



MEDICINSKA FAKULTETEN

Lunds universitet

Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi

Arbetsterapeuters uppfattning om hemrehabilitering – en enkätstudie

Författare: Maria Lindberg
Therese Persson

Handledare: Arne Johannisson

December 2007

Kandidatuppsats

Adress: Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi, Box 157, S-221 00 Lund



MEDICINSKA FAKULTETEN
Lunds universitet

Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi

2007-12-15

Arbetsterapeuters uppfattning om hemrehabilitering

– en enkätstudie

Maria Lindberg, Therese Persson

Abstrakt

Antalet personer som är 65 år eller äldre har fördubblats under de senaste 50 åren. Eftersom den äldre befolkningen ökar och vårdplatserna på sjukhus och boende minskar är hemrehabilitering en rehabiliteringsform som är mycket aktuell. Hemrehabilitering riktar sig till alla åldersgrupper, men majoriteten som får rehabilitering i hemmet är dock äldre. Syftet med vår studie var att studera arbetsterapeuters uppfattning om hemrehabilitering. Vi valde att belysa områdena; hemrehabiliteringens innebörd, samarbete med andra yrkesgrupper, anhörigas roll, för- och nackdelar samt förslag till utveckling. Inklusionskriterierna i undersökningsgruppen var att vid undersökningstillfället vara yrkesverksam arbetsterapeut inom en kommun i Skåne med ett invånarantal på 25 000 eller fler. Dessutom skulle arbetsterapeuterna ha arbetat med hemrehabilitering i minst ett halvt år samt minst 50 % av sin arbetstid. En enkät skickades ut till de som inkluderades i undersökningsgruppen, totalt 18 st. Åtta av dessa returnerades. Resultatet av vår studie påvisade en generell uppfattning om att det fanns positiva och negativa aspekter inom samtliga belysta område. Behov finns för utbildning och fortsatt utveckling då många av arbetsterapeuterna upplevde problem med andra yrkesgrupper vilket försvårade hemrehabiliteringens syfte.

Nyckelord: Hemrehabilitering, arbetsterapeut, yrkesgrupper, anhöriga, för- och nackdelar, utveckling

Kandidatuppsats

Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi, Box 157, S-221 00 Lund

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. Bakgrund	5
1:1 Rehabilitering	5
1:2 Rehabilitering i hemmet	6
1:3 Anhörigas roll	7
1:4 Hemrehabilitering i samhället	8
2. Syfte.....	9
2:1 Avgränsning	10
3. Metod.....	10
3:1 Urvalsförfarande.....	10
3:2 Beskrivning av undersökningsgruppen	10
3:3 Metod/instrument för insamling.....	11
3:4 Procedur	12
3:5 Bearbetning.....	12
3:6 Etiska överväganden.....	13
4. Resultat	12
4:1 Uppfattningen om hemrehabilitering och dess innebörd.....	13
4:2 Uppfattningen om samarbetet med andra yrkeskategorier	13
4:3 Uppfattningen om eventuella svårigheter med någon specifik yrkeskategori	14
4:4 Uppfattningen om svårigheterna och förslag till lösningar	15
4:5 Uppfattningen om de anhörigas roll i rehabiliteringen.....	15
4:6 Uppfattningen om för- och nackdelar med rehabilitering i hemmet	16
4:7 Undersökningsgruppens förslag till utveckling	17
4:8 Övriga tankar och synpunkter om hemrehabilitering.....	18
5. Metoddiskussion.....	18
5:1 Urval	18
5:2 Konstruktion av enkäten.....	18
5:3 Reliabilitet och validitet	19
5:4 Bortfall	20
6. Resultatdiskussion	20
6:1 Uppfattningen om hemrehabilitering och dess innebörd.....	20
6:2 Uppfattningen om svårigheter med samarbetet med andra yrkeskategorier samt förslag till lösningar	21
6:3 Uppfattningen om de anhörigas roll i rehabiliteringen.....	23
6:4 Uppfattningen om för- och nackdelar med rehabilitering i hemmet	24
6:5 Undersökningsgruppens förslag till utveckling	25
6:6 Konklusion	26
Referenslista	27
Bilagor	
Informationsbrev. (Bilaga 1)	
Enkät. (Bilaga 2)	

Förord

Vi vill rikta ett tack till de arbetsterapeuter som tagit sig tid till att svara på vår enkät och därmed bidragit med viktig information till vår studie. Vi vill även tacka vår handledare Arne Johannisson för ett gott samarbete.

1. Bakgrund

Antalet personer som är 65 år eller äldre har fördubblats från 0,7 miljoner till ca 1,5 miljoner i Sverige under de senaste 50 åren enligt Socialstyrelsens rapport "Vård och omsorg om äldre" (2005b). Detta kan förklaras av ett allmänt bättre hälsotillstånd (Pellmer & Wallmer, 2003). Gruppen ålderspensionärer som andel av befolkningen kommer successivt att öka under de kommande decennierna och år 2030 förväntas nästan var fjärde svensk vara ålderspensionär (Socialstyrelsen, 2005b). Även om hälsotillståndet hos äldre har förbättrats, kommer en stor del av de äldre, och även andra åldersgrupper, att någon gång vara i behov av rehabilitering efter t.ex. stroke eller olycka (Pellmer & Wramner, 2003).

1:1 Rehabilitering

Rehabilitering innebär att återigen göra en individ skicklig, dvs. att individen ska få tillbaka förmågor eller funktioner som varit nedsatta på grund av exempelvis sjukdom (Höök, 2001). Holm och Jansson (2001) menar att grunden för en framgångsrik rehabilitering består av 5 grundläggande faktorer; mål, motivation, meningsfullhet, medansvar och möjligheter. Mål måste alla ha som något att sträva mot, vilket följs av motivationen som behövs som drivkraft för att sätta igång en process att nå sitt mål. Meningsfullhet innebär att det personen gör ska kännas betydelsefullt och av värde och medansvar innebär att personen ska kunna uppleva ansvar, kunna påverka och bestämma över sin situation. Möjligheter innebär att personen ska kunna se vilka alternativ som finns för att gå vidare.

Dessa faktorer påminner mycket om det som en arbetsterapeut utgår ifrån i sitt arbete med rehabilitering. Arbetsterapeuters arbetssätt styrs av ett klientcentrerat tänkande, vilket innebär att man grundar rehabiliteringsinsatserna på de mål vårdtagaren väljer (Townsend, 1997). Vårdtagarens delaktighet i utarbetandet av målet för rehabiliteringen ökar motivationen vilket är en förutsättning för ett positivt resultat. I arbetsterapi strävar man efter att utveckla människans förmåga till aktivitet exempelvis med stöd av träning, hjälpmedel eller nya strategier. Arbetsterapeuter har en helhetssyn av människan vilket innebär att man inte bara fokuserar på aktiviteten utan ser och tar hänsyn till aktiviteten i den miljö den utförs i. För att underlätta och i vissa fall även möjliggöra aktivitet krävs även en tillgänglig miljö (Kielhofner, 2002).

Lawtons ekologiska modell, sammanfattad av Scheidt och Norris-Baker (2003) beskriver förhållandet mellan individ och miljö. Denna modell beskriver specifikt förhållandet som uppstår mellan en åldrande människa och den omgivande miljön. Modellens grundantagande är att när människor åldras förändras också kraven i deras omgivande miljö. Lawton menar att om omgivningen förändras så att miljöns krav minskar, kan förutsättningarna för självständig aktivitet ökas. Det är lättare att förändra och anpassa vårdtagarnas omgivande miljö än att förändra vårdtagarnas/individernas fysiska kapacitet.

Målet för arbetsterapeuter är att människan ska kunna leva ett aktivt liv som överensstämmer med de egna individuella önskemålen och behoven och därmed uppleva tillfredsställelse i sin dagliga livsföring (Kielhofner, 2002).

Rehabiliteringsarbetet sker vanligtvis i team där arbetsterapeuten har kunskap och erfarenhet av hur meningsfullt aktivitetsutförande kan möjliggöras (Höök, 2001). Läkare, sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, undersköterska och psykolog är några av de yrkeskategorier som kan ingå i ett team, men huvudpersonen i teamet är individen som ska rehabiliteras (Holm & Jansson, 2001). Alla yrkesgrupper bidrar med sin specifika kompetens (Höök, 2001). Till exempel har läkare och sjuksköterska medicinskt fokus, och undersköterskorna vårdar och tar hand om personernas grundläggande behov och önskemål. Sjukgymnasten fokuserar på grundmotorik som balans, koordination, stabilitet och kontroll samt rörlighet, kondition och styrka (Berg, Hallberg-Andersson & Szabo, 1999). Genom att de tidigare nämnda rehabiliterande yrkesgrupperna är medvetna om varandras kompetens kan de ta hjälp av varandras specialiteter och samordna sina insatser i rehabiliteringsarbetet (Höök, 2001). För att vårdtagaren ska få en så säker och god vård som möjligt krävs det att samarbetet mellan de olika yrkesgrupperna fungerar (Lindehag, 1997).

