra.

3. De äldre personerna genomförde sin träningsperiod, under ledning av fysioterapeut och med stöd av hemtjänstpersonal. Detta inleddes med att den äldre träffade en fysioterapeut för bedömning och med den som grund satte fysioterapeuten ihop ett individuellt anpassat träningsprogram enligt Otago-modellen. Detta övades in och anpassades vid behov vid ytterligare ett besök. Därefter genomfördes ett träningstillfälle med både fysioterapeut och hemtjänstpersonal närvarande. Den äldre personen tränade sedan 2 ggr/v under 12 veckor med stöd av hemtjänstpersonal. Fysioterapeuterna följde upp träningen enligt sin ordinarie arbetsrutin under dessa 12 veckor, men samordnade så att hemtjänstpersonal var på plats vid hembesöken och kunde få uppdaterad information om eventuell stegring av träning samt handledning i hur de kunde stötta den äldre i sin vidare träning.

PROJEKTGRUPP

Innan projektet startade skapades en projektgrupp som hade som uppgift att följa projektet och bidra till att anpassa arbetsmodellen för att passa väl in i ordinarie verksamheter som inkluderas i fallpreventionsarbetet. I arbetsgruppen ingick en av fysioterapeuterna som deltog i projektet, arbetsledare i den deltagande hemtjänstgruppen, forskningsledare från FoU Nordost, samordnare från Mörby akademiska vårdcentral (för vetenskaplig expertis), gruppleddare för biståndshandläggarenheten i Danderyds kommun, samt vid de två första tillfällena även chef för hemtjänsten i Danderyds kommun. I projektgruppen ingick även en brukarrepresentant – en äldre person med fallrisk som bodde i egen lägenhet med stöd från hemtjänst – som bidrog med sitt perspektiv vid anpassningen av arbetsmodellen. Hon hade dock inte möjlighet att närvara vid projektgruppens möten då det var en för stor ansträngning att förflytta sig till möteslokalen. Forskningsledaren träffade därför brukarrepresentanten separat i hennes hem och rapporterade från projektgruppsmötena, och tog sedan med brukarrepresentantens åsikter tillbaka till projektgruppen.

Totalt träffades hela projektgruppen fyra gånger mellan september 2017 och november 2017. Därefter övergick mötena till att endast involvera forskningsledaren, fysioterapeuten och gruppchef för hemtjänsten som träffades två ytterligare tillfällen fram till april 2018. Hela projektgruppen möttes sedan för ett avslutande projektmöte i juni 2018.

UTVÄRDERING

Efter att samtliga av de äldre personerna avslutat sin träningsperiod intervjuades fysioterapeuter och hemtjänstpersonal som ingått i pilotprojektet. För att besvara frågeställningarna om hur arbetsmodellen uppfattades gjordes individuella semistrukturerade intervjuer av fysioterapeuterna. Hemtjänstpersonalen delades upp i tre grupper för semistrukturerade fokusgruppsintervjuer.

Efter att varje enskild äldre person avslutat sin träningsperiod genomförde forskningsledaren en strukturerad intervju baserad på enkätfrågor med fasta svarsalternativ samt notering av fritextsvar om hur de äldre uppfattat träningskonceptet och hur de tyckte att samarbetet mellan fysioterapeuter och hemtjänst hade fungerat.

Funktionstester gjordes och följande data inhämtades för varje enskild äldre person vid tre baslinjemätningar innan påbörjad träning samt en uppföljningsmätning efter avslutad träningsperiod: 5 times sit-to-stand och Fyra test balansskala som ingår i funktionsbedömning enligt Otagomodellen.

På grund av det begränsade antalet deltagande äldre personer kunde inte data analyseras på gruppnivå och redovisas därför inte i denna rapport. Resultatet av funktionstesterna användes dock av fysioterapeuterna som uppföljning av varje enskild patient.

ETISKA ASPEKTER

Projektet är godkänt av Regionala etikprövningsnämnden i Stockholm, dnr: 2017/1064-31.

ANALYS

Intervjuerna med fysioterapeuterna och hemtjänstpersonalen spelades in och transkriberades ordagrant. Vid strukturerade intervjuer med de äldre noterades de äldres kommentarer skriftligen av forskningsledaren (LP). En utomstående forskare (CK) kodade och identifierade subkategorier baserat på projektets frågeställningar. Med utgångspunkt i subkategorierna, togs övergripande kategorier fram gemensamt med övriga rapportförfattare (LP, ÅHR) för att svara på pilotprojektets syfte. Citat från intervjuerna som väl illustrerar kategorierna återfinns genomgående i resultaten.

Resultat

SJU ÖVERGRIPANDE KATEGORIER

Analysen resulterade i sju övergripande kategorier; 1. Arbetsmodellens innehåll och dess införande – begripligt och hanterbart, 2. Ständig utveckling och anpassning av arbetsmodellen, 3. Effektivare hemrehabilitering, 4. Professionsstärkande för hemtjänst, 5. Relationsstärkande för hemtjänst och de äldre, 6. Ökad motivation och tryggare förutsättningar för träning. 7. Positiv upplevelse av arbetsmodellen hos de äldre. Nedan följer en genomgång av de sju kategorierna.

Arbetsmodellens innehåll och dess införande – begripligt och hanterbart

Arbetsmodellen uppfattades av både fysioterapeuter och hemtjänstpersonal som enkel att förstå och arbeta efter. I grunden var både fysioterapeuter och hemtjänstpersonal positivt inställda till ett ökat samarbete och till att utveckla sin kommunikation kring patienten/kunden. Dock var det tydligt att ytterligare arbete med strukturer för detta krävs för att det ska fungera väl.

Hemtjänstpersonalen tyckte att utbildningen som gavs var ett gott och tillräckligt stöd för deras vidare arbete med kundens träning. Möjligheten att få prova att göra rörelserna själva och träna på varandra lyftes fram som särskilt viktigt. Det gav en grundtrygghet från början om de olika träningsmomenten.

Fysioterapeuterna tyckte det mer strukturerade arbetet med utvalda tester gav ett ökat lugn och en trygghet då deras bedömning blev väl underbyggd och dokumenterad. Även egenvårdsintyget uppfattades som användbart och fysioterapeuterna ville gärna fördjupa sin förståelse om hur detta kan användas för att ytterligare utveckla samarbetet med hemtjänsten.

Samtliga äldre informanter kände att de instruktioner som de fått från fysioterapeuten var tillräckliga för att kunna utföra träning när den skulle utföras med stöd av hemtjänstpersonal. Det framkom att fysioterapeutens och hemtjänstens instruktioner inte alltid varit överensstämmande, dock fanns upplevelser om att hemtjänsten lyssnat och att de äldre själva styrde träningen. Detta kunde uttryckas enligt följande:

”Det har inte alls varit problematiskt. Hemtjänsten klarade det ensam och har varit duktiga. Men det var roligt att fysioterapeuten var där flera gånger.” [D.4]

Fysioterapeutens kompetens har uppskattats. Detta har bl.a. framhållits enligt följande:

”Har övergripande sett vilka svårigheter jag hade. Funkat så bra. Hon som sitter på kunskapen. Är ju med, ser och analyserar vad jag har svårt med.”
[D.4]

De skriftliga instruktionerna från fysioterapeuten uppfattades av samtliga deltagare som mycket eller ganska tydliga. Antalet träningstillfällen per vecka uppfattades av de äldre som något få, och träningstillfällena kunde av logistiska skäl inte fördelas över hela veckan vilket hade varit önskvärt.

”Varannan dag hade varit bra.” [D.2]

Den avsatta tiden för varje träningstillfälle behöver vara anpassningsbar exempelvis till om man kände sig ovan med övningarna. De flesta upplevde att 30 minuter var lagom och att det inte störde andra aktiviteter men det fanns även de som upplevde tiden som knapp.