1:2 Rehabilitering i hemmet

Arbetsterapeutens roll i teamet inom hemrehabilitering är att kartlägga vårdtagarens tidigare aktivitetsmönster, bedöma vilka följder den funktionella begränsningen har för vårdtagaren och bedöma vad vårdtagaren kan och vill göra. I rollen ingår också att träna in nya sätt att utföra aktiviteterna på, prova ut och träna användningen av hjälpmedel, initiera bostadsanpassning och ge information till närstående om hur arbetsterapeuten bäst kan stödja vårdtagaren i utförandet av aktiviteter (Socialstyrelsen, 2000 & Socialstyrelsen, 2001a).

Rehabilitering i hemmet kan för många innebära en större möjlighet till ökad livskvalitet. Allt fler människor kan bo kvar i sina hem som ger en trygg, motiverande och invand miljö tillsammans med anhöriga, istället för att bo i ett särskilt boende vilket tidigare ibland var det enda alternativet (Lindström, 2002 & Lilja, 2000). Stark (2004) menar att äldre vill bo kvar i sina hem så länge det är möjligt eftersom de ofta har starka känslomässiga band till bostaden. De känner även en trygghet i hemmet vilket är svårt att bygga upp på t.ex. ett särskilt boende. Detta menar även Lilja (2000) som nämner att få åldras i sitt eget hem är en viktig del för att uppleva livskvalitet. Det kan också leda till en ökad känsla av säkerhet vilket kan innebära trygghet vid aktivitetsutförande.

En annan fördel med rehabilitering i hemmet är att risken minskar för att personalen enbart ser vårdtagaren och dennes sjukdom eller symptom, som t.ex. på ett korttidsboende. Istället kan personalen se personen i ett naturligt sammanhang i sin egen miljö vilket kan leda till mer fokus på möjligheter och aktivitet (Karlsson, 2006). För att uppnå bästa möjliga resultat av rehabilitering måste den integreras naturligt i vardagen, i vårdtagarens välkända miljö, så att vårdtagaren kan se sambandet mellan rehabiliteringsinsatserna och de vardagliga aktiviteterna. Detta ska rehabiliteringspersonalen göra genom att väva in träning i vardagen, där de bästa träningsmöjligheterna finns. På så sätt kan rehabiliteringen bli en naturlig del av t.ex. hemtjänstens eventuella insatser för vårdtagaren (Townsend, 1997).

1:3 Anhörigas roll

En studie av Tamm (1999) syftade till att förstå hur arbetsterapeuter upplever anhörigas insatser vid hemrehabilitering. Anhöriga beskrivs både som en tillgång och som ett hinder vid rehabilitering i hemmet. Detta nämner även Karlsson (2006) i sin studie om äldres upplevelser av rehabilitering i hemmet. Anhöriga som upplevs som en resurs lär vårdtagaren bra strategier så att vårdtagaren får arbeta självständigt. Den anhörige hjälper till att hitta nya lösningar och är även den som överför och kompletterar information mellan vårdtagare och arbetsterapeut (Tamm, 1999). Vidare menar Lindehag (1997) att ett bättre resultat kan uppnås om den anhörige är med i rehabiliteringsprocessen.

De anhöriga som hindrar rehabiliteringen är de som hjälper vårdtagaren för mycket, tar över det som vårdtagaren klarar själv och ställer omöjliga krav på vårdtagaren (Tamm, 1999 & Karlsson, 2006). Ofta har de även andra mål än de som arbetsterapeuten har kommit fram till

tillsammans med vårdtagaren, och motarbetar förändringar (Tamm, 1999). Nackdelen med rehabilitering i hemmet kan vara att det blir en större belastning på familjemedlemmarna. I hemmet görs förändringar med hjälpmedel t.ex. liftar eller toalettstolsförhöjare samt ommöblering vilket gör att även familjen och andra närstående påverkas och måste anpassa sig (Tamm, 1999).

1:4 Hemrehabilitering i samhället

Hemrehabilitering kan se olika ut från kommun till kommun men syftet är att det ska ske individuellt utformad träning i hemmet som ska främja ett så aktivt och tillfredställande liv som möjligt (Karlsson, 2006). I Malmö kommun (Malmöstad, 2007) innebär hemrehabilitering kostnadsfri rehabilitering i hemmet. Denna är till för personer som har vårdats på sjukhus eller korttidsboende.

Det har skett stora neddragningarna av vårdresurser vid sjukhusen och det har lett till att trycket på kommunerna har ökat. (Socialstyrelsen, 2001b) Behovet av rehabilitering har förskjutits och ökar i det ordinära boendet (Lindström, 2002 & Socialstyrelsen, 2001b). I en undersökning på uppdrag av regeringen har Boverket och Socialstyrelsen (2005c) funnit att det sker en snabb avveckling av särskilt boende för äldre samtidigt som nyproduktionen är mycket låg, varför det totala antalet platser minskar kraftigt – med ca 13 500 bostäder under perioden 2002 till 2005.

En fördel som visats med hemrehabilitering är de minskade utgifterna på hemtjänstinsatser. I en satsning på hemrehabiliteringsinsatser i Östersunds kommun år 2000 blev resultatet att av de 700 000 kr som sattes in för att finansiera insatser av arbetsterapeut och sjukgymnast fick kommunen tillbaka 1,5 miljoner kr i minskade hemtjänstinsatser (Lundenmark, 2002). Enligt en annan undersökning påpekas dock att det är många olika variabler som vägs in i hemrehabilitering (anhöriga, miljöaspekter m.m.) och det kan vara svårt att fastställa kostnader som direkt är relaterade till hemrehabilitering kontra arbetsterapeutiska insatser (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 1999).

Eftersom den äldre befolkningen ökar och vårdplatserna på sjukhus och boende minskar är hemrehabilitering en rehabiliteringsform som är mycket aktuell för bl.a. arbetsterapeuter.

Haddad (1992) menar att det finns många fördelar för vårdtagaren att vara omgiven av sina närmaste och med hemrehabilitering finns det möjlighet att delta i hushålls- och familjeaktiviteter. Kielhofner (2002) menar att det är viktigt att bibehålla roller. Förlust av aktiviteter och roller som är av betydelse för vårdtagaren kan innebära att vårdtagaren mister en del av sin identitet och struktur i vardagen.

Vi kom i kontakt med hemrehabilitering under vår praktik och blev intresserade av denna rehabiliteringsform. Vi tycker att hemrehabilitering är ett bra sätt att rehabilitera men tror att det kan bli ännu bättre. Framtidens arbetsterapeuter behöver både en bredare och djupare kompetens för att kunna möta de ökade krav som omgivningen och vårdtagare kommer att ställa på grund av det ökade behovet, då antalet äldre kommer att öka och hemrehabiliteringen blir vanligare (Karlsson, 2006). Att börja i det sammanhang som är "här och nu" för arbetsterapeuter som är verksamma inom hemrehabilitering, och studera deras syn på olika faktorer inom hemrehabilitering, tycker vi är en bra utgångspunkt för en fortsatt utveckling av denna rehabiliteringsform. Detta kan leda till en kunskap om var fokus ska läggas för förbättring. För att kunna utveckla och förbättra ett område anser vi att man först måste veta om det finns eventuella problem, förstå hur problemen yttrar sig och hur man kan gå vidare för att lösa dessa. Vi anser att detta är ett intressant område eftersom vi tror att denna relativt nya rehabiliteringsform kan innebära vissa förändringar för arbetsterapeuter som arbetar inom kommun. Som framtida arbetsterapeuter menar vi att det är viktigt att ständigt ha ögonen öppna för förändring och utveckling inom yrket så att vi kan erbjuda bästa möjliga alternativ för de vårdtagare vi möter.

2. Syfte

Syftet var att studera arbetsterapeuters uppfattning om hemrehabilitering. Vi har valt att belysa områdena:

- hemrehabiliteringens innebörd för arbetsterapeuter
- samarbete med andra yrkesgrupper
- anhörigas roll i rehabiliteringen
- för- och nackdelar med hemrehabilitering
- förslag till utveckling.

2.1 Avgränsning

Eftersom fokus i studien var att undersöka hemrehabilitering som koncept sker ingen avgränsning i förhållande till t.ex. någon specifik patientgrupp.

3. Metod

3.1 Urvalsförfarande

Urvalsförfarandet gjordes genom målinriktad sampling, vilket innebär att vi gjorde ett urval efter i förväg definierade kriterier (DePoy & Gitlin, 1999).

Kriterierna för att inkluderas i undersökningsgruppen var:

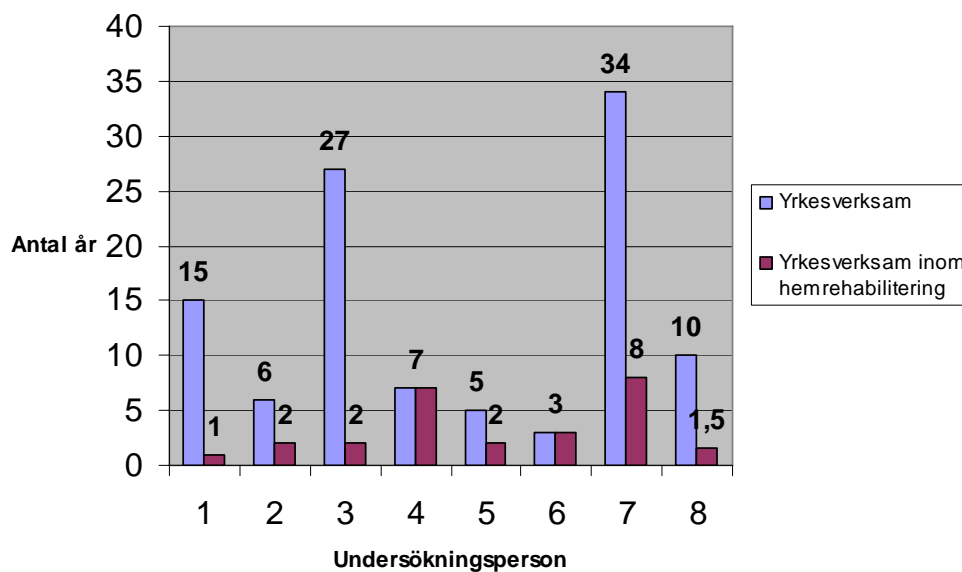
- Att vid undersökningstillfället vara yrkesverksam arbetsterapeut inom kommun.
- Att före undersökningstillfället ha arbetat med hemrehabilitering i minst ett halvt år.
- Att vid undersökningstillfället arbeta 50 % eller mer med hemrehabilitering.
- Att vara anställd i en kommun med ett invånarantal på 25 000 eller fler.

Anledningen till att arbetsterapeuterna skulle ha arbetat med hemrehabilitering i minst ett halvt år var för att de skulle vara insatta i sina yrkesroller. För att erhålla de arbetsterapeuter som skulle kunna svara på enkätfrågorna med mest erfarenhet och kunskap inom området, exkluderas de som arbetade mindre än 50 % med hemrehabilitering. Kommunerna som ingick i urvalsförfarandet, alltså de med ett invånarantal på 25 000 eller fler, var enligt Statistiska centralbyråns befolkningsstatistik (2007): Hässleholm, Malmö, Lund, Kävlinge, Eslöv, Kristianstad, Ängelholm, Ystad, Trelleborg, Vellinge och Landskrona.

3.2 Beskrivning av undersökningsgruppen

Av de 18 enkäter som skickades ut till de 11 kommunerna returnerades svar från 8 arbetsterapeuter vilket gav en svarsfrekvens på 44 %. Respondenterna bestod av kvinnor i åldrarna 28- 59 år. Det fanns stor variation över hur länge arbetsterapeuterna hade varit yrkesverksamma inom arbetsterapi. Likaså fanns det variation över hur stor erfarenhet de hade av hemrehabilitering, se figur 1.

Ingen i undersökningsgruppen hade arbetat med hemrehabilitering mer än 8 år. Detta innebär att alla arbetsterapeuter har en ganska ny erfarenhet av hemrehabilitering, vilket kan ha betydelse för resultatet.



Figur 1: Diagrammet visar antalet år som undersökningsgruppen varit yrkesverksamma som arbetsterapeuter samt inom hemrehabilitering

3.3 Metod/instrument för insamling av information

Vi använde oss av en kvantitativ ansats för datainsamling i denna studie. Informationen samlades in genom en enkätstudie och valet av denna metod motiveras av möjligheten att nå fler arbetsterapeuter än genom en intervjustudie. En positiv aspekt med att använda enkät som metod är att undersökningspersonerna får exakt samma frågor, vilket kan göra det lättare att jämföra svaren och få fram relevant fakta för studien (Ejvegård, 2003). Ett problem vad avser enkätstudie kan vara att få tillräckligt många svar. På grund av att deltagandet är frivilligt och kan avbrytas när som helst utan någon förklaring, finns en risk att enkäten inte prioriteras. Detta gäller även vid intervju, skillnaden kan dock vara att om man vid intervju tackat ja i förhand upplevs ett större ansvar hos den tillfrågade gentemot intervjuarna (Depoy & Gitlin, 1999).

För att öka möjligheten till att så många som möjligt skulle svara på enkäten, samt att det inte skulle vara för tidskrävande för arbetsterapeuterna, bestämdes att antalet frågor skulle vara 13 stycken (inklusive kortfattade frågor såsom kön, ålder m.m.). Om enkäten innehåller för många frågor skulle detta kunna leda till ett internt bortfall, alltså att inte alla frågor i enkäten

blir besvarade (Ejvegård, 2003). Vi valde att inkludera både slutna och öppna svarsalternativ eftersom öppna svarsalternativ kan leda till att man fångar aspekter som har relevans för vår studie, vilka kanske inte hade kommit med vid endast slutna svarsalternativ (DePoy & Gitlin, 1999).

Enkäten var egenhändigt utformad utifrån studiens syfte (Bilaga 1). Vid utformningen av enkäten studerade vi Ejvegårds (2003) anvisningar. Enkäten presenterades på ett handledarmöte för granskning och därefter genomfördes de slutgiltiga ändringarna.

3.4 Procedur

Kontakt etablerades via telefon med enhetscheferna i de kommuner i Skåne som ingick i vårt urval. Vi informerade om vår undersökning och syftet med vår studie. Enhetscheferna godkände att en enkät fick skickas ut och vi blev tilldelade adresserna till de arbetsterapeuter som uppfyllde våra kriterier, alltså vår undersökningsgrupp. Därefter skickades informationsbrev (bilaga 1) och enkät (bilaga 2) ut till undersökningspersonerna. Arbetsterapeuterna gav sitt informerade samtycke genom att besvara enkäten. Påminnelse skickades ut en gång efter två veckor och undersökningspersonerna fick då en ny svarstid om sju dagar (samma som vid första utskicket) vilket ledde till ytterligare två svar, och därefter avslutades datainsamlingen.

3.5 Bearbetning

Efter att ha läst litteratur om hemrehabilitering kom vi gemensamt fram till områdena i syftet genom diskussion angående vilka speciella områden som intresserade oss, samt vad vi ansåg vara relevant information för just vår studie.

Efter att datainsamlingen avslutats granskades det insamlade enkätaterialet och utifrån de svar vi fick kategoriserade vi materialet enligt de kriterier som tidigare nämnts (se Syfte). Alla beräkningar av såväl slutna (ålder, kön m.m.) som kategoriserade variabler (öppna frågor) gjordes i statistikprogrammet SPSS 11.5.

3:6 Etiska överväganden

I vår enkät tydliggör vi att deltagandet är helt frivilligt och att de tillfrågade har rätt att avbryta sitt deltagande när som helst utan angivande av skäl. Studien godkändes av Vårdvetenskapliga etiknämnden.

4. Resultat

4:1 Uppfattningen om hemrehabilitering och dess innebörd

Fem av de åtta arbetsterapeuterna i undersökningsgruppen nämner träning i sina svar angående vad innebörden av hemrehabilitering är. Träning beskrivs t.ex. som ett sätt att återgå till tidigare funktion i sin hemmiljö. Två av de åtta respondenterna som inte nämner träning svarar rehabilitering då de beskriver vad hemrehabilitering innebär, t.ex.