”Hann igenom träningsprogrammet i lugn och ro. Hann inte i början, men i slutet gick det bra.” [D.2]

Därutöver lyftes skiftande motivation upp som en faktor som påverkade träningen. Följande citat illustrerar detta:

”Beror på hur sinnet är just den dagen.” [D.1]

Ständig utveckling och anpassning av arbetsmodellen

Under projektets gång kunde det konstateras att det var svårt att rekrytera äldre personer att delta i projektet. En anledning som angavs för att inte vilja delta var att det var för intensivt program med träning tre gånger per vecka. Antingen ansåg de äldre att de inte orkade träna tre gånger per vecka, eller i vissa fall att de inte ville vara uppbundna till fasta tider. Modellen minskades därför från tre träningstillfällen per vecka till två. En ytterligare anledning till att istället ha två träningstillfällen per vecka var att det var svårt för hemtjänstpersonal att schemalägga tre besök väl spridda över veckan.

Fysioterapeuterna konstaterade under projektets gång att de behövde två besök hos patienten på egen hand för att prova ut övningar innan träningsprogrammet introducerades för hemtjänstpersonalen. Arbetsmodellen utökades därför till att innefatta två besök för fysioterapeuten hos patienten innan hemtjänstpersonalen inkluderades, jämfört med den initiala planen där endast ett besök för fysioterapeut ensam tillsammans med patienten var inkluderat.

Trots att projektet inte innefattade administrering av egenvårdsintyg så började fysioterapeuterna skriva sådana för patienter som inte ingick i projektet när de fick kunskap om att intyget och egenvårdsinsats fanns att tillgå. Detta ledde till att biståndshandläggarenheten kallade till ett möte med fysioterapeuten som ingick i projektgruppen för att diskutera gemensamma riktlinjer för hur egenvårdsintyget kan

användas. Forskningsledaren i projektet deltog också på mötet. Mötet resulterade i att gemensamma skriftliga riktlinjer för hur man ska arbeta med egenvårdsintyg och egenvårdsinsats började arbetas fram.

Effektivare hemrehabilitering

Fysioterapeuterna uppfattade direkt fördelar med att arbeta enligt studiens modell. De beskrev att de har saknat möjligheten att arbeta på ett liknande sätt och visade därför stor tilltro till modellen redan från början. De berättar att de vanligtvis inte hinner ge det kontinuerliga stöd som de menar att de äldre egentligen har behov av.

”För jag tror att det här är ett bra sätt att jobba på. Det blir ju att patienterna har möjligheten att få hjälp med sin träning under en längre tidsperiod än vad vi kan ge dem.” [FT.2]

Den studerade modellen, att hemtjänstpersonalen finns i hemmet hos den äldre personen när denne tränar, löser det problemet och fyller därmed en lucka i rehabilitering av äldre personer som behöver träna balans hemma.

Fysioterapeuterna uppgav vidare att det nya arbetssättet bidrog till att deras kompetens utnyttjades mer effektivt samtidigt som de hade möjlighet att följa patienten under en längre tidsperiod. Däremot bedömdes den sammanlagda tidsåtgången som snarlik jämfört med tidigare.

Enligt fysioterapeuterna kunde deras besök effektiviseras med det nya arbetssättet. Tidigare behövde de förlägga flera besök under den inledande perioden för att den äldre skulle komma igång med sin träning på ett tryggt sätt. Den äldre personen fick sedan själv kontakta fysioterapeuten om hen hade frågor. Med den nu testade arbetsmodellen kunde fysioterapeuten efter inledande besök överlåta till den äldre att själv komma igång med träningen i lugn och ro med tryggheten att en personal från hemtjänsten fanns på plats. Därefter kunde fysioterapeuten efter en tids träning stämma av hur det gick och göra modifieringar kontinuerligt.

Fysioterapeuterna lyfte fram att den nya modellen innebar även ett mer strukturerat och systematiskt sätt att arbeta med ökad användning av tester, utvärdering och dokumentation, vilket gav en ökad trygghet i yrkesutövandet. En av fysioterapeuterna uttryckte detta på följande sätt.

”Och sen när jag jobbat lite mer med det här så har jag tagit med mig de här testerna och testprotokollen till andra patienter och gjort samma tester med dem. Och då har jag blivit lugnare och tryggare med det, så då har ju det landat på ett bra sätt hos mig som fysioterapeut.” [FT.1]

Fysioterapeuterna tyckte en fördel med arbetsmodellen och samarbetet med hemtjänsten var att de fick utrymme att använda sin kompetens på ett mer effektivt sätt. Den ledde till fler besök, bättre kontinuitet vilket är i linje med hur fysioterapeuterna vill jobba – långsiktigt. Den möjliggjorde även revidering av träningsprogrammen vartefter övningarna blev för lätta eller svåra att genomföra. Fysioterapeuterna berättade också

att arbetsmodellen gav dem möjlighet att se resultat hos patienten som de annars inte hade sett eftersom de inte tyckte sig tillåtas enligt ordinarie arbetssätt att följa upp behandlingen på längre sikt.

Professionsstärkande för hemtjänst

Den nya uppgiften, att finnas till hands när den äldre personen tränade upplevdes som intressant av hemtjänstpersonalen. Tidigare kunde den fysiska aktiviteten som involverade hemtjänsten handla om att ta promenader tillsammans med den äldre personen. Den nya arbetsuppgiften upplevdes som stimulerande vilket uttrycktes i termer av ”det har fungerat väl, varit jättebra, fantastiskt” till och med.

Hemtjänstpersonalen uttryckte att de gärna gör arbetsmodellen stadigvarande och låter fördelarna med arbetssättet komma fler patienter/kunder till godo. En personal illustrerade ovanstående enligt följande:

”Jag hade två kunder som hade passat jättebra i det här projektet men som inte fick delta på grund av en tidigare, inom ett år har de haft en fraktur, ifall de hade de så fick de inte göra detta. Just därför så hade det varit jättebra att ha med de här personerna för att då lära kunden hur de kan lära sig undvika och för att stärka muskulatur och balans, och i framtiden undvika att det händer igen.” [H.1]

Arbetsmodellen låg i linje med hur hemtjänstpersonalen vill arbeta, mer förebyggande. Detta uttrycktes bl.a. enligt följande:

”Vi får starkare kunder.” [H.7]

”Och vi vill inte ha sängliggande kunder. Vi vill liksom att de ska gå, att de ska stå på benen.” [H.6]

”Det är både lättare för oss och för kunden om de stärker sig.” [H.5]

Alla i hemtjänstgruppen hade erhållit projektets grundutbildning och hade testat de olika övningarna i programmet. De hade arbetat systematiskt med träningen genom dokumentation i en noteringsbok, vilket också gav ökad medvetenhet om tränings effekter och genomförande. En personal från hemtjänsten berättade följande:

”Och sen har vi den här när vi signerar att vi har tränat, [Träningsdagboken] Ja, då skriver vi helt program, och så kan man skriva i parentes ”Hade ont i knä”, då skriver vi i parentes vad som hände. Att sjukgymnasten ser att hon hade ont vissa gånger. Men ändå tränar hon för hon säger ”Jag vet att det hjälper mig, det blir bättre.”” [H.10]

Hemtjänstpersonalen uttryckte att de växte som personal. De uppgav också att de kände en glädje i att se effekterna av träningen, att få direkt återkoppling om att deras hjälp var värdefull. De berättade att de äldre har visat uppskattning och glädje över att hemtjänsten bryr sig om att de bibehåller sina fysiska förmågor. Hemtjänstpersonalen

uppfattade att de äldre blev tryggare med hjälp av träningen vilket i sin tur ledde till att personalen i hemtjänsten kände sig tryggare. Detta framhölls enligt följande:

”Man blir inte rädd när man går ut med dem... Kanske de blir trötta i backar och så. Sen när de vill sitta kanske man inte hittar en bänk eller så. Men när de tränar och blir bättre så vågar de sånt.” [H.9]

Relationsstärkande för hemtjänst och de äldre

Att träna med hemtjänstpersonalen upplevdes som positivt ur flera aspekter. Det gav en annan relation till personalen. En av de äldre personerna berättade:

”Det var mer avslappnat än vid andra insatser från hemtjänsten.” [D.2]

På frågan om det fanns någon som träningen fungerat särskilt väl med svarade en person:

”Den som gjort flest besök, man har blivit kompisar. Hen har pushat mig att göra övningarna.” [D.2]

Tre av fyra menade att de fått tillräckligt stöd från hemtjänstpersonalen för att kunna utföra sin träning på ett säkert sätt. En person menade att tiden (30 minuter) inte räckte för att utföra hela träningsprogrammet.