”Att våra äldre får den rehabilitering som de har rätt att få.”

En respondent som inte nämner träning eller rehabilitering svarar att hemrehabiliteringens innebörd är att guida patienten till ett trivsamt liv i en välkänd miljö.

Fyra av respondenterna nämner betydelsen av att klara av vardagliga aktiviteter i hemmet och att hemrehabilitering är vägen till ett mer självständigt liv. Två respondenter svarade även att hemrehabilitering innebär förskrivning och instruktion om handhavande av hjälpmedel.

4:2 Uppfattningen om samarbetet med andra yrkeskategorier

Betydelsen av att arbeta gemensamt mot ett uppsatt mål menar tre av respondenterna vara en stor del av samarbetet mellan yrkesgrupperna. Sex respondenter påpekade att det rehabiliterande arbetssättet måste följas av alla yrkeskategorier för att det ska fungera. De nämner även att det vårdande fokus som t.ex. sjuksköterskor och hemtjänstpersonal har, ibland kan försvåra rehabiliteringen. Två respondenter nämner vidare att eftersom det är hemtjänstpersonal som tidsmässigt har mest kontakt med vårdtagaren är det speciellt viktigt att de har ett rehabiliterande tankesätt.

”Täta o kontinuerliga handledningstillfällen med hemtjänst är a och o i hemrehabilitering. Hemtjänsten, som ofta är i kontakt med patienten, är ibland mer inställd på omvårdnad än rehabilitering”.

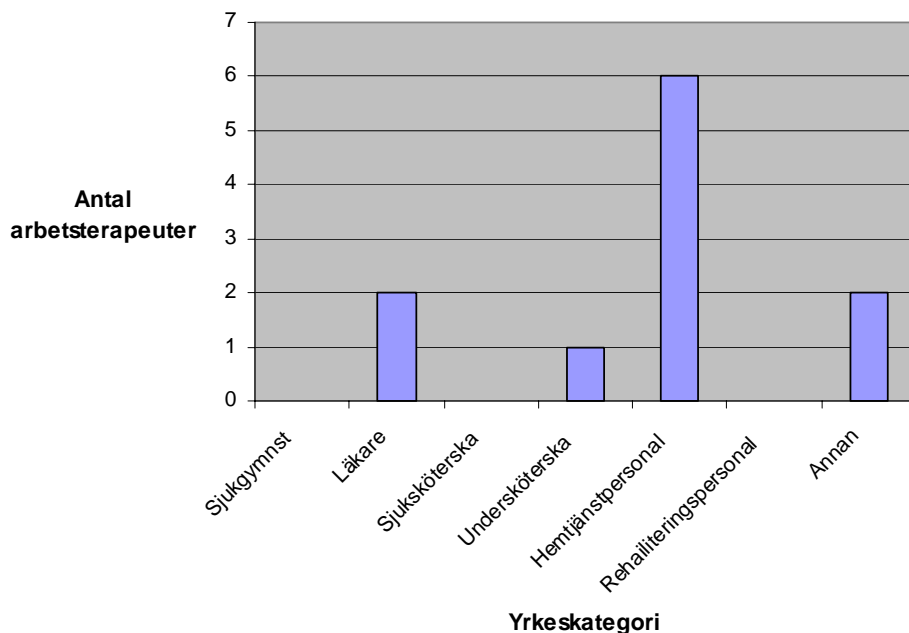
En respondent nämnde även vikten av att andra yrkesgrupper förstår arbetsterapeutens kompetens och tar tillvara på denna. Fyra av respondenterna nämner teamets betydelse och att det måste fungera för att få ut ett bra resultat av rehabiliteringen.

”Ett gott teamarbete är förutsättningen för lyckad hemrehabilitering.”

En respondent påpekade även att det alltid är patientens önskemål och förutsättningar som ska styra målen och att detta alltid måste respekteras av alla yrkeskategorier.

4:3 Uppfattningen av eventuella svårigheter med någon specifik yrkeskategori (Samarbete, kommunikation och förmedling av hemrehabiliteringens syfte)

Resultatet av de yrkesgrupper som undersökningspersonerna upplevde sig ha svårigheter med redovisas i figur 2. Två arbetsterapeuter valde ”annan” som svarsalternativ och syftade då till enhetschefer.



Figur 2: Diagrammet visar undersökningsgruppens upplevda samarbetssvårigheter med andra yrkeskategorier

4:4 Uppfattningen av svårigheterna och förslag till lösningar

Samtliga av dem som uppfattar svårigheter med hemtjänstpersonal menar att detta beror på det vårdande tankesättet som genomsyrar hemtjänstens verksamhet.

”Lika självklart som det är för en Arbetsterapeut att rehabilitera, är det för hemtjänstpersonal att vårda.”

Fem av de sex respondenterna som menade att det kan uppstå svårigheter i samarbetet med hemtjänstpersonal trodde att utbildning eller handledning i rehabilitering skulle kunna förhindra detta. Tre av respondenterna menade även att det är ett stort ansvar som läggs på hemtjänstpersonal och det är svårt för dem att hinna med det rehabiliterande arbetet med den tidspress som finns idag.

”Även om mycket utbildning ges till hemtjänstpersonal räcker deras tid inte alltid till.”

De två respondenter som nämner att det finns svårigheter med enhetschefen menar att detta beror på bristande engagemang och närvaro. De menar båda att detta leder till otillräcklig insikt i hemrehabiliteringen och att förståelsen för de resurser som behövs inte uppfattas. Inget förslag till hur man kan förhindra detta ges. De två respondenter som upplever svårigheter med läkare menar att läkarna ofta anser att korttidsboende är bästa lösningen då en patient skrivs ut från ett sjukhus. En av respondenterna skriver

”Läkare på sjukhusen som tycker att korttidsboende ofta är den bästa lösningen förstår inte att det blir ett stillastående i den rehabiliterande processen under tiden som de är där”.

Förslag till hur detta kan förhindras att uppstå är information till läkarna om hemrehabilitering. En respondent svarade ej på denna fråga.

4:5 Uppfattningen av de anhörigas roll i rehabiliteringen

Sex respondenter menar att de anhöriga kan vara både hindrande eller fungera som resurs.

”Kan vara både och, det beror på deras inställning, men det handlar ofta om att vi måste förmedla trygghet till de som är negativa. Handlar ofta om rädsla”.

En respondent menar att de anhöriga är en resurs men det ligger på arbetsterapeutens ansvar att motivera dem lika mycket som vårdtagaren. En annan respondent svarar att äldre damer tar hand om sina män oavsett vad arbetsterapeuten har för råd att ge dem angående självständighet och rehabilitering. Tre av respondenterna som svarar att anhöriga både är ett hinder och en resurs tror att det kan bero på rädsla och oförståelse, vilket innebär att det är viktigt att inkludera dem i rehabiliteringen. Två respondenter nämner vidare att det är lätt att som anhörig hjälpa till för mycket.

4:6 Uppfattningen av för- och nackdelar med rehabilitering i hemmet

En fördel med hemrehabilitering som nämns är att träningen sker i den miljö som aktiviteterna ska utföras i. Det är ofta i hemmet som man upplever den trygghet som behövs för en lyckad rehabilitering.

” Det är där de skall fungera. Och ofta går det mycket bättre i hemmiljön där de är invanda.”

Tre respondenter tar upp att träningen blir effektivare och att man får snabbare framsteg då man i sitt eget boende tränar på rätt aktiviteter som är motiverande för dem. På så vis slipper man den inaktivitet som vårdtagare ofta upplever på t.ex. korttidsboende. Där förflyttas vårdtagarna ofta i rullstol och blir sedan sittande i denna hela dagen. I sitt hem tränar vårdtagaren hela tiden i olika vardagsaktiviteter och de tycker att det är roligt då de ser att det fungerar i deras hemmiljö. En respondent menar att en fördel med hemrehabilitering är att risken för hospitalisering minskar då patienten kommer hem i ett tidigt skede.

En respondent menar att det finns risk att läkaren skriver ut vårdtagaren för tidigt eftersom de vet att hemrehabilitering finns och de behöver plats för nya vårdtagare. Vissa vårdtagare är inte mentalt redo för rehabilitering i hemmet så tidigt utan behöver någon extra dag på sig för att förbereda sig. En annan respondent upplever att det inte finns tillräckligt med resurser i hemmet. Dessutom menar respondenten att man ofta måste släpa med sig ett antal hjälpmedel och detta upplevs som besvärligt och tidskrävande. Personer som inte har kunskap om arbetsterapeuter och deras specifika kompetens är något som en respondent upplever som negativt.

” Att personer inte förstår AT: s roll, vi kan göra mycket med rätt resurser!!! ”

Två respondenter svarade ej på denna fråga.

4:7 Undersökningsgruppens förslag till utveckling

Tre respondenter anser att det behövs fler arbetsterapeuter och mer hemtjänstpersonal. Arbetsterapeuterna upplever att rehabiliteringen inte blir optimal då personalen inte hinner lägga den tid som behövs för varje enskild vårdtagare.

”Det är svårt för hemvårdspersonalen att ge patienten tid att utföra aktiviteter själv, att uppmuntra till aktivitet”

Två respondenter anser att det bör bli förändring i synsättet på arbetsterapeuterna och dess kompetens. En respondent uttrycker att personer inte vet vad arbetsterapeuten gör. Det är viktigt att förstå att träning inte alltid innebär specifika övningar (”bøj- och sträck”) utan att det oftast blir integrerat i vardagsaktivitet. Att exempelvis laga mat eller gå till brevlådan för att hämta posten är träning och även en naturlig syssla i vardagen.

Sex av åtta arbetsterapeuter föreslår att man kan utbilda och motivera hemtjänstpersonalen att arbeta rehabiliterande. För att öka motivationen för den personal som arbetar med rehabilitering, t.ex. hemtjänstpersonal, föreslår en arbetsterapeut att de som går en utbildning ska få lite högre lön eftersom de blir specialutbildade inom området rehabilitering. En annan respondent menar att en utbildning kan få hemtjänstpersonalen att byta fokus från vårdande till rehabiliteringsfokus. Utbildning ska även lära hemtjänstpersonalen att träning av vardagsaktiviteter också är rehabilitering.

Team- arbetet måste utvecklas och förbättras enligt två arbetsterapeuter. Yrkesgrupperna måste arbeta ännu närmare varandra och man måste ta till vara på allas kunskap för att få en känsla av gemenskap och professionalism. Att alla arbetar tillsammans mot ett gemensamt mål nämns ofta som en viktig faktor i rehabiliteringen. Det är även viktigt att ha ett nära samarbete med personalen på sjukhusen. På så vis blir utskrivningen till hemmet smidigare och vårdtagaren kan tidigt förberedas på en snabb hemgång. En respondent ser gärna att det blir bättre kontinuitet vad gäller hemvårdspersonalen.

4:8 Övriga tankar och synpunkter om hemrehabilitering

De tre respondenter som svarade på denna fråga uttryckte sig på följande sätt:

” Viktigt med samarbete i vårdkedjan för att det ska fungera. Det gäller också att vara mycket hemma hos vårdragaren för att skapa trygghet o rutiner speciellt i början.”

”Viktigt att framhäva AT!”

”För arbetsterapeuter innebär hemrehab att vi får möjlighet att arbeta med träning och bedömning och inte bara hjälpmedel o bostadsanpassning som annars vanligt inom kommunal sektor.”

5. Metoddiskussion

5:1 Urval

För att få ett hanterbart material valde vi att avgränsa vårt urval till de kommuner i Skåne som har 25 000 invånare eller fler. Anledningen till att vi valde bort mindre kommuner beror delvis på att vi ville begränsa oss men även eftersom vi antog att i mindre kommuner kombineras ofta hemrehabiliteringstjänster med andra tjänster såsom t.ex. installering av hjälpmedel inför höftoperation. Detta grundar vi på våra erfarenheter från verksamhetsförlagd utbildning i mindre kommuner.

5:2 Konstruktion av enkät

Innan det blev bestämt att en enkät skulle skickas ut övervägdes intervju som metod, men då vi ville ha många upplevelser av hemrehabilitering valde vi enkät. En fördel med att använda sig av enkät är att alla får samma frågor och de får tid på sig att fundera, vilket kan vara fördelsaktigt, då undersökningsgruppen kanske behöver lite tid för att fundera ut svaren på våra breda frågor. Nackdelen med enkät är att man inte kan ställa följdfrågor till undersökningsgruppen om det är något i deras svar som behöver förtydligas (Ejvegård, 2003).

I vår undersökning anser vi att vi till stor del kunnat tolka respondenternas uppfattning. Det var endast ett svar vi hade behövt ställa en följdfråga till, nämligen:

”Att personer inte förstår AT: s roll, vi kan göra mycket med rätt resurser!!!”

Vår fråga hade varit, vilka sorts resurser? Vi undrar även vem undersökningssyftaren syftar till då de nämner personer. De kan till exempel syfta till andra yrkesgrupper, anhöriga, vårdtagaren själv eller så syftar de inte till någon speciell utan menar personer i ren allmänhet. Vi menar att det är viktigt att förstå vem undersökningssyftaren syftar till då detta kan spela roll för vår kartläggning.

De svar som man får genom en enkätundersökning är redan skriftliga och därmed lättare att bearbeta och att jämföra med varandra (Ejvegård, 2003). Dock fick vi inte så många svar som vi räknat med. Vi hade önskat ett mindre externt bortfall. På grund av tidsramen för denna studie ansåg vi dock att om vi hade skickat ut ytterligare ett påminnelsebrev hade tiden för bearbetning av resultatet blivit för kort. Däremot tror vi att om vi hade skrivit introduktionsbrevet annorlunda och med en mer motiverande formulering, hade detta kanske lett till att fler arbetsterapeuter svarat på enkäten.

Vi anser att enkäten har besvarat våra frågeställningar. Det enda interna bortfallet (2 respondenter) var då vi frågade efter negativa upplevelser av hemrehabilitering. Att dessa arbetsterapeuter valt att inte besvara frågan tolkar vi som att arbetsterapeuterna inte kunde komma på några negativa upplevelser av hemrehabilitering. Eftersom de arbetar med hemrehabilitering kan det möjligtvis även vara så att de försöker ge en positiv bild av hemrehabilitering eftersom de vill styrka sin arbetsroll och marknadsföra det positiva med denna rehabiliteringsform.

5:3 Reliabilitet och validitet

Vi anser inte att vi uppnår kraven för att vår studie ska vara reliabel, eftersom DePoy och Gitlin (1999) förklarar att för att en enkät ska vara reliabel ska denna testas vid minst två tillfällen på samma individer. Dock märkte vi att undersökningsgruppen tolkade frågorna på samma sätt och så som vi hade för avsikt att de skulle tolkas. Detta anser vi betyda att vi utformade frågorna tydligt, men inte ledande eftersom de hade olika åsikter.

Vår innehållsvaliditet i enkäten anser vi vara god eftersom arbetsterapeuterna inte verkade ha några svårigheter med att besvara och förstå frågorna vilket enligt Depoy och Gitlin (1999) tyder på just god innehållsvaliditet. Angående validitet anser vi att vår enkät uppfyller kraven ganska bra då DePoy och Gitlin (1999) klargör att validitet generellt kan sägas vara ett mått på hur väl man mäter det man vill mäta.

5:4 Bortfall

Det externa bortfallet var 10 av 18 enkäter. I alla enkätundersökningar blir det ett större eller mindre bortfall (Holme & Solvang, 1997). En väl förberedd och genomförd enkätundersökning bör kunna få en svarsfrekvens runt 80 % enligt Ejlertsson (2005). Att fler svar inte returnerades kan ha olika anledningar. I vårt fall kan bortfallet bero på att det var höstlov den vecka vi skickade ut enkäterna, och många kanske inte kunde svara då de eventuellt var på semester. Om någon annan arbetsterapeut hade semester blev arbetsuppgifterna fler för den arbetsterapeut som ansvarade för hans/hennes område och de kanske inte kunde svara p.g.a. tidsbrist. Andra anledningar kan vara att arbetsterapeuterna inte ofta är på kontoret, där enkäten förmodligen fanns. Dessutom finns det risk för att enkäterna kommit bort bland annan post. Eftersom vi kontaktade undersökningsgruppens enhetschefer finns det även risk för att vi har fått fel adress och enkäten inte kommit till avsedd arbetsterapeut.