Hemtjänsten fick en helt ny uppgift och de framhöll att de tyckte att den var rolig och stimulerande. Enligt hemtjänstpersonalen bidrog träningen tillsammans med kund, till ökad förståelse för kundens fysiska kapacitet vilket i sin tur bidrog till att de kände sig tryggare i sitt arbete hemma hos kunden. Hemtjänstpersonalen lyfte att när de såg att kunden blev bättre, kände de att deras insats gjorde skillnad. Vidare tyckte de att det var roligt att få en annan roll gentemot kunden och kände i och med det en större arbetsglädje.

Ökad motivation och tryggare förutsättningar till träning

Tre av de fyra äldre personerna svarade att de kände sig mycket trygga när de tränade med hemtjänstpersonalen. En äldre uttryckte detta enligt följande:

”De vaktade varje steg jag tog. Verkligen bra!” [D.4]

Att träna hemma med stöd av hemtjänstpersonal tog inte bort all oro hos de äldre men gav mer mod att genomföra träningen. En person uppgav att hen kände sig ganska trygg men uppgav samtidigt att:

”Det finns ju alltid en risk att falla.” [D.1]

De äldre personerna upplevde att hemtjänstpersonalens närvaro och engagemang hade betydelse för både känslan av trygghet och för motivationen. Stödet från hemtjänsten bidrog till att skapa motivation. Flera äldre framhöll detta.

”De stödde mig. Jag hade väldiga svårigheter med ena benet och hade inte klarat träningen utan dem.” [D.4]

En av personerna uppgav dessutom att hemtjänstpersonalens engagemang bidrog till att hemträningen blev av i den utsträckning som den skulle.

”De var närvarande och kollade att träningen gick rätt till och att man inte fuskade. Det ökade motivationen.” [D.2]

Stödet skapade även förutsättningar för fortsatt träning på egen hand. Två av fyra skattade det som mycket sannolikt att de skulle fortsätta träningen. En äldre person fann sin motivation i att återfå förmågan att gå igen.

”Benet behöver övas efter fraktur, så jag kan gå normalt igen.” [D.3]

Positiv upplevelse av arbetsmodellen hos de äldre

De äldre upplevde träningen positivt även om ingen direkt upplevde att den hade påverkat sinnesstämningen nämnvärt. En person uttryckte följande. Förutom själva träningen innebar besöket från hemtjänsten att ensamheten bröts vilket upplevdes som värdefullt.

”Det är roligt när det kommer någon människa, oavsett vad man gör.” [D.1]

”Det var lite omväxling.” [D.3]

Den självupplevda effekten av träningen hos de äldre var låg rörande ork, balans och stelhet. En person hade problem från sitt knä och detta hade försämrats under perioden och hen hade därför avstått träning.

En person fick problem med smärta under träningen, men detta uppmärksammades och träningen anpassades. Den äldre berättade att hen hade väldigt mycket besvär i det ben hen tidigare haft besvär med. Berättade det för två olika fysioterapeuter och fick samma svar ”Du har tränat för mycket, ta det lite lugnare”. Fysioterapeuten tog bort de övningarna som gav smärta vilket gav successiv förbättring.

FAKTORER SOM UNDERLÄTTAT GENOMFÖRANDET

En underlättande faktor som återkom genomgående var de äldres vilja, motivation och glädje över att få träna. En reflektion som flera inom hemtjänstpersonalen gjorde var att den positiva inställningen kanske delvis var kopplad till möjligheten att bryta ensamheten när hemtjänsten kom för att träna med dem. Därutöver lyfte hemtjänstpersonalen fram träning i hemmiljö som en underlättande faktor som gjorde träningen mer lättillgänglig och att den då blev av.