6. Resultatdiskussion

6:1 Uppfattningen om hemrehabilitering och dess innebörd

Resultaten av svaren på denna fråga visade sig vara jämförelsevis lika. På grund av att hemrehabilitering är ett relativt nytt begrepp, det skapades enligt Karlsson (2006) för ungefär 14 år sedan, kan liknelsen i de olika svaren från respondenterna vara ett tecken på att begreppet är klart och tydligt med en relativt uppenbar innebörd. När ett nytt område växer fram uppkommer ett behov av att ge området en identitet. Identiteten avser att området ska uppfattas på ett likartat sätt hos exempelvis de olika yrkeskategorierna (Rooke, 2002). På grund av de likartade svaren på frågan om hemrehabiliteringens innebörd kan detta alltså tydas som om hemrehabilitering har en klar identitet.

Att hjälpmedel endast nämndes av två arbetsterapeuter i undersökningsgruppen kan bero på att arbetsterapeuter i stor omfattning arbetar med hjälpmedel, även utanför begreppet hemrehabilitering. Det kan även bero på att det är en självklarhet för undersökningsgruppen att inkludera hjälpmedel i hemrehabiliteringen, eftersom att lära ut och installera hjälpmedel är en av arbetsterapeuternas generella grunduppgifter (Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, 2005).

6:2 Uppfattningen om svårigheter med samarbetet med andra yrkeskategorier samt förslag till lösningar

På grund av olika utgångslägen, förutsättningar och mål hos de olika yrkeskategorierna som nämns i enkäten kan ett samarbete kompliceras. Det mönster som främst tydliggörs ur resultaten av svaren på frågorna om yrkeskategorierna, är att samarbetet mellan hemtjänst och arbetsterapeuter verkar vara problematiskt. Uppfattningen av begreppet vård kan se olika ut för personal inom hemtjänst och för en arbetsterapeut (Karlsson, 2006).

Den utbildning som i regel önskas för att få anställning som hemtjänstpersonal är vanligtvis ”Omvårdnadsprogrammet” på gymnasial nivå (Arbetsförmedlingen, 2007). Av de 2500 gymnasiepoäng som utbildningen normalt består av, i form av olika kurser, är 100 av dessa poäng inriktade på ”Rehabilitering och habilitering”. Detta är en valbar kurs vilket innebär att den inte måste läsas. Ett av karaktärsämnena inom utbildningen är ”Vård och omsorgsarbete” som omfattar 200 poäng (Skolverket, 2007). Arbetsterapeututbildningen som omfattar 180 högskolepoäng har en genomgripande rehabiliterande fokus på vård och omsorg. I utbildningsbeskrivningen står att utbildningen har fokus på rehabilitering, prevention och hälsofrämjande arbete inom arbetsterapi (Medicinska fakulteten, 2006).

Utbildningarnas olika fokus kan kanske leda till att hemtjänstpersonalen har det mer vårdande synsättet som undersökningsgruppen beskriver medan arbetsterapeuter ser vårdandet ur ett mer rehabiliterande perspektiv. Lösningen som många gav till denna problematik var utbildning i rehabilitering till hemtjänstpersonal vilket kan innebära ett mer gemensamt synsätt och ömsesidigt strävande mot samma mål. Vi funderar över om detta kan leda till att hemtjänstpersonalen kanske känner sig kränkta på grund av att deras syn på vård då till viss del ifrågasätts. Följden av att föreslå utbildning kan naturligtvis även ge positiva reaktioner

och leda till ett förbättrat samarbete enligt Udd (2001), vilket verkar vara målet för de respondenter i undersökningsgruppen som föreslagit utbildning.

Karlsson (2006) har gjort en rapport om äldres upplevelser av rehabilitering i hemmet och hon menar att personalen har en stor betydelse både positivt och negativt. Hon nämner även att en negativ aspekt är att då man får hemrehabilitering genom kommunen kan det ofta komma ny hemtjänstpersonal, speciellt vid semestertider. I en rapport av Socialstyrelsen, "Tid för vård och omsorg" (2005a) styrks Karlssons påståenden då en del av resultat av rapporten visar att tillräcklig kraft inte alltid ägnas åt att upprätthålla god personalkontinuitet inom vården och omsorgen om äldre. Detta begränsar kvaliteten i verksamheten. Den stora variationen av personal tror vi kan göra det svårt för arbetsterapeuten att förmedla sitt rehabiliterande synsätt. Vidare nämns i rapporten att utrymmet för lärande och utveckling i arbetet för omvårdnadspersonal verkar vara mycket begränsat. Det är viktigt att omvårdnadspersonalen ges mer tid för egen utveckling vilket är nödvändigt ur både kvalitets- och kompetensförsörjningssynpunkt (Socialstyrelsen, 2005a).

Hemtjänstpersonalen är den personal som har mest kontakt med vårdtagaren och det är därför extra viktigt att de har möjlighet till utbildning och utveckling. Ibland kan hemtjänstpersonal eller rehabiliteringspersonal ha en sådan vilja av att bli omtyckt av vårdtagaren så de hjälper till lite extra, vilket är positivt för vårdtagaren i stunden men på längre sikt försvåras rehabiliteringsprocessen (Karlsson, 2006). I Socialstyrelsens rapport berörs även arbetsterapeuters arbetssätt. Enligt rapporten läggs det ner alltför mycket tid på det administrativa arbetet då mer tid istället borde läggas på utbildning och informationsutbyte med hemtjänstpersonal (Socialstyrelsen, 2005a). Denna aspekt togs ej direkt upp i vår studie men däremot nämndes tidsbristen som ett problem. Tidsbristen anser vi kan ha en koppling till att det administrativa arbetet stjäl tid från övriga arbetsuppgifter och till att samarbeta med andra yrkeskategorier. De som tog upp att de ansåg sig ha svårigheter i samarbetet med läkare och enhetschefer verkar även ha just perspektivet av vård och tidsbrist som grundläggande orsak till problematiken. Vi tolkar det som att arbetsterapeuterna känner sig osedda och att möjligheten till att ha en dialog och få fram sin åsikt till dessa yrkeskategorier är svår. Detta tror vi kan bero på att läkare och enhetschefer har brist på tid eller prioriterar andra saker.

Inom hemrehabilitering är det ett stort antal olika yrkeskategorier som ska samarbeta. Det som vi sammanfattningsvis har diskuterat kan ligga bakom svårigheterna i samarbetet mellan de olika yrkeskategorierna, är de skilda perspektiven på vård och omsorg från t.ex. läkare,

arbetsterapeut och hemtjänstpersonal. Bristen på tid för möjlighet till dialog, utbildning och utveckling förstärker skillnaderna mellan yrkeskategorierna och därför försvåras ett samarbete. Detta drabbar vårdtagaren som är huvudpersonen i sammanhanget. På grund av detta kan begreppet hemrehabilitering inte etablera sig som ett fullständigt fungerande och komplett koncept. Följden blir alltså att något som ser bra ut i teorin inte fungerar fullt ut i praktiken.

6:3 Uppfattningen om de anhörigas roll i rehabiliteringen

Att anhöriga både kan fungera som en resurs eller ett hinder för rehabiliteringen ansåg samtliga arbetsterapeuter. Detta stämmer väl överens med Tamms (1999) synpunkter. En respondent nämnde att det gällde att få de anhöriga på "sin sida" vilket vi anser vara essensen när det gäller samarbetet med anhöriga. "Att få på sin sida" kan innebära att man har lyckats förmedla rehabiliteringens syfte på ett så bra och ärligt sätt som möjligt så att de anhöriga känner sig trygga och delaktiga. Enligt Udd (2001) är det viktigt att ha en helhetssyn på situationen i hemmiljön och göra de som finns i vårdtagarens närhet delaktiga. Att ha en öppen dialog mellan anhörig, vårdtagare och arbetsterapeut kan leda till en förenad styrka som underlättar rehabiliteringen. Ibland kan det handla om olika syn på vård och då gäller det att ha en bra faktagrund att stå på. Man ska kunna förklara varför det man gör är bra, hur det kommer att hjälpa och varför de anhöriga är viktiga och behövs (Norberg, Engström & Nilsson, 1994).

Enligt Karlsson (2006) spelar anhöriga en stor roll för vårdtagarens upplevelse av trygghet. Då de upplevde att om en anhörig var i närheten och stöttade dem i rehabiliteringen vågade de mer och blev fortare mer självständiga. En anhörig kan dock vara för överbeskyddande enligt undersökningsgruppen i vår studie och därav inte låta vårdtagaren göra allt det som krävs för en så bra rehabilitering som möjligt. Hos äldre kan detta leda till den anhörige tar på sig för mycket uppgifter, eller t.o.m. skadar sig. Detta försvårar i sin tur möjligheten till att ge varandra stöd då båda är i behov av rehabilitering (Socialstyrelsen, 2004).

Sammanfattningsvis är det alltså mycket viktigt att inkludera den anhöriga i hela rehabiliteringsprocessen. Vi anser att det är viktigt med en öppen dialog mot den anhörige där man kan förklara hur mycket positivt och bra som denne kan åstadkomma. Vi anser att det

även kan vara viktigt att förklara följderna av ett för överbeskyddande synsätt och informera om att så stor självständighet i vardagen som möjligt är målet med rehabiliteringen.

6:4 Uppfattningen om för- och nackdelar med rehabilitering i hemmet

Det grundläggande som nämns i vår studie då det gäller fördelar med hemrehabilitering är att det sker i just hemmet. Det som kan ske är att då vårdtagaren inte har vårdpersonal i sin närhet som hjälper till med små saker så tvingas vårdtagaren att göra detta själv. Om arbetsterapeuten har gett klara och tydliga instruktioner på hur vårdtagaren ska gå till väga, tror vi att detta kan leda till att de olika funktionerna som krävs för att göra att de små sakerna återfås eller upprätthålls. Att ha kompetensen att kunna sköta sina vardagssysslor och personliga vård på egen hand kan leda till ökad tillfredsställelse, välbefinnande och självförtroende (Erikson, 2000). Dessa vardagssysslor sker endast i hemmet och därför anser vi att det är viktigt att de även tränas i sin naturliga miljö.

En annan fördel som nämns av en respondent är att man undviker risken för hospitalisering då rehabilitering i hemmet är aktuellt. I Malmströms, Györkis och Sjögrens (1989) ordbok definieras hospitalisering som ett tillstånd då man är så van vid livet på sjukhus efter lång tids vård att man har svårt att klara något annat.

Lyckas man undvika hospitalisering och komma igång med rehabiliteringen så fort som vårdtagaren är redo, tror vi att resultatet av rehabiliteringen blir bättre än om vårdtagaren påbörjar rehabiliteringen efter att ha kommit ur hospitaliseringen.

Vi blev överraskade över att den ekonomiska aspekten endast nämndes av en respondent som berörde att det ibland inte finns de resurser som behövs för en så god rehabilitering som möjligt i hemmet. Respondenten påpekade även att arbetsterapeuten kan göra mycket mer med rätt resurser. Dock specificerades inte vilken slags resurser det var brist på. Eftersom resurser är ett övergripande begrepp kan vi endast spekulera kring vad respondenten syftar till. Möjligen menade arbetsterapeuten specifika träningsredskap som finns på en strokeavdelning så som balansbräda m.m. Vi menar dock att detta kan vävas in i träning av aktiviteter i hemmet, vilket är hemrehabiliteringens syfte.

En nackdel som vi har tolkat utifrån resultatet är att arbetsterapeuterna verkar anse att det man säger inte når fram utan tolkas olika av t.ex. anhöriga eller övriga yrkesgrupper. Detta kan

bero på att då information förmedlas muntligt kan den tolkas på olika sätt beroende på vem som tar emot den (Karlsson, 2006).

6:5 Undersökningsgruppens förslag till utveckling

I vår studie framkom att utbildning var en viktig fråga för utvecklingen av hemrehabilitering. Utbildning är ett nyckelbegrepp och inom vården är det mycket viktigt att som exempelvis arbetsterapeut hela tiden uppdatera sig på vilka framsteg som görs och vad det sker för nya upptäckter (Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, 2005). Detta anser vi bör gälla för samtliga yrkeskategorier. Team- känslan mellan yrkeskategorier anser vi ha ett behov av att utvecklas. Detta kan man göra t.ex. genom kontinuerliga team- träffar, gemensam handledning och utbildning.

En lösning kan vara att i ett tidigt skede, redan under omvårdnadspersonalens utbildning, implementera rehabilitering i undervisningen i större utsträckning än idag. Vi anser att de mål som skolverket (2007) har för omvårdnadsstudenter kräver mer utbildning inom området rehabilitering.

Vi är medvetna om att hemtjänsten kan ha ett pressat schema och de behöver mer tid för att utföra den träning som en rehabiliterande ansats kräver. En lösning på detta problem skulle kunna vara att arbetsterapeuter hjälper till med träningen. Istället för att hemtjänstpersonalen ska träna med vårdtagaren varje gång skulle arbetsterapeuten träna med vårdtagaren t.ex. var tredje gång. I en studie av Karlsson (2006) framgick det att vårdtagarna inte uppfattade att det var olika yrkeskategorier som hjälptes åt med rehabiliteringen utan att för deltagarna i studien var det hemtjänsten som var hemrehabilitering för dem. Genom detta förslag till arbetssätt får arbetsterapeuterna en mer tydlig roll i rehabiliteringen samtidigt som man underlättar för hemtjänsten anser vi. Dessutom förstår vårdtagaren och anhöriga vad arbetsterapeuten gör, vilket Karlsson (2006) menar att de flesta idag inte gör. Man måste även tänka på att syftet med rehabilitering är att på sikt få vårdtagaren mer självständig med bl.a. träning. Lyckas rehabiliteringen kommer det inte att krävas insatser från hemtjänsten i samma utsträckning som förut.

Vi har även tolkat det som att arbetsterapeutens roll i hemrehabilitering behöver styrkas och innebörden av träning utvecklas. En respondent upplevde att den träning som arbetsterapeuter

bedriver inte uppfattas som riktig träning eftersom den generella uppfattningen av träning är ”sträck och böj” övningar. Framförallt anser vi att det är dialogen mellan arbetsterapeuter och övriga yrkeskategorier som behöver utvecklas och att hemrehabiliteringens mål och syfte behöver klargöras och följas gemensamt.

Arbetsterapeuterna i vår studie tog inte upp sin egen kompetens eller att de själva är i behov av någon sorts utbildning eller utveckling. Utbildning benämndes mer som ett allmänt begrepp, möjligtvis menade de att de personligen också var inkluderade i detta? Vi tror att man ibland kan fastna i en stolthet i sin egen yrkesroll, som kan leda till att det man själv utträttar anses vara ”det rätta sättet”. Detta är dock en svaghet eftersom det innebär att alla andra sätt då är felaktiga (Rooke, 2002). Detta gäller självklart inte alla men vi tror att det är viktigt med en öppenhet mot andra yrkesgrupper och en förståelse för deras specifika situation.

6:6 Konklusion

Hemrehabilitering är något som vi tror kan bli en stor del av arbetsterapeuternas arbetsuppgifter i framtiden. För fortsatt utveckling och forskning hade det varit intressant att ta del av åsikterna angående hemrehabilitering hos andra yrkeskategorier som arbetar inom detta område. Vad tycker hemtjänstpersonal om hemrehabilitering och arbetsterapeuter? Hur tror de att samarbetet kan förbättras?

Vi tror även att det är viktigt att man hittar ett sätt att samarbeta som går ut på att man kommunicerar med varandra och utbyter information om vårdtagarens situation regelbundet. För detta krävs det tid, vilket innebär att det behövs mer personal för att få tid. För att få mer personal behövs resurser, lönepengar, och då hamnar hemrehabiliteringens framtid i politikernas händer. Om man kan visa politikerna hur viktigt hemrehabilitering är, och att kommunerna troligtvis kommer spara pengar genom att använda sig av hemrehabilitering, kanske detta leder till att mer pengar tilldelas och mer personal kan anställas inom de olika yrkesgrupperna.

Referenslista:

Arbetsförmedlingen. (29 oktober 2007). Tillgänglig:

<<http://afi3.ams.se/yrken/YrkesBeskrivning.aspx?iYrkeId=427>>. [2007-11-23].

Berg, U., Hallberg- Andersson, A., & Szabo, A. (1999). *Projektrapport: hemrehabilitering och stroke*. Stockholm: Liber Utbildning AB.

DePoy, E., & Gitlin, L. (1999). *Forskning- en introduktion*. (J. Hellberg övers.) Lund: Studentlitteratur. (Originalarbete publicerat 1994).

Ejlertsson, G., (2005). *Enkäten i praktiken. En handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Ejvegård, R. (2003). *Vetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, K. (2000). *Vårdandets ide*. Stockholm: Liber.

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (2005). *Etisk kod för arbetsterapeuter*. Stockholm: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter.

Haddad, A-M. (1992). Ethical problems in home healthcare. *Journal of Nursing Administration*, 22 (3), 46-51.