”... vi har många kunder som får sånt från sjukgymnast, sådana träningsprogram. Och de hamnar bara på skåpet utan att de tränar. Så det var bra att vi kom och han var förberedd och vi gjorde den träningen varje vecka.” [H.9]

Många inom hemtjänsten uppgav att de hade gjort övningarna tillsammans med de äldre vilket gav dem en bättre förståelse för de äldres hälsotillstånd. De upplevde att det gav en viss uppmuntran för de äldre när övningarna gjordes tillsammans.

Hemtjänstpersonalen upplevde att de fick bättre kontakt och att de kom närmare kunden när de tränade tillsammans. Att utföra en aktivitet tillsammans blev ett relationsstärkande moment. De äldre har visat uppskattning och glädje över att hemtjänsten bryr sig om att de äldre bibehåller sina fysiska förmågor. En personal inom hemtjänsten uttryckte detta enligt följande:

”Man märker ju de som blir sittande, då blir de sittande i den där stolen. Kanske går några steg. Då orkar de ju inget mer heller.” [H.4]

Fysioterapeuterna lyfte fram flera underlättande faktorer för genomförandet som rörde övningarna själva, arbetsmodellens fördelar för hemtjänstpersonalen samt den gemensamma planeringen och implementeringen. Flera av övningarna i Otago var välbekanta för fysioterapeuterna varför det fanns en hög igenkänning av innehållet.

FAKTORER SOM FÖRSVÅRAT GENOMFÖRANDET

För hemtjänstens del innebar arbetssättet en helt ny arbetsuppgift och en utmaning att genomföra rent logistikmässigt, det var inte alltid möjligt att träningen utfördes varannan dag, ibland blev det träning två på varandra följande dagar.

Hemtjänstpersonalen uttryckte att de inte alltid fick adekvat hjälp av fysioterapeuterna med att hantera vissa övningar som skulle utföras tillsammans med de äldre, och som kändes vanskliga, vilket skapade otrygghet. De hade önskat en tätare och mer direkt kontakt med fysioterapeuterna. Hemtjänstpersonalen lyfte fram att de var tvungna att gå via gruppchefen för kontakt med fysioterapeut istället för att kontakta dem direkt vilket upplevdes som en försvårande omständighet.

För fysioterapeuternas del uppfattades arbetet i olika informations- och dokumentationssystem som en försvårande omständighet. Likaså att det saknas forum där hemtjänstpersonalen, samordnarna och fysioterapeuterna kan samlas för direkt informationsutbyte.

”...vill jag ha ett bra utfall så kanske jag måste lägga in en insats också, att jag själv bjuder på att jag gör ett besök och berättar för personalen eller samordnaren, hur viktigt det här är. Vi har ju idag inte något forum där vi träffar hemtjänsten så.” [FT.1]

Slutligen uppfattade fysioterapeuterna träningskoncept Otago som oflexibelt då det var ett begränsat utbud av övningar. De kände sig begränsade av att inte kunna lägga in andra övningar som de tidigare använt sig av i träningsprogrammen. De hade även en farhåga om arbetsmodellen kunde bli svår att arbeta med om ekonomin skulle styra och egenvårdsintyg därför inte skulle bli beviljat.

Konklusion

Arbetsmodellen uppfattades som ett sätt att effektivisera hemrehabiliteringen eftersom fysioterapeuternas kompetens användes på ett bättre sätt och modellen gav ett mer systematiskt och strukturerat arbetssätt. Den verkar även kunna bidra till ett mer rehabiliterande arbetssätt hos hemtjänsten då personalen har fått ökad förståelse för den äldres funktionsnivå och vad hen klarar, och den gemensamma träningen har bidragit till att generellt förstärka relationen mellan hemtjänstpersonal och den äldre. Att träna med hemtjänstpersonalen har beskrivits som motivations- och trygghetshöjande för den äldre.