Holm, A & Jansson, M. (2002). *Rehabilitering*. Stockholm: Liber Utbildning AB.

Holme, I. M. & Krohn Solvang, B. (1997). *Forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Höök, O. (2001). *Rehabiliteringsmedicin*. Stockholm: Liber Utbildning AB.

Karlsson, C. (2006). *Äldres upplevelser av rehabilitering i hemmet*. Mölndal: PR-offset.

Kielhofner, G. (2002). *Model of Human Occupation* (third edition). Baltimore: Willams & Wilkins.

Lilja, M. (2000). *Elderly Disabled Persons in the Home Setting: Aspects of Activities in Daily Life*. Stockholm: Repro Print.

Lindehag, A-G. (1997). *Rehabilitering: helhetsperspektiv*. Oskarshamn: Primo.

Lindström, I-B. (2002). Arbetsterapeuter och äldres rehabilitering i hemmiljö. *Tidskriften Arbetsterapeuten*, 1, 12-13.

Lundenmark, T. (2002). Kommunen tjänar pengar på att anställa arbetsterapeuter. *Tidskriften Arbetsterapeuten*, 2, 8-9.

Malmström S., Györki, I., Sjögren, P. (1989). *Bonniers svenska ordbok*. Stockholm: Biblioteksförlaget AB.

Malmö stad. (23 Augusti 2007). Tillgänglig:

<<http://www.malmo.se/stadsdelar/limhamn/bunkeflo/vardotsorg/aoinomvardochomsorg.4.40d4b5361132df54963800014762.html>>. [2007-09-07].

Medicinska fakulteten. (2005-09-26). Tillgänglig: <<http://search.lu.se/search/medfak-lu/?i=sv&q=utbildningsbeskrivning>>. [2007-10-25].

Norberg, A., Engström, B., & Nilsson, L. (1994). *God omvårdnad*. Falköping: Bonnier Utbildning AB.

Pellmer, K & Wramner, B. (2002). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber Utbildning AB.

Rooke, L. (1995, 2002). *Omvårdnad: teoretiska ansatser i praktisk verksamhet*. 2 uppl. Stockholm: Liber Utbildning AB.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (1999). *Avancerad hemsjukvård och hemrehabilitering: effekter och kostnader*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Scheidt, R.J., & Norris-Baker, C. (2003). The general ecological model revisited: Evolution, current status, and continuing challenges. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 23, 34-58.

Skolverket. (23 November 2007). Tillgänglig:

<<http://www3.skolverket.se/ki03/front.aspx?sprak=SV&ar=0708&infotyp=15&skolform=21&id=15&extraId=0>>. [2007-11-23].

Socialstyrelsen. (2000). *Nationella riktlinjer för strokesjukvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2001a). *Kompetensbeskrivningar för arbetsterapeuter*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2001b). *Äldres rehabiliteringsbehov i hemmiljö*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2004). *Anhörigas röster - Om att se, förstå och stödja anhöriga till äldre*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2005a). *Tid för vård och omsorg - Hur använder personalen inom vården och omsorgen om äldre och funktionshindrade personer sin tid?* Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2005b). *Vård och omsorg om äldre*. Lägesrapport 2003. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2005c). *Varför kan inte behovet av särskilda boendeformer tillgodoses?* Regeringsuppdrag till Boverket och Socialstyrelsen. Stockholm: Socialstyrelsen.

Stark, S. (2004). Removing environmental barriers in the homes of older adults with disabilities improves occupational performance. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 24, 32-39.

Statistiska Centralbyrån. (13 November 2007). Tillgänglig:

<http://www.scb.se/templates/tableOrChart____167883.asp>. [2007-11-23],

Tamm, M. (1999). Relatives as a help or a hindrance- A grounded theory study seen from the perspective of the occupational therapist. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 6 (1), 36-45.

Townsend, E. (1997). (Ed.). *Enabling occupation: an occupational therapy perspective*. Ottawa: CAOT Publications ACE.

Udd L. (2001). *Att möta anhöriga i vården*. I: Westberg N, (ed.). Stockholm: Riksförbundet för trafik- och polioskadade.



MEDICINSKA FAKULTETEN

INFORMATIONSBREV

Lunds universitet

Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Sektionen för Arbetsterapi.

2008-02-29

Till undersökningsperson

Projekttitel: Arbetsterapeuters syn på hemrehabilitering.

Vi är två studenter på Arbetsterapeutprogrammet på Lunds Universitet som under Höstterminen-07 ska skriva vår kandidatuppsats, 10 p. Vi har fått Ditt namn från kommunens växel.

Den äldre befolkningen ökar och vårdplatserna på sjukhus och boende minskar och därför har hemrehabilitering blivit en rehabiliteringsform som är mycket aktuell för bl.a. arbetsterapeuter. Eftersom hemrehabilitering blir allt vanligare och har visat positiva resultat väckte det vårt intresse.

Därför har vi valt att undersöka arbetsterapeuters syn på hemrehabilitering eftersom vi vill belysa eventuella svårigheter men även om det finns utrymme för utveckling och förbättring.

Syftet med vår studie är att kartlägga arbetsterapeuters syn på hemrehabilitering. Information kommer inhämtas angående samarbete med andra yrkesgrupper, tidsaspekter, eventuella förbättringar, anhörigas roll och positiva och negativa aspekter av hemrehabilitering.

Studien är viktig eftersom förslag till förbättring och utveckling inom området kan belysas och de olika områdenas problematik kan uppmärksammas.

Den metod som kommer att användas är insamling av data genom enkät.

Insamlad data kommer granskas och redovisas i en kandidatuppsats.

Vi tog kontakt med respektive kommuns växel för att få tag på yrkesverksamma arbetsterapeuter som arbetar med hemrehabilitering 50% eller mer i minst ett halvt år.

Om Du accepterar att delta i vår studie ber vi att Du besvarar frågorna i bifogade formulär/enkät så fullständigt som möjligt och skickar tillbaka det/den i det portofria svarskuvertet inom en månad till:

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi.

Box 157, 221 00 Lund

Ditt deltagande är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak.

Svarskuvertet är kodat så att vi kan pricka av att Du svarat. Frågeformuläret är anonymt därför är det omöjligt att identifiera detta till någon enskild person. Om Du inte svarat inom två veckor kommer eventuellt ett påminnelsebrev att skickas till Dig.

Dina svar på frågeformuläret/enkäten kommer att förvaras så att inte någon obehörig får tillgång till Dina svar. Resultatet av vår studie kommer att redovisas så att Du inte kan identifieras. Konfidentialitet garanteras.

Om Du vill veta mer om vår studie så ring eller skriv gärna till oss

[Maria](#)

eller

[Therese](#)

eller till vår handledare

[Arne](#)

Med vänlig hälsning

Maria

Therese

Arne

Universitetsadjunkt

Tel:

Tel:

Tel:

1. Kön:

- Man
- Kvinna

2. Hur gammal är Du?

.....

3. Hur länge har du varit yrkesverksam som arbetsterapeut?

.....

4. Hur länge har du varit yrkesverksam som arbetsterapeut inom hemrehabilitering?

.....

5. Vad tycker Du att hemrehabilitering innebär?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

6. I teamet kan yrkesgrupperna ha olika tyngdpunkt och fokus. Påverkar detta rehabiliteringen, och i så fall hur?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

7. Är det någon eller några av följande yrkesgrupper som Du upplever Dig ha svårigheter att samarbeta/kommunicera/förmedla hemrehabiliteringens syfte till/med?

- Sjukgymnast
- Läkare
- Sjuksköterska
- Undersköterska
- Hemtjänstpersonal
- Rehabiliteringsassistent
- Annan.....

8. Om ja, på vilket sätt visar sig svårigheterna och hur kan man förhindra att de uppstår?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

9. Hur upplever Du de anhörigas roll i rehabiliteringen? Är de hindrande eller en resurs?

Motivera gärna!

.....

.....

.....

.....

.....

.....

10. Vilka fördelar upplever Du med rehabilitering i hemmet?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

11. Vad upplever Du som negativt med hemrehabilitering?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

12. Anser Du att något kan förbättras/utvecklas inom hemrehabilitering (om ja, vad)?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

13. Övriga tankar och synpunkter om hemrehabilitering:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Tack för att Du har tagit Dig tid till att svara på vår enkät, vi uppskattar Ditt deltagande!

Med vänliga hälsningar

Therese Persson och Maria Lindberg