Hemtjänstpersonalen tycker att utbildningen de fått är bra men uttrycker samtidigt behov av något ytterligare stöd för att känna sig helt trygga med att stödja kunden vid vissa av övningarna.

Hemtjänstpersonal och fysioterapeuter uttrycker båda ett behov av att få till ett bättre flöde för kommunikation mellan sig själva och i relation till de äldre personerna som tränar.

Det är fysioterapeuternas ansvar att bedöma om patienten klarar ett hemträningsprogram och det är en förutsättning att säkerställa det för att skriva ett egenvårdsintyg. Fysioterapeuterna efterfrågar mer information och diskussion kring hur egenvårdsintyget kan och bör användas.

För att arbetssättet ska bli säkert för de äldre är det viktigt är att hemtjänstpersonalen vet riskerna med träning och att de har förståelse för de säkerhetsaspekter som behöver beaktas, likväl som i hemtjänstens övriga arbete där de stödjer patienten i olika moment av vardagssysslor och aktiviteter.

Det finns ett behov av att fortsätta undersöka vilken målgrupp man ska prioritera för denna typ av insats för att göra arbetssättet effektivt och hållbart.

Så här går vi vidare

Pilotstudien ringar in en viktig aspekt av vårdens och omsorgens gemensamma ansvar, att erbjuda trygga och effektiva behandlings- och preventionsinsatser för hemmaboende äldre personer.

Då förutsättningarna för arbetssättet redan finns inom befintliga strukturer och resurser, ser vi att den mest lämpliga vägen framåt är att informera parterna om arbetssättet och att studera utfall när verksamheter börjar tillämpa modellen. Vi ser det också som högst väsentligt att studera hur man väljer att följa modellen, dvs vi vill studera följsamhet och anpassningar i relation till arbetsmodellens kärnkomponenter; strukturerad träning för den äldre, utarbetad strategi för samverkan lokalt och kompetensförsörjning av såväl hemtjänst som fysioterapeuter inom primärvårdsrehabiliteringen.

Struktur för kommunikation, användningen av egenvårdsintyg och bedömning av behov av insatsen egenvård behöver undersökas ytterligare. Hur hanteras egenvårdintyg av biståndsbedömare? Om det blir beviljat – hur tolkas uppdraget av hemtjänstpersonalen?

För att göra detta kommer vi att söka finansiering för att studera modellen i större skala och vi kommer bjuda in verksamheter från hela länet att delta.

Referenser

1. **Ryen L.** *Samhällets kostnader för fallolyckor – resultat.* 2010.
2. **Hernlund E, Svedbom A, Ivergard M, Compston J, Cooper C, Stenmark J, et al.** *Osteoporosis in the European Union: medical management, epidemiology and economic burden. A report prepared in collaboration with the International Osteoporosis Foundation (IOF) and the European Federation of Pharmaceutical Industry Associations (EFPIA).* Archives of osteoporosis. 2013;8:136.
3. **Socialstyrelsen.** Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2012. *Osteoporos, artros, inflammatorisk ryggsjukdom och ankyloserande spondylit, psoriasisartrit och reumatoid artrit. Stöd för styrning och ledning.* 2012.
4. **Löfman O.** *Epidemiologin för frakturer.* Läkartidningen. 2006.
5. **Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet.** *Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling 2015* [Available from: <http://www.fyss.se/om-fyss-2/fyss-2015/>].
6. **Halvarsson A, Franzen E, Stahle A.** *Balance training with multi-task exercises improves fall-related self-efficacy, gait, balance performance and physical function in older adults with osteoporosis: a randomized controlled trial.* Clin Rehabil. 2015;29(4):365-75.
7. **Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, et al.** *Interventions for preventing falls in older people living in the community.* The Cochrane database of systematic reviews. 2012(9):Cd007146.
8. **Robertson MC, Campbell AJ, Gardner MM, Devlin N.** *Preventing injuries in older people by preventing falls: a meta-analysis of individual-level data.* Journal of the American Geriatrics Society. 2002;50(5):905-11.
9. **Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).** *SBU kommentar – Åtgärder för att förhindra fall och frakturer hos äldre.* 2014